

**RECHERCHE-ACTION POUR UNE PREVENTION DU SUICIDE  
A L'ADOLESCENCE EN MILIEU SCOLAIRE EN REGION DE  
BRUXELLES CAPITALE<sup>1</sup>**

**RAPPORT D'ACTIVITE**

**1 / 12 / 00 - 30 / 11 / 02**

Association pour le développement des traitements, de la prévention, de la formation et  
de la recherche en santé mentale à l'ULB (SSM-ULB)  
Centre Psycho-Belliard-Plaine  
Equipe Adolescence

Denis Hirsch, psychiatre, coordinateur du projet.  
Françoise Alonso, psychologue  
Anne Englert, psychologue  
Michel Croisant, psychiatre, responsable de l'équipe adolescence  
Jean-Paul Matot, pédopsychiatre, médecin-directeur

---

<sup>1</sup> Projet spécifique subsidié par la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-Capitale

## SOMMAIRE

	pages
<b>I.</b> Introduction : rappel des données, prémisses et cadre de la recherche-action	3
<b>II.</b> Objectifs	10
<b>III.</b> Méthodes	13
<b>IV.</b> Activités menées durant la première année de la recherche-action	15
<b>A.</b> Rencontres avec les partenaires potentiels de la recherche-action	15
1. coordination “ Adolescence ” de la LBFSM	19
2. Services de Santé Mentale	21
3. Centres Psycho-Médico-Sociaux	23
4. Centre Local de Promotion de la Santé Bruxelles	27
5. Centre de Prévention du Suicide	27
<b>B.</b> Autres activités menées durant la première année de la recherche-action	28
<b>V.</b> Activités menées durant la deuxième année de la recherche-action	36
<b>A.</b> Activités cliniques de prévention auprès de cinq groupes - cibles	37
1. Intervenants de Centres Psycho-Médico-Sociaux :	37
2. Groupes-classes :	40
3. Educateurs-surveillants :	45
4. Enseignants :	46
5. Postvention à l'école	48

<b>B. Activités scientifiques :</b>	49
1. Participation au comité organisateur et au comité scientifique du 2ème Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide ( Liège, novembre 2002 )	49
2. Exposé en séance plénière au 2ème Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide ( Liège, novembre 2002 )	50
<b>C. Rencontres et communications :</b>	51
1. Diverses interviews dans les médias	51
2. Rencontre avec le C.P.S.	52
 <b>VI. Discussion et recommandations</b>	 53
 <b>VII. Propositions</b>	 59
 <b>VIII. Annexe</b>	 62
Texte de l'exposé en séance plénière au 2ème Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide ( Liège, novembre 2002 )	

## I. Introduction

Rappel des données, prémisses  
et cadre de la recherche-action

## Données actuelles

Le suicide à l'adolescence constitue à l'heure actuelle un problème de santé publique majeur. Deuxième cause de décès chez les sujets masculins de 15 à 24 ans après les accidents, troisième cause chez les sujets féminins de cette même tranche d'âge, immédiatement après les affections cancéreuses, les gestes suicidaires traduisent en outre l'existence de troubles psychopathologiques dont, en dehors de l'issue fatale qui concerne, à Bruxelles, un adolescent sur 8.000<sup>2</sup>, les conséquences à l'âge adulte en termes de morbidité psychiatrique sont lourdes.

Les idées de suicide touchent, à un moment ou un autre, plus d'un adolescent sur trois ; et un peu moins d'un adolescent sur dix passe effectivement à l'acte. Parmi ceux qui passent à l'acte, un quart récidivera, le plus souvent dans l'année, avec un risque très accru d'issue fatale<sup>3</sup>. Rapportés à la population bruxelloise, ces chiffres permettent d'estimer que chaque jour, à Bruxelles, deux à trois adolescents attendent à leur vie.

Voici résumées les données épidémiologiques les plus parlantes :

---

<sup>2</sup> A Bruxelles, le taux de suicide des 15-24 ans peut être évalué, sur base des données 1989-1991, à 12 / 100.000. La répartition par sexe donne une proportion hommes/femmes proche de 4/1 : les taux estimés sont en effet de 19 / 100.000 pour les sujets masculins contre 5 / 100.000 pour les sujets féminins.

<sup>3</sup> De façon générale, les études font apparaître qu'un adolescent qui a fait une première tentative de suicide est exposé à un risque de répéter son geste 20 fois supérieur à celui d'un adolescent qui n'a pas tenté de se tuer (Andrews, 1992); 10 % des tentatives sont suivies d'une nouvelle tentative dans les 3 mois (Spirito, 1992) et 15 % dans l'année (Van Der Sande, 1997). 10 à 15 % des adolescents qui ont fait une tentative de suicide et ont été conduit à l'hôpital après leur geste vont décéder de suicide ou de mort violente dans les 10 années qui suivent (Nordentoft, 1994 ; Kotila, 1989). La tentation du suicide persiste souvent (Choquet, 1995) et l'avenir de ceux qui ne meurent pas est nettement hypothéqué par rapport à celui de ceux qui n'ont pas fait de tentative de suicide (Granboulan, 1995 ; Lambertucci-Mann, 1994 ; Otto, 1972). Chez les garçons, cet avenir peut être catastrophique comme l'attestent leur tendance à répéter leur geste suicidaire et leur mauvaise santé psychique et physique (Nordstrom, 1995 ; Kotila, 1988). Le degré de létalité de la première tentative n'a pas d'influence sur le risque ultérieur et démontre que toute tentative de suicide devrait être prise sérieusement en considération, y compris celles qui ne présentent pas de risque médical pour le patient (Kotila, 1989)

*Actuellement, dans les pays industrialisés, dont la Belgique, le suicide est la deuxième cause de décès entre 15 et 25 ans et la première entre 25 et 35 ans.*

*Pour 100 jeunes scolarisés entre 12 et 19 ans, 20 à 30 disent avoir ou avoir eu des idées de suicide; parmi eux, 8 assurent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide.*

*Environ 1 fois sur 3, une première tentative de suicide est suivie d'une autre dans les 6 mois.*

*En région bruxelloise, on estime à 2 ou 3 par jour le nombre de tentatives de suicide de jeunes.*

*Actuellement, après une tentative de suicide seule une minorité des jeunes bénéficie d'une aide adéquate.*

Des études montrent que la non prise en compte de l'acte suicidaire comme signe de détresse augmente le risque d'évolution défavorable.

Il est fréquent que les jeunes suicidants ne reçoivent pas d'aide après leur tentative, pour des raisons multiples ; en particulier, pour ce qui concerne la prévention,

- l'absence de divulgation aux parents de l'idéation ou même du geste suicidaire et les difficultés pour les adultes de reconnaître les idées de mort et de suicide chez les jeunes posent le problème de la prévention primaire ;
- la banalisation par les adultes – parents et professionnels – des gestes suicidaires sans conséquence somatique, et la carence des dispositifs de soins, posent le problème de la prévention secondaire

### • **Principes généraux d'une prévention du suicide à l'adolescence**

Notre hypothèse de travail est donc que le faible accès des jeunes aux soins spécialisés – étape indispensable pour préciser les psychopathologies individuelles et familiales, mais aussi pour diagnostiquer une pathologie psychiatrique éventuellement sous-jacente au geste suicidaire, dont la présence aggrave le pronostic du jeune – est liée à deux facteurs complémentaires :

- d'une part, la position distante voire méfiante à l'égard du monde adulte de ces adolescents en difficulté : lorsqu'ils communiquent leur volonté suicidaire, c'est essentiellement à leurs pairs ;
- d'autre part, la réticence voire la surdité des adultes face à la souffrance des enfants et des adolescents, qui les renvoie à des sentiments d'impuissance et d'échec insupportables.

Le premier niveau d'intervention est dès lors de chercher à infléchir la manière dont les adultes perçoivent et réagissent face aux signes de souffrance des adolescents ; pour ce faire, outre **l'information**, dont l'expérience nous a montré à quel point elle fait défaut et est importante, la perception claire des **limites de l'action de chacun** et de **la réalité des relais mobilisables** nous semble déterminante.

Le second niveau d'intervention est de préciser la **mission des différents professionnels** (enseignants, éducateurs, Centres PMS, médecins généralistes, services d'urgences hospitaliers, services de santé mentale, etc ...), de **définir leurs articulations et de mettre en place les liens structurels nécessaires**. Par ailleurs, qu'une mise en place de soins spécialisés se réalise ou non, il n'en reste pas moins nécessaire que les adultes de référence autre que familiaux (enseignants, infirmières scolaires, éducateurs.....) puissent prendre en compte la souffrance des adolescents suicidaires.

Dans ce sens, une des dix propositions issues de notre enquête sur la prise en charge des tentatives de suicide à l'adolescence en Région de Bruxelles-Capitale (Hoyois, Hirsch, Matot, 1999) était le développement de **relations structurelles entre Inspection Médicale Scolaire, Centres Psycho-Médico-Sociaux et Services de Santé Mentale** afin d'optimiser la prévention secondaire et le traitement. Un des problèmes majeurs est en effet le lien entre les Centres PMS, qui sont en première ligne par rapport aux enseignants et aux élèves, mais n'ont pas de mission de traitement, et les structures de soins, essentiellement les Services de Santé Mentale, qui disposent d'un cadre de travail à visée thérapeutique.

**Phase d'investigation préalable à la recherche-action, déjà réalisée dans le cadre de la coordination des urgences (*Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale, 1998 - 2000*)**

**Première phase ( janvier 1998 – décembre 1999) :**

Dans le cadre de la coordination des urgences en santé mentale, JP Matot, D. Hirsch et Ph. Hoyois ont rédigé en mai 1998 un rapport sur les suicides et les tentatives de suicide à l'adolescence, intitulé : “ **Suicide et tentative de suicide à l'adolescence. Situation du problème et investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de bruxelles-capitale**. Il a été publié dans les cahiers de la Santé de la COCOF en 1999.

La problématique du suicide revêt, dans le cadre d'une réflexion sur les urgences psychiatriques, une importance et une acuité particulières, au vu des données récentes relatives à l'évolution de la mortalité et de la morbidité suicidaire dans les pays occidentaux, mais également en fonction des résultats d'enquêtes belges et étrangères effectuées en population générale.

Par rapport à cette problématique, l'adolescence nous est apparue comme une période de la vie à la fois particulièrement exposée, mais également potentiellement accessible

à des interventions préventives ou thérapeutiques. Ces interventions nous semblaient actuellement insuffisamment développées à Bruxelles, mais probablement également dans les autres régions belges.

Le rapport a tenté d'évaluer les modalités de prise en charge et les dispositifs de soins à Bruxelles pour les adolescents suicidaires ou suicidants. L'objectif principal était une investigation - très parcellaire et donc nécessairement préliminaire - du degré de sensibilisation et de la nature des dispositifs préventifs et de prise en charge au niveau des professionnels potentiellement confrontés aux problématiques suicidaires à l'adolescence. Il s'agissait d'une enquête qualitative, menées auprès de professionnels exerçant à différents niveaux qui nous apparaissaient comme des charnières dans le dispositif sanitaire des jeunes suicidaires : médecins généralistes, psychologues de Centres Psycho-Médico-Sociaux, médecins des services d'urgence des hôpitaux, psychiatres d'unités hospitalières de soins spécialisés pour adolescents. L'étude fut menée dans 4 communes de Bruxelles.

Le projet a été mis sur pied au second trimestre 1997 et publié en mai 98.

Très schématiquement, notre rapport montrait un contraste saisissant entre la gravité des données statistiques (voir ci-dessus), et l'absence relative de prise en charge de ces adolescents suicidaires, que ce soit chez les généralistes, dans les CPMS, les SSM, les hôpitaux généraux.

En effet, actuellement, après une tentative de suicide, seule une minorité de jeunes reçoit une aide adéquate. Les tentatives de suicide des adolescents sont souvent peu médicalisées et banalisées par l'adolescent, les parents, les médecins et l'ensemble des adultes. Ce mouvement de banalisation semble peser lourd dans l'augmentation du nombre de jeunes qui se suicident. Il participe sans doute à la difficulté de repérer ces adolescents suicidaires tout au long de la chaîne des soins préventifs et curatifs.

### **Deuxième phase ( septembre 1999 – septembre 2000) :**

Un groupe de travail a réuni des inspections, directions et corps professoraux, et des intervenants psycho-médicaux (P.M.S., I.M.S., S.S.M.) rattachés aux écoles secondaires de la Ville de Bruxelles, ainsi que les coordinateurs " urgences " de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale dépendant du SSM-ULB.

Ces réunions se sont déroulées dans les locaux de la direction de l'Instruction Publique, dans un climat de grande implication de l'ensemble des interlocuteurs, tous mobilisés par l'importance de ce projet de prévention et d'information du monde enseignant, après lecture attentive de notre rapport de 1998.

L'objectif a été d'abord d'assurer aux enseignants une meilleure information quant à la problématique du suicide à l'adolescence et aux signes indirects de risque suicidaires que l'adolescent peut montrer spécifiquement au sein de l'école ; puis de les sensibiliser à l'écoute privilégiée qu'ils peuvent alors proposer à leur élève en danger, et à la manière d'assurer des relais indispensables vers les structures de soins spécialisés au sein puis en dehors de l'école.



Le groupe de travail a ainsi élaboré un dépliant synthétisant toutes ces données, ainsi qu'une brochure plus détaillée (documents disponibles sur demande au Département de l'Instruction Publique de la Ville de Bruxelles ).

Ces documents ont été distribués à tous les enseignants des écoles secondaires ( enseignement général, technique, professionnel) de la Ville de Bruxelles, lors d'une journée pédagogique (qui s'est tenue à l'ULB le 25.11.99) consacrée au suicide des jeunes, et à laquelle les coordinateurs ont été conviés comme orateurs.

L'intérêt qu'ont suscité cette journée pédagogique et la brochure - co-éditée par la Ville de Bruxelles, la Ligue Francophone Bruxelloise pour la Santé Mentale, et le SSM-ULB - a été très vif auprès des enseignants ; ceux-ci ont exprimé à la fois leurs désirs d'information et témoigné du grand nombre de situations professionnelles qui les ont confrontés à des adolescents suicidaires.

En effet, dans un but de recherche qualitative sur les démarches et les relais nécessaires à mettre en place entre l'école et les structures de soins de santé mentale, nous avons récolté, lors de cette journée pédagogique, les réponses à un questionnaire, auquel ont répondu plus de 350 enseignants sur 1000 présents.

Le dépouillement des réponses nous a montré que **75%** des enseignants (parmi ceux qui ont répondu) considéraient ne pas en savoir assez à propos de l'adolescent suicidaire, et souhaitaient en savoir plus. **55% des enseignants** nous ont dit avoir au moins une fois été confrontés à un élève montrant des signes de risque suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide. **10%** ont eu un élève qui s'est suicidé durant ses études secondaires ou peu de temps après. Une majorité des enseignants ayant répondu au questionnaire souhaitait bénéficier d'une information et d'une formation continue autour des questions que leur posent leurs élèves adolescents en difficultés psychologiques.

Ces données, bien qu'obtenues auprès d'un échantillon non représentatif au niveau méthodologique, montre l'importance d'offrir aux enseignants un espace de parole sur la question du suicide des jeunes, et d'élaborer d'éventuelles demandes débouchant sur des projets d'intervention du S.S.M. en collaboration avec le Centre PMS et l'IMS.

## **II. Objectifs de la recherche-action**

La recherche-action proposée comprenait trois axes :

1°) soutenir la mise en place à la demande des PMS et des écoles de relais fonctionnels, sous forme de **“cellules d'intervention locales”, centrée sur une école**, associant enseignants, médiateurs, P.M.S., I.M.S., S.S.M., Planning, Maisons médicales, toutes autres structures de prévention ou de soins utilisables par les jeunes de cette école.

Ces cellules auraient pour fonction :

- de développer : des lieux d'échanges et d'élaboration – interface entre réseau scolaire et réseau soignant, qui réuniraient :
  - intervenants scolaires de première ligne (enseignants, surveillants-éducateurs, médiateurs, directions),
  - intervenants médicaux (I.M.S., maisons médicales locales),
  - intervenants psychologiques (PMS, SSM, Centres de planning familial),
  - toutes autres structures de prévention et de soins utilisables par les jeunes

Ces lieux devraient être des ressources pour des questions et difficultés auxquelles des intervenants scolaires peuvent être confrontés face à un adolescent perçu comme en risque suicidaire et/ou ayant fait un geste suicidaire.

Il s'agit de soutenir les professionnels de première ligne (enseignants, médiateurs) en contact avec un adolescent suicidant, et de soutenir les réseaux déjà en place ou de créer des réseaux lorsqu'ils n'existent pas encore.

- de faciliter l'organisation de dispositifs d'intervention de professionnels de la santé mentale à la suite de demandes émanant de l'école et/ou du C.P.M.S. en cas de tentatives de suicide ou de suicide d'élèves.

L'objectif, in fine, est d'améliorer et de faciliter les prises en charges thérapeutiques d'élèves chez lesquels un risque suicidaire est décelé.

Ces relais pourraient être sollicités dans certaines situations individuelles pour initier ou soutenir la prise en charge du jeune. Il s'agirait aussi de pouvoir élaborer l'impact d'une tentative de suicide ou du suicide d'un élève sur le groupe classe et sur le corps enseignant.
- de favoriser la mise en place de personnes - ressources au sein des écoles

2°) Elaborer et mettre sur pied **une information** pour les interlocuteurs scolaires autour de la question de l'adolescent en souffrance et de la relation pédagogique spécifique qui s'établit avec l'élève.

L'information des intervenants scolaires peut être envisagée sous forme de :

- journée pédagogique / exposés p.ex.
- distribution la plus large possible d'une brochure, inspirée du document mentionné ci-dessus, édité par l'Instruction Publique de la Ville de Bruxelles ( " et si cet élève était un adolescent fragile... ")

3°) Proposer une **formation/sensibilisation** à la question du suicide à l'adolescence pour les intervenants scolaires qui le souhaitent.

Cette action présuppose une importance accordée à la formation continue des interlocuteurs scolaires autour de l'adolescent en détresse (voir programme et discussion ci-dessous)

L'accent est mis sur le fait que ce projet préventif s'adresse aux interlocuteurs scolaires et aux structures de soins susceptibles de détecter et aider des élèves suicidaires, et non directement aux élèves adolescents.

La recherche-action, subsidiée par la COCOF, prévue pour une durée initiale de un an, a été prolongée pour une deuxième année.

### **III. La méthodologie proposée dans la recherche action**

1°) présentation du projet à la coordination « adolescence » de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale, aux Services de Santé Mentale, au Centre de Prévention du Suicide et autres structures bruxelloise ayant déjà une expertise en terme de projet de prévention du suicide (CPS, CLPS).

2°) prise de contact avec les différents Centres PMS et IMS bruxellois pour présenter le projet, organisation de réunions avec les Centres PMS.

3°) A la suite de ces réunions :

- envoi d'un courrier reprenant notre synthèse des réunions et un questionnaire aux Centres PMS ( cf. annexe ci jointe).
- envoi d'un courrier d'information, conjointement avec les Centres PMS référents qui ont exprimé leur souhait de participation à cette recherche- action , aux directions des établissements secondaires bruxellois ;

4°) organisation de réunions de concertation avec les établissements secondaires qui en feront la demande, avec le Centre PMS référent, les Services de Santé Mentale, Centres de Planning Familial et Maisons Médicales proches géographiquement ou ayant déjà une expérience de collaboration avec l'établissement ou le Centre PMS concerné.

L'investigation préalable dont les grandes lignes ont été décrites dans l'introduction a démontré la faisabilité (mais aussi la complexité) d'un projet de prévention s'appuyant sur les structures scolaires et thérapeutiques existantes.

Ces réunions de concertation doivent permettre de préciser les attentes et les réserves de chaque partie ; d'expliciter les modes de fonctionnement, les capacités et les limites de chaque structure ; de définir les objectifs et les moyens de la collaboration ; d'établir les procédures permettant leur mise en œuvre .

5°) proposer l'assistance de l'équipe de la recherche-action pour des interventions ponctuelles ou pour une aide à la mise en place des cellules – relais décrites ci-dessus

A cette fin, nous pourrons assurer :

- Une disponibilité téléphonique au SSM-ULB (numéro d'appel spécifique sur GSM), afin d'assurer le passage des informations, d'organiser les réunions, de contacter dans les meilleurs délais les différents professionnels et services impliqués ou sollicités ;
- Une disponibilité des psychologues et du psychiatre chargés de la recherche-action pour favoriser la mise en place des cellules - relais décrites ci-dessus.

6°) proposer des séances d'information et de sensibilisation à la problématique du suicide des adolescents destinées aux professionnels de l'enseignement.

**IV. Rencontre avec les partenaires potentiels  
de la recherche-action**

Dans la suite des objectifs et méthodes de la recherche-action décrits ci-dessus, notre démarche dans ces réunions a été la suivante :

**1. Rendre compte et débattre des objectifs et des principes sous-jacents à la recherche-action.**

**2. commencer à mobiliser les structures essentielles dans un projet de prévention du suicide à l'adolescence :**

- Mobilisation des Services de Santé Mentale qui ont une pratique clinique spécifique avec les adolescents – évaluation de leur disponibilité afin de mettre en place de réseaux locaux d'intervention et de discussion avec les interlocuteurs scolaires
- Mobilisation des Centres P.M.S., structures intra-scolaires préventives, dont la place est essentielle - et étayée par le décret les régissant – dans la prévention du suicide des élèves.

**3. Réflexions et débats à propos du projet :**

**Un de nos objectifs est, à l'occasion des moments de réunion avec les différents partenaires, de commencer à penser avec eux un espace de “ co-construction ” d'un cadre de prévention et d'intervention.**

Comment trouver le cadre le plus opportun pour un projet de prévention sur la question des TS à l'adolescence, en tenant compte de la spécificité de chaque intervenant, de ses limites quant à sa mobilisation et sa disponibilité ?

L'expérience nous a montrés ( cf projet pilote avec l'IP de la Ville de BXL) toute l'importance d'un dialogue avec nos interlocuteurs à propos des différentes questions, remarques, propositions, informations sur leur situation, leurs priorités, leurs difficultés dans cette action préventive.

Cet aspect de “ co-construction ” d'un cadre de collaboration nous est très vite apparu essentiel, bien que nécessitant donc un certain temps préalable à l'action proprement dite auprès des écoles. Cette phase de “ familiarisation ” et de concertation entre intervenants potentiels nous paraît centrale afin que la mise en place d'une action à but préventif puisse aboutir.

Nous nous sommes donc mis à l'écoute des attentes, mais aussi des possibles “ résistances ” que notre projet soulève pour en tenir compte dans sa mise en œuvre, sa méthodologie et son évaluation.

Il y a là par ailleurs, selon nous, une remarquable concordance avec l'aspect clinique rencontré avec les adolescents suicidaires et leurs familles : il s'agit de “ co-construire ” un projet de prévention de la même manière qu'il est nécessaire, sur le plan de notre travail de consultation, de co-construire un cadre thérapeutique avec nos consultants, sans quoi nous sommes en risque d'imposer à nos patients un cadre qui ne serait pas utilisable par eux.



Nous avons adressé à chaque institution (SSM, PMS, CPLS, CPS), en préparation des réunions, un texte synthétisant les données épidémiologiques, l'historique des projets antérieurs, les objectifs et moyens suggérés pour l'actuelle recherche action ( tels que repris dans les chapitres I et II du présent rapport).

- Nous insistons sur la nécessité, dans le cadre d'une recherche-action, d'agir avec un souci d'évaluation - à chaque étape de l'action - de la bonne concordance entre :
  1. **la clinique de l'adolescent suicidaire** en fonction de laquelle un projet de prévention s'élabore
  2. **l'impact et l'efficacité de nos interventions** auprès des écoles ( en terme de nombre d'appels aux structures mises en place, du type de situations cliniques pour lesquels les écoles appelleraient, p.ex.)
  3. **les meilleures stratégies de regroupement des partenaires et d'appropriation par ceux-ci** du projet de prévention. Cette question est essentielle, dès lors qu'il s'agit d'une mission de regroupement et de collaboration entre différents intervenants et structures, ayant chacune ses missions, ses limites, ses résistances et ses demandes spécifiques.

## **4. Canevas des réunions**

Les différents temps des réunions ont suivi ce même canevas :

- A. **information** : exposé partant des données sur la question du suicide à l'adolescence, et des expériences pilotes ayant mené à l'actuelle Recherche – action, subsidiée par la COCOF, en y incluant :
- les données épidémiologiques récentes,
  - l'historique des recherches et actions ayant précédé et sous-tendu l'actuelle recherche-action :
    - le rapport de la Coordination Urgence de la Ligue Francophone Bruxelloise pour la Santé Mentale, éditée en 1999 par la COCOF (Cahiers de la Santé).
    - le compte rendu des journées pédagogiques pour l'ensemble des +/- 1000 enseignants secondaires de l'Instruction Publique de la Ville de Bruxelles.
    - les résultats de l'enquête menée auprès de ces enseignants à propos de leurs expériences et besoins dans l'approche des élèves suicidaires (voir document en annexe).
    - l'expérience du groupe de travail interdisciplinaire : rédaction et diffusion d'une brochure dans l'enseignement secondaire ville de Bruxelles.
    - les réunions avec les enseignants dans les 13 différentes écoles secondaires de la ville de Bruxelles, co-animées par des pédopsychiatres, psychologues de PMS, médecins de l'IMS.
  - le projet de groupe de parole dans le cadre d'une formation continue réservée aux enseignants volontaires.
- B. **présentation des objectifs et des principes de base** de la recherche-action
- C. **échanges et débats** à propos du projet

## 1. Coordination « Adolescence » de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (janvier 01)

Notre première démarche a été de contacter les Coordinateurs Adolescence de la Ligue (A. D'Alcantara, C. Van Uffel) de leur présenter les prémices du projet et de débattre avec eux, à la lumière de leurs propres observations et expériences. De nos échanges se dégagent les points suivants qui affinent nos préconceptions de la Recherche-action :

- L'existence d'un **cruel déficit d'informations et de repères** concernant l'adolescent en détresse chez la plupart des interlocuteurs scolaires. Il faut partir d'un **travail d'information généraliste** (" l'adolescence ", " la place des adultes et des parents ", " le lien entre l'enseignant et l'élève adolescent ", " les signes de détresse ",...), premier temps qui déboucherait dans un second temps sur des questions plus spécifiques à la question du suicide, et des questions plus spécifiques à chaque école.
- L'opportunité d'une **sensibilisation à la problématique suicidaire à l'adolescence destinée aux intervenants en milieu scolaire**.  
L'expérience de travail en milieu scolaire tend à montrer qu'il vaut mieux proposer cette sensibilisation en dehors des murs de l'école, sans négliger la difficulté pour les enseignants de se mobiliser et/ou d'obtenir des directions d'écoles le temps et les moyens financiers nécessaires pour se libérer des cours et accéder à une telle formation.  
De même, il semble préférable d'ouvrir ces séances d'informations/sensibilisation à des **intervenants scolaires provenant de différentes écoles**, plutôt que de travailler avec des participants d'une seule et même école.  
Cette hétérogénéité permettrait aux participants de prendre la mesure des " cultures " et problématiques spécifiques à chaque école ou type d'enseignement. Il favoriserait dans le même temps la prise de conscience par les enseignants des difficultés communes qu'ils rencontrent auprès de leurs élèves, au-delà des différences culturelles, socio-économiques.  
L'échange entre enseignants provenant d'écoles différentes garantit aussi que la sensibilisation proposée aux enseignants ne soit pas encombrée des difficultés d'organisation propre à chaque établissement scolaire. Il n'en reste pas moins que cette dimension de l'institution scolaire – cadre dans lequel l'enseignant intervient auprès de son élève - sera à prendre en compte dans la formation.
- La nécessité de former des interlocuteurs qui soient **des adultes – relais** (enseignants, éducateurs, médiateurs) disponibles au sein de l'école.  
L'objectif, in fine, serait d'améliorer la prise en charge des adolescents suicidaires, en créant quelques "cellules d'intervention locales", associant enseignants, médiateurs, P.M.S., I.M.S., S.S.M., Planning, Maisons médicales, toutes autres structures de prévention ou de soins utilisables par les jeunes.

- Chaque école a son histoire, sa **dynamique institutionnelle spécifique**.  
Chaque école possède également des collaborations avec des relais spécifiques déjà plus ou moins développés et fonctionnels : P.M.S., I.M.S., Planning familial, médiateurs, théâtres, cellule de prévention santé, etc.  
Aussi le degré et le moment d'ouverture à la problématique du suicide des adolescents varieront d'une école à l'autre. On doit s'attendre à ce que la phase d'analyse de la demande et de l'explicitation de notre offre nécessite **une approche au cas par cas, et un temps important**.  
Nous l'avons souligné plus haut : nos objectifs d'information / formation / médiation doivent s'accomplir **sans entrer pour autant dans la dynamique institutionnelle et l'organisation de l'école**.  
**Ce risque de "contamination" par les dynamiques institutionnelles** nous semble important, et confirmé par les différentes expériences et projets pilotes auxquels tant nos interlocuteurs que nous-mêmes avons été confrontés jusqu'ici. Il apparaît dès lors important **d'associer des personnes-relais provenant de plusieurs structures différentes (écoles, P.M.S., S.S.M.)**.
- Souci de bien distinguer dans nos projets les objectifs de **prévention primaire** (auprès des intervenants scolaires dont la fonction n'est pas d'être les soignants des élèves en détresse) et les objectifs de **prévention secondaire ou tertiaire** (qui concerne le meilleur accès des adolescents suicidaires aux soins psychiques)

Il est alors convenu, en collaboration avec la Coordination « Adolescence » de la Ligue Francophone Bruxelloise pour la Santé Mentale, de convier les Services de Santé Mentale intéressés par ce projet à une réunion centrée sur la prévention du suicide des adolescents à partir de l'école.

## 2. Services de Santé Mentale ( février 01)

Les S.S.M. présents avaient déjà connaissance, pour une part d'entre eux, des expériences et documents réalisés par la coordination « Urgences », en collaboration avec la Ville de Bruxelles.

Les 8 S.S.M. qui se sont mobilisés pour cette réunion sont subsidiés par la COCOF, et comptent en leur sein des thérapeutes spécialisés dans l'adolescence.

Voici une synthèse de nos débats :

- Une approche préventive du suicide au sein de l'école avec les interlocuteurs scolaires demande **d'éviter des messages tant banalisants** (qui favorisent le déni de l'élève en danger) **que dramatisants** (qui favorisent la contagion du suicide chez les élèves et l'angoisse paralysante chez les enseignants).  
Ainsi, il s'agit de **différencier la question des " pensées de mort "** (qui font partie du processus normal de l'adolescence, et se retrouvent chez nombre d'adolescents, sans signification pathologique pour autant) **des idées suicidaires** (qui mènent à un risque de passage à l'acte).
- **Nécessité absolue de différencier prévention primaire** auprès des interlocuteurs scolaires (Information / Formation ) **et prévention secondaire** ( disponibilités et concertations des structures de soins et des P.M.S. – I.M.S. dans la prise en charge des élèves suicidaires = soutien et/ou création de réseau de soin en lien avec l'école).  
Les outils à développer sont essentiellement différents pour ces deux types de prévention  
(ce point est développé ci-dessous dans nos conclusions).
- De même, les différents S.S.M. présents **oscillent entre une position qui risquerait d'être trop " médicale "** (" tout adolescent aurait besoin d'une aide psychologique de la part d'un professionnel") et **une position trop " idéalisée et romantique"** (" tout adolescent passe banalement par des idées suicidaires et n'est pas en danger pour autant").  
La première position " médicale " insiste sur le **renforcement et l'amélioration des synergies entre les structures de soins psychologiques autour de l'école**. Elle tient compte de la réalité d'un déficit dans l'accueil et l'écoute des élèves ayant annoncé ou agi une tentative de suicide ou montrant des signes de détresse.  
La deuxième position insiste sur **la place des pairs et des enseignants dans la prévention du suicide des jeunes**. Elle met l'accent sur la prévention plus globale du mal-être des adolescents, tel qu'il se montre à l'école et aux pairs, et insiste sur l'importance de ne pas se substituer à la mobilisation des ressources propres de l'individu et de son environnement.

**Il est évident que ces deux “ extrêmes ” sont à concilier dans les outils préventifs à développer. Ce débat - inévitable et congruent avec le thème de l’adolescent suicidaire – doit rester en tension tout au long de cette recherche-action.**

- Les S.S.M. soulignent l’importance d’améliorer les relais qui permettent le passage des élèves en souffrance de l’enseignant au médiateur / P.M.S / Planning familial / S.S.M.  
Ils ne peuvent pour autant pas imposer de l’extérieur des procédures qui s’appliqueraient à un terrain (les écoles) qui n’est pas celui que nous connaissons et maîtrisons.  
Les S.S.M. ont dans ce cadre à **sérier les ressources et soins spécifiques qu’ils peuvent offrir aux adolescents et à leurs familles.**  
**En matière de soins** à proposer pour des adolescents fragiles, il est fait référence à des **approches nouvelles** : groupe thérapeutiques, groupes de psychodrame / thérapies à médias / écoles de devoir intégrées aux S.S.M.  
Ce débat invite les S.S.M. à interroger à la fois leur **pratique de réseau**, ce qui est d’actualité, et les outils thérapeutiques spécifiques à l’adolescence.
- Différents S.S.M. témoignent d’expériences d’intervention en lien avec les C.P.M.S. et les écoles. D’autres au contraire souhaitent développer de telles collaborations, dont ils n’ont pas encore l’expérience. Il s’agit de sérier les situations où un réseau de collaboration est déjà en place, et celles où ce réseau est à créer.
- Incidemment, ce débat sur la prévention du suicide des adolescents a semblé stimuler l’ensemble des participants à poursuivre, non seulement une attention et une offre éventuelle de participation aux initiatives et réseaux à mettre en place en lien avec les écoles, mais aussi des discussions réunissant spécifiquement des thérapeutes d’adolescents.

### 3. Centres P.M.S. (mars 01)

Nous avons fait le choix arbitraire mais pratique de rencontrer les différents P.M.S. de l'enseignement secondaire en région bruxelloise par réseau, à savoir **les P.M.S. de l'enseignement libre, les P.M.S. communaux**, et enfin **les P.M.S. de la communauté française** (réunions des 8/3/01, 22/3/01, 29/3/01).

Une première réunion nous a permis de rencontrer les **P.M.S. du réseau libre**.

Un courrier les invitant à participer à cette première rencontre a été adressé aux 11 centres P.M.S. libres de l'enseignement secondaire en région bruxelloise. Six ont répondu à notre invitation (soient 20 participants).

Deuxième réunion : **les P.M.S. de la communauté française** en région bruxelloise : sur 7 centres P.M.S. contactés, 6 ont répondu (soient 18 participants)

Troisième réunion : **Les P.M.S. communaux** de la région bruxelloise :

Nous en avons contacté 9. Cinq centres P.M.S. étaient représentés lors de la réunion (soient 10 participants). Il faut noter que 3 des centres P.M.S. absents à cette réunion ont été parties actives du projet pilotes de l'IP de la Ville de Bruxelles, et à ce titre déjà largement impliqués et informés sur la prévention de suicide des élèves.

Nous avons donc invité les C.P.M.S. à réagir à la présentation de notre projet : en voici les points essentiels :

- Les C.P.M.S. soulignent **l'importance de penser la formation en tenant compte de l'identité professionnelle des intervenants scolaires** qui s'engageraient dans la formation /sensibilisation. Ils pensent qu'une formation peut être envisagée si les formateurs remettent en perspective le rôle du PMS et aussi de l'envisager non pas de manière ponctuelle mais comme une formation " continuee ".
- Il a également été suggéré d'organiser, lors de journées pédagogiques, des séances d'information et débat sur l'adolescence et sur le suicide à l'adolescence.  
Il est souligné la difficulté de pouvoir " apprendre par l'expérience " pour les enseignants, qui montrent souvent des mécanismes de déni quant à la question du risque suicidaire des jeunes. Ce déni amènerait les enseignants à répéter les mêmes comportements de surdité et d'agressivité envers leurs élèves, après le suicide d'un de leurs élèves.  
Des séances d'information pourraient déboucher sur la possibilité de s'inscrire à un week-end, par exemple de sensibilisation à ces questions, **validant notre proposition de formation - sensibilisation dans un lieu et un temps externe à l'école**.
- L'accent est aussi beaucoup mis sur le souhait de pouvoir mieux approcher la problématique suicidaire à l'adolescence et de bénéficier au même titre que les enseignants de temps pour pouvoir parler de ce que le contact avec un élève

suicidaire ou fragile peut faire vivre, ressentir, fantasmer chez les professionnels des centres P.M.S. concernés.

La première réaction, suite à la présentation de la recherche et du projet, a en effet été de nous faire remarquer que **le personnel travaillant au C.P.M.S. aurait aussi grand besoin d'informations** sur cette question, de pouvoir tout comme les enseignants bénéficier d'un temps pour pouvoir en parler et y réfléchir.

Les psychologues de CPMS souffrent des réductions de leurs rôles sur le plan des compétences qui sont les leurs. Notre projet a suscité l'espoir de rencontrer d'autres professionnels qui leur permettent de retourner aux sources de leur formation : la souffrance des adolescents, sous forme d'éclairage et d'échanges à ce sujet

**Il apparaît très vite que les C.P.M.S. sont plus impliqués par un projet préventif dès lors qu'ils bénéficient eux aussi de lieux et de temps pour parler de leurs expériences, demandes en informations et formations, de façon tout à fait symétrique aux demandes émanant des enseignants.**

- On nous a aussi fait remarquer que d'un C.P.M.S. à l'autre, la politique d'intervention par rapport à un adolescent suicidaire peut être très différente. Souvent, ces situations mettent à jour les **problèmes institutionnels au sein de l'école**.
- Plusieurs intervenants nous font part du "ras-le-bol" des enseignants à devoir porter, à côté de leur mission éducative, les difficultés d'ordre plus psychologiques de leurs élèves. **Le poids de la responsabilité** fait peur aux enseignants, aux équipes P.M.S.  
Il n'est pas possible de porter pareille responsabilité tout seul. Il est nécessaire d'avoir la possibilité d'en parler, de pouvoir partager, réfléchir ensemble.
- Il est question de "Monsieur Drogue", "Madame SIDA", "Monsieur Violence"... et maintenant le suicide. On relève le danger qu'un professeur soit identifié à un "Monsieur suicide", qui pourrait "prévenir" le risque suicidaire et serait là dans une mission toute-puissante et impossible.  
Les enseignants en ont souvent assez de la multiplicité des projets isolés et ponctuels dans lesquels ils sont censés s'investir.  
Des participants critiquent les "**directives**" de formations que reçoivent les C.P.M.S. sur des thèmes déterminés en fonction de l'actualité médiatique (cf l'affaire "Dutroux" et la question de la maltraitance et des abus sexuels). En serait-il de même quant au thème du suicide des jeunes ?
- Les C.P.M.S. sont inquiets de l'impact sur les enseignants des multiples demandes qui leurs sont faites. On pense qu'il faut des lieux de contacts, d'écoute dans les écoles pour les enseignants. **Les C.P.M.S. témoignent de leur souci d'accompagner les enseignants dans des situations difficiles.**
- La question d'une approche plus généraliste de l'adolescent en souffrance, ne se limitant pas à un symptôme tel le suicide, est donc posée à plusieurs reprises.



L'adolescent peut en effet montrer sa souffrance psychique par des signes éminemment variables et polymorphes. Il est souligné qu'il y a un risque certain à aborder à chaque fois l'adolescence par le biais du symptôme. Ne pourrait-on pas le penser d'une manière plus concertée, plus généraliste. Il est cité un exemple de bonne création d'une cellule qui fonctionne entre les professeurs et le C.P.M.S., mais sur tous les thèmes qui préoccupent les enseignants et donc pas sur une problématique isolée.

- Tout en ayant précisé à nos interlocuteurs que la présente recherche-action concerne bien l'élève suicidaire – justifiée par l'identification d'une problématique spécifique en terme de santé publique - nous avons souligné l'importance de ce point : **il serait paradoxal de limiter la prévention aux adolescents suicidaires, dont le groupe recoupe de plus d'une manière d'autres grandes problématiques de l'adolescence (toxicomanie, dépression, délinquance, conduites à risque, désinsertion scolaire, etc.)**
- Par ailleurs, les C.P.M.S. nous mettent en garde contre **le danger d'accréditer l'idée qu'une prévention permettrait d'éviter les tentatives de suicide d'un adolescent**. Il y a à tenir compte de la pression que cela pourrait représenter pour les enseignants... et pour les agents de C.P.M.S. d'être mis à la place de celui qui va pouvoir détecter ces drames et donc les prévenir.
- **Entre banalisation et dramatisation à outrance, la marge est étroite pour penser l'acte suicidaire d'un adolescent**. Exemple du problème du secret : comment garantir à un élève le secret de ses confidences, tout en pouvant assurer un passage vers des soignants. Les participants soulignent surtout l'idée d'une grande peur engendrée par l'idée du suicide à l'adolescence à tous les niveaux d'intervention (enseignants, directions scolaires, CPMS, parents, etc).
- Des C.P.M.S. nous disent déjà travailler avec le réseau local soignant. Ils ont la tutelle d'un bon nombre d'écoles avec des localisations géographiques parfois éloignées. Ils témoignent également de ce que nombre d'enseignants viennent parler au C.P.M.S. de leurs inquiétudes à propos d'un(e) élève. Ils nous confirment (voir prémisses de la recherche-action) que **les C.P.M.S. sont une plaque tournante** : toutes les problématiques peuvent aboutir au P.M.S.. Ils nous confirment bien sûr que **le C.P.M.S. n'a pas une fonction thérapeutique**. Lorsqu'une situation clinique rencontrée au C.P.M.S. nécessite une prise en charge thérapeutique, ils orientent vers le réseau soignant et s'assurent que le contact a bien été établi.
- Autre difficulté soulignée : le **nombre important de demandes que les C.P.M.S. ont à accueillir**. Ils ont souvent à choisir entre traiter un maximum de demandes ou refuser certaines demandes au profit d'une disponibilité suffisante à des situations en cours.

- D'autre part, le travail de relais vers des structures des soins nécessite du temps et du doigté.

Souvent, l'adolescent qui vient enfin se confier au C.P.M.S. n'est pas prêt à faire une démarche ailleurs : " maintenant que j'y suis, j'y reste " expriment certains adolescents.

- Les C.P.M.S. sont amenés à travailler à court terme, mais est-ce compatible avec les particularités de l'adolescence et comment penser au mieux le renvoi vers d'autres services ? Les relais vers les SSM ne se font pas bien ; il est question de la place de chacun et de penser les relais autrement que comme " la patate chaude " qu'on se refile. Il est donc question de la **nécessité que les intervenants, lorsqu'ils proposent un relais, restent en lien avec l'adolescent** : que passage vers des structures de soins ne soit pas équivalent à la perte du lien privilégié avec l'interlocuteur scolaire.

Aussi, comment un adolescent pourrait-il se sentir prêt à investir une nouvelle relation thérapeutique avec un thérapeute en S.S.M. si c'est au prix de perdre le lien qu'il est parvenu à construire avec un enseignant, un membre de l'équipe P.M.S., un surveillant-éducateur...

**Comment éviter que l'adolescent vive le passage vers un autre centre comme " je passe et je disparais " – passage parfois indispensable pour la mise en place d'une évaluation de son état psychique, voire pour une prise en charge thérapeutique.**

Des participants évoquent les **missions intégrées des PMS/IMS** et le décret ministériel visant à supprimer l'IMS dans l'enseignement secondaire. Ainsi, une psychologue de P.M.S. dit avoir été informée d'une tentative de suicide, mais comme il s'agissait d'une élève du supérieur, elle n'a pu intervenir. On souligne la place de l'I.M.S. dans la détection des difficultés psychiques des élèves du secondaire et du supérieur

- " Autour d'une même situation, être plusieurs intervenants, chacun à sa place, n'est pas une chose facile ", remarque un des participants.  
Ainsi, lorsqu'une situation est orientée vers un des SSM, jusqu'où le C.P.M.S. peut continuer à la suivre ? Dans quelle mesure peut-on demander des nouvelles du patient au thérapeute ?
- Les participants ont aussi insisté sur **l'intérêt d'un dispositif de type " équipe mobile "** qui pourrait intervenir rapidement au sein de l'école quand il y a un problème.
- La question du **paiement lors d'interventions d'équipes extérieures à l'école**, a également été évoquée. Cet aspect financier constitue dans bon nombre de cas un frein au recours à des services extérieurs, même si le besoin en est ressenti par des intervenants scolaires.

#### **4. Centre Local de Promotion de la Santé à Bruxelles – Janvier 2001**

Nous avons commencé par présenter quelques données épidémiologiques et le projet de recherche-action. Le C.L.P.S. s'intéresse à cette problématique, question importante en matière de santé.

Ils ont mis en place de leur côté un groupe de travail sur la violence à l'école et pour ce faire ils ont suivi une méthodologie très proche de la nôtre. Ils nous disent avoir rencontré peu de mobilisation dans les écoles.

Le C.L.P.S.B. nous fait part d'initiatives communales de coordination (enseignants, C.P.M.S., maison de jeunes) déjà existantes

Ils trouvent que les maisons de jeunes et les maisons de quartier sont des partenaires extrêmement importants à côté de l'école.

En conclusion de cette rencontre, ils nous proposent d'intervenir ponctuellement sur le sujet du suicide à l'adolescence dans leurs ateliers et invitent le département adolescence du S.S.M. de l'U.L.B. à y participer de façon régulière. Ils souhaitent également que nous les informions de l'évolution du projet.

#### **5. Centre de Prévention du Suicide) Janvier 2001**

Nous avons commencé par la présentation des données épidémiologiques et du projet de recherche-action.

Les échanges se sont centrés en outre sur le regret de ne pas avoir été sollicités plus tôt, notamment dans le cadre du travail avec la Ville de Bruxelles.

Ils ont, par ailleurs, introduit le même type de projet auprès de la Communauté Française. Celle-ci n'y a malheureusement pas donné suite.

Le C.P.S. reçoit beaucoup de demandes en provenance des écoles pour des problèmes de suicides, bien que cette activité ne soit pas soutenue financièrement par leur pouvoir subsidiant.

Le C.P.S. manifestent leur désir d'être informés quant à la suite du projet, voire y participer en tant que partenaire à part entière.

## **B. Autres activités menées durant la première année de la recherche-action**

### **Mise en place de premiers contacts avec des écoles cibles, en concertation avec le P.M.S. (juillet 2001 – novembre 2001)**

#### **1. Envoi d'un questionnaire ( cf annexes) à tous les P.M.S permettant de cibler :**

- les écoles potentiellement intéressées ou sensibilisées par la prévention du suicides, et qui souhaiteraient approfondir les collaborations et synergies (voir objectifs décrits au paragraphe II. ).
- les écoles pour lesquelles les P.M.S. estiment absente mais nécessaire une information, une sensibilisation et/ou une mise en place de réseau intra-et extrascolaire autour de leurs élèves potentiellement suicidaires.

Nous leurs avons communiqué le compte rendu de nos rencontres et les invitations à remplir un questionnaire reprenant l'ensemble des propositions de travail et de collaboration telles qu'elles avaient été discutées avec eux.

*Nombre de questionnaires envoyés au P.M.S. : 27*

*Nombre de réponses reçues à ce jour : 3*

\*Ce très faible taux de réponses de la part des P.M.S. peut être à priori expliqué par la période défavorable (juin 2001) d'envoi du questionnaire, dans un moment où les P.M.S. sont débordés, en fin d'année scolaire.

Néanmoins, cela ne semblait pas concordant avec le très haut taux de participation à nos réunions de février 2001.

**Nous avons fait l'hypothèse que notre questionnaire - dès lors qu'il se centrerait sur les besoins des écoles – ne rencontrait pas suffisamment les besoins exprimés par les P.M.S. lors des rencontres de février 2001.**

**La même difficulté apparaîtra clairement lorsque nous demanderons aux P.M.S. de faire part aux écoles de nos propositions de formation à destination des « interlocuteurs scolaires », à l'exclusion des agents P.M.S. ( voir ci - dessous : ? )**

**\* Néanmoins, parmi les réponses qui nous sont adressées, différentes collaborations sont envisagées avec des P.M.S. en rapport avec des demandes d'interventions auprès d'écoles.**

Il semble bien que les PMS qui répondent au questionnaire sont ceux qui ont déjà un lien de collaboration avec notre S.S.M., ou avec certains d'entre nous.

On doit aussi souligner que pour un certain nombre de P.M.S., des projets de prévention auprès des interlocuteurs scolaires sont en place et ne requiert pas notre aide.

**Après avoir rencontré ces P.M.S., différents projets sont mis en place, qui se poursuivront durant l'année 2002 :**

## **2. Rencontre avec le P.M.S de Saint-Gilles. ( août 01)**

Le P.M.S nous parle de deux établissements scolaires :le centre Pierre Paulus et le C.E.F.A-Centre d'Éducation et de Formation en Alternance.

Ces deux établissements peuvent faire appel à un large réseau associatif. Le P.M.S pense qu'ils sont prêts à participer à une formation sensibilisation, il y aurait des candidats enseignants et éducateurs.

Il travaille aussi dans un établissement à Woluwé Saint Pierre.

La direction serait prête à réserver une journée pédagogique à ce sujet.

### **Nous leur proposons d'organiser une journée pédagogique en partenariat avec le P.M.S., prévue en mai 2002.**

Le P.M.S est intéressé par la brochure et par l'organisation d'une réunion P.M.S-S.S.M. En ce qui concerne l'école de Woluwé, il serait aussi intéressé par une rencontre avec l'équipe de l'U.C.L.

Il pense que le fait d'être décentré géographiquement participe à leur difficulté à trouver des partenaires locaux.

Pourrions-nous les aider à mieux connaître les ressources locales, à rencontrer leurs partenaires potentiels autour des écoles dont ils ont la charge ( le W.O.P.S, le Chien vert, l'U.C.L) ?

**Il s'agit donc ici de relancer les échanges au sein d'un réseau local de prévention et d'intervention auprès des élèves en difficulté.**

**Nous n'aurons pas d'autres demandes de ce type, bien que ce type d'action étaient l'un des objectifs de la présente recherche-action ( voir le chapitre « conclusions »).**

## **3. Rencontre avec le P.M.S. d'Ixelles : Construction d'un partenariat avec un centre PMS autour d'une demande d'intervention auprès d'éducateurs d'une école du secondaire de la région de Bruxelles Capitale .**

Nous avons, lors de plusieurs réunions de travail avec le P.M.S. d'Ixelles, élaboré un projet d'intervention, en partenariat avec les agents du P.M.S., auprès des 6 éducateurs d'une école secondaire de Bruxelles.

Le P.M.S., fort de sa très bonne intégration et coopération dans cette école, a pu mettre sur pied une formation continue de l'ensemble des éducateurs-surveillants, sous forme d'Intervisions bi-mensuelles, co-animées par 2 membres du P.M.S. Néanmoins, suite à nos réunions avec les PMS en février 2001, et notre courrier de juin 2001, le PMS a sollicité notre aide, dans une double demande, à la fois de formation du groupe d'éducateurs, et de formation des membres du PMS (voir ci-dessous le chapitre VII).

Un travail complexe d'élaboration de nos places respectives s'en est suivi ; il s'agissait de tenir compte du travail préventif remarquable déjà réalisé, et toujours en cours, mené par le PMS auprès des éducateurs ; il s'agissait de ne pas intervenir à

notre tour en nous substituant au PMS, ou en nous mettant, face aux groupe cible des éducateurs, en position de superviseur de leur propre formateurs PMS.

Nous avons pensé pour autant nécessaire de répondre à la demande d'information – formation de ce groupe d'éducateurs, relayée par le PMS ;

Ainsi, nous interviendront – en janvier 2002 – auprès du groupe d'éducateurs, après un travail préparatoire que mènera avec lui le PMS.

4. **Rencontre avec les coordinateurs Adolescence de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale** (Ann D'Alcantara et Monsieur Christian Vanhuffel) - octobre 01)

Nous leur faisons part de l'état d'avancement de notre projet à savoir la proposition de deux journées de formation destinées aux enseignants. Nous leur expliquons que nous avons demandé aux P.M.S d'être la courroie de transmission de cette proposition vers les écoles. Nous nous interrogeons du peu de réponse à cette offre, et discutons de nos hypothèses.

De nos échanges, il apparaît que :

- **ceux qui sont responsables de la santé mentale des écoliers sont les P.M.S. Ils font probablement barrage à notre offre destinée aux enseignants parce qu'ils sont eux-mêmes en demande de formation.**

Au travers de leur réaction ,il nous renvoie à un temps logique de la formation : d'abord les P.M.S., ensuite les enseignants.

- Par ailleurs l'attention est mise sur **l'importance qu'un outil de prévention primaire ne soit en aucune manière un outil de maîtrise.** De fait, en mettant en place un « système de repérage des adolescents à risque », on met en danger tous les adolescents. Ceux qui vont bien risquent d'être repérés comme à risque, ceux qui vont mal vont encore mieux masquer leur souffrance. En croyant donner des outils de maîtrise aux adultes, on risque de leur permettre d'être encore un peu plus sourds.
- **Par conséquent, une prévention portant sur un symptôme ne peut être qu'une prévention secondaire.**  
**Le seul outil de prévention primaire à l'adolescence doit porter sur le lien entre l'interlocuteur scolaire et le jeune. En ce qui concerne les enseignants, il s'agit de soutenir le lien aux élèves et non de leur fournir un outil qui viserait à maîtriser le symptôme.**

**En conclusion, nous nous proposons, à l'inverse de notre première proposition, de travailler dans un premier temps, à une formation sensibilisation destinée aux P.M.S et de post-poser le projet concernant les enseignants.**

Par ailleurs, nous mettons en place avec les coordinateurs adolescence une rencontre entre les P.M.S et les S.S.M.autour de la question du suicide à l'adolescence (voir chapitre X ).

## **5. Mise en place de formation destinée aux P.M.S.**

Dans un premier temps, nous avons demandé aux P.M.S. de transmettre dans les écoles une proposition de cycles de 2 jours de sensibilisation, que nous pensions destinées aux « interlocuteurs scolaires », à savoir : enseignants, médiateurs, éducateurs, médecins scolaires, préfets.

Nos conclusions de juin 2001 ( chapitre V) nous avaient amenés – à tort – à penser les P.M.S. comme partenaires d'une formation...dont nous les excluons dans le même temps !

Ainsi, de même que nous avons reçu très peu de réponses à notre questionnaire adressé aux P.M.S. en juin 2001 (chapitre VI), nous n'avons eu que 3 demandes de formation de la part d'interlocuteurs scolaires ( 1 enseignant, 1 proviseur, 1 médiateur).

S'ils ont été nombreux à répondre présents à ces réunions, ils n'ont donc donné dans l'ensemble aucune suite à notre courrier.

Sans réponse à nos questionnaires, nous avons proposé un module de deux journées de sensibilisation à la problématique du suicide aux différents établissements scolaires, **en demandant aux PMS d'être la courroie de transmission entre nous et les écoles** dans lesquelles ils intervenaient. Les écoles sont restées muettes à notre proposition.

Par contre certains PMS nous ont contacté pour s'inscrire, se montrant parfois assez interpellant voire agressif à notre égard lorsque nous tentions de les remettre dans cette position de partenaire...

La confusion entre eux et nous portait sur le signifiant « d'intervenants scolaire », pourtant souvent utilisé jusque là sans ambiguïté dans les réunions.

Ils nous disaient être aussi des intervenants scolaires et un certain nombre ne comprenait pas nos réserves à nous positionner en temps que formateur vis à vis d'eux. Un certain nombre d'entre eux ne voyaient pas pourquoi nous pensions inopportun d'organiser une formation où ils se retrouveraient participants aux même titre que les enseignants.

**Ces interpellations nous ont permis de nous repositionner clairement en tant que cliniciens d'un service de santé mentale faisant de la prévention.**

Par ailleurs, la prévention primaire à l'adolescence portant sur un symptôme nous paraît inadéquat voire dangereux. On connaît les effets pervers et paradoxaux du discours de l'adulte à l'adolescent, particulièrement si le discours concerne ce qu'il doit ou non faire de son corps.

**Dès lors que nous avons postposé une formation destinées au monde scolaire, et repensé une formation spécifique pour les agents P.M.S.,**

Nous avons alors reçu ...33 demandes individuelles, émanant de 11 P.M.S. différents.

**Soit plus du tiers de l'ensemble des P.M.S. Bruxellois, qui ont sollicités de participer à une formation spécifique !**

Cette dynamique dans les réponses à nos différentes propositions de formation montre combien – lorsqu’il s’agit de prévention du suicide des jeunes – nous avons à différencier les différents groupes – cibles (adolescents, enseignants, PMS, médecins,...) auxquels nous nous adressons, et à entendre les demandes d’aide spécifique de chacun de ces groupes. Sans cela, comme nous l’avons expérimenté ici avec intérêt et surprise, le projet préventif est soumis à des blocages et des échecs inévitables.

## **6. Autres activités et projets**

Nos différentes rencontres et interventions dans le cadre de cette recherche – action ont eu un certain écho, et ont débouché sur un certain nombre de demandes de collaborations, qui ont élargi nos moyens d’action et le mode d’approche des milieux scolaires

- **Animation d’un débat public sur le suicide des adolescents : iintervention dans le cadre de 2001 année de la Santé Mentale (août 2001)**  
dans le cadre des projections de l’Ecran Total (Cinéma Aremberg) consacrées à « 2001, année de la Santé Mentale » - août 2001 -

Le cinéma Aremberg programme durant l’été un très grands nombre de films reconnus pour leurs qualités artistiques et de contenu. Cette programmation, dénommée « l’écran total », est devenue au fil des ans, une des manifestations culturelles importantes de notre capitale.

Le cinéma Aremberg a accepté de participer à l’initiative « 2001 année de la santé mentale » en programmant une série de films touchant de près à des questions de santé mentale

Ils ont proposé, en partenariat avec la Ligue Bruxelloise de Santé Mentale ( co-organisatrice de « 2001 année de la santé mentale »), des débats à l’issue de la projection avec des professionnels appartenant au champ de la santé mentale.

Nous sommes intervenus, à la demande du directeur de la Ligue Bruxelloise de Santé Mentale, en tant que cliniciens de l’adolescence participant à une recherche action sur le suicide à l’adolescence. La projection d’un film portant sur le suicide d’adolescentes ( « *Virgin Suicide* » de *Sophie Coppola*) a été suivi d’un débat avec le public.

Le public était constitué de professionnels de la santé mentale, de quelques grands adolescents, et majoritairement de parents. La qualité du débat et la pertinence des questions posées tant par les professionnels que par le grand public présent à montré l’intérêt de pouvoir soutenir par nos interventions une réflexion sur l’adolescence et sur les angoisses légitimes que peuvent vivre les adultes en contacts avec des adolescents. Le médias culturel que représente le film nous est apparu particulièrement bien adapté pour introduire un débat entre nous et un public de « citoyens ». Le débat a démontré l’importance de penser la question du suicide à l’adolescence en lien avec les questions générales que posent l’adolescence tant aux professionnels qu’aux parents.

Notre participation à cette manifestation nous a permis de nous faire connaître auprès des organisateurs de l’écran total, qui ont souhaité poursuivre une collaboration avec nous (*cf Cinédit : voir ci-dessous*).



- **Rencontres avec des étudiants (septembre 01).**

Nous avons été sollicités par deux étudiants demandant de l'aide pour un travail sur le suicide à l'adolescence. L'un d'entre eux terminait un cycle d'études et avait choisi de faire son travail de fin d'études sur ce thème, l'autre suivait une formation de réinsertion professionnelle avec le projet de faire un film sur le suicide d'un adolescent.

Ces deux jeunes nous ont contacté sur les conseils du centre de prévention du suicide qui les avaient déjà reçus. Ils souhaitaient avoir un aperçu de la manière dont était pensée la question des soins psychiques des adolescents ayant fait une tentative de suicide. Ils souhaitaient aussi rencontrer des cliniciens de l'adolescence pour connaître notre point de vue sur la question.

Nous les avons rencontré chacun d'entre eux durant une heure pour répondre à leur questionnement.

- **Rencontre avec Monsieur Voos, conseiller C.P.A.S à Herve, psychologue dans un hôpital de jour pour adolescents « La clef » à Liège ( septembre 2001)**

Monsieur Voos est psychologue et travaille dans un hôpital de jour pour adolescents « La clef » à Liège avec le docteur Bertrand. Il est aussi conseiller C.P.A.S à Herve. Ils organisent le 8 et 9 octobre 2001, deux journées de travail avec des adolescents sur le mal-être et bien-être. Ce sont des classes de cinquièmes humanités professionnel et technique.

Le 11 octobre, ils organisent la projection du film « Les maux n'auront pas le dernier mot » à destination des adultes, parents, enseignants,...

Le centre Patrick Dewaere sera présent lors du débat qui suit la projection du film. Nous sommes conviés à y assister.

Monsieur Voos travaille également avec La Maison du Social à Liège. Il avait entendu parler de la brochure « Et si cet adolescent était un adolescent fragile ».

**Il est intéressé par une collaboration, échange avec notre équipe.**

**Nous lui avons transmis la brochure de la ville de Bruxelles destinée aux enseignants ainsi que l'enquête réalisée dans le cadre de la coordination urgence.**

De son côté, Monsieur Voos nous envoie un dossier regroupant les divers documents qu'ils ont réalisés dans le cadre de cette campagne de prévention du suicide.

- **Rencontre avec Cinédit ( octobre 2001)**

Cinédit organise des **matinées scolaires avec projection de film suivi d'un débat**. Le film est toujours accompagné d'un **dossier pédagogique**.

Il pensait proposer le film « Virgin suicide », et nous demande si nous serions d'accord d'être **présent pour le débat avec différentes classes d'élèves secondaires, à la demande de leurs enseignants**.

**Nous proposons de rencontrer au préalable les professeurs des différentes classes concernées**. Ainsi , nous trouvons intéressant que des questions soient amenées lors du débat . Ces questions pourraient être préparées en classe avec le professeur par exemple.

Ces propositions seront annoncées dans le Cinédit du mois de janvier.

**La rencontre avec les enseignants après projection du film est fixée fin janvier 2002.**

- **Rencontre avec la troupe de théâtre 'Ricochet'**

dans le cadre de la mise sur pied de débats avec des groupes-classes, autour d'un spectacle intitulé « Loin d'eux », inspiré d'un livre de Laurent Mauvigner, traitant du suicide à l'adolescence.- novembre 2001.

## **Participations à des colloques – Publications**

- **Numéro spécial « Bruxelles Santé » - 2001 : « Facette de la Santé Mentale »**  
« Les tentatives de suicide à l'adolescence. Pistes pour la prévention » - D. Hirsch
- **Colloque « Interfaces » - organisé par la L.B.F.S.M. – octobre 2001 – Bruxelles**  
Participation à l'atelier : « Santé mentale et enseignement » - D. Hirsch
- **Congrès International sur le suicide – Genève – novembre 2001**  
Exposé par F. Alonso et A. Englert :

**V. ACTIVITES MENEES DURANT LA DEUXIEME ANNEE DE LA RECHERCHE -**  
**ACTION**

( Décembre 2001 - Novembre 2002 )

## A. Activités cliniques de prévention auprès de cinq groupes - cibles

### 1. Intervenants de Centres Psycho-Médico-Sociaux :

***Journées de sensibilisation à la problématique du suicide chez l'adolescent destinées au personnel des centres PMS*** (deux journées de sensibilisation + deux demi-journées de follow-up)

Comme prévu dans notre rapport de novembre 2001, nous avons mis sur pied un processus de sensibilisation à la question du suicide à l'adolescence, uniquement destiné aux membres des P.M.S. , avec le projet d'y travailler la place spécifique qu'ils occupent dans le réseau préventif et curatif.

Nous leur avons proposé un processus de sensibilisation de deux jours.

Vu le nombre de réponses à notre invitation, au total 32 talons réponses, **soit un tiers de l'ensemble des intervenants PMS Bruxellois**, nous avons dû doubler le module de formation de deux journées. Un groupe a fonctionné les 27 et 28 février (19 participants), l'autre le 24 et 25 avril (13 participants)

#### Méthode :

Après un premier temps de présentation réciproque entre participants, nous leur avons demandé leur motivation à l'inscription au module de formation.

La première journée était pensée autour d'une expérience de retour vers les traces de sa propre adolescence. Nous avons centré le travail sur les représentations conflictuelles que chacun porte en soi sur son adolescence, la place des générations, et sur la mort.

Ensuite, un abord théorique était consacré à la dynamique psychique de l'adolescence, et ses implications dans la relation entre l'adolescent et l'adulte.

La seconde journée était consacrée plus spécifiquement au thème du suicide des adolescents, et donc aussi à l'identité professionnelle spécifique des CPMS, à la question des relais entre l'école et les structures soignantes.

Un exposé - débat plus théorique sur la clinique, l'épidémiologie et la psychodynamique du suicide a été, comme la veille, proposé dans un second temps.

Chacune de ces journées a donc commencé par un temps d'expérimentation émotionnelle, mettant en jeu le corps, afin de refaire lien avec sa propre adolescence. Des media, tels que le psychodrame et la "sculpturation", utilisés en situation groupale, ont favorisé la mobilisation des enjeux fantasmatiques associés à la question de l'adolescence et de la mort.

Au temps de travail en sous-groupe a chaque fois succédé un temps de remise en commun et d'échange en grand groupe.

Nous avons ensuite utilisé la technique de la " sculpture ". Répartissant à nouveau les participants en trois sous-groupes, nous leur avons demandé de réaliser ensemble un tableau immobile représentant une famille avec au moins un adolescent.

Les trois sous-groupes devaient ensuite représenter la même famille mais après l'événement suivant : " la famille est au courant de l'envie de mourir de l'adolescent ". Un large temps fut ensuite consacré aux échanges entre participants quant à leur vécu au travers de la réalisation des deux sculptures, aux impressions des participants extérieurs à la sculpture, des observations faites par les uns et les autres quant aux différentes sculptures réalisées, les différences perçues au sein de chaque groupe dans la sculpture familiale avant et après l'événement.

Nous pensons que les exposés théoriques permettent de mettre des mots sur les vécus plus affectifs suscités par les séquences de psychodrame ou de " sculpturation " proposées le matin. La théorie aide à mettre en forme l'expérience émotionnelle ; elle joue un rôle de référence au sein de la relation duelle avec l'adolescent.

L'articulation de ces deux temps de la formation autorise une meilleure appréhension et identification aux difficultés et position des enseignants, directeurs, parents.

Les participants y découvrent l'effet de miroir, de répétition, de fragmentation des angoisses et conflits déposés par l'adolescent auprès des différents adultes de l'école, chacun dans sa fonction spécifique.

Lors de ces deux journées de sensibilisation, nous avons aussi abordé le travail du réseau et des relais entre les IS, les CPMS et les SSM.

Nous avons travaillé la nécessité que les intervenants, lorsqu'ils proposent un relais, restent en lien avec l'adolescent : il faut que le passage vers des structures de soins ne soit pas équivalent à la perte du lien privilégié avec l'interlocuteur scolaire.

Nous pensons que ce travail du lien ne peut se faire que parce que nous avons nous mêmes fait lien avec nos interlocuteurs CPMS, au travers d'une expérience partagée, dans un cadre pensé et porté par nous.

Les particularités du lien avec les adolescents s'est expérimentée dans la dynamique de la formation et dans la relation avec les formateurs.

Des questions spécifiques peuvent alors ( et alors seulement )se travailler au niveau de l'identité professionnelle, dans un second temps.

### **Premier bilan après 6 mois :**

Lors d'un bilan d'une demi-journée avec les deux groupes, réalisé après 6 mois, les intervenants des CPMS nous ont dit avoir gardé une trace vivante de ces 2 journées, essentiellement de ces moments de mise en jeu des représentations qu'ils ont de l'adolescence et de l'école ; ils ont exprimé leur soif de théorisation et leur frustration de ce que la théorie ne se laisse pas posséder facilement, lorsqu'il est question de l'adolescence.

Les deux groupes nous ont exprimé que, par rapport à la question du suicide, leurs angoisses et leur peur dans la rencontre avec les adolescents n'avaient pas diminué depuis la sensibilisation.

Par contre, ils avaient sensiblement revu leur façon d'être avec les adolescents à savoir qu'ils n'attendent plus que la demande de les rencontrer soit faite par l'adolescent et qu'ils vont plus vers lui pour susciter la rencontre.

Ils pensent que l'expérience émotionnelle que nous leur avons proposée à partir de leur représentations de leur propre adolescence en eux, les aide à mieux se situer dans la rencontre avec les adolescents.

Ils ont souligné leur impression d'avoir pu mieux évaluer la difficulté des adolescents en souffrance à demander de l'aide ; ils ont pour la plupart d'entre eux perçu, lors de leur rencontre avec les élèves, combien ceux-ci semblaient en fait extrêmement sensibles lorsqu'ils percevaient chez le psychologue une trace vivante et authentique de leur rencontre et de leur investissement.

*"Le plus difficile dans notre travail, ce sont les fréquentes ruptures liées à la nature même de notre travail et le sentiment d'être très isolé."*

Ils ont néanmoins perçu tout le sens de maintenir le lien avec l'adolescent ainsi qu'avec les adultes constituant des ressources dans ce difficile travail et l'importance de prendre un temps pour réfléchir.

*"Cela aide aussi de se rendre compte qu'on n'est pas le seul à être décontenancé par l'adolescent."*

Tous ont apprécié la méthodologie basée sur un temps d'expérience émotionnelle et un temps pour la théorie. Ils regrettent qu'il n'y ait pas une trace écrite de la théorie que nous leur avons exposée. Ils ont tous été très contents de ce temps de théorie et se sont sentis remotivés pour poursuivre une réflexion théorique.

Tous souhaitent d'autres temps de formation, sur d'autres thèmes aussi : la phobie scolaire, les auto-mutilations sont des sujets évoqués.

Une participante fait aussi remarquer qu'il est parfois difficile de se donner un temps de formation et de réflexion, ce qui suppose de mettre parfois une limite aux demandes cliniques incessantes et urgentes auxquelles ils sont confrontés.

Les participants expriment leurs inquiétudes quant aux nouvelles dispositions concernant leur budget de formation. Ils regrettent que celui-ci soit diminué au profit de ce qu'ils ont appelé "de grandes messes", à savoir de grands rassemblements qui ne permettent absolument pas de vivre une expérience de formation comme celle que nous leur avons proposée.

Ils nous ont demandé comment maintenir un lien avec nous autour de situations concernant des adolescents.

Enfin, ils souhaitent savoir si nos services offrent un accueil téléphonique immédiat leur permettant de réfléchir avec nous à une situation dans l'urgence.

Ils nous parlent du soutien important que leur procure l'écoute téléphonique de S.O.S.Enfants, quand ils rencontrent une situation de suspicion de maltraitance.

## **2. Groupes-classes : co-animation des interventions de prévention dans 11 écoles bruxelloises à partir du film " Virgin suicide "**

### **Origine de l'intervention :**

Suite à une participation de notre équipe de recherche-Action à un débat après la projection du film "Virgin Suicide" traitant du suicide à l'adolescence, nous avons été - comme mentionné dans notre rapport d'activité de décembre 2001 - contactés par l'ASBL " Cinédit", nous proposant d'animer des discussions – débats dans des classes, suite à une projection de ce même film, organisée par Cinédit.

En janvier 2002, nous avons participé à un débat avec des enseignants lors d'une séance de projection de ce film réservée aux enseignants, comme préparation d'une séance ultérieure avec leurs élèves.

La plupart des douze enseignants qui ont souhaité notre intervention dans leur classe ont proposé à leurs élèves un travail préparatoire après la vision du film.

### **Mise en place d'un " groupe " d'intervention et d'une méthodologie :**

Comme nous le reprendrons dans la discussion et nos conclusions, un débat s'est posé à nous quant à la pertinence de rencontrer des groupes - classes en tant que "spécialistes" de la prévention du suicide ET après la projection d'un film abordant cette thématique.

Il existe un risque à venir parler de notre savoir à une classe d'adolescents, intervention par laquelle des élèves fragiles seraient particulièrement sollicités.

Nous reviendrons sur la nécessité absolue de se décaler du thème du suicide lorsqu'il s'agit de prévention primaire, auprès des élèves ou des enseignants.

De même, nous avons été attentifs à ce que nos interventions avec les classes ne soient pas utilisées pour répondre à l'éventuel épuisement professionnel de l'enseignant face à une classe difficile, voire pour résoudre des difficultés institutionnelles au sein de l'école.

Nous avons néanmoins accepté d'intervenir, mais en choisissant une méthodologie très précise dans nos interventions.

Notre première étape fut de constituer une équipe d'intervenants ( 6 personnes), comprenant les trois membres de la présente Recherche-Action, des collègues thérapeutes d'adolescents au sein de notre SSM et d'un collègue enseignant et psychopédagogue formé à une technique d'animation spécifique ( le "Drama"), à laquelle il nous a sensibilisé.

Suite à la demande de nombreuses écoles, nous nous sommes répartis en binômes d'intervention ;

Nous avons pris un temps important afin de penser et homogénéiser notre outil et notre philosophie d'intervention auprès des élèves.



## Animations dans les écoles :

Nous sommes intervenus dans 11 classes :

- 3 classes en enseignement général
- 7 classes en enseignement technique et professionnel
- 1 C.E.F.A.

Les demandes sont venues de tous les réseaux, libre et non-confessionnel.  
L'âge des élèves était compris entre 16 et 23 ans.

Le film " Virgin Suicide" de Sophie Coppola, a été utilisé dans les différentes classes comme média pour une activité de prévention. En effet, il a permis d'amener les jeunes à réfléchir avec nous à différents thèmes propre à l'adolescence (et repris dans le film). Il a été possible de questionner le rôle des 'psy' dans les situations où les jeunes sont en difficultés.

Dès la première intervention, notre dispositif s'est constitué des temps suivants (certains étant supprimés ou raccourcis, d'autres au contraire redoublés ou allongés) :

1. Prise de contact, échange sur le contexte de notre intervention (en présence de l'enseignant).
2. Travail en petit groupe à propos des **moments** forts (ou étranges) du film, des **thèmes** du film ou bien de **questions** importantes à l'adolescence (sans le professeur).
3. Jeux de représentation inspirés de la technique du *drama* (sans le professeur)
4. Echanges et discussion, si possible également médiatisés par une approche *drama* (en présence du professeur).

### **Temps 1 - Prise de contact / resituer le contexte de notre venue**

Le contexte de notre intervention était variable. Certaines classes avaient vu le film 'Virgin Suicide' plusieurs semaines auparavant, d'autres pas du tout. Dans certains groupes, seule une partie des participants l'avait vu.

Dans presque toutes les classes, les enseignants - ou les élèves eux-mêmes - ont évoqué des situations familiales difficiles, douloureuses.

La question du suicide était très présente dans certains cas :

dans une école, par exemple, au moins un élève était concerné via le suicide d'un parent ; dans une autre école les deux classes rencontrées étaient directement concernées, une élève de la classe ayant fait une TS (plusieurs semaines avant /classe 1/ mais seulement deux jours avant /classe 2/).

## **Temps 2 - Travail par petit groupe à propos des moments forts (ou étranges) du film, des thèmes du film ou bien de questions importantes à l'adolescence (sans le professeur).**

Nous avons toujours proposé un travail par petits groupes, avec les consignes suivantes (selon ce qui avait été entendu au temps 1)

- Quels sont les **moments** (forts, étranges...) du film ?
- quels sont d'après vous les **thèmes** abordés par le film, outre celui, évident, du suicide ?
- quelles sont selon vous les **questions importantes** qui se posent à des jeunes de votre âge ?

L'intérêt de ces consignes est d'éviter d'aborder de front la question du suicide, afin de parer aux risques d'une idéalisation des animateurs omniscients, porteurs d'un " savoir " sur les adolescents et le suicide. Il s'agit aussi de respecter les défenses de chaque élève face à un thème source potentielle d'angoisses.

Les thèmes et questions réunis par ce premier travail ont été nombreux :

Les élèves se sont mis à discuter des thèmes en jeu dans leur vie, tels que : vie / mort / sexualité / autorité / solidarité / amitié / religion / maladie / adolescence / les parents / normalité / solitude / musique / drogue.

De ces thèmes, nous retenons alors quelques thèmes principaux, affichés au tableau, pour aborder le temps 3.

### **Temps 3a et 3b : représentations dramatisées.**

3a - Selon les classes, nous avons proposé les consignes suivantes :

- Représentez les moments forts du film (sous forme de 'statues')
- Créez une sculpture représentant bien, pour vous, l'un des thèmes évoqués précédemment.

Après la présentation, par chaque groupe, de son travail, un temps d'échange a parfois conduit à une nouvelle consigne, destinée à permettre l'expression des élèves sur un point qui nous semblait particulièrement important par rapport à notre objectif de prévention.

Exemple de questions soulevées par les élèves :

- Sommes-nous normaux ? Qu'est ce qui est normal ? qu'est ce qui ne l'est pas ?
- Quand on va mal, qui peut nous aider, nous écouter ?
- Que peut pour nous notre 'meilleur ami' ?

L'approche *drama* a chaque fois permis la création d'un espace qu'on peut qualifier de "transitionnel" - grâce auquel de l'explicite et de l'implicite s'est trouvé exprimé, essayé, risqué... tout cela de façon cadrée et respectueuse de chacun.

Il faut remarquer que le travail en petits groupe a été plus difficile s'agissant d'élèves plus jeunes, qui mettaient beaucoup de temps à trouver un accord, ou bien qui s'excitaient beaucoup.

Si, en 3a) nous avons travaillé à l'aide de sculptures, ou de 'diaporamas', pour le temps 3b) nous avons proposé aux participants de faire " l'interview d'un personnage ". Les 'figures idéales' ainsi créées collectivement ont été :

- le psy que vous vous imaginerez pouvoir rencontrer
- l'ami idéal

En général, voici ce qui est apparu à ce stade du travail :

- rancœurs entre amis
- méfiance à l'égard des 'psys'
- 'seul un ami peut me comprendre / m'écouter'
- le psy comme recours possible quand l'ami a atteint ses limites
- questions répétées sur la confidentialité

La libre expression de ces questions et leur évolution jusqu'à l'idée qu'il serait envisageable de rencontrer un psy, nous font penser qu'il y a bien eu " effet de prévention " dans la plupart des classes rencontrées. Parfois, nous avons manqué de temps alors que le groupe venait seulement d'élaborer l'idée d'un relais possible vers un psy... Mais au moins l'idée est-elle apparue, spontanément, que 'le meilleur ami', les parents etc.... avaient leurs limites, et que pour autant tout n'était pas impossible, qu'il y avait d'autres recours.

### **Quelques remarques :**

Dans certaines écoles (en classes professionnelles), nous avons constaté que le **jeu de présentation** avait servi aux participants à faire plus ample connaissance - alors que nous pensions que tous se connaissaient déjà. Il y avait donc déjà, là, un aspect 'préventif' au sens où le groupe, constitué dans certaines écoles, de jeunes qui viennent puis repartent, ne fournit pas un cadre très rassurant.

Dans une des classes, à la fin du travail, une jeune vient se renseigner pour consulter, d'autres viennent dire combien ils ont apprécié cette animation, qu'ils comparent aux autres. Ils apprécient tout particulièrement que nous ne proposons pas de discussions interminables où les animateurs amènent leur théorie toute faite, et qu'ils peuvent bouger grâce aux médias !

Les jeunes ont repris les thèmes du film. Les thèmes retenus ont été les suivants: l'amitié, la sexualité, le suicide, la solitude, la solidarité, les conflits de génération, l'amour, la religion et l'absence du père

Les animations ont montré comment ces différents thèmes pouvaient s'articuler entre-eux. Par exemple, face aux difficultés relationnelles des jeunes avec leurs parents, une ressource pour eux s'avère l'amitié et la solidarité mais cette aide a ses limites.

D'autres thèmes abordés sont les raisons motivant les attitudes des parents et des adolescents et les incompréhensions entre-eux.

Les élèves ont questionné l'aide qu'un jeune peut attendre, le lieu pour chercher cette aide (professeur à l'école, PMS, 'psy'), ainsi que la question de l'accès aux soins, de la confidentialité, etc.

A la question 'qu'est-ce qu'un "psy"?' qui a émergé dans plusieurs classes, nous avons alors pu intervenir pour reprendre, par le “ drama ” puis la discussion, les représentations que les adolescents ont des 'psy', et comprendre leur éventuelle résistance à aller voir un 'psy'.

Un problème rencontré lors de l'animation d'un des groupes a été la présence de participants ayant des antécédents de 'TS'. Nous avons également été confrontés à une dynamique de classe très complexe avec deux groupes de participants en franche opposition. Nous avons pris le parti de décentrer les conflits ouverts de ce groupe en utilisant un médium (création du personnage du meilleur ami imaginaire). Grâce à ce médium, les enjeux conflictuels du groupe ont pu être abordés sans éclatement. Les conflits ont en effet été joués et donc travaillés avec le groupe tout en étant mis à distance des participants concernés. Les adolescents ayant effectué une 'TS' n'ont pas fait l'objet d'un traitement différent et cela pour ne pas focaliser l'attention sur leur personne ou ne pas les désigner comme cible du groupe.

### **Après-coup concernant nos animations en classe suite à la projection du film “ virgin suicide ” (Cinédit)**

Nous avons contacté tous les enseignants qui avaient fait appel à nous dans le cadre des animations “ CINEDIT ”. Nous souhaitions savoir quelles avaient été les impressions des élèves suite à l'animation, leurs commentaires, leurs éventuels échanges en classe à la suite de notre intervention.

Dans l'ensemble, les élèves ont été surpris par notre approche, mais très intéressés. Ils en gardent une image très positive des “ psy ”.

Les professeurs ont l'impression que l'intervention, toute ponctuelle fût-elle, favorisera une éventuelle demande d'aide à un psychologue.

Les professeurs apprécient beaucoup que des personnes extérieures à l'école rencontrent ces groupes classes, ils souhaitent poursuivre ce type d'expérience.

Certains groupes classes trouvent notre intervention trop courte et auraient souhaité qu'elle se prolonge.

Tous expriment le souhait de refaire ce type d'expérience.

Au delà de ces échos favorables, il est évident que nous ne pouvons évaluer l'impact de nos interventions dans un délai aussi court après les interventions. Par ailleurs, le nombre de classes touchées est trop petit pour évaluer notre méthodologie et son impact.

L'ASBL Cinédit nous a sollicités pour renouveler cette expérience avec des groupes - classes, suite à la projection d'un film et d'un travail préparatoire en classe avec l'enseignant.

Nos interlocuteurs de Cinédit estiment qu'un grand nombre d'enseignants devraient être intéressés par notre intervention.

Nous leur avons formulé notre intérêt mais avons rappelé que notre projet se termine en novembre 2002, et que la poursuite de notre collaboration devra être repensé dans le cadre du département adolescence du service de santé mentale de l'ULB.

## **2. Educateurs-surveillants**

### ***Une demi-journée de travail dans une athénée de Bruxelles.***

Nous avons été sollicités par un centre PMS pour intervenir en temps que formateurs auprès du groupe des éducateurs surveillants d'une athénée dont le Centre PMS a la charge. Soucieux de préserver la place des intervenants du Centre PMS, nous avons mené avec eux une réflexion quand aux modalités d'articulation de notre intervention avec le travail qu'ils ont entrepris avec ce groupe d'éducateurs- surveillants. En effet, depuis un certain temps, à la demande de ces éducateurs, les agents PMS ont mis en place une réunion régulière avec eux pour les aider dans leur travail avec les adolescents qui les sollicitent régulièrement quand ils sont en difficultés.

Au décours de plusieurs réunions s'étalant sur une demi année avec les agents PMS, nous avons co- construit avec eux le cadre d'une intervention d'une demi- journée auprès des éducateurs et avons acceptés que les agents PMS (c'étaient leur demande initiale) y participent au même titre que les éducateurs surveillants. 4 éducateurs- surveillants sur les 6 étaient présents ainsi que les 3 agents PMS (un assistant social et deux psychologues) impliqués dans le travail dans cette Athénée.

Nous avons travaillé avec eux en 3 temps :

- 1) travail d'implication personnelle sur la représentation qu'ils ont de l'adolescence et de l'adolescent suicidaire.
- 2) Les questions qui se posent à eux dans le cadre de leur identité professionnelle.
- 3) Bref exposé par nous des enjeux de l'adolescence et reprise de leur questions autour des adolescents suicidaires.

Les participants à cette demi journée de travail transmettent un bilan globalement positif mais soulignent le temps trop court de notre intervention. Certains disent souhaiter une suite.

## **4. Enseignants**

### ***Journées pédagogiques***

Nous avons été sollicités par deux Athénées de la région bruxelloise pour assurer une journée pédagogique à l'intention de l'ensemble du corps enseignant et des éducateurs-surveillants sur la thématique du suicide à l'adolescence.

175 personnes au total (enseignants, éducateurs, direction) ont bénéficié d'une journée pédagogique.

#### **1<sup>ère</sup> Athénée**

Pour cette journée pédagogique, nous avons participé aux deux réunions préparatoires. Etaient présents à ces réunions :

- la direction de l'établissement,
- le centre PMS attaché à celle ci,
- la psychiatre responsable et des collaborateurs d'une structure de soins pour adolescents. Cette structure avait été sollicitée par la direction et le centre PMS pour animer la journée en collaboration avec notre équipe.
- Si au départ, nous avons clairement été sollicités pour notre travail dans le cadre du projet spécifique de la présente recherche-action, les discussions préalables ont abouti à un élargissement du thème proposé au départ.

La direction et le centre PMS ont finalement retenu, après consultation des enseignants, un certain nombre de thèmes concernant l'adolescence (dont la thématique de la dépression et du suicide à l'adolescence).

Nous avons assuré, en collaboration avec le département adolescence de notre service :

- une conférence pour tous les participants à la journée sur le thème : " apprendre ou à laisser à l'adolescence " .
- l'animation de deux ateliers en groupe plus restreint ( 20 participants par atelier)

Un des ateliers portait spécifiquement sur la question de la dépression et le suicide à l'adolescence. L'autre atelier, animé par une collègue du département adolescence, portait sur la démotivation scolaire des élèves. Les trois autres ateliers étaient animés par les collègues travaillant dans cette structure de soins pour adolescents.

Le bilan que nous avons réalisé à l'issue de cette journée était partagé. L'ambiance globale de cette journée a permis par son cadre convivial et même ludique ( il avait été fait appel à des acteurs de la ligue d'impro théâtre pour illustrer le travail en atelier) que les différents intervenants scolaires se retrouvent. Par contre, la dispersion des thèmes travaillés ( démotivation scolaire, violence, dépression et suicide, la place de l'autorité, ...) et le manque d'articulation entre eux n'ont pas réellement ouvert à une réflexion suffisamment approfondie - selon nous - pour que puissent émerger pour les intervenants scolaires des pistes nouvelles de travail.

## 2<sup>ème</sup> Athénée

La journée pédagogique a été préparée au cours de deux réunions avec le préfet et le proviseur.

Nous avons assuré ( en collaboration avec un collègue du département adolescence et un clinicien du réseau bruxellois extérieur à notre service) l'ensemble de la journée dont le thème de départ portait sur la problématique suicidaire à l'adolescence.

Les réunions préalables ont permis un certain décalage par rapport à cette thématique de départ en l'ouvrant sur la question de la relation pédagogique avec des adolescents en souffrance, et surtout de mettre en place une méthodologie basée sur " une pédagogie active ", impliquant les intervenants scolaires.

La méthodologie était la suivante :

- introduction à la journée.
- Travail en atelier de 25 participants chacun. Le travail en atelier ( avec utilisations de médias tels que le dessin, la sculpture, l'association de mots....) portait sur leur représentation de l'adolescence et de l'adolescent en souffrance à partir de leur propre adolescence.
- Dans un second temps, travail en petit groupe ( environ 6 personnes) autour des questions suivantes :
  - 1) ce qu'ils font en tant qu'enseignant quand ils sentent qu'un adolescent est en souffrance
  - 2) les questions qu'ils se posent à ce sujet.
- Au moment de la brève remise en commun en grand groupe de l'atelier nous leur demandions les points centraux qu'ils souhaitent que l'animateur transmette, et qui seront -si possible- repris dans les exposés de l'après-midi.
- A partir du travail en atelier, les exposés plus " théoriques " ont tentés de reprendre leurs préoccupations d'enseignants et d'éducateurs.
- Un débat a suivi les exposés.

La direction a participé à la journée en s'impliquant dans un premier temps au même titre que les autres intervenants scolaires. Le préfet a cependant pu reprendre une place bien différenciée à l'issue de la journée en précisant toute sa disponibilité aux enseignants et éducateurs surveillants lorsqu'ils sont confrontés à un adolescent en souffrance. Il a précisé qu'il devait être tenu au courant des confidences que les enseignants et éducateurs recevaient si la nature de la confidence les inquiétait. Il a souhaité qu'ils ne restent pas " prisonnier " d'un secret et puissent dès lors eux aussi faire appel à la ressource que représente la direction.

Le bilan de cette journée s'est avérée – selon nous et nos interlocuteurs – positif.

C'était la première fois que cette Athénée faisait appel à des cliniciens de l'adolescence pour animer une journée pédagogique. Nous pensons que cette rencontre leur a permis de préciser clairement des positions " institutionnelles " concernant la nécessité des adultes de s'appuyer sur le réseau qu'ils peuvent constituer au sein de l'école et de l'élargir par une meilleure approche du réseau extérieur représenté par nous. C'est un établissement qui a par ailleurs d'excellentes relations avec son centre PMS.

## 5. Postvention à l'école

### ***Intervention auprès d'une classe suite à une tentative de suicide d'une élève.***

Dans le cadre de cette recherche action, nous avons été sollicités par un des établissements scolaires avec lequel nous avons travaillé pour une intervention de postvention après une tentative de suicide grave d'une élève. Cette tentative de suicide a été réalisée dans le cadre scolaire (défenestration) et a nécessité une hospitalisation relativement longue. Elle a sollicité l'ensemble de la communauté scolaire et plus particulièrement les professeurs de la classe de la jeune fille ainsi que l'ensemble des élèves de la classe.

Nous sommes intervenus avec un collègue de l'équipe adolescence dans cette situation. Outre la difficulté pour nous de nous libérer pour une intervention dans l'urgence (décommander des rendez-vous de patients, des réunions, ...), cet acte suicidaire se situait à quelques jours de la fin de l'année scolaire, et laissait donc très peu de temps avant les vacances d'été pour intervenir.

- 1) Nous avons eu un long contact téléphonique avec le proviseur dans les heures qui ont suivi la tentative de suicide ( un vendredi soir)
- 2) Nous avons eu une réunion le lundi avec le préfet, le proviseur, les enseignants et l'éducateur plus directement impliqués auprès de la jeune fille suicidante et de sa classe.
- 3) Après concertation avec ces différents interlocuteurs, nous avons estimé opportun de répondre à leur demande d'intervention auprès du groupe classe de l'élève suicidant. Nous avons ( en utilisant une méthodologie s'appuyant – entre autres sur celle développée lors de nos interventions après le film “ Virgin suicide ”) travaillé avec le groupe classe durant deux heures en y incluant –en dernière partie de notre intervention- un professeur de référence pour la classe.
- 4) Une réunion de bilan après ces interventions -en présence du Centre PMS de l'école - avec les différents interlocuteurs scolaires que nous avons rencontrés. Cette réunion a permis –entre autre- de repositionner les intervenants du Centre PMS en interlocuteurs de l'école concernant des préoccupations à propos de certains élèves par les professeurs et de l'articulation entre le PMS, l'école et le réseau soignant ayant en charge l'élève suicidant.

Si le bilan de cette intervention s'est avéré très positif d'après nos interlocuteurs scolaires, nous n'avons pas les moyens d'évaluer - à l'heure actuelle – l'ensemble de cette intervention ( auprès du groupe classe par exemple).

Cependant, nous pensons important de témoigner ici de l'importance de penser les actions de postvention (dont certains d'entre nous ont l'expérience en dehors de cette recherche-action).



## **B. ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES**

### **1. Participation au comité organisateur et au comité scientifique du 2ème Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide. ( Liège, novembre 2002 )**

Mandaté en tant qu'expert par la COCOF, qui co-subsidait cet évènement important, l'un de nous (D. Hirsch) a participé au comité organisateur, qui s'est réuni régulièrement durant une année afin de penser le thème, le programme, la conception et la dynamique du congrès, en coordination avec les différents pouvoirs politiques impliqués.

La participation au comité scientifique impliquait la sélection des propositions de communications provenant de Belgique, Suisse, France, Canada, Maroc, etc.

Le thème retenu : " prévention du suicide et pratique de réseau " est au cœur de la présente recherche - action. Nous avons dès lors pensé important que nous puissions présenter nos conclusions au terme de ces deux années de travail, lors d'une séance plénière du congrès.

**2. Exposé en séance plénière au 2ème Congrès International de la Francophonie en Prévention du Suicide**  
**( Liège, novembre 2002 )**

**“ *Entre la prévention et la postvention : quelle place pour les praticiens en santé mentale ? Bilan d’une recherche - action de prévention du suicide en milieu scolaire* ”**

**F. Alonso, A. Englert, D. Hirsch**

*Voir texte en annexe*

Notre travail a reçu un accueil très favorable de la part d’auditeurs belges et étrangers. Nos conclusions ( voir chapitre II. ) rejoignent celles d’autres chercheurs expérimentés en matière de prévention en milieu scolaire.

De nombreux interlocuteurs se sont adressés à nous, durant ce congrès, laissant entendre des demandes potentielles pour différents projets de prévention du suicide des jeunes en milieu scolaire, notamment en terme de formations, de conférences, et d’interventions en milieu scolaire.

Ainsi, nous avons déjà été sollicités par :

- des organisations de CPMS,
- une interlocutrice en charge de la réforme des IMS ( inspection scolaire ),
- le CEDORES ( Centre de documentation et de recherche sociale ),
- la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale.

**Le pouvoir subsidiant devra prendre en compte cette dynamique stimulante, qui prouve que la présente recherche - action a pu trouver sa place et créer une offre intéressante pour nombre d’acteurs du réseau de prévention. Il s’agira de penser les moyens et la forme des réponses à donner à nos interlocuteurs dans l’après - coup de la recherche - action.**

Le bilan de ce congrès nous semble globalement positif.

Si nos conceptions en matière de prévention du suicide rencontrent l’approche d’un certain nombre de spécialistes, elle n’est pas partagée par tous.

Les interventions durant le congrès ont montré une diversité des points de vue.

## **C. RENCONTRES ET COMMUNICATIONS**

### **1. Diverses interviews dans les média**

La presse généralistes et spécialisée, ainsi que la radio et la télévision nous ont contacté à plusieurs reprises pour des interviews et émissions portant sur ma thématique du suicide des jeunes.

Il est évident que la Recherche –Action a été dès ses débuts l’objet d’un intérêt de la part des journalistes généralistes ou spécialistes, et que nous avons été reconnus en tant qu’experts dans des débats portant sur la prévention du suicide, à côté d’autres structures, tel que le Centre de Prévention du Suicide par exemple.

#### **Articles de presse écrite**

- Le Soir, juin 2001 : à propos du jeu du foulard et du suicide.
- Les Cahiers de la COCOF, janvier 2001 : la prévention du suicide des jeunes à l’école.
- Femmes d’Aujourd’hui, septembre 2002 : la dépression de l’adolescent.
- Le Journal du Médecin, novembre 2002 : prévention du suicide à l’adolescence.

#### **Presse Audio-visuelle**

- RTBF La Une, septembre 2001 : la dépression de l’adolescent.
- RTL – TVI, « Controverses », mars 2002 : débat sur le suicide.

## **2. Rencontre avec le Centre de Prévention du Suicide**

Il s'agit d'une deuxième rencontre avec nos collègues du C.P.S., également subsidié par la COCOF.

Trois personnes ont été engagées par le C.P.S. dans le cadre d'un nouveau projet. Il s'agit de rencontrer - soit à la garde d'un hôpital, soit à l'hôpital - les personnes ayant fait une tentative de suicide, et de leur proposer de les accompagner, durant et à la suite de l'hospitalisation, pour aider à la mise en place d'une prise en charge ambulatoire.

C'est dans cette optique qu'ils souhaitaient nous rencontrer afin de définir les possibilités et les modalités de collaboration avec le S.S.M.- ULB

Nous avons pu échanger nos points de vue avec le C. P. S., avant leur rencontre avec les autres S.S.M., en soulignant la difficulté de leur projet, dès lors que l'équipe mobile n'a pas de liens structuraux avec les institutions ni hospitalières ni ambulatoires.

Par ailleurs, nos deux équipes ont poursuivi des échanges réguliers très amicaux, qui ont permis de mieux cerner nos points communs quant à la politique et l'éthique dans le domaine de la prévention du suicide, mais aussi de clarifier nos places respectives dans ce champ.

Nous pensons que de tels échanges et collaborations éventuelles sont à poursuivre, afin de renforcer le réseau préventif, et d'améliorer des synergies entre C.P.S. et S.S.M.

## **VI. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

Le détail de cette discussion se trouve principalement dans les arguments développés dans notre intervention lors du colloque : " Prévention du suicide et pratique de réseau " à Liège (novembre 2002)

Pour rappel, nous précisons les différents niveaux de prévention en « suicidologie » à l'adolescence :

**La prévention primaire tente d'empêcher l'apparition des idées ou des actes suicidaires.**

Il s'agit d'améliorer le mieux-être physique et mental de l'adolescent :

*"Toute intervention destinée à améliorer la santé mentale des adolescents contribue à la prévention du suicide".*

Il s'agit de :

- Promouvoir un environnement favorable à la santé mentale de l'adolescent, par l'amélioration de la communication à l'intérieur des institutions scolaires, entre les pairs et entre élèves et enseignants ;
- Informer les interlocuteurs scolaires, les pairs et les parents de l'adolescent quant au phénomène du suicide chez les jeunes ;

**La prévention secondaire est centrée sur la résolution de la crise suicidaire.**

- Dépister les adolescents à risque et leur offrir une aide.
- Assurer la prise en charge immédiate et globale de la crise ("Intervention de crise").

**La prévention tertiaire cherche à prévenir des récurrences après une tentative de suicide**

- Prévenir et réduire le pourcentage de récurrences.
- Fournir à l'adolescent suicidant et à ses proches un suivi continu et de qualité.
- La postvention en milieu scolaire, après un suicide ou une TS grave, entre dans ce cadre.

La prévention à l'adolescence touche aux questions du sens à donner à la vie, aux enjeux globaux de l'adolescence. L'école en est un lieu privilégié, car elle a pour tâche de transmettre un savoir et une éthique, et à ce titre, le lien pédagogique entre élève et enseignant nous semble un lien privilégié, mais délicat et complexe, que les intervenants en santé mentale ont à soutenir et penser avec les intervenants scolaires<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> enseignants, éducateurs, directions, équipes des CPMS

Le travail en réseau devrait être à même de soutenir les liens entre ces adultes dans une perspective de collaboration et non d'inféodation ou de confusion des rôles.

Il serait paradoxal de limiter la prévention primaire en santé mentale aux adolescents suicidaires, dont la dynamique psychique rejoint de plus d'une manière d'autres grandes problématiques de l'adolescence (toxicomanie, dépression, délinquance, désinsertion scolaire, etc ).

L'un des objets essentiels de la **prévention primaire** à l'adolescence est de développer la capacité des adolescents à se mettre en lien avec des adultes de référence pour demander de l'aide, dans le respect de leurs fonctions pédagogiques. De même, il s'agit de soutenir la capacité pour ces adultes là de faire appel au réseau d'intervenants ( directions, psychologues) qui aura valeur de référence pour lui.

Cela suppose un certain dégagement de toute focalisation sur la seule question du suicide. Le paradoxe de cette position est que néanmoins le thème du suicide est très mobilisateur pour chacun.

A l'école, le travail sur **le lien pédagogique** nous semble l'enjeu essentiel et l'outil central de la prévention primaire à l'adolescence.

Il s'agit bien de favoriser la transmission de valeurs et de savoir, tout en restant à l'écoute d'un signal éventuel de détresse exprimé par l'élève au professeur.

L'école est " la chambre d'écho " de la souffrance interne de l'adolescents

(Pommereau ). Ceci implique que les directions d'écoles ont à assumer avec force une position de référence et d'ouverture quant à la prise en compte de l'adolescent en détresse, tout en préservant de façon prioritaire la fonction pédagogique de l'enseignant. Ceci nécessite que l'enseignant se sente soutenu par une structure scolaire qui ne le laisse jamais seul face à un élève en difficulté.

Nous tenons à souligner l'importance d'un engagement des directions d'école dans ces projets préventifs : il s'agit de soutenir les intervenants scolaires dans leurs démarches de formation, en leur garantissant - au sein de chaque institution scolaire - les moyens nécessaires, et en leur fournissant des valeurs et des repères professionnels clairs.

Nos interventions en prévention du suicide auprès des intervenants scolaires doivent donc éviter de leur donner des conseils et des trucs ; elles ne peuvent se penser en terme de " programme de prévention " préétabli ;

Par ailleurs, chaque groupe d'intervenants, au sein du réseau intra et extra-scolaire, devrait avoir la garantie mais aussi l'obligation de rester dans son champ spécifique d'action ( pédagogique / préventif / curatif ).

En définitive, il s'agit, dans nos interventions en milieu scolaire, de proposer aux intervenants scolaires le partage d'une expérience, qui leur permet de mieux appréhender l'importance et les enjeux du lien entre les adultes et les adolescents. Une telle demande de formation et de prévention ne se fait jamais sans ambivalence, qui ne peut trouver à s'exprimer qu'au sein d'un processus et d'un cadre sécurisant.

**La prévention secondaire** tente, quant à elle, de dépister les adolescents à risque et d'en assurer la prise en charge. Ces actions mobilisent de façon prépondérante deux types de structures de santé mentale : les CPMS et les SSM.

Nos missions et celles des CPMS sont à la fois nettement différenciées - du côté des CPMS une mission de prévention primaire, du côté des SSM une mission curative, mais aussi préventive, définie de façon large. Il nous paraît pourtant essentiel de tenir compte des prérogatives et du mandat spécifique des CPMS au sein des écoles, en tant que structures à vocation préventive.

Inversement, les C.P.M.S. sont déjà indéniablement impliqués dans les premières étapes de soins psychologiques : on sait en effet l'importance capitale qu'un jeune suicidaire puisse poursuivre le dialogue entamé avec un intervenant P.M.S., même lorsque celui-ci a adressé l'élève à un soignant.

La majorité des CPMS émettent un souhait de pouvoir mieux approcher la problématique suicidaire à l'adolescence et de bénéficier, au même titre que les enseignants, de temps pour parler de ce que le contact avec un élève suicidaire ou fragile peut faire vivre, ressentir, fantasmer chez les professionnels des centres P.M.S. concernés.

Ils nous montrent ainsi leur identification potentielle aux enseignants, qui se sentent eux aussi isolés et fragiles face à l'élève en détresse.

Nous avons placé, après bien d'autres chercheurs, la prévention du suicide en milieu scolaire " sous le signe du lien " (Cyrulnik) : mettre en réseau les adultes responsables des élèves, développer leurs capacités à collaborer, autour de l'élève, afin de favoriser une demande d'aide et son accès aux structures de soins psychiques.

Pour cela, nous devons nous même faire lien avec les intervenants scolaires - et non nous substituer à eux - lors d'expériences ponctuelles préventives, pensées en terme de processus. Ainsi, nos interventions ponctuelles auprès des CPMS, des éducateurs-surveillants ou des classes d'élèves ont amené à chaque fois nos interlocuteurs à souhaiter poursuivre un processus, sous forme de collaborations et d'intervisions à plus long terme, ou sous forme de nouvelles interventions ponctuelles.

Il nous semble donc qu'une clinique de la prévention gagnerait à s'inscrire dans les missions généralistes des SSM.

Nous nous appuyons sur notre connaissance de la psychopathologie de l'adolescent. En aucun cas nous n'excluons d'autres approches, basées par exemple sur une éducation à la santé. Il serait intéressant de comparer notre approche à celle d'autres organismes, ayant en charge des missions de prévention en santé publique, mais avec d'autres spécificités que les SSM, (nos partenaires du Centre de Prévention de Suicide, les Centres de planning familial, etc ).

Quant au volet de la **prévention tertiaire** (qui concerne les soins psychiques pour un adolescent suicidant et son entourage après une TS.), il apparaît que le thème du suicide des jeunes - au-delà de la gravité épidémiologique et clinique de cette problématique - permet de toucher des publics en contact avec des adolescents à risque.

**La postvention**, que nous situons au niveau d'une **prévention tertiaire**, concerne notamment les interventions en milieu scolaire auprès des élèves et des intervenants scolaires qui ont été confrontés à un élève suicidant.



Il s'agit ici d'interventions qui, à notre sens, sont essentiellement du ressort des SSM ou d'autres structures de soins spécifiques de l'adolescence. Néanmoins, la mise en place et l'urgence de ces interventions tertiaires peuvent être utilement portées ou coanimées par les CPMS.

La problématique du suicide des jeunes est mobilisatrice pour les équipes soignantes. Soulignons ici que, dans la dynamique suscitée par la recherche-action, plusieurs SSM bruxellois ont pris l'initiative de mettre en place un " groupe école ", auquel les écoles pourraient faire appel pour des interventions de postvention ou pour des projets préventifs de réflexion avec des enseignants.

Nos expériences en la matière montrent combien il s'agit là d'une véritable clinique en santé mentale, difficile et spécifique. Elle demande de la part des cliniciens une réflexion théorico-clinique de fond.

Enfin, on peut sans doute souligner, au terme de cette recherche-action, que la prévention doit être pensée en complémentarité avec des dispositifs de soins et d'interventions curatifs adéquats, mais aussi en fonction des particularités cliniques des adolescents suicidaires.

Les S.S.M. ont dans ce cadre à sérier les ressources et soins spécifiques qu'ils peuvent offrir aux adolescents et leurs familles. Il s'agit notamment de rendre plus accessibles les soins psychiques aux adolescents qui justement ne consulteront pas spontanément. A l'image de ce que nous prônons en matière de réseaux de prévention à l'école, nous avons, nous aussi, équipes de SSM, à développer et améliorer le réseau de prise en charge curatif des adolescents suicidaires.

En matière de soins à proposer pour des adolescents fragiles, nous avons à développer encore plus des approches thérapeutiques qui médiatisent la relation thérapeutique, souvent source d'angoisses intolérables chez l'adolescent fragile : groupes thérapeutiques, groupes de psychodrame / thérapies à médias / écoles de devoirs intégrées aux S.S.M.

Cette réflexion invite les S.S.M. à interroger à la fois leur pratique de réseau, et les outils thérapeutiques spécifiques à l'adolescence.

La prévention du suicide requiert une éthique d'intervention, qui respecte les champs de compétence et les mandats de chacun. Il serait par exemple contre-productif de désigner un ou des interlocuteurs scolaires comme 'spécialistes' du dépistage des signes suicidaires.

Le réseau préventif à l'école ne peut se construire et fonctionner sans l'expérience du lien entre les acteurs de ce réseau, ce qui requiert des temps et des espaces d'échanges, ainsi qu'un accès à une formation continue. Sans cette continuité, nous risquons de créer, par des actions isolées, un effet de séduction, appâtant nos partenaires du monde scolaire pour mieux les lâcher ensuite.

La prévention auprès des adultes du milieu scolaire est un travail de longue haleine, qui demande le temps et la continuité à un véritable processus de changement des adultes, mais aussi des structures sociales qui ont en charge des adolescents.

Au niveau politique, une meilleure articulation entre les politiques de la santé, dont dépendent les SSM, et celles de l'éducation, dont dépendent les CPMS, favoriserait grandement la prévention en milieu scolaire.

Les pouvoirs subsidiaires devront prendre en compte la dynamique stimulante qu'a suscitée notre recherche - action, qui prouve que ce projet a pu trouver sa place et créer une offre intéressante pour nombre d'acteurs du réseau de prévention.

Il s'agira de penser les moyens et la forme des réponses à donner à nos interlocuteurs dans l'après-coup de la recherche-action.

**VII. PROPOSITIONS**

## **1. Soutenir une clinique de la prévention dans les SSM.**

Cette pratique exige des moyens suffisants au niveau des SSM, non seulement en termes de personnel, mais également de subsides de fonctionnement, permettant de ne pas être limité par des exigences de rentabilité financière, de manière à assurer la gratuité des offres de services préventifs à différents publics cibles.

Cette pratique préventive doit cependant pouvoir aussi s'appuyer sur l'existence de réelles possibilités de **formation continue des interlocuteurs scolaires, des intervenants de la médecine scolaire et des CPMS**. Il s'agit en effet de favoriser des échanges de savoir entre les différents participants du réseau préventif et curatif des adolescents.

Elle doit également être intimement liée à **une réflexion de longue haleine sur le travail préventif en réseau**.

Il s'agit de soutenir "le soin du réseau", réseau déjà en place au sein des écoles et au sein du réseau de la santé mentale. Les coordinations spécifiques au sein de la Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale constituent des intermédiaires précieux à ce niveau.

Il s'agit aussi de promouvoir des expériences communes cliniques de prévention entre différents SSM, ainsi que d'autres institutions à visée préventive, telles que le C.P.S., et les C.P.M.S.

## **2. Favoriser un accueil téléphonique des professionnels scolaires et soignants de l'adolescence**, afin d'aider à l'orientation et de trouver les ressources de soins dans des situations de crises suicidaires, en ce compris des possibilités d'interventions rapides, sinon en urgence.

## **3. Etoffer ou créer des équipes thérapeutiques spécifiques pour adolescents en SSM.**

En matière de soins à proposer pour des adolescents fragiles, les S.SM. ont à développer des approches thérapeutiques plus diversifiées, qui médiatisent la relation thérapeutique : groupes thérapeutiques, groupes de psychodrame / thérapies à médias / groupes psycho-pédagogiques, etc.

Ceci, associé au premier point, implique des équipes suffisamment étoffées pour de tels développements.

Enfin, il faut prévoir que certains SSM qui disposent d'équipes spécifiques pour adolescents puissent intervenir le cas échéant sans délai, notamment dans des situations de suicide ou de tentative de suicide grave dans une école.

Dans cette perspective, il est nécessaire de prévoir des **protocoles d'interventions de postvention en milieu scolaire** ( après une tentative de suicide ou un suicide d'un élève).

Il s'agit de définir précisément la méthodologie, les moyens, les temps différenciés de l'intervention :

- analyse rapide de la demande et de l'opportunité d'intervention,
- discussion préalable avec la direction scolaire,
- définition des objectifs de l'intervention, et de l'opportunité d'intervenir auprès de différents groupes au sein de l'école (enseignants, élèves, parents, etc)
- évaluation au cas par cas de la place d'autres partenaires - et surtout les CPMS - dans les étapes de l'intervention, etc.

Ces interventions en postvention sont essentielles en terme de prévention du suicide ( risque de répercussions psychiques majeures chez les proches, les élèves de la classe du jeune suicidant, le corps enseignant, phénomène de contagion).

Elles nécessitent toutefois, répétons le, des capacités de répondre dans l'urgence dont ne disposent pas actuellement nos équipes.

A ce niveau, il faudrait réfléchir à l'opportunité de mettre en place un dispositif **d'équipe mobile d'intervention** pour adolescents en région bruxelloise, utilisable par les institutions scolaires (Centres Psycho-Médico-Sociaux ; directions d'écoles), voire par d'autres institutions que les institutions scolaires, telles que celles chargées de l'aide à la jeunesse, IPPJ, etc.

## **VIII. ANNEXE**

**Texte de l'Exposé en séance plénière au 2ème Congrès  
International de la Francophonie en Prévention du Suicide (  
Liège, novembre 2002 ).**

De la prévention à la postvention :  
quelle place pour les praticiens en santé mentale?

Bilan d'une recherche-action de prévention du suicide en milieu scolaire"

F. Alonso, A. Englert, D. Hirsch

### **1. présentation de la Recherche-Action**

Nous souhaitons amorcer une réflexion quant à la question complexe des possibilités et des limites d'intervention des thérapeutes d'adolescents ( SSM, Planning familiaux, pratique libérale), dans les champs de la prévention et de la postvention du suicide des adolescents.

Nous travaillons dans le service de Santé Mentale de l'Université Libre de Bruxelles, en Belgique. Il s'agit d'un service de consultations ambulatoires pour enfants, adolescents et adultes subsidié par le Ministère de la Santé de la région Bruxelloise. Au sein de ce SSM, notre équipe de cliniciens de l'adolescence a bénéficié d'un subside afin de mener une recherche-action sur la prévention du suicide à l'adolescence en milieu scolaire.

L'objectif essentiel de notre RA consiste à transmettre au politique quelques recommandations en matière de prévention du suicide à l'école. Il s'agit d'améliorer les relais qui favorisent le passage des élèves en souffrance de l'enseignant, du médiateur au psychologue d'école puis au soignants en dehors de l'école.

Il faut aussi souligner d'emblée que les objectifs de la présente recherche-action ne concernent pas directement deux autres groupes-cibles de toute prévention du suicide des jeunes, à savoir :

- l'entourage familial du jeune
- le groupe des pairs

Nos réflexions d'aujourd'hui sont à la fois le fruit de nos expériences ponctuelles d'interventions en milieu scolaire, tout au long des deux années de la RA, et de notre expérience de thérapeutes d'adolescents ;

Ainsi, l'un de nos fils rouges a été de penser notre projet en tenant compte des

mouvements psychiques mobilisés chez les adultes lorsqu'ils s'occupent des adolescents en souffrance.

Nous avons ainsi mené lors des deux années de la RA des expériences ponctuelles, auprès de cinq groupes-cibles, qui sont :

- des intervenants travaillant dans différents **CPMS**,
- des interventions auprès de **groupes-classes**, suite à la vision d'un film traitant du suicide à l'adolescence,
- un groupe **d'éducateurs-surveillants**
- des journées pédagogiques sur le suicide et la dépression de l'adolescent, réservées aux **enseignants**.
- des interventions de **postvention** à l'écoles, auprès d'enseignants, d'élèves et de parents, suite au suicide et TS d'élèves.

L'école est depuis longtemps - et jusqu'à un certain point à juste titre- l'une des cibles privilégiées de la prévention à l'adolescence.

Le SIDA, la violence, la drogue, le suicide : les enjeux de santé publique à l'adolescence ne manquent pas ; On a parfois l'impression que ces thèmes spécifiques rivalisent entre eux, et soumettent le monde enseignant à des problématiques angoissantes, auxquelles ils ne sont pas formés, et qui tendent à envahir leur champs pédagogique. Les enseignants se plaignent souvent de la multiplicité des projets isolés et ponctuels dans lesquels ils sont censés s'investir.

Les pouvoirs subsidiaires politiques, légitimement préoccupé de la visibilité de leurs actions, risquent souvent de favoriser cette approche figée de l'adolescence, saucissonnée en fonction de thèmes porteurs et spectaculaires.

Comme nous allons l'évoquer, il s'agit d'une approche préventive qui risque de trop peu penser la dynamique complexe de l'adolescence, dans laquelle les comportements et les symptômes - en fait éminemment mobiles - ont à prendre sens et ont valeur de communication du mal-être du jeune.

L'école offre des ressources multiples aux élèves, dont certaines (médiateurs, éducateurs, infirmières, psychologues) sont privilégiées pour assurer une position médiatrice et tierce entre l'élève et le corps pédagogique ou les parents.

En tant que thérapeutes d'adolescents, nous y sommes interpellés avant tout comme ressources thérapeutiques pour un élève en danger (domaine curatif), mais aussi parfois en tant que formateur/informateur ( domaine préventif).



## **2. DEFINITION DE LA PREVENTION**

Il nous faut vous préciser ici quelques repères quant à la prévention en suicidologie, pour souligner les questions communes qui se sont posées à nous dans nos différentes expériences de prévention en milieu scolaire.

**Définitions des niveaux de prévention en santé mentale dans le domaine de la suicidologie ( O.M.S.) (d'après H. Caglar, 1991) :**

### **La prévention primaire :**

***empêcher l'apparition des actes ou des idées suicidaires.***

Il s'agit d'améliorer le mieux-être physique et mental de l'adolescent :

"Toute intervention destinée à améliorer la santé mentale des adolescents contribue à la prévention du suicide".

- Promouvoir un environnement favorable à la santé mentale de l'adolescent, par l'amélioration de la communication à l'intérieur des institutions scolaires, entre les pairs et entre élèves et enseignants ;
- Informer les interlocuteurs scolaires, les pairs et les parents de l'adolescent, par une information quant au phénomène du suicide chez les jeunes ;

### **La prévention secondaire :**

***centrée sur la résolution de la crise suicidaire.***

- Dépister les adolescents à risque et leur offrir une aide.
- Assurer la prise en charge immédiate et globale de la crise. ( " Intervention de crise").

### **La prévention tertiaire :**

***prévenir des récurrences après une tentative de suicide***

- Prévenir et réduire le pourcentage de récurrences.
- Fournir aux suicidaires et ses proches un suivi continu et de qualité.

### **3. A PROPOS DE LA PREVENTION PRIMAIRE :**

**La prévention primaire : a pour but d'empêcher l'apparition des actes ou des idées suicidaires.**

Il s'agit d'améliorer le mieux-être physique et mental de l'adolescent :

"Toute intervention destinée à améliorer la santé mentale des adolescents contribue à la prévention du suicide" nous dit l'O.M.S.

On sait qu'un débat important porte sur la question d'une prévention qui ne porterait que sur une problématique telle le suicide, et non pas sur la question plus générale des adolescents en souffrance psychique.

Il serait paradoxal de limiter la prévention en santé mentale aux adolescents suicidaires, dont la dynamique psychique rejoint de plus d'une manière d'autres grandes problématiques de l'adolescence (toxicomanie, dépression, délinquance, désinsertion scolaire, etc ).

De fait, en mettant en place un " système de repérage des adolescents à risque ", on court le risque paradoxal de mettre en danger tous les adolescents.

L'adolescent peut en effet montrer sa souffrance psychique par des signes éminemment variables et polymorphes.

Ceux qui présentent les signes de la déprime normale de l'adolescence, sans risque de breakdown, pourraient être étiquetés " en danger " ; ceux qui vont vraiment mal pourraient bien masquer leur souffrance, dès lors que les adultes croient pouvoir repérer chez eux des " signes " d'alarme. Le risque est grand de voir les adolescents soit travestir leurs symptômes, soit clamer aux adultes qu'ils ont l'entière maîtrise sur leur corps, et le démontrer en se mettant en danger.

Une telle focalisation dramatisée sur le thème du suicide, paradoxalement donnerait aussi aux adolescents un moyen subtil de nous alerter à leur guise, par des signes suicidaires stéréotypés, nous invitant ainsi à les infantiliser, les couvrir, ce qui ne peut ensuite que les angoisser plus encore, et conduire la encore à une escalade dans les conduites à risques.

Outre le risque d'accréditer l'idée qu'une prévention permettrait d'éviter les tentatives de suicide d'un adolescent, nous devons tenir compte de la pression qu'une telle illusion pourrait faire porter aux enseignants, sensés dès lors détecter et prévenir ces drames. Le danger de cette approche est qu'un professeur soit identifié à un " Monsieur suicide ", qui pourrait " prévenir " le risque suicidaire et serait là dans une mission toute-puissante et impossible.

F. Ladame met quant à lui en doute ce qu'il nomme un " mythe de la pensée médicale moderne, à savoir l'illusion de parvenir à repérer les adolescents suicidaires avant une TS,. Il nous rappelle que les suicide d'adolescents sont souvent les suites " d'enchevêtrements de facteurs, de détours, d'exceptions et de situations paradoxales ". "Une même action suicidaire peut signifier une chose et en même temps son contraire ".

En pensant donner des outils de maîtrise aux adultes, on risque d'être sourds aux enjeux de la rencontre avec l'adolescents.

L'un des objets essentiels de la prévention primaire à l'adolescence est de développer la capacité des adolescents à se mettre en lien avec des adultes de référence pour demander de l'aide, dans le respect absolu de leurs fonctions pédagogiques. De même, il s'agit de soutenir la capacité pour ces adultes là de faire appel au réseau d'intervenants ( directions, psychologue) qui aura valeur de référence pour lui.

Cela suppose un certain dégagement de toute focalisation sur la seule question du suicide. Le paradoxe de cette position est que **néanmoins** le thème du suicide est très mobilisateur pour chacun.

Osons le parallèle avec l'adolescent qui ne consultera un thérapeute qu'en mettant en avant un symptôme bruyant et inquiétant ( drogue, TS, décrochage scolaire ).

Au-delà de sa symptomatologie, il devra être entendu par le thérapeute dans sa globalité psychique d'adolescent. Son geste suicidaire ne peut être réduit à un symptôme, mais sera peu à peu inscrit dans sa dynamique singulière, afin de lui donner sens.

C'est la condition pour que l'adolescent fragilisé puisse se ressentir à nouveau le sujet de son adolescence et de sa vie.

A l'école, le travail sur **le lien pédagogique** nous semble l'enjeu essentiel et l'outil central de la prévention primaire à l'adolescence.

Il s'agit bien de favoriser la transmission de valeur et de savoir, tout en restant à l'écoute d'un signal éventuel de détresse exprimé par l'élève au professeur.

L'école est " la chambre d'écho " de la souffrance interne de l'adolescents

(Pommereau ). Ceci implique que les directions d'écoles ont à assumer avec force une position de référence et d'ouverture quant à la prise en compte de l'adolescent en détresse, tout en préservant de façon prioritaire la fonction pédagogique de l'enseignant. Elle nécessite que l'enseignant se sente soutenu par une structure scolaire qui ne le laisse jamais seul face à un élève en difficultés.

Nous tenons à souligner l'importance d'un engagement des directions d'école dans ces projets préventifs : il s'agit de soutenir les IS dans leur démarche de formation, en leur garantissant - au sein de chaque institution scolaire - les moyens nécessaires de temps et d'espace, ainsi que des valeurs et des repères professionnels clairs. Comme tout travail avec des adolescents en rupture, une telle fonction paternelle est nécessaire au travail du lien, qui serait du registre plus maternel.

**La prévention secondaire** tente, quant à elle, de dépister les adolescents à risque et d'en assurer la prise en charge. Ces actions mobilisent de façon prépondérante deux types de structures de santé mentale : les CPMS et les SSM.

**Missions des centres psycho-médicaux-sociaux (P.M.S)**

*(subventionnés par le Ministère de l'Education Nationale)*

1. Le soutien au processus d'épanouissement de l'élève et l'aide au développement de ses potentialités.
2. L'accompagnement du jeune dans l'élaboration de son projet de vie personnel, scolaire et professionnel.
3. La collaboration à la réflexion sur l'éducation avec les personnes qui exercent la puissance parentale et tous ceux qui participent directement au processus éducatif et pédagogique de l'élève.
4. La collaboration à la promotion de la santé et à la tutelle sanitaire de l'élève.

**Missions des services de santé mentale (S.S.M.)**

*(subventionnés par le Ministère de la Santé Publique)*

1. Offrir un premier accueil, analyser et, le cas échéant, orienter la demande de tout consultant ;
  2. Poser un diagnostic et assurer le traitement psychiatrique, psychothérapeute et psychosocial de problèmes de santé mentale ;
  3. Organiser, élaborer ou collaborer à des activités de prévention dans le territoire.
  4. Le service de santé mentale peut en outre développer des projets spécifiques.
- Il travaille notamment en coordination avec le réseau sanitaire, psychosocial et scolaire

**Les SSM** ( les C.M.P.P. en France ) sont, en Belgique, subventionnés par le Ministère de la Santé Publique.

Ces équipes sont composées de psychiatres, psychologues et assistants sociaux, répartis en équipes cliniques adultes et enfants. Quelques SSM, trop peu nombreux, disposent également d'une équipe, souvent réduite, de cliniciens de l'adolescence. Les missions attribuées légalement aux SSM sont curatives et de prévention générale. Ils travaillent notamment en coordination avec le réseau sanitaire, psychosocial et scolaire.

**Les CPMS** sont des équipes pluridisciplinaires, subsidiées par le ministère de l'éducation nationale (contrairement à la Suisse, p.ex. où ils sont dépendants des secteurs pédo-psychiatriques).

Ces équipes, composées d'assistants sociaux, de psychologues et d'infirmières ont en charge plusieurs établissements scolaires où ils ont des missions préventives et non curatives, à la fois auprès des élèves et des enseignants.

Les P.M.S. sont une plaque tournante pour les élèves, les enseignants, les éducateurs, et les parents.

Ils comptent parmi les rares interlocuteurs adultes privilégiés lorsque les ados suicidaires se décident à parler de leurs difficultés à un adulte. ( On sait que ces ados, s'ils s'expriment, parleront très souvent à leurs pairs, très rarement à leurs parents ); Lorsqu'une situation clinique rencontrée au P.M.S. nécessite une prise en charge thérapeutique, ils orientent vers le réseau soignant et s'assurent que le contact a

Nos missions et celles des CPMS sont à la fois nettement différenciées - du côté des CPMS une mission de prévention primaire, du côté des SSM une mission curative, mais aussi préventive, définie de façon large. Il nous paraît pourtant essentiel de tenir compte des prérogatives et du mandat spécifique des CPMS au sein des écoles, en tant que structures à vocation préventive.

Inversement, les P.M.S. sont déjà indéniablement impliqués dans les premières étapes de soins psychologiques : on sait en effet l'importance capitale qu'un jeune suicidaire puisse poursuivre le dialogue entamé avec un intervenant P.M.S., même lorsque celui-ci a adressé l'élève à un soignant.

Les P.M.S. témoignent de leur souci d'accompagner les enseignants dans des situations difficiles. Ils se battent pour qu'il y ait des lieux de contacts, d'écoute dans les écoles pour les enseignants.

Ainsi, lorsqu'une situation est orientée vers un des centres de guidance, jusqu'où le P.M.S. peut-il continuer à la suivre ? Dans quelle mesure peut-on demander des nouvelles du patient au thérapeute ? Que faire lorsque les relais vers les SSM ne se font pas bien ? Comment garder un lien de confiance avec l'adolescent, sans pour autant que jamais le psychologue ne s'isole du tiers que représente son équipe.

Ces questions soulignent bien la spécificité de la place des intervenants psycho-sociaux à l'école, et le danger potentiel que nous prenions en charge des missions qui sont attribuées légitimement aux Centres P.M.S.

Pour autant, dans les échanges passionnants que nous avons eu avec les CPMS, lors de la mise en place de notre RA, une partie d'entre eux se sont situés comme partenaires actifs de la prévention à l'école en faisant appel à nous, afin de co-construire des projets de journées d'information, de formation et d'intervision des enseignants. Par contre, d'autres CPMS attendaient plutôt que nous leurs propositions une information - formation qui leurs soit strictement réservée, voire même que nous assumions une partie de leurs tâches préventive avec les enseignants, demande exprimée dans un vécu de débordement, d'épuisement voire d'incompétence.

Une vision groupale permet de penser qu'il s'agit là de positions conflictuelles, qui restent toujours en tension au sein de chaque structure de prévention scolaire.

La majorité des CPMS émettent un souhait de pouvoir mieux approcher la problématique suicidaire à l'adolescence et de bénéficier, au même titre que les enseignants, de temps pour parler de ce que le contact avec un élève suicidaire ou fragile peut faire vivre, ressentir, fantasmer chez les professionnels des centres P.M.S. concernés.

Ils nous montrent ainsi leur identification potentielle aux enseignants, qui se sentent eux aussi isolés et fragiles face à l'élève en détresse.

Dès lors, une de nos actions a été réservée aux intervenants de CPMS, avec le projet d'y travailler la place spécifique qu'ils occupent dans le réseau préventif et curatif. Nous leur avons proposé un processus de sensibilisation de deux jours.

La première journée était pensée autour d'une expérience de retour vers les traces de sa propre adolescence. Nous avons centré le travail sur les représentations conflictuelles que chacun porte en soi sur son adolescence, la place des générations, et sur la mort.

Ensuite, un abord théorique était consacré à la dynamique psychique de l'adolescence, et ses implications dans la relation entre l'adolescent et l'adulte.

La seconde journée était consacrée plus spécifiquement au thème du suicide des adolescents, et donc aussi à l'identité professionnelle spécifique des CPMS, à la question des relais entre l'école et les structures soignantes.

Un exposé - débat plus théorique sur la clinique, l'épidémiologie et la psychodynamique du suicide a été, comme la veille, proposé dans un second temps.

Chacune de ces journées a donc commencé par un temps d'expérimentation émotionnelle, mettant en jeu le corps, afin de refaire lien avec sa propre adolescence. Des media, tels que le psychodrame et la sculpturation, utilisés en situation groupale, ont favorisé la mobilisation des enjeux fantasmatiques associés à la question de l'adolescence et de la mort.

Pour illustrer notre propos, nous vous proposons de vous raconter une brève séquence de cette formation.

Les participants ont imaginé une situation à l'école, à partir de leurs expériences cliniques. Voici un moment de ce psychodrame :

*Une classe de 2ème secondaire, des élèves de 13-14 ans. C'est le cours de math. Plusieurs élèves et une prof. Sont représentés. Une assistante sociale propose de jouer la fenêtre de la classe. Elle se place contre le mur et ouvre les bras, la fenêtre est ouverte. Une psychologue du groupe joue Irène, une élève qui va mal et a menacé d'en finir. L'infirmière scolaire, à la demande du professeur, vient la chercher, aux yeux de tous, pour un entretien dans son bureau. Celle-ci refuse "foutez-moi la paix"! Suzanne, une autre élève, éclate à son tour : "j'en ai marre, je veux changer de classe" - remue-ménage général. Chacun y va de son commentaire. Le prof perd les pédales, se sent dépassé, divisé entre la nécessité de donner son cours à la classe, et l'envie de s'occuper d'Irène qui l'inquiète.*

*Irène se sent seule, n'arrive plus à penser, se sent acculée à sauter par la fenêtre. Elle espérait, dira-t-elle après le jeu, une réaction de l'adulte, même si elle criait "laissez-moi tranquille". Elle pensait que la prof voulait se débarrasser d'elle, en faisant appel à l'infirmière du CPMS. Elle n'entend pas les messages d'aide qui lui sont adressés par d'autres élèves. Il règne une impression globale de chaos dans cette scène. On sent l'élève prête à se défenestrer. Une réelle angoisse paralysante semble régner au sein du groupe, tant chez ceux qui jouent que ceux qui observe la scène représentée. Or, la personne qui jouait la fenêtre a refermé les bras pour empêcher l'élève de passer ..et personne du groupe ne l'a vu.*

*On peut concevoir cette représentation de la fenêtre comme l'appel à un cadre scolaire, un appui solide permettant d'arriver à penser ce qui se passe dans la classe autour d'une élève en danger.*

*Dans la discussion qui suivra, quelqu'un dira : "on comprend mieux ce que vivent les enseignants, d'avoir joué ce rôle m'aide à comprendre ce qu'ils vivent devant leur classe".*

*Un autre dira : " il ne s'agit pas de comprendre l'adolescents, mais de reconnaître sa souffrance". Quant à la personne qui a joué Irène, elle dira : " c'est fou comme je me sentais seule, tout se brouillait dans ma tête, je n'arrivais plus à penser, c'était terrible de vivre cela, je ne savais pas ce que vivent ces élèves-là".*

*Le groupe proposera de jouer ensuite un conseil de classe. Il apparaîtra alors le poids du sentiment de responsabilité face à un élève ayant fait une TS.*

*Le jeu montre alors les profs, le directeur et les psys du CPMS se renvoyant mutuellement la balle.*

*Il sera ensuite exprimé par les participants combien à nouveau dans cette seconde scène, les adultes, centrés sur leur vécu de culpabilité et d'agressivité, en arrivent à oublier l'adolescent, se défendant avant tout de l'insupportable sentiment suscité en eux par le geste suicidaire du jeune.*

L'utilisation d'outils - tels que le jeu de rôle, le psychodrame, la sculpturation, ainsi que le travail en groupe - ont ainsi permis de mieux sentir et penser ces enjeux chez chacun. Ils confrontent les participants comme les animateurs à des mouvements intérieurs, source de sentiments dépressifs, euphoriques, anxieux, agressifs.

Le processus de sensibilisation que nous leur proposons est aussi représenté dans ce jeu ; Les participants nous disent que par l'expérience de ces deux journées, nous ne les avons pas envoyés par la fenêtre ; nous avons contenu leurs vécus professionnels difficiles (les bras de la fenêtre qui se referment) ;

Ainsi se renforce leur identification à ce qui justement, chez l'ado suicidaire fait défaut, à savoir une contenance psychique pour ses mouvements internes : tensions irreprésentables que le geste suicidaire tend alors à apaiser en les évacuant par la fenêtre.

Comme le dit Jacques Levin, "notre attention portée à l'adolescent ne se fait pas au détriment des adultes, parce **qu'en ce lieu de formation**, les adultes commencent à communiquer avec ce que les adolescents vivent de l'intérieur, et pas seulement avec ce qu'ils montrent à l'extérieur".

Nous pensons que les exposés théoriques permettent de mettre des représentations de mots sur les vécus plus affectifs suscités par les séquences de psychodrame ou de sculpturation proposées le matin. La théorie aide à symboliser l'expérience émotionnelle ; elle joue un rôle de référence, au sein de la relation émotionnelle duelle avec l'adolescent.

L'articulation de ces deux temps de la formation autorise une meilleure appréhension et identification aux difficultés et position des enseignants, directeurs, parents.

Les participants y découvrent l'effet de miroir, de répétition, de fragmentation des angoisses et conflits déposés par l'adolescents auprès de chacun des différents adultes de l'école, chacun dans sa fonction spécifique.

Lors de ces deux journées de sensibilisation, nous avons aussi abordé le travail du réseau et des relais entre les IS, les CPMS et les SSM.

Nous avons travaillé la nécessité que les intervenants, lorsqu'ils proposent un relais, restent en lien avec l'adolescent : il faut que le passage vers des structures de soins ne soit pas équivalent à la perte du lien privilégié avec l'interlocuteur scolaire.

Nous pensons que ce travail du lien ne peut se faire que parce que nous avons nous même fait lien avec nos interlocuteurs CPMS, au travers d'une expérience partagée, dans un cadre pensé et porté par nous.

L'éthique du lien avec les adolescents s'est expérimentée dans la dynamique de la formation et dans la relation avec les formateurs.

Des questions spécifiques peuvent **alors** ( et alors seulement )se travailler au niveau de l'identité professionnelle, dans un second temps.

Lors d'un bilan avec le groupe, réalisé après 6 mois, les intervenants des CPMS nous ont dit avoir gardé une trace vivante de ces 2 journées, essentiellement de ces moments de mise en jeu des représentations qu'ils ont de l'adolescence et de l'école ; Ils ont exprimé leur soif de théorisation et leur frustration de ce que la théorie ne se laisse pas posséder facilement, lorsqu'il est question de l'adolescence;

Ils ont souligné leur impression d'avoir pu mieux évaluer la difficulté des adolescents en souffrance à demander de l'aide ; ils ont pour la plupart d'entre eux perçu, lors de leur rencontre avec les élèves, combien ceux-ci semblaient en fait extrêmement sensibles lorsqu'ils percevaient chez le psychologue une trace vivante et authentique de leur rencontre et de leur investissement.



### **3. Quelle place pour les SSM ?**

Est-il pertinent que les thérapeutes d'adolescents, notamment les SSM, fassent de la prévention du suicide en milieu scolaire ? Nos expériences et réflexions, que faute de temps nous n'avons pu qu'éfleurer, tendent à nous le faire penser.

Il nous faut pour autant cerner les limites de nos compétences et de notre légitimité en ce domaine, ainsi que maintenir une différenciation entre les espaces de prévention et les espaces de soins réservés aux adolescents en souffrance.

D'un projet initial visant à favoriser - de l'extérieur - le réseau école / psy, nous avons dû refaire un détour par la clinique, car elle nous a permis de penser ce réseau, en terme de répétition, de transfert, d'identification, penser la place de la théorie, etc.

L'apport des thérapeutes de l'adolescent dans le domaine de la prévention est de penser le symptôme suicidaire en terme de processus global de l'adolescence, de dynamique inconsciente des conduites " négatives " de l'adolescent en rupture de développement. Cette dynamique négative imprègne le lien pédagogique et la demande de soins des adolescents aux adultes. Elle imprègne également les relations au sein même du réseau, entre les intervenants. Les programmes de prévention doivent donc en tenir compte et en faire l'un de leur centre d'intérêt.

Mais bien sûr, une telle lecture n'est pas l'apanage des thérapeutes.

Il nous semble qu'avant tout, c'est parce que nous sommes parties prenante du réseau de prévention tertiaire et de soins des adolescents en souffrance, que nous sommes interpellés ;

C'est à partir de cette place que nous sommes investis et légitimés de façon privilégiée par les interlocuteurs scolaires et les intervenants psycho-sociaux, afin d'assumer auprès d'eux des missions de prévention et de formation.

C'est parce que nous sommes les " receveurs " potentiels des adolescents suicidaires que les interlocuteurs du réseau scolaire nous font confiance pour travailler avec eux leur place et difficultés spécifiques ( secret, passage, repérage) au sein de ce réseau de prévention scolaire !

Actuellement, nous préférons prendre le risque d'une zone de recouvrement entre notre place de soignants, collaborant directement avec les CPMS et les enseignants pour une situation clinique, et notre place de formateurs auprès de ces mêmes acteurs dans une visée préventive.

Nous avons placé, après bien d'autres chercheurs, la prévention du suicide en milieu scolaire " sous le signe du lien " (Cyrulnik) : mettre en réseau les adultes responsables des élèves, développer leurs capacités à se mettre en lien, autour de l'élève, afin de favoriser une demande d'aide et son accès aux structures de soins psychiques.

Pour cela, nous devons nous même faire lien avec les IS - et non nous substituer à eux - lors d'expériences ponctuelles préventives, pensées en terme de processus. Ainsi, nos interventions ponctuelles auprès des CPMS, des éducateurs-surveillants ou des classes d'élèves ont amené à chaque fois nos interlocuteurs à souhaiter poursuivre un processus, sous forme de collaborations et d'intervisions à plus long terme, ou sous forme de nouvelles interventions ponctuelles.

Il nous semble donc qu'une clinique de la prévention peut s'inscrire dans les missions généralistes des SSM.

Nous nous appuyons sur notre connaissance de la psychopathologie de l'adolescent. En aucun cas nous n'excluons d'autres approches, basée par exemple sur une éducation de la santé. Il serait intéressant de comparer notre approche à celle d'autres organismes, ayant en charge des missions de prévention en santé publique, mais avec d'autres spécificités que les SSM, (nos partenaires du Centre de Prévention de Suicide, les plannings, etc ).

Des questions cliniques et éthiques se posent dès lors à nous.

Qu'en est-il de notre place de soignants, auxquels doivent pouvoir faire appel les IS lorsqu'il sont inquiets pour un élève en détresse ? Comment gérer une double casquette de formateur et de clinicien auprès des psychologues d'écoles ?

Faut-il différencier dans nos équipes cliniques ceux qui assurent une fonction de thérapeute auxquels les CPMS et les IS peuvent adresser un adolescents en difficulté, et ceux qui assurent la clinique de la prévention, notamment auprès des CPMS ?

Faut-il au contraire courir le risque qu'un même clinicien se trouve trop systématiquement en position omnipotente, passant de la position de formateur ( d'un groupe de CPMS) à celle de collègue d'un psychologue d'école ( dans la prise en charge d'un adolescents).

Quant au volet de la prévention tertiaire ( qui concerne les soins psychiques pour un adolescents suicidant et son entourage après une TS.), il apparaît que le thème du suicide des jeunes - au-delà de la gravité épidémiologique et clinique de cette problématique - permet de toucher des publics en contact avec des adolescents à risque, avec lesquels jusque là nous n'étions peu ou pas en contact.

La postvention, que nous situons au niveau d'une prévention 3°, concerne notamment les interventions en milieu scolaire auprès des élèves et des IS qui ont été confrontés à un élève suicidant

Il s'agit ici d'interventions qui s'inscrivent à notre sens dans un registre, essentiellement du ressort des SSM ou d'autres structures de soins spécifiques de l'adolescence. Néanmoins, la mise en place et l'urgence de ces interventions tertiaires peuvent être utilement portée ou coanimées par les CPMS.

La problématique du suicide des jeunes est mobilisatrice pour les équipes soignantes.

Soulignons ici l'initiative récente de plusieurs SSM bruxellois de mettre en place un " groupe école ", auquel les écoles pourraient faire appel pour des interventions de postvention ou pour des projets préventifs de réflexion avec des enseignants.

Nos expériences en la matière montrent combien il s'agit là d'une véritable clinique en santé mentale, difficile et spécifique. Elle demande de la part des cliniciens une réflexion théorico-clinique de fond ;

Enfin, on peut sans doute souligner, au terme de cette réflexion et action, que la prévention doit être pensée en complémentarité avec des dispositifs de soins et d'interventions curatifs adéquats, et pensés en fonction des particularités cliniques des adolescents suicidaires (équipes mobiles, centralisation et coordination des intervenants, etc).

Les S.S.M. ont dans ce cadre à sérier les ressources et soins spécifiques qu'ils peuvent offrir aux adolescents et leurs familles. Il s'agit notamment de rendre plus accessible les soins psychiques aux adolescents qui justement ne consulteront pas spontanément.

A l'image de ce que nous prônons en matière de réseaux de prévention à l'école, nous avons, nous aussi, à développer et améliorer le réseau de prise en charge curatif des adolescents suicidaires.

En matière de soins à proposer pour des adolescents fragiles, nous avons à développer encore plus des approches thérapeutiques, qui médiatisent la relation thérapeutique, souvent source d'angoisses intolérables chez l'adolescent fragile : groupe thérapeutiques, groupes de psychodrame / thérapies à médias / écoles de devoir intégrées aux S.S.M.

Ce débat invite les S.S.M. à interroger à la fois leur pratique de réseau, et les outils thérapeutiques spécifiques à l'adolescence.

#### **4. Discussion : pour une éthique de la prévention**

La prévention touche aux questions du sens à donner à la vie, aux enjeux globaux de l'adolescence. L'école en est un lieu privilégié, car elle a pour tâche de transmettre un savoir et une éthique, et à ce titre, le lien pédagogique entre élève et enseignant nous semble un lien privilégié, mais délicat et complexe, que les intervenants en santé mentale ont à soutenir et penser avec les IS.

Le travail en réseau devrait être à même de soutenir les liens entre ces adultes ; Il s'agit d'une éthique du lien et non d'une éthique de la maîtrise.

Je citerai Ann D'Alcantara : " Promouvoir la santé ne vise pas à empêcher les adolescents de faire des expériences, voire de prendre des risques. Il est impossible de grandir protégé. Une juste prévention n'est pas de mettre hors jeu ces adolescents suicidaires, mais d'occuper face à eux une juste place d'adulte. ".

Nos interventions en prévention du suicide auprès des IS doivent donc éviter de leurs donner des conseils et des trucs ; Elles ne peuvent se penser en terme de " programme de prévention " préétabli ;

Par ailleurs, chaque groupe d'intervenants, au sein du réseau intra et extra-scolaire, devrait avoir la garantie mais aussi l'obligation de rester dans son champs spécifique d'action ( pédagogique / préventif / curatif ).

En définitive, il s'agit, dans nos intervention en milieu scolaire, de proposer aux IS le partage d'une expérience, qui leurs permettent de mieux appréhender l'importance et les enjeux du lien entre les adultes et les adolescents.

Comme on le sait, une telle demande de formation et de prévention ne se fait jamais sans mouvements ambivalents, qui ne peuvent être mis en représentations qu'au sein d'un processus et d'un cadre sécurisant.

Ceci implique de notre part un travail équivalent - disons, contre-transférentiel - sur nos propres représentations et résistances inconscientes mobilisées, souvent intensément, par la clinique préventive en milieu scolaire :

que projetons nous sur l'école, l'adolescence, la mort ? !

Ainsi, les adultes mettent inévitablement à distance les questions de vie et de mort que leurs posent les adolescents suicidaires, au risque d'adopter avec ceux-ci un fonctionnement désaffectivé, opératoire sinon sadique.

Pour autant, l'information sur la dynamique de l'adolescence et sur le suicide à l'adolescence ( son épidémiologie, ses théories explicatives, sa dynamique ) sont nécessaires mais non suffisants pour une prévention utile.

Le croire serait oublier combien un tel savoir sur l'adolescence convoque des questions sur le sexe, le désir, la mort, la haine et la séduction entre générations.

A ce titre, une simple pédagogie sur l'adolescent ne peut que susciter refoulement et déni massif de la part des IS, et se révéler tout à fait contre-productive en terme de prévention du suicide.

Cette prévention du suicide requiert une éthique d'intervention, ne perdant jamais de vue que l'adolescent suicidaire ne peut pas être contrôlé par des interlocuteurs scolaires, devenus 'spécialistes' des signes suicidaires, sous peine d'être dangereusement contre-productif dans nos visées préventives.

N'oublions jamais que le geste suicidaire est fondamentalement et paradoxalement une tentative désespérée de l'adolescent pour exister et s'approprier sa vie ; c'est un geste auto-soignant et tout-puissant d'un adolescent désespérément en quête de subjectivité.

Ne nous cachons pas non plus que notre grand empressement à prévenir le suicide des adolescents traduit aussi quelque chose de notre propre ambivalence d'adulte face à ces jeunes qui nous confrontent à notre propre finitude.

“ Par ailleurs, il ne peut y avoir de prévention primaire qui repose sur une maîtrise du corps de l'adolescent. Cette règle équivaut à un interdit de l'inceste dans le domaine du social ” nous dit avec force A. d'Alcantara.

Les acteurs politiques et le monde soignant doivent comprendre que le réseau préventif à l'école ne peut se construire et fonctionner sans l'expérience du lien entre les acteurs de ce réseau, ce qui requiert des temps, des espaces d'échanges, ainsi qu'un accès à une formation continue. Sans cette continuité, nous risquons de créer par nos actions isolées, un effet de séduction, appâtant nos partenaires du monde scolaire pour mieux les lâcher ensuite.

Au niveau politique, une meilleure articulation entre les politiques de la santé, dont dépendent les SSM, et celles de l'éducation, dont dépendent les CPMS, favoriserait grandement la prévention en milieu scolaire.

La prévention auprès des adultes du milieu scolaire est un travail de longue haleine, qui demande le temps et la continuité à un véritable processus de changement des adultes, mais aussi des structures sociales qui ont en charge des adolescents.

Mais il nous semble que le jeu en vaut la chandelle !