

RISQUE SUICIDAIRE À L'ADOLESCENCE

PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE

JOËLLE LIGHEZZOLO*, ROSINE DIWO*, PHILIPPE CLAUDON*, CLAUDE DE TYCHEY**

RÉSUMÉ

Les auteurs ont entrepris dans un premier temps une revue des facteurs de risque d'agir suicidaire à l'adolescence, en se centrant sur l'adolescent et sa famille, puis sur le concept de crise suicidaire, avec une attention particulière aux événements de vie. Ils décrivent dans un second temps les modalités pratiques de prévention à mettre en œuvre en milieu scolaire face au risque de conduite suicidaire. Cette réflexion s'appuie par ailleurs sur un éclairage théorique pluridimensionnel (épidémiologie, psychanalyse, psychosomatique). Ainsi définissent-ils d'abord les objectifs d'une prévention primaire visant à empêcher l'émergence du geste suicidaire, en passant en revue les principaux programmes mis en place en France et Outre-Atlantique. Puis ils envisagent les différentes dimensions de la prévention secondaire (relative à la phase de réintégration en milieu scolaire), ainsi que de la prévention tertiaire pour éviter le risque fréquent de rechute. Ils esquissent dans la conclusion les perspectives préventives à privilégier dans le futur par les acteurs de santé publique.

MOTS-CLÉS

adolescence, suicide, prévention, milieu scolaire.

SUMMARY: SUICIDAL RISK DURING ADOLESCENCE. PREVENTION IN SCHOOL AREA

First, the authors have undertaken a review of risk factors related to suicidal acting during adolescence. They are centred on the adolescent and his/her family and on the concept of suicidal crisis, with specific attention to life events. Second, they try to show what kinds of practical preventive perspectives ought to be developed to face suicidal risk behaviour in school area. The theoretic frame of reference is pluridimensional (epidemiology, psychoanalysis and psychosomatic). So they define the aims of primary prevention to prevent realization of suicidal act, with a review of the main programs built in France and some Anglo-Saxon countries. Then, they list different dimensions of secondary prevention related to school reintegration phase, and tertiary prevention to prevent a new suicidal acting. Finally, they point out the main most useful preventive perspectives to develop in the future towards the public health partners implied in school area.

KEY WORDS

adolescence, suicide, prevention, school area.

La dépression et le risque suicidaire à l'adolescence constituent un problème de santé publique majeur et toujours alarmant⁽¹⁻⁴⁾. L'épidémiologie nous offre, dans sa dimension descriptive, quelques chiffres repères face à ce problème^(5,6). Concernant les suicides, l'OMS pointe l'augmentation constante de leur nombre dans l'ensemble des sociétés industrialisées et l'élévation des taux dans de nombreux pays européens, en Amérique du Nord et en Australie⁽⁷⁾. Ainsi, une étude menée aux États-Unis relève une augmentation de 100 % chez les 10-14 ans entre 1980 et 1997, le suicide étant la troisième cause de décès chez les enfants et les adolescents⁽⁸⁾. En France, nous disposons de statistiques assez précises établies par l'Inserm, montrant que le suicide (deuxième cause de mortalité) touche plus les garçons

que les filles. Notons qu'environ 700 jeunes de 15 à 24 ans (deux tiers de garçons) se suicident chaque année. Mais tenons compte aussi d'une sous-estimation des suicides d'environ 25 %, en lien avec la difficulté d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte. Les modes de suicide diffèrent selon le sexe : pendaison, arme à feu dominant chez les garçons, pendaison et intoxication médicamenteuse chez les filles, les suicides par noyade étant plus rares pour cette tranche d'âge.

Concernant les tentatives de suicide, les chiffres dont nous disposons proviennent d'enquêtes pilotes réalisées par l'Inserm. Comme pour le suicide, la tentative de suicide est en augmentation constante chez les 15-24 ans (1 % de la population adolescente

*Maître de conférences en psychologie clinique,
**Professeur de psychologie clinique, Directeur,
Groupe de recherche en psychologie clinique et pathologique
de la santé, Université de Nancy II,
3, place Godefroi de Bouillon, F-54015 Nancy Cedex
Correspondance : joelle.lighezzolo@univ-nancy2.fr

concernée). Contrairement au suicide, la tentative touche plus les filles que les garçons (dans deux tiers des cas, il s'agit de filles). Le nombre de jeunes hospitalisés en France pour tentative de suicide est estimé à 45 000 par an. Dans 90 % des cas, il s'agit d'intoxications médicamenteuses (médicaments récemment prescrits par un généraliste ou empruntés à la pharmacie familiale). Le taux de récurrences est élevé (44 % chez les 15-24 ans). De plus, la probabilité de récurrence précoce est particulièrement forte chez les jeunes (une récurrence sur deux se produit dans les six mois), notamment durant l'année suivant le passage à l'acte.

Concernant les idées suicidaires, peu d'études sont disponibles. Notons que les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, le plus souvent accompagnées de symptômes dépressifs (signe alarmant lorsque ces idées reviennent souvent).

L'objectif de cet article est double. Après avoir dégagé, à partir d'une revue de la littérature, les principaux facteurs de risque suicidaire, nous envisagerons les modalités pratiques de prévention à mettre en place dans le milieu scolaire.

ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE

Les travaux recensés révèlent une évolution des recherches. D'abord centrées sur l'adolescent et sa famille, elles ont pris ensuite pour objet d'étude des concepts tels que "la crise suicidaire"⁽⁹⁾ ou "la rupture de résilience"⁽¹⁰⁾.

RECHERCHES CENTRÉES SUR L'ADOLESCENT ET SA FAMILLE

Premiers travaux se référant au seul champ de l'épidémiologie

C'est à l'épidémiologie "analytique" que nous devons le dégagement de facteurs de risque suicidaire. Un facteur de risque n'est en aucun cas la cause d'un phénomène à l'étude, il est simplement retrouvé plus fréquemment dans la population étudiée. À noter également la notion de cumul qui s'y rattache. Il y a plus de 15 ans, Choquet soulignait déjà que "le risque suicidaire était sept fois plus élevé chez ceux qui cumulaient au moins trois facteurs de risque que chez ceux qui n'en présentaient qu'un"⁽¹¹⁾.

Chez l'adolescent lui-même, ces travaux nous permettent de relever des facteurs de risque tels que le sexe (masculin pour le suicide, féminin pour la tentative), la nationalité (le statut d'enfant d'immigré), les difficultés du parcours, soit scolaire (redoublement, problème de discipline...), soit

professionnel (recherche d'emploi...), la résidence en internat ou en chambre universitaire, les problèmes de santé (plainte somatique intense, hospitalisations récentes...), les difficultés psychologiques, les troubles du comportement (fugues...), les troubles psychiatriques (symptomatologie dépressive majeure...), l'usage fréquent de substances psychoactives telles que l'alcool, le tabac et surtout le cannabis (consommation alarmante, en augmentation partout dans le monde), les difficultés de la vie sexuelle (interruption de grossesse, vécu d'inceste, de viol...) et la fréquence des violences subies dans l'enfance ou à l'adolescence, largement soulignée par Choquet⁽¹¹⁾, Marcelli⁽¹²⁾ ou Ladame⁽¹³⁾. Les recherches se sont aussi centrées sur l'évaluation du risque de récurrence. Les résultats convergent tous sur ce point essentiel : une première tentative est en elle-même un haut risque de récurrence.

Au sein de la famille de l'adolescent, ont pu être cernés d'autres facteurs de risque, tels que la mésentente conjugale (séparation, divorce ou, au contraire, impossibilité de se séparer), la dimension de la famille (fratrie de quatre enfants ou plus), ou encore le recours, dans l'enfance, à des modes de garde en dehors de la famille, élément soulignant ici toute l'importance des décisions à prendre concernant la garde de très jeunes enfants. Parmi les facteurs médicaux, les antécédents familiaux de suicide, de tentative de suicide, de maladie mentale ou de problème d'alcoolisme sont les plus importants. Une consommation excessive de médicaments psychotropes est souvent retrouvée chez les mères de jeunes suicidants. Parmi les facteurs relationnels, la perturbation des relations intrafamiliales est massivement relevée (manque de communication parents-adolescent ou fratrie-adolescent, indisponibilité des parents vécue comme un abandon, incompréhension, excès ou carence d'autorité paternelle).

Les travaux anglo-saxons invitent enfin à s'intéresser aux liens entre comportement suicidaire à l'adolescence et événements de vie. Les uns, centrés sur les événements survenus aussi bien dans l'enfance que dans l'adolescence, confirment que les adolescents suicidants ont connu beaucoup plus d'événements de vie problématiques et stressants dès l'enfance (séparations, instabilité sociale ou violences subies). D'autres, centrés sur les événements de vie plus récents, pointent trois facteurs de risque essentiels : la perte, le manque de soutien familial et le désespoir. Les travaux de Seguin⁽¹⁴⁾, centrés à la fois sur le suicide et les tentatives de suicide des adolescents, valorisent, en cas de suicide accompli, l'approche par "autopsie psychologique", situation au cours de laquelle les circonstances du drame sont reconstruites avec l'entourage. D'autres études présentent l'intérêt d'être longitudinales (suivi sur une période de 14 ans) et d'identifier précocement des facteurs de risque spécifiques à chaque sexe (comportements à l'âge préscolaire non conformes à ceux observés à cet âge selon le sexe,

agressivité, hyperactivité chez les filles, et dépendance, anxiété chez les garçons), éléments retrouvés en France par Choquet⁽¹¹⁾ ou Claudon^(15, 16).

Nombreux sont les auteurs en France ou en Suisse ayant repris cette centration sur les événements existentiels de l'enfance ou de la préadolescence. Les travaux de Tousignant⁽¹⁷⁾ ont montré notamment le rôle majeur joué par les recherches sur les événements de vie dans la genèse de la psychopathologie, permettant de "*comprendre l'effet des événements dans le cadre d'un modèle général de vulnérabilité tenant compte autant des facteurs internes (biologiques et psychologiques) qu'externes*".

Étude se référant à plusieurs champs théoriques

Dans une perspective de mise à l'épreuve d'un modèle des liens entre réalité externe et réalité interne chez l'adolescent suicidant, citons en complément la recherche au long cours menée au sein de notre équipe⁽¹⁸⁻²⁰⁾, référée de manière plus large aux trois champs théoriques que constituent l'épidémiologie, la psychanalyse⁽²¹⁻²⁵⁾ et la psychosomatique⁽²⁶⁻²⁹⁾, et située dans la continuité de travaux de grande ampleur tels que ceux dirigés par Caglar⁽³⁰⁾, Jeammet *et al.*⁽²²⁾ ou Ladame⁽¹³⁾. Ce modèle, s'intéressant au cumul des excitations externes déterminant une surcharge pouvant peser sur l'adolescent, avance qu'au-delà d'un certain seuil de ces excitations, il y aurait faillite transitoire de l'appareil mental et aiguillage, bascule vers d'autres voies, c'est-à-dire celles du recours à l'agir et/ou de l'expression somatique.

Cette étude se centre en fait sur trois facteurs de risque, la surcharge externe pouvant peser sur ces adolescents (de manière plus ou moins stressante et évaluée à partir de la quantité d'événements vécus), leur plainte somatique (deuxième facteur renvoyant à la réalité externe) et leur vulnérabilité psychique (envisagée sous l'angle de la fragilité de leur mentalisation et de la pauvreté de leur espace imaginaire, exploration ici de la réalité interne). La méthodologie – une approche comparée de 40 adolescents de 13 à 19 ans, 20 suicidants hospitalisés suite à un geste suicidaire et 20 non-suicidants, adolescents fréquentant collège ou lycée – comporte trois instruments : un questionnaire d'événements de vie, *Adolescent life change event scale* (ALCES) de Yeaworth⁽³¹⁾, un questionnaire de dépistage de l'expression somatique⁽³²⁾ et un test projectif, le Rorschach. Le questionnaire d'événements de vie – support d'un entretien semi-structuré, comprenant 40 items centrés sur la vie familiale, la vie scolaire, la vie sociale, affective et la santé de l'adolescent – permet de revoir avec lui "le film" de sa vie, tout en notant la date de ces événements, la manière éventuellement stressante dont ils ont été vécus. Quatre items renvoient plus particulièrement à la vie scolaire : le fait d'arrivée dans un nouvel établissement,

les problèmes éventuels de discipline, d'échec dans diverses matières, de redoublement ou de renvoi. Les hypothèses posées chez l'adolescent suicidant d'une surcharge externe plus intense, de difficultés de mentalisation et de pauvreté de l'espace imaginaire sont confirmées sur le plan empirique à partir d'une analyse quantitative et qualitative des données. C'est l'importance de la réalité externe, à côté de la réalité interne, classiquement privilégiée par les psychanalystes, qui est soulignée. Face à ce cumul d'événements de vie générateurs de trop d'excitations, est avancée prudemment la notion de réalité traumatique externe. Cette position serait-elle à rapprocher de celle de Winnicott⁽³³⁾ se penchant sur "ce qui menace la liberté" ? Selon lui, en effet, "*personne n'est indépendant de l'environnement et il y a des conditions d'environnement qui détruisent le sentiment de liberté même chez ceux qui auraient pu en jouir*".

La détermination de seuils critiques de surcharge, différenciant significativement les suicidants des témoins (17 événements vécus dont 12 de manière stressante), seuils au-delà desquels les risques de récurrence seraient majeurs, nous donne les moyens de pointer, lors des réunions d'équipe ou des synthèses, la gravité des situations, d'insister par exemple pour le maintien d'un adolescent à l'hôpital, de suggérer son orientation vers une structure plus contenantante ou de poser d'emblée l'indication d'une psychothérapie ou d'un travail familial. Le dépassement de ces seuils critiques serait plus alarmant encore lorsqu'il surviendrait chez des adolescents exprimant une intense plainte somatique et se révélant éminemment "vulnérables" au niveau de leur fonctionnement intrapsychique, au sens de Jeammet : le risque serait maximum en présence de ce cumul des trois signes. Le relevé des événements de vie ressentis comme les plus stressants par les adolescents, dans leur dimension de cumul – le décès d'un parent, les antécédents de tentative de suicide ou de suicide dans la famille, de tentative de suicide pour l'adolescent lui-même, une grave mésentente familiale, le décès précoce d'un grand-parent, le décès d'un parent survenu pendant la grossesse de la mère, un problème d'alcoolisme dans la famille ou de violence subie –, nous permet d'avancer que plus les événements ont été précoces pour l'adolescent, plus ils nous paraissent essentiels à prendre en compte car ils laissent entrevoir la souffrance et la détresse, passées ou actuelles, des parents de l'adolescent ayant pu, du fait de cette grande souffrance personnelle, être indisponibles à celle de leur enfant.

RECHERCHES CENTRÉES SUR LE CONCEPT DE "CRISE SUICIDAIRE"

Dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide, la Conférence de consensus intitulée "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge" – organisée en 2000 par la Fédération française de psychiatrie et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

(ANAES), avec le soutien de la Direction générale de la santé – a marqué un tournant dans l'orientation des travaux de recherche, cherchant à définir des bases scientifiques communes et à améliorer encore le repérage des situations de crise⁽³⁴⁾. Une crise suicidaire se définit comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. La personne perd ses moyens de défense. Elle apparaît vulnérable, en situation de rupture, aussi bien avec elle-même qu'avec son entourage. Elle se trouve dans une impasse pouvant la mener à des idées de suicide de plus en plus envahissantes. Notons déjà l'intérêt certain, sur un plan préventif, de cette centration en amont du geste suicidaire, n'envisageant cet agir que comme l'une des manifestations possibles de la crise, mais relevons aussi toute l'ambiguïté soulevée par ce terme de crise, renvoyant à un événement bref, supposé se résoudre rapidement alors que le temps nécessaire au cheminement psychique est toujours long, et évoquant l'aspect bruyant de ses signes, alors que nous savons que certains suicides surviennent malheureusement dans le silence et l'absence totale de crise. Pour évaluer cette crise, les psychiatres utilisent également les concepts de facteurs de risque, d'événements de vie (variété de facteurs de risque) et de facteurs de protection. Mais les facteurs de risque sont ici envisagés sous l'angle de l'influence par les traitements.

Remarquons d'emblée que cette distinction semble plus concerner les adultes, plus souvent soumis à des traitements médicamenteux que les adolescents. Comme le précise Pommereau, cité par Charles⁽³⁵⁾, *“les médicaments sont souvent indispensables pour débloquer une situation de crise et permettre à l'adolescent de reprendre pied. Mais ils ne doivent pas être la seule réponse à la détresse”*. La liaison entre événements de vie et tentatives de suicide est ici considérée comme l'effet, soit de facteurs prédisposant (pertes précoces, maltraitance dans l'enfance, abus sexuels et physiques), facteurs de risque secondaires, soit de facteurs précipitants (conflits interpersonnels, problèmes sentimentaux, disciplinaires, vécus d'humiliation, de rejet, d'abandon...). Les facteurs de protection sont en fait le support social et la prise en charge thérapeutique. Ils sont importants à prendre en compte dans l'évaluation d'un risque suicidaire. Le concept de soin proposé par Gothuey *et al.*⁽³⁶⁾, visant à admettre le plus vite possible les patients suicidants arrivant aux urgences d'un hôpital général dans un dispositif psychiatrique d'intervention de crise et à favoriser l'alliance thérapeutique, apparaît exemplaire dans ce domaine.

DISCUSSION

Au final, le lecteur pourra noter l'absence de spécificité de certains des facteurs de risque venant d'être évoqués et hiérarchisés. Il pourra également s'interroger sur les raisons conduisant un sujet en souffrance à “choisir” cette modalité de réponse à ses problèmes existentiels plutôt qu'une autre. Un tel mal-être peut-il recouvrir d'autres

potentialités morbides et pousser l'adolescent à d'autres formes de désorganisation pathologique ? Répondre de manière détaillée à de telles interrogations, posant la double question, complexe et centrale en psychopathologie, des déterminants spécifiques de la conduite suicidaire et du mode de décompensation (mentale, comportementale ou somatique) chez des sujets en souffrance confrontés à un trop-plein d'excitations internes, exigerait l'espace d'expression d'un ouvrage, et non d'un article. De plus, un souci d'impartialité nous oblige à reconnaître que ces questions divisent actuellement cliniciens et psychopathologues. Il est donc possible d'engager à leur égard des spéculations théorico-cliniques, plus que des affirmations empiriquement validées de manière indiscutable.

Pour notre part, nous pensons que la “conjonction explosive” au sens de Debray^(28, 29) – c'est-à-dire la rencontre d'une situation externe traumatisante renvoyant à la notion de perte objectale et d'un terrain fragile, le tout pris dans le contexte fragilisant de l'âge de l'adolescence – caractérise la dynamique existentielle des adolescents suicidants. En appui sur le modèle psychanalytique du traitement mental des excitations internes et externes proposé par Bergeret^(37, 38) et appliqué au champ de la psychologie clinique⁽³⁹⁾, nous posons l'hypothèse que l'état de surcharge et de non-mentalisation des excitations va inmanquablement se traduire par leur décharge à travers la voie comportementale et/ou somatique.

Mais alors, pourquoi la décompensation comportementale plutôt que la décompensation somatique ? Nous adhérons ici à l'hypothèse avancée par C. Dejours en 1995 (communication personnelle). Cet auteur pense que c'est l'intensité de l'angoisse et son déni éventuel, au niveau du fonctionnement intrapsychique, qui déterminent la voie d'aiguillage et de bascule des excitations. Cette dernière s'orienterait vers la voie comportementale lorsqu'il y aurait arrivée trop brusque d'un trop-plein d'angoisse, alors qu'elle se ferait vers le soma lorsque le déni de cette angoisse serait massif, empêchant toute perception et élaboration préconsciente.

Et comment expliquer les décompensations mentales psychotiques, avec entrée dans le délire, survenant parfois à cet âge de la vie ? Cette question ne peut, dans le cadre d'une discussion, qu'appeler la théorisation d'un modèle, à mettre ensuite à l'épreuve de la clinique. Nous postulons sur ce plan que la décompensation mentale psychotique serait en résonance avec une surcharge associée à des vulnérabilités structurées bien plus précocement, rendant les phases de séparation-individuation, d'autonomisation et d'investissement objectal impossibles à l'adolescence. Ces sujets auraient un fonctionnement psychique et défensif barrant probablement davantage l'utilisation des voies somatiques et comportementales de décharge.

Pourquoi enfin le choix de l'autoagression plutôt que de l'hétéroagression ? Nous sommes certes conscients de l'intrication de ces deux dimensions chez tout adolescent passant à l'acte. Mais nous avançons ici l'hypothèse que chez le suicidant, les défenses par inhibition, le noyau de culpabilité non élaboré au sein de sa dynamique intrapsychique pousseraient au retournement contre soi, alors que chez l'hétéroagressif, les défenses par identification projective, par projection orienteraient préférentiellement l'excitation agressive vers l'extérieur.

L'ensemble de ces travaux nous invite finalement à intervenir toujours plus en amont d'un éventuel passage à l'acte et à préférer au terme de crise suicidaire celui plus large de "crise existentielle majeure", terme non marqué par une référence au suicide qui, nous venons de l'envisager, n'est que l'une des modalités de réponse au débordement psychique à l'adolescence.

MODALITÉS PRATIQUES DE PRÉVENTION EN MILIEU SCOLAIRE

Il nous semble important de distinguer les modalités de prévention primaire en milieu scolaire, visant à empêcher la réalisation du geste suicidaire chez l'adolescent en souffrance, celles de prévention secondaire, à développer auprès de l'adolescent suicidant de retour et de son groupe-classe, et celles de prévention tertiaire, à envisager au sein même de la structure scolaire pour prévenir la rechute si fréquente dans ce type de problématique.

MODALITÉS DE PRÉVENTION PRIMAIRE

Objectifs de cette prévention

D'abord, il s'agit de reconnaître chez l'adolescent, les signes de mal-être non élaborés mentalement, c'est-à-dire l'état de crise existentielle profonde. Infirmières scolaires, médecins scolaires, mais aussi conseillers d'éducation, enseignants et pairs sont tous des intervenants "de première ligne" pouvant être amenés à identifier une telle crise, un cumul ou une intensité de facteurs de risque en présence chez un adolescent, clignotants indicateurs d'un risque de passage à l'acte et de décompensation par la voie de l'agir comportemental autodestructeur.

◆ Identifier la traduction comportementale de l'état de surcharge : l'adulte référent en milieu scolaire gagnera toujours à être attentif aux changements brutaux de comportement chez un adolescent, le conduisant à exprimer de manière durable son état de surcharge mentale, soit par une inhibition massive associée à un repli sur soi et à un isolement extrême aisément repérables en milieu scolaire, soit par une expression verbale violente et explosive à visée

transgressive. Dans ce contexte, l'adulte référent peut se trouver confronté à un double écueil. Le premier serait celui d'investir, de manière défensive, une position de déni des problèmes de l'adolescent, soit en les ignorant, soit en les banalisant complètement et en misant sur le fait qu'ils seront solutionnés prochainement par l'adolescent lui-même, soit encore en estimant que sa responsabilité d'enseignant, d'éducateur ou d'infirmière n'a pas à être engagée et que c'est aux parents (avec lesquels l'adolescent est précisément souvent en rupture) de soulever et prendre en charge le problème. Le second écueil serait de répondre aux provocations transgressives de l'autorité par des sanctions scolaires proportionnelles à la transgression, dont l'utilité est certes de rappeler à l'adolescent que nul n'a le droit de se positionner hors la Loi, mais dont l'inconvénient est d'être complètement sans lien avec les déterminants qui ont généré cette transgression. Ce qui laisse les vrais problèmes de l'adolescent complètement en suspens et risque de favoriser une escalade dans le recours à ce mode de décharge.

◆ Identifier la traduction somatique de l'état de surcharge : le trop-plein d'excitations, associé aux conflictualités non traitables mentalement, va s'exprimer par une souffrance affectant le corps à répétition, en déchargeant à ce niveau les excès de tension. Les adolescents qui sont passés à l'acte se démarquent en effet nettement de leur homologues d'un groupe contrôle sur le plan de l'ampleur du retentissement psychosomatique au niveau du corps⁽¹⁸⁾. L'enseignant, comme le conseiller d'éducation et encore davantage l'infirmière devraient être particulièrement attentifs à l'absentéisme fréquent, aux plaintes somatiques entraînant une fréquentation accrue de l'infirmier. L'enquête effectuée par l'Inserm en Gironde⁽⁴⁰⁾ révèle que les élèves fréquentant le plus l'infirmier sont les plus en difficulté, qu'un élève sur cinq a déjà fait un geste suicidaire, et que seulement 20 % de ces jeunes sont reconnus suicidaires par l'infirmière. La valeur de révélateur d'une souffrance existentielle majeure sera transparente dès que l'adulte référent acceptera de quitter la centration sur le symptôme pour s'engager dans une rencontre intersubjective avec l'adolescent, favorisant l'expression de son ressenti émotionnel, de la surcharge événementielle pouvant peser sur sa vie présente ou passée.

◆ Identifier les formes de souffrance mentalisées liées à la surcharge. L'expression de la souffrance peut emprunter une voie mentale moins indirecte. Elle a alors valeur d'appel au secours. Elle s'exprimera en prenant pour support la copie de français ou de philosophie. L'adolescent prendra le prétexte du sujet proposé pour évoquer le non-sens de l'existence pour lui, ou son désespoir, interpellant et provoquant ainsi son enseignant. L'idéation suicidaire mentalisée peut même prendre des formes plus directes et s'exprimer à l'oral, avec l'enseignant ou avec des pairs, doublée lorsqu'elle est plus intense d'un scénario fantasmé pour mettre fin à son existence.

Ensuite, il s'agit aussi de développer, chez l'intervenant, l'écoute, l'introspection, les savoir-faire et les savoir-être. Il nous semble, à un niveau très général, que l'attitude aidante à visée préventive de l'adulte en milieu scolaire nécessite d'abord de dépasser le déni défensif du problème, risquant toujours de surgir, et d'accepter d'entendre le message de souffrance. Elle exige aussi une capacité de contrôle de ses propres éprouvés émotionnels négatifs et beaucoup d'empathie lorsque l'on est confronté à une transgression nous touchant dans la remise en question de notre narcissisme et de notre fonction de gardien de la Loi. Si cette dernière doit toujours être reformulée dans les contextes de transgression, la manière de la signifier va déterminer directement ou non la capacité de l'adolescent à l'intérioriser. Être adulte, disait Dolto ⁽⁴¹⁾, ce n'est pas montrer à l'autre plus jeune qu'on est le plus fort, c'est "*montrer à l'autre qu'être adulte c'est être capable d'être maître de ses pulsions*". Il va de soi alors que répondre à l'irrespect de l'adolescent (qui prend souvent sa source dans les interactions dynamiques intrafamiliales) par un irrespect de même nature, en lui répondant sur le même mode, ne peut que le conduire à la répétition des transgressions et à une mise entre parenthèses des déterminants de ses problèmes. C'est au contraire une écoute active de l'adolescent qu'il faudrait parvenir à favoriser, rétablissant ainsi un début de communication avec lui, d'autant plus que cette dernière est le plus souvent coupée avec sa famille. Dire son inquiétude à un adolescent qui ne va pas bien, reconnaître sa souffrance majeure, oser lui poser les questions qui vont lui permettre d'exprimer une idéation suicidaire, reformuler en clarifiant son ressenti émotionnel sont autant de moyens d'aider à une rencontre authentique et profonde.

Face aux traductions somatiques, structurer un temps d'écoute, plutôt que répondre aux maux du corps par la seule prescription médicamenteuse ciblée sur le symptôme, nous paraît plus propice à rétablir une possibilité d'échange, en lieu et place de la solitude qui est bien souvent le lot commun des adolescents en souffrance. Il est possible d'engager ce dialogue en prenant le prétexte du corps et en avançant à l'adolescent l'hypothèse que si ce dernier se plaint, c'est qu'il exprime peut-être une souffrance d'un autre ordre qui a du mal à se dire. Face aux traductions mentalisées prenant la forme de l'écrit, il faut encore à l'adulte une certaine force intérieure, suffisamment de solidité narcissique pour engager une écoute active. Il est en effet toujours plus facile de dénier la gravité du message envoyé par la voie écrite, en se refusant de la relier au vécu de l'adolescent ou en la banalisant, parfois simplement par peur de ne pas réussir à la contenir.

Prendre au sérieux toutes les formes directes d'expression d'une idéation suicidaire, d'autant plus lorsqu'elle est dou-

blée d'un scénario pour la mettre en œuvre, nous paraît tout aussi important. L'enseignant, l'infirmière, le groupe de pairs peuvent chacun être le réceptionnaire du message. Une telle situation, présentant un degré de gravité supplémentaire, implique la mise en place d'un étayage dont la finalité sera à la fois de faire éclater le sentiment de solitude, d'introduire un tiers face aux menaces externes et internes, et dans les situations à risque, de mettre en place un contrat avec l'adolescent suicidaire, sur le modèle de celui proposé par Furtos ⁽⁸⁰⁾. Ce dernier vise à inciter l'adolescent concerné à accepter de s'engager à parler à un tiers, avant toute tentative de passer à l'acte, s'il sent l'idéation suicidaire l'envahir brusquement. Ce "tiers-relais étayant" peut être l'adulte référent du champ scolaire auquel l'adolescent s'est confié en classe.

Il est alors nécessaire, en situation de crise, que cet adulte référent soit disponible et accompagne, par exemple, l'adolescent à la première consultation spécialisée (psychiatre, psychologue clinicien, psychanalyste) de manière à faciliter la mise en place du processus thérapeutique.

Mais nous voudrions souligner ici à quel point il est difficile de favoriser une écoute active et combien les enseignants, les infirmiers et médecins scolaires, les conseillers d'éducation ont une formation à l'entretien d'écoute insuffisante. Leur cursus ne les prépare nullement à l'écoute empathique non directive, à la connaissance et mise en pratique par jeux de rôles des attitudes qui seront des obstacles à une communication authentique ^(43,44) et à une bonne mise en pratique des techniques de reformulation en entretien. Il les prépare encore moins à l'autoanalyse et à la reconnaissance de leurs propres éprouvés émotionnels réactionnels négatifs face aux mots et aux actes engagés par l'adolescent. Notre proposition serait donc de suggérer aux formateurs d'inclure ces dimensions dans la formation des personnels de l'Éducation nationale (Institut universitaire de formation des maîtres, formation continue). Cette dernière ne devrait pas être essentiellement théorique, mais avoir une visée tout aussi importante au niveau des savoir-faire et des savoir-être.

Enfin, il s'agit de renforcer le travail sur le lien pédagogique. Une recherche-action menée en Belgique ⁽⁴⁵⁾ montre en effet que ce travail de liaison serait l'enjeu essentiel et l'outil central de la prévention primaire en milieu scolaire. Il s'agirait de soutenir la capacité des adolescents à se mettre en lien avec les adultes de référence à l'école, pour demander de l'aide, et de soutenir parallèlement celle de ces adultes à faire appel au réseau d'intervenants, référents pour eux. En complément, l'articulation pluridisciplinaire avec les intervenants en amont et en aval de la situation de crise est un autre élément incontournable dans l'approche de l'urgence ⁽⁴⁶⁾.

La solitude, lot commun des adolescents en souffrance

Programmes mis en place

Le programme de prévention visant la diffusion large des conclusions de la Conférence de consensus de 2000, référé aux modèles canadiens, a proposé un certain nombre de sessions nationales de formation de formateurs à l'intervention de crise suicidaire⁽⁴⁷⁾. Ainsi, à la fin 2004, 78 binômes psychologue-psychiatre étaient formés, animant à leur tour, dans leurs régions, des séminaires de formation d'un jour et demi, destinés aux personnels directement confrontés à la jeunesse en crise. C'est une triple évaluation de la crise qui est ici envisagée, celle du risque suicidaire, de l'urgence et de la dangerosité. L'emploi de jeux de rôles aide à l'implication des participants.

À titre d'illustration clinique, citons la mise en situation fictive de Marc, adolescent de 17 ans, interne en première année de BEP dans un lycée professionnel, et de retour, après une hospitalisation d'une semaine dans un service de pédopsychiatrie suite à une tentative de suicide. En accord avec l'adolescent et sa famille, le psychiatre du service venait d'informer le médecin scolaire attaché à l'établissement de la mise en place pour Marc, suite à ce passage à l'acte, d'une psychothérapie. Il s'agissait de vivre, dans ce jeu de rôles, le moment où la conseillère d'éducation accueillait l'adolescent à son arrivée à l'internat le dimanche soir. Après avoir préparé plusieurs "Marc" à leurs rôles, la mise en place de quatre trios, comprenant chacun une conseillère, un "Marc" et un observateur, a permis que se vivent simultanément quatre entretiens, matériel d'une grande richesse à analyser ensuite en grand groupe. Il aura été important de demander à chaque "Marc" s'il s'était senti écouté, à chaque conseillère, ce qu'elle venait de vivre, ce qu'elle entrevoyait comme facteurs de risque ou de protection chez Marc, et à l'observateur, ce qu'il avait pu remarquer de l'interaction en jeu, sa durée, le ton de la voix de la conseillère, l'attitude de Marc... Comme il est difficile de se mettre d'emblée dans une posture d'accueil de l'autre, d'être dans l'empathie et non dans la proposition immédiate de solutions, de poser des questions ouvertes, aidant à l'expression du ressenti, de reformuler en clarifiant, de réaliser l'objectif fixé d'évaluer le potentiel suicidaire du sujet et de finalement clore l'entretien, tout en ayant anticipé le temps à venir..., ce vécu intense partagé, mobilisant les propres émotions des acteurs, nous apparaît très formateur en complément des apports théoriques.

Le bilan de telles actions menées auprès des personnels de l'Éducation Nationale (infirmières et médecins scolaires, assistantes sociales) est encourageant, révélant une amélioration sur le plan de la liaison entre les différents intervenants, de la relation avec les adolescents suicidaires et suicidants, de la disponibilité à l'écoute et à l'engagement chez les adultes référents.

Ainsi, cette infirmière scolaire nous faisant part, lors d'une journée d'évaluation programmée un an après sa forma-

tion, du changement dans sa propre attitude face à certains adolescents. Alors qu'auparavant, elle supportait très difficilement une adolescente la sollicitant quotidiennement, mais restant totalement silencieuse dans l'infirmierie, elle disait avoir trouvé maintenant les mots pour l'accueillir : "L'important, c'est que tu n'hésites pas à venir... Il n'est pas nécessaire que tu parles... Cela viendra peut-être un jour et je serai là...". Ainsi, ce médecin scolaire, évoquant la qualité des liens noués récemment avec un pédopsychiatre de l'hôpital, après lui avoir exprimé son inquiétude face à un adolescent... Les interactions du binôme psychiatre-psychologue agissant, lors de la formation elle-même, comme un lien institutionnel, auraient-elles un impact favorable sur le travail de liaison développé par les personnes formées, de retour dans leurs propres institutions ?

Ces formations gagneraient à être proposées aux enseignants eux-mêmes, en première ligne face au repérage d'une éventuelle crise suicidaire, et à être évaluées par des études à plus grande échelle, comme c'est largement le cas au Québec^(7, 48). Ainsi, le programme "Agir ensemble pour prévenir le suicide chez les jeunes"⁽⁴⁹⁾, développé à Montréal sur trois jours, débute par la formation des intervenants jeunesse, l'établissement de références interétablissements, et la sensibilisation de l'entourage des adolescents (personnel scolaire, parents et pairs). Il améliore la connaissance des indices reliés au suicide, des ressources et des actions à mener lors de la réception d'une confidence suicidaire.

Le type de programme proposé fait également l'objet d'ajustements constants. Ainsi, l'étude menée à New York, évaluant différents programmes de prévention en milieu scolaire⁽⁸⁾, montre que les programmes ciblés sur une population à risque, mis en place par des équipes formées, sont mieux acceptés que ceux s'adressant largement au public d'un établissement, vécus comme trop intrusifs. Une étude québécoise⁽⁵⁰⁾ montre à quel point enseignants et directeurs d'école secondaire peuvent jouer un rôle dans la prévention du suicide, les enseignants désirant s'impliquer face à la détresse psychologique des jeunes et s'engager dans des activités de prévention. L'expérience française, en amont de l'urgence, d'un groupe de parole constitué de professeurs demandeurs d'un collège de banlieue "difficile", coordonné par un psychiatre et une psychologue de Centre médico-psychologique (CMP)⁽⁵¹⁾, révèle aussi le cadre d'élaboration, parfois plus fructueux que dans certaines familles, offert par le système scolaire.

MODALITÉS DE PRÉVENTION SECONDAIRE

Elles peuvent s'envisager à trois niveaux, celui de l'adolescent impliqué, afin de favoriser dans les meilleures conditions sa réintégration scolaire, celui de l'établissement scolaire, du personnel médical, infirmier et éducatif et du groupe classe qui n'a pu prévenir le geste suicidaire, et peut

donc se trouver dans un état de stress aigu voire post-traumatique, et celui plus général de travaux appréhendant le phénomène du suicide dans l'après coup du geste fatal tels que les "autopsies psychologiques", posant ainsi les jalons d'une prévention primaire plus efficace.

Au niveau de l'adolescent dont le suivi psychologique peut se poursuivre après hospitalisation en consultation libérale ou en CMP, il nous semble que l'accueil sans jugement de valeur, privilégiant une écoute empathique et une aide concrète sur le plan du rattrapage des acquisitions scolaires doivent être de mise. Une attention plus grande gagnera à être accordée aux signaux antérieurs de mal-être afin d'évaluer si leur fréquence et leur intensité demeurent stables, se réduisent, ou au contraire augmentent, que leur canal d'expression soit mental, somatique ou comportemental. Ils seront des indicateurs utiles du degré de stabilisation, diminution ou augmentation de la souffrance de l'adolescent, et partant de là, du risque de récurrence. Chacun de leur mode d'expression offrira à nouveau aux adultes référents de l'institution (et aux pairs de la classe) la possibilité de réinstaurer un dialogue possible avec l'adolescent en souffrance.

Au niveau du groupe scolaire, la mise en place d'un "débriefing" après la survenue du passage à l'acte et l'information qui en sera donnée permettra une première décharge de la tension vécue par le groupe. Il nous semble que la mise en place par des professionnels extérieurs à l'établissement d'une information sur les facteurs de risque et les signaux de détresse ne pourra que réduire l'indifférence de l'état groupal à la souffrance individuelle. Elle pourra se doubler de jeux de rôles mettant en scène les appels au secours non entendus et les signaux de souffrance de l'adolescent. Leur finalité sera à la fois de permettre d'élaborer la culpabilité éventuelle associée au fait de n'avoir pu prévenir le geste et d'être plus réceptif aux mêmes signes d'appels s'ils venaient à se reproduire.

Les "autopsies psychologiques" montrent toutes, à l'aide d'une méthodologie difficile comprenant entretiens semi-structurés auprès de l'entourage du jeune suicidé, analyses de rapports médicaux ou de justice, que les suicidés présentaient très souvent des troubles psychiques et avaient consulté un médecin dans les jours ou semaines précédant le suicide⁽⁵²⁾. La première autopsie psychologique réalisée au Royaume-Uni auprès de jeunes de 15 à 24 ans⁽⁵³⁾ révèle que le processus menant au suicide se déploie à long terme, suite à une dépression le plus souvent non traitée et des difficultés relationnelles importantes au moment du décès. C'est rarement une réponse impulsive. Les difficultés datent de l'enfance ou du début de l'adolescence. Comparés à de jeunes suicidants, les suicidés ont vécu nettement plus dans une grande solitude. La richesse et la profondeur de tels entretiens *post mortem*, n'économisant

nullement le temps, ne devraient-elles pas inviter à prendre toujours plus le temps d'écouter, lorsqu'il est encore temps, la plainte d'un adolescent ? Ces jeunes suicidés auraient-ils été profondément déçus de leur rencontre avec le monde du soin ? Les travaux récents menés aux États-Unis⁽⁵⁴⁾, pointant la formation spécifique insuffisante des soignants en matière de prévention, iraient dans ce sens.

Une étude menée aux États-Unis⁽⁵⁵⁾ révèle aussi l'intérêt des efforts de "postvention" dans l'après coup d'un agir suicidaire, listant l'ensemble des signes alarmants à relever, soit chez l'adolescent en crise suicidaire (mauvaise estime de soi, impuissance, désespoir, vécu de honte ou d'humiliation, irritabilité, pensées autodestructrices, dépression, agir, changement soudain de personnalité, négligence de l'apparence, isolement, difficulté de concentration, échec scolaire inhabituel), soit dans sa famille (dépression maternelle, intensité des tensions conjugales et intrafamiliales).

Le texte des Recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide – établi en 1998 par l'ANAES, en collaboration avec la Fédération française de psychiatrie – est un atout de plus pour uniformiser le soin et informer le milieu scolaire de l'intérêt d'une telle approche, impliquant un temps d'hospitalisation systématique destiné à dénouer la situation de crise suicidaire.

MODALITÉS DE PRÉVENTION TERTIAIRE

La fréquence des rechutes témoigne du caractère insuffisamment opérant des dispositifs habituels de prévention secondaire. Dans cet exposé, nous n'avons envisagé les dispositifs qu'en les articulant au cadre scolaire, mais nous sommes conscients bien sûr qu'une prévention tertiaire ne peut être que plurifocale^(21, 56, 57). Elle implique sans doute beaucoup plus largement le milieu extrascolaire, notamment familial et spécialisé, susceptible d'intervenir dans la prise en charge de l'adolescent après son hospitalisation et de lui offrir les étayages susceptibles de l'aider à résoudre les conflictualités en jachère à l'origine du geste suicidaire passé. Nombre de médecins généralistes expriment des besoins de formation, orientés vers l'apprentissage du repérage du risque suicidaire ainsi que vers une formation à l'écoute⁽⁵⁸⁾.

Il nous semble que le rôle de l'équipe scolaire sera d'assurer, outre une attention plus marquée aux caractéristiques comportementales de l'adolescent à l'intérieur du groupe classe, une disponibilité et une écoute empathique lors de chaque situation interactive qu'il sollicitera. Le comportement et le niveau de production scolaire de l'adolescent après sa réintégration seront des indicateurs, pour l'équipe enseignante, de la stabilisation ou non de l'état psychologique de l'adolescent dans le temps, ainsi que le moyen

de structurer un échange plus serré avec les parents de l'adolescent pour aborder de nouveau avec un tiers (le professeur principal ou le médecin scolaire) les difficultés éventuelles de l'adolescent dans le milieu scolaire, dans une attitude de respect de l'autre et une véritable écoute non directive de tous les protagonistes de la famille qui sont autant de conditions nécessaires pour ne pas s'inscrire dans la répétition à court, moyen ou long terme. L'équipe enseignante, éducative et médicale pourra aussi avoir pour objectif de maximiser les possibilités d'étayage à offrir à l'adolescent après sa réintégration scolaire et favoriser la structuration de relations amicales privilégiées entre l'adolescent et certains membres du groupe de pairs, à partir du domaine scolaire commun et des modalités pratiques de travail collectif qu'il autorise et stimule.

Dans le milieu extrascolaire, le travail de guidance mené à Genève auprès des parents d'adolescents en difficulté psychique⁽⁵⁹⁾ se révèle particulièrement fructueux, permettant finalement dans bien des cas l'accès aux soins de l'adolescent lui-même, si souvent réticent à consulter un acteur de la santé mentale.

CONCLUSION

Nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité de poursuivre la mise en place de ces programmes de prévention face à l'ampleur du problème de santé publique en jeu. Mais il est important que ces formations aient des objectifs plus larges que la seule diffusion d'un savoir. C'est l'ouverture à l'écoute de la détresse psychologique de l'autre et au contrôle de ses propres émotions suscitées par l'autre qui apparaît centrale. Or cela exige implication et engagement de soi, ce qui est coûteux pour la personne et peut expliquer le recul de certains. Les actions à mener dans le cadre scolaire, citées dans le rapport sur la santé des jeunes⁽⁶⁰⁾, telles que les enquêtes épidémiologiques en milieu scolaire, les transmissions de connaissances aux professionnels de première ligne, le développement d'une politique de réseau transdisciplinaire, la meilleure connaissance des liens engagés entre les équipes scolaires et les équipes de pédopsychiatrie, le projet de mise en place d'une infirmerie dans chaque établissement ou l'amélioration de la formation des infirmières, des médecins scolaires et des assistantes sociales sont à encourager massivement.

Suivons enfin Jeammet dans sa conclusion du film *Sortie de secours* réalisé par le ministère de l'Éducation nationale sur la prévention du suicide chez les adolescents, lorsqu'il rappelle que la vie se développe dans une multitude de différences et de nuances, que l'absolu, la force, c'est destructeur. Ayons avec lui la sagesse de penser la prévention en milieu scolaire de manière créative et mesurée, sans nous montrer comme "ayant tout". Retenons avec cet auteur

que 80 % des adolescents vont aujourd'hui plutôt bien, et soutenons les enseignants afin qu'ils puissent être au moins autant à l'écoute "d'adolescents en souffrance" que "d'élèves en échec". ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - JEAMMET P. Les risques de décompensation dépressive à l'adolescence et la démarche préventive. In : de Tychev C. La prévention des dépressions. Paris : L'Harmattan, 2004 : 169-184.
- 2 - CHABROL H. La dépression de l'adolescent. Paris : PUF, 2001.
- 3 - CHABROL H. Psychopathologie de l'adolescent. Paris : Belin, 2004.
- 4 - DE TYCHEV C, LIGHEZZOLO J, CLAUDON P, DIWO R. La prévention des dépressions. *Le Journal des psychologues* 2006 ; 235 : 54-57.
- 5 - CHOQUET M. Les adolescents d'aujourd'hui. Conférence du GREP-MP, 10 avril 1999 (<http://www.grep-mp.org/conferences/Parcours-19-20/adolescents.htm>).
- 6 - BADEYAN G, PARAYRE C, MOUQUET MC, TELLIER S, DRAGOS S, ELLENBERG E, DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES. Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. *Études et résultats* 2001 ; (109) : 1-8.
- 7 - OMAR HA. A model program for youth suicide prevention. *Int J Adolesc Med Health* 2005 ; 17 (3) : 275-278.
- 8 - SCHERFF AR, ECKERT TL, MILLER DN. Youth suicide prevention: a survey of public school superintendents' acceptability of school-based programs. *Suicide Life-Threat* 2005 ; 35 (2) : 154-169.
- 9 - AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : ANAES, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000 (<http://www.has-sante.fr>).
- 10 - LIGHEZZOLO J, DE TYCHEV C. La résilience : se (re)construire après le traumatisme. Paris : Éditions In press, 2004.
- 11 - CHOQUET M. Dépression, fugue et troubles associés. *Neuropsychiat Enfan* 2000 ; 48 : 188-193.
- 12 - MARCELLI D, BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, 1995.
- 13 - LADAME F. Adolescence et suicide. Paris : Masson, 1995.
- 14 - SEGUIN M. Stratégie de recherche sur le suicide : identification de causes multiples. *Le Journal des psychologues* 2003 ; 212 : 22-26.

- 15 - CLAUDON P. L'instabilité psychomotrice infantile. Approche psychodynamique comparative par une méthodologie projective [Thèse de Doctorat en psychopathologie]. Nancy : Université Nancy II, 2002.
- 16 - CLAUDON P. Place et prévention de la dépression dans l'instabilité psychomotrice infantile : argument psychopathologique. *Neuropsychiat Enfan* 2004 ; 52 : 290-295.
- 17 - TOUSIGNANT M, HARRIS TO. Événements de vie et psychiatrie : apport des études du *Life events and difficulties schedule*. Paris : Doin, 2001.
- 18 - DIWO R. Événements de vie, mentalisation, somatisation et tentatives de suicide : approche comparée à l'adolescence [Thèse de Doctorat en psychologie clinique]. Nancy : Université Nancy II, 1997.
- 19 - DIWO R. Événements de vie et fragilité de la mentalisation : approche comparée chez l'adolescent suicidant. *Neuropsychiat Enfan* 1999 ; 47 : 200-214.
- 20 - DIWO R, THOMASSIN L, KABUTH B, MESSAOUDI M. Pulsions de vie, pulsions de mort, une intrication à mieux évaluer dans une démarche de prévention de l'agir suicidaire à l'adolescence. In : de Tychev C. La Prévention des dépressions. Paris : L'Harmattan, 2004 : 185-197.
- 21 - JEAMMET P. Les agirs à l'adolescence. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale* 1994 ; 1 : 17-24.
- 22 - JEAMMET P, BIROT E. Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris : PUF, 1994.
- 23 - JEAMMET P. Avant-propos de "Conduites suicidaires à l'adolescence". *Rev Praticien* 1998 ; 48 : 1407-1408.
- 24 - BERGERET J. Les toxicomanes parmi les autres. Paris : Odile Jacob, 1990.
- 25 - BERGERET J. Les conduites addictives : approche clinique et thérapeutique. In : Venisse JL. Les nouvelles addictions. Paris : Masson, 1990 : 3-9.
- 26 - MARTY P. La psychosomatique de l'adulte. Paris : PUF, 1990.
- 27 - MARTY P. Mentalisation et psychosomatique. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1991.
- 28 - DEBRAY R. Clinique de l'expression somatique. Paris : Delachaux et Niestlé, 1996.
- 29 - DEBRAY R. Épître à ceux qui somatisent. Paris : PUF, 2001.
- 30 - CAGLAR H. Adolescence et suicide. Paris : ESF, 1989.
- 31 - YEAWORTH R, YORK J, HUSSEY M, INGLE M, GOODWIN T. The development of an Adolescent life change event scale. *Adolescence* 1980 ; 15 : 91-97.
- 32 - TENENBAUM-CASARI F, BON N, FOURNIER B, SPYCKERELLE Y. Troubles psychosomatiques à l'adolescence : une étude descriptive. Nancy-Vandoeuvre : Centre de Médecine Préventive, 1996 : 1-11.
- 33 - WINNICOTT DW. Liberté. *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1984 ; 30 : 69-76.
- 34 - TERRA JL. La stratégie nationale d'action face au suicide en France. Actes du deuxième Congrès international de la francophonie en prévention du suicide : "Prévention du suicide et pratiques de réseaux" ; 18-22 novembre 2002 ; Liège : La Maison du Social, 2002 : 36-39.
- 35 - CHARLES G. Ados : les pilules. *L'Express*, 7 février 2005.
- 36 - GOTHUEY I, DE COULON N. Tentatives de suicide et intervention de crise : un concept de soin pour les patients suicidants. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2002 ; 2 (4) : 197-204.
- 37 - BERGERET J. La personnalité normale et pathologique. Paris : Dunod, 1974.
- 38 - BERGERET J. Psychologie pathologique : théorie et clinique. Paris : Masson, 1986.
- 39 - DE TYCHEY C, DIWO R, DOLLANDER M. La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *B Psychol* 2000 ; 53 : 469-480.
- 40 - CHOQUET M, POMMEREAU X, LAGADIC C. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut-risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde, à la demande de la Direction Générale de la Santé. Paris : Inserm, 2001.
- 41 - DOLTO F. L'image inconsciente du corps. Paris : Seuil, 1984.
- 42 - FURTOS J. Propositions pour une conduite à tenir devant les sujets pré-suicidaires. In : Guyotat J *et al.* Psychothérapies médicales. Paris : Masson, 1980 : 91-102.
- 43 - ROGERS C, KINGET GM. Psychothérapie et relations humaines : théorie et pratique de la thérapie non-directive, I et II. Louvain : Presses Universitaires de Louvain, 1976.
- 44 - MUCCHIELLI R. L'entretien de face à face dans la relation d'aide. Paris : Éditions Sociales Françaises, 1982.
- 45 - HIRSCH D, ALONSO F, ENGLERT A. Évolution d'un projet de prévention en milieu scolaire : entre prévention et postvention, quelle place spécifique pour les praticiens en santé mentale ? Actes du deuxième Congrès International de la francophonie en prévention du suicide : "Prévention du suicide et pratiques de réseaux" ; 18-22 novembre 2002 ; Liège : La Maison du Social, 2002 : 40-48.
- 46 - SPERANZA M, LAUDRIN S, GUILLEMET I, DE GUILLENCHMIDT C, JALLADE C, EPELBAUM C. Urgences et intervention de crise en psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiat Enfan* 2002 ; 50 : 562-267.
- 47 - KAHN JP, DIWO R. La formation à l'intervention de crise : un atout de plus dans un programme de prévention

du suicide. Actes du deuxième Congrès international de la francophonie en prévention du suicide : "Prévention du suicide et pratiques de réseaux" ; 18-22 novembre 2002 ; Liège : La Maison du Social, 2002 : 313-318.

48 - JULIEN M. La prévention du suicide chez les jeunes, un aperçu sommaire des études évaluatives. *Revue québécoise de psychologie* 2003 ; 24 (1) : 201-226.

49 - RAYMOND S, MISHARA B, ROUTHIER D, CHARBONNEAU L. Nouveau programme de prévention du suicide chez les jeunes : Résultats d'une évaluation. *Revue québécoise de psychologie* 2003 ; 24 (1) : 255-271.

50 - PARENT G, RHÉAUME D, BOULET P. Implication des enseignants et des directeurs d'écoles secondaires dans la prévention du suicide chez les élèves. *Revue québécoise de psychologie* 2003 ; 24 (1) : 273-288.

51 - CHAINE F, COSSERON F, TAIEB N, FOURNIER S, EPELBAUM C. Dépression à l'adolescence : réflexions sur un abord indirect en milieu scolaire. *Neuropsychiat Enfan* 1999 ; 47 : 215-219.

52 - BOURGEOIS ML. Les autopsies psychologiques dans l'étude de suicide. *Encéphale* 1996 ; Sp IV : 46-51.

53 - HOUSTON K, HAWTON K, SHEPPARD R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disorders* 2001 ; 63 : 159-170.

54 - BROWNE A, BARBER CW, STONE DM, MEYER AL. Public health training on the prevention of youth violence and suicide: an overview. *Am J Prev Med* 2005 ; 29 (5): 233-239.

55 - MAPLES MF, PACKMAN J, ABNEY P, DAUGHERTY RF, CASEY JA, PIRTILE L. Suicide by teenagers in middle school: a postvention team approach. *J Couns Dev* 2005 ; 83 : 397-405.

56 - POMMEREAU X. Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent. *Rev Praticien* 1998 ; 48 : 1435-1439.

57 - POMMEREAU X. L'hôpital et l'adolescent suicidaire. Travail intra-institutionnel, cadre thérapeutique et mise en réseau. Actes du deuxième Congrès international de la francophonie en prévention du suicide : "Prévention du suicide et pratiques de réseaux" ; 18-22 novembre 2002 ; Liège : La Maison du Social, 2002 : 48-52.

58 - FANELLO S, PAUL P, DELBOS V, GOHIER B, JOUSSET N, DUVERGER P, GARRE JB. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduits suicidaires. *Santé publique* 2002 ; 14 (3) : 263-273.

59 - FERICELLI-BROUN F. Travail de guidance auprès des parents d'adolescents et de jeunes adultes en difficulté. *Neuropsychiat Enfan* 2002 ; 50 (8) : 577-582.

60 - POMMEREAU X. Rapport sur la santé des jeunes. Chapitre 2 : Orientations et actions par thème. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, 2002 (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/jeunes/2jeune2.htm>).