

LES JEUNES ET LE SUICIDE EN VALAIS



LES JEUNES ET LE SUICIDE EN VALAIS

Une collaboration :



Publications IDE :

- Trafics d'enfants : une fatalité? De la réalité du terrain aux meilleures pratiques.
Child Trafficking: a Fatality? From Field Reality to better practices.
Mai 2005.
- Droit à l'éducation: solution à tous les problèmes ou problème sans solution ?
Right to Education: Solution to all Problems or Problem without Solution?
Avril 2006
- Tribunal des mineurs : Le petit tailleur et autres histoires de galère,
Jean Zermatten, Editions St-Augustin, 2002
- Les Droits de l'Enfant : Douze récits pour ne pas s'endormir,
IDE, Editions St-Augustin, 2004
- Droits d'enfants,
Léopoldine Gorret, Editions IDE pour le Sentier des Droits de l'Enfant, 2005

Mai 2006. Tous droits réservés.

Reproduction, même partielle, interdite sous quelque forme ou sur quelque support que ce soit sans l'accord écrit de l'éditeur.

Editeur

Fondation Sarah Oberson

c/o Institut Universitaire Kurt Bösch

Case postale 4176 - 1950 SION 4

Tél +41 (0) 27 205 73 03 - Fax +41 (0) 27 205 73 02

CCP : 19-1155-1

E-mail : sarahoberson@iukb.ch - Web: <http://www.sarahoberson.org>

Comité de rédaction

Jean Zermatten, rédacteur responsable

Sylvette Delaloye

Jean-François Dorsaz

Denys Roulin

Romaine Favre de Palma

Alexandra Prince

FONDATION SARAH OBERSON

www.sarahoberson.org

La Fondation Sarah Oberson a organisé sa 7^e journée sur le thème « Les jeunes et le suicide en Valais » le 9 novembre 2005. Elle a bénéficié de l'aide et du soutien de :

- La Fondation Isabelle Hafen

- L'Association ParsPas

- Le Service de la Jeunesse du Canton du Valais

- L'Institut international des Droits de l'Enfant

Elle remercie ces institutions de leur contribution.

La Fondation Sarah Oberson remercie
la Loterie Romande de son soutien à la publication de cet ouvrage.

TABLE DES MATIERES

Jean ZERMATTEN

Introduction

Claude RENARD

Préface

Romaine FAVRE DE PALMA

Organisation et méthodes

Sylvette DELALOYE

Les jeunes et le suicide :

Premiers résultats et les pistes de réflexion de l'enquête valaisanne

Gustavo BASTERRECHEA

Les pistes de prévention

Carol NAVARRO MARCOMINI et Maja PERRET-CATIPOVIC

Les jeunes et le suicide : notre expérience au Centre d'Etude
et de Prévention du Suicide

Calogero MORREALE

Les jeunes et le suicide : rôle de la psychiatrie

Dolores Angela CASTELLI DRANSART

Réactions et mesures de soutien et d'accompagnement à la suite d'un suicide dans
un établissement scolaire

Jean-François DORSAZ

Synthèse de la journée

Marie-Emilie LOUISE

« Hervé »

Annexes :

1. Charte de clôture du Congrès ParsPas 2004

2. Bibliographie suicide

« Peut-être qu'on n'a pas tous
notre place ici. »

INTRODUCTION

JEAN ZERMATTEN

Directeur de l'Institut international des Droits de l'Enfant

UNE ETUDE DE PLUS ? « LES JEUNES ET LE SUICIDE EN VALAIS »

Ce thème entre dans la problématique qui est développée depuis une dizaine d'années par la Fondation Sarah Oberson, dans ses journées annuelles. La tragique disparition de la jeune Sarah reste un mystère total à ce jour. La Fondation s'est donné pour but premier de poursuivre les recherches et de ne pas abandonner espoir.

De plus, la Fondation entend se consacrer à l'étude de thèmes en lien avec des événements tragiques pouvant affecter les enfants, les familles, comme la disparition d'enfants, le décès d'enfant ; de manière plus large, nous avons aussi abordé par le passé les adoptions et leurs conséquences, comme le sujet difficile des transformations familiales.

La question du suicide chez les jeunes n'est, malheureusement pas une construction de notre esprit et si nous avons choisi ce thème, c'est parce qu'il est d'actualité.

Dans l'Enquête « Santé et Style de vie des enfants et des adolescents de 16 à 20 ans en Suisse (étude SMASH) » de 2002 menée au niveau suisse et qui donne une photographie de la situation des adolescents et de leur état de santé, on note que si une majorité d'adolescents se déclarent satisfaits de leur état de santé,

« une proportion importante, plus importante qu'il y a une dizaine d'années, souffre de difficultés, avant tout dans le domaine de la santé mentale ».

Si l'on affine alors ces données et que l'on passe en revue les différents domaines de préoccupation, on note de sérieuses difficultés avec la nourriture (anorexie et boulimie) et avec la consommation de produits, notamment l'alcool et le cannabis. Mais évidemment ce qui touche le sujet de manière particulière est la conclusion suivante :

« Le pourcentage de répondants au questionnaire (base de l'étude) admettant une tentative de suicide est considérable, environ 8% des filles et 3% des garçons rapportent au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 3,5, respectivement 2,5 dans les 1 mois précédant l'enquête. »

Une autre enquête menée par le sfa /ispa, Health Behaviour Schooled Children (HBSC) « Santé et comportement de santé chez les élèves, Stades de développement, évolution au cours du temps et comparaison internationale mené par l'ISPA en 2004, Lausanne », pour des enfants de 11 à 15 ans aboutit à des conclusions semblables, sinon identiques; il faut noter que cette étude porte sur des jeunes en âge de scolarité obligatoire.

Cette situation est alarmante et a alarmé le **Comité des droits de l'enfant**, cet organe qui est chargé d'examiner l'application des droits de l'enfant dans les pays. Lors de l'examen du rapport de la Suisse en 2002, les experts ont noté que l'état de santé en Suisse laissait à désirer, tant sur le plan physique que sur le plan psychique.

Ils ont adopté, dans leurs conclusions finales, un point 41 :

« ...de poursuivre les efforts pour faire régresser le nombre de cas de VIH/Sida et de prendre toutes les mesures nécessaires pour lutter contre le suicide des adolescents, notamment par la collecte et l'analyse de données, le lancement de campagnes de sensibilisation et la mise en place de programmes spécifiques et de service d'aide psychopédagogiques. »

Donc, le Comité s'inquiète de deux problèmes graves qu'il traite dans la même recommandation : le Sida et le suicide. C'est dire l'importance qu'il a attaché à ce constat tragique.

La situation ne s'est pas améliorée, si je prends deux exemples récents :

Un article paru dans l'Hebdo du 24 juin 2004 conclut que le nombre d'enfants consultant pour des troubles de la personnalité ou de comportement a augmenté en flèche. Partout en Suisse romande (idem en Suisse alémanique) les files d'attente s'allongent et les services d'accueil sont débordés. Selon une étude zurichoise citée par cet hebdomadaire, un enfant sur cinq souffre de troubles psychiques. Cet article fait l'état des difficultés de rencontrer de l'aide (publique ou privée, manque de pédiatres ou de solutions d'accueil) et sur les conséquences négatives d'une non prise en charge qui peut déboucher sur le tentamen ou le suicide.

Dans la dernière publication de la Centrale pour les Questions familiales de l'OFAS (25.10.2005) consacrée à la violence contre les enfants, la question de la santé mentale est également abordée et confirme les chiffres de l'étude zurichoise mentionnée par l'Hebdo, indiquant que 20% de la population juvénile souffre de problèmes psychiques et fait un lien direct entre les violences subies dans l'enfance et une mauvaise santé mentale.

Enfin, n'oublions pas que la Suisse détient une place peu enviable dans le palmarès des suicides des adolescents.

Toutes ces données nous ont amenés à nous poser de nombreuses questions sur la situation des jeunes en Valais, notamment par rapport à leur état de santé mentale et leur attitude par rapport au suicide.

Vous me direz que j'ai cité beaucoup d'études : en fait, il y a plusieurs études sur la santé mentale en Suisse, mais aucune consacrée spécifiquement au Valais, et peu sur la question précise du suicide des adolescents. Nous avons voulu donc faire œuvre utile en nous posant un certain nombre de questions, non pour satisfaire notre curiosité, mais pour faire le point de la situation, pour observer les comportements des jeunes en cette matière et pour permettre aux acteurs de la santé du canton (santé comprise au sens large physique, psychique et sociale) de disposer de renseignements fiables sur les causes de la situation, sur les moyens à mettre en œuvre et sur une prévention possible de ces troubles.

Pour **une promotion** aussi de la santé en faveur des adolescents.

J'espère que les données que nous avons récoltées grâce à la méthode des questionnaires et l'étude que nous publions dans ce petit livre permettront de donner cette image et conduiront à une appréciation objective de la situation. Cette publication n'a d'autre prétention que d'être utile pour tous les acteurs de la vie du canton dans les domaines concernés; à plus long terme d'être utile à la jeunesse et aux familles valaisannes.

En plus de l'étude elle-même, qui constitue le cœur de ce document, nous avons eu la chance de pouvoir compléter un peu notre tableau sur la question par des textes de personnes ayant participé à la rencontre du 9 novembre 2005 où l'étude a été présentée, de manière parcellaire; nous avons aussi eu le privilège de pouvoir compter sur d'autres auteurs, particulièrement connus dans le domaine. Nous les remercions très sincèrement de leur contribution et de l'éclairage qu'ils donnent au phénomène.

Nous avons inséré entre les différents textes des témoignages de jeunes qui ont répondu au questionnaire au printemps 2005. Ces courtes réflexions nous ont touchés et apportent une touche de sensibilité, comme autant de respirations pour réfléchir et reprendre un souffle de vie...

Que les institutions et les personnes qui ont collaboré à cette étude trouvent ici l'expression de notre gratitude, comme aussi la Fondation Isabelle Hafen qui a apporté une contribution financière non négligeable à cette aventure.

« Je ne peux en parler à personne
car je ne peux expliquer ce que j'ai. »

PRÉFACE

CLAUDE RENARD

Psychothérapeute et expert en santé publique,
Observatoire de la Santé du Hainaut, Mons, Belgique

Aborder la problématique du suicide chez les jeunes nécessite préalablement de différencier certaines notions en fonction de leurs conséquences sur la vie et la santé de l'adolescent. Ainsi, les experts différencient le suicide en suicide complété, tentative de suicide et idéation suicidaire.

Le *suicide complété* (ou abouti) représente une des premières causes de mortalité chez les jeunes de 15 à 35 ans. Il est ainsi la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route chez les 15 - 25 ans. Force est également de constater qu'il est en augmentation constante dans ces tranches d'âge depuis les années 1960.

La *tentative de suicide* (passage à l'acte suicidaire n'aboutissant pas au décès) est 30 fois plus fréquente que le suicide complété. Les variations dans cette tranche d'âge sont relativement faibles au sein des pays occidentaux à la différence des autres classes d'âge. 7% des jeunes scolarisés au-delà de 12 ans déclarent avoir effectué une tentative de suicide. Parmi ceux-ci, on retrouve trois fois plus de filles que de garçons, même si la mortalité par suicide est plus importante chez les adolescents que parmi les adolescentes.

L'*idéation suicidaire* (pensée suicidaire n'aboutissant pas à un passage à l'acte même s'il peut y avoir construction d'un scénario) touche 25% des adolescents scolarisés. Elle est relativement faible chez les jeunes enfants et tend à augmenter dans sa fréquence avec l'âge.

Ces quelques notions d'épidémiologie mettent en évidence que la problématique suicidaire est bien présente à l'adolescence et constitue un des premiers problèmes de santé publique à cette période de la vie. Cependant, la multiplicité des facteurs en jeu souligne la complexité de le maîtriser par des actions de prévention, d'autant qu'à l'adolescence, les passages à l'acte prennent parfois des formes très impulsives et peu mentalisées. Cela ne signifie pas que la prévention ne soit pas efficace. Bien des signes annonciateurs méritent de retenir l'attention de

tous les témoins de la souffrance des jeunes que nous sommes, pour éviter un passage à l'acte suicidaire.

Il importe cependant de lever quelques idées reçues qui entourent le suicide pour mieux cerner les opportunités d'intervention.

D'abord, **le but recherché au travers d'un passage à l'acte suicidaire à l'adolescence n'est pas la mort, mais la fin d'une souffrance** qui est devenue intolérable et pour laquelle aucune autre perspective de résolution n'existe pour son auteur. La réalité adolescente est caractérisée par l'intensité des sentiments et des émotions qui traversent son parcours et qui, de ce fait, peut occulter la recherche d'autres modes de résolution ou de diminution de la souffrance vécue.

Ensuite, **le suicide n'est pas héréditaire**. La présence de plusieurs suicides au sein d'une même famille doit davantage faire référence aux modes acquis de résolution au sein de ces familles lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés qui leur paraissent majeures. Dans certaines familles, le suicide peut être socialement perçu comme un mode accepté de résolution de problèmes, privilégiant ainsi l'issue individuelle aux conséquences familiales de l'acte posé.

Il importe également de souligner que l'idée associant **l'expression de l'idéation ou du projet suicidaire comme facteur de protection du passage à l'acte** se révèle également fautive. En effet, la littérature internationale est unanime pour souligner que la majorité des suicidants (personnes qui ont accompli une tentative de suicide) et des suicidés (personnes qui sont décédées par suicide) ont exprimé ou donné des indices de leurs intentions. Or, force est de constater que l'entourage témoin de ces intentions suicidaires, les traduit souvent comme une tentative de manipulation ou à tout le moins comme un essai d'attirer l'attention. Certains pensent même que le fait qu'une personne puisse en parler, signifie une amélioration de son état sous prétexte que si elle était vraiment décidée à mourir, elle n'en parlerait pas. Or, la réalité est toute autre : sur dix personnes qui se suicident, huit donnent des indices évidents de leur intention. La difficulté réside davantage dans le fait de décoder ces indices et de leur accorder le crédit qu'ils méritent. Toute allusion au suicide ou à la mort doit attirer la vigilance et le questionnement.

Enfin, il convient également de **différencier le ou les facteur(s) déclenchant(s) du passage à l'acte des facteurs de risque** que les adolescents rencontrent dans leur parcours de vie. L'image de la goutte qui fait déborder le vase se révèle souvent très parlante pour les adolescents. Ainsi, chacun d'entre nous, lors

de la naissance, peut être comparé à un vase. Certains ont une petite contenance, d'autres pas. Certains possèdent un contenu initial important, d'autres pas. Durant l'existence, certains seront exposés au soleil facilitant ainsi l'évaporation de leur contenu, d'autres pas ou en tout cas pas de manière permanente. Enfin, certains seront alimentés en permanence par des gouttes d'eau qui viendront s'accumuler au contenu existant alors que d'autres seront davantage protégés de cette alimentation. Et puis, un jour, en fonction de sa propre contenance, de son contenu initial, de son exposition et de son alimentation, un vase peut se trouver à la limite du débordement. Pourtant, ce n'est pas la dernière goutte à tomber (facteur déclenchant) qui sortira du vase (facteurs de risque) même si elle est à l'origine de son débordement.

Les facteurs de risque du suicide à l'adolescence sont très nombreux et touchent différentes sphères de la vie de l'individu. Certains sont de type sociodémographique parmi lesquels se retrouvent un milieu familial perturbé, un contexte de séparation, un décès ou la pathologie d'un des parents,... D'autres sont plutôt de type comportemental comme la consommation excessive de tabac, d'alcool ou d'autres drogues, l'absentéisme scolaire, l'auto et l'hétéro agressivité, les violences subies ou les fugues répétées. D'autres encore sont somatiques prenant la forme de diverses plaintes telles que les céphalées persistantes, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires ou la fatigue intense et permanente. D'autres enfin sont davantage de nature psychique tels que les troubles anxieux, les personnalités antisociales et la dépression.

La difficulté de leur repérage réside dans le fait que pris isolément, ces facteurs ne sont pas spécifiques de la crise suicidaire. C'est davantage leur association ou leur apparition brutale qui doit alerter la vigilance et l'exploration de la souffrance associée.

Le facteur déclenchant quant à lui, fait référence à l'événement récent qui a fragilisé l'adolescent, le rendant incapable de pouvoir trouver ou construire une réponse à sa souffrance. Dénoncé souvent comme la cause du suicide, il n'en est souvent que l'infime partie visible de l'iceberg affectif en cause, le motif précipitant. Dans la majorité des cas à l'adolescence, il s'agit de soucis familiaux, de problèmes scolaires, de ruptures affectives, de conflits relationnels avec les amis ou d'une chute soudaine de l'estime de soi.

Cette différenciation entre facteurs de risques et facteurs déclenchants ouvrent sur des perspectives nouvelles en matière de prévention.

Ainsi, en l'absence de risque spécifique de passage à l'acte, les stratégies devraient se centrer davantage sur le renforcement des compétences et capacités

psychosociales à faire face à l'adversité en multipliant notamment les capacités de résolution de problèmes et de gestion du stress des adolescents. La problématique suicidaire ne doit pas être abordée de front avec ce public qui en est encore protégé, au risque que de susciter un intérêt quelconque. Cette stratégie pourrait être associée à une augmentation de la contenance du vase et/ou à une diminution progressive de son contenu soit par évaporation accélérée ou par déversement anticipé.

Par contre, pour les adolescents présentant un risque spécifique de passage à l'acte, les stratégies doivent porter sur une réduction de leur exposition aux facteurs déclenchants ainsi qu'au développement de leurs capacités à chercher de l'aide en cas d'urgence. Ces stratégies sont comparables à limiter la chute de nouvelles gouttes qui viendraient remplir le vase tout en cherchant le moyen de vider rapidement une partie de son contenu.

Cette différenciation des stratégies nécessite cependant un préalable, à savoir la capacité de repérer le risque potentiel de chaque jeune. En effet, une intervention inappropriée pourrait avoir des conséquences délétères, précipitant par exemple un passage à l'acte. La prévention ne peut donc s'improviser de même qu'elle ne peut se réduire à une information sur la problématique. Cette information ponctuelle risque d'éveiller un intérêt parmi ceux qui en sont protégés ou de lever un des derniers tabous protégeant un passage à l'acte parmi les suicidaires (en parler peut être interprété comme une caution sociale, une acceptation sociale de l'agir suicidaire, voire pour certains, comme le moyen de parler d'eux à travers l'acte posé).

Par contre, aborder la problématique suicidaire avec des jeunes empreints d'idéations suicidaires s'avère très souvent une stratégie pertinente quand elle n'est pas porteuse de jugement ou d'interdit pur et simple. Au contraire, en parler traduit que la problématique peut être verbalisée, qu'elle peut être entendue dans la souffrance qui l'anime tout en reconnaissant cette souffrance dans la diversité de ses formes et son intensité.

Pour les jeunes présentant un risque imminent ou présentant un haut potentiel suicidaire (présence d'un scénario clair dont l'échéance est proche et pour lequel l'accessibilité au moyen est relativement aisée et immédiate), l'hospitalisation s'impose. D'abord parce que l'institutionnalisation reste une forme plus appropriée pour assurer un contrôle sur un passage à l'acte potentiel mais également parce qu'elle représente une reconnaissance sociale de la souffrance du jeune et donc sa prise en compte.

Par ailleurs, prévenir le suicide d'une personne, c'est également prévenir le retentissement émotionnel qu'un tel acte produit dans l'entourage immédiat ou éloigné de la personne suicidée. Cette dimension est souvent oubliée lorsque l'on aborde les objectifs de la prévention et pourtant elle est elle-même porteuse de la prévention potentielle d'autres actes suicidaires produits par contagion.

« J'ai été touché par l'enquête sur ce sujet et elle m'a permis de me situer. »

ORGANISATION ET METHODE

ROMAINE FAVRE DE PALMA

Cheffe de projet, Sion

Ce document vous résume le travail que notre équipe a mené durant une quasi année pour mener à bien cette étude sur le suicide des jeunes en Valais.

Pour ce faire, mon exposé comportera six parties :

1. LES PARTENAIRES DE L'ETUDE
2. LES BUTS DE L'ETUDE
3. L'ELABORATION DES QUESTIONNAIRES
4. LES METHODOLOGIES
5. LES ECHANTILLONNAGES
6. LA DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES

1. LES PARTENAIRES DE L'ÉTUDE

La Fondation Sarah Oberson organise chaque année, au début novembre, une Journée Sarah Oberson consacrée à un thème en lien avec l'enfance.

2005 étant la 20^{ème} année de la disparition de Sarah Oberson, le Conseil de fondation a décidé de faire un pas supplémentaire par rapport aux années précédentes en aidant concrètement et financièrement la mise sur pied d'une étude sur le suicide des jeunes en Valais.

Pour mener à bien son projet, le Conseil de fondation Sarah Oberson a recherché des partenaires déjà impliqués dans la problématique du suicide et actifs au plan cantonal. Sont également intervenus au cours de l'étude et à divers titres :

- Mme Paola Riva Gapany, assistante du Directeur de l'IDE,
- M. Claude Schlegel, employé de l'IDE,
- Mlle Tiffany Morard, apprentie de l'IDE,
- Mme Sylvette Delaloye, membre de ParPas et mandatée par la Fondation Sarah Oberson
- Mme Danièle Dayer, bénévole de ParPas

- et moi-même, en tant que cheffe de projet mandatée par la Fondation Sarah Oberson.

L'intérêt de cette association a résidé dans le fait que chacun a pu apporter son expérience, ses compétences spécifiques et son savoir-faire respectif.

Quels ont été les buts que nous avons cherché à atteindre ?

2. LES BUTS DE L'ÉTUDE

L'intention de départ n'a pas été de mener une étude supplémentaire sur la santé des jeunes valaisans, mais :

1. de connaître **l'ampleur** exacte du phénomène du suicide,
2. d'aborder les **causes** et raisons de ce dernier
3. et dans un troisième temps, de tirer les enseignements que ces paramètres indiquent, pour éviter la récurrence et pour **aider** les acteurs de la santé, de l'école et de la protection de la jeunesse à être attentifs à cette problématique, en leur donnant des indications utiles, en cas de besoin.

Pour cela, notre étude a tenu compte de ce qui a déjà été fait ces dernières années :

- dans notre canton (par LVT et l'Observatoire valaisan de la santé),
- dans d'autres cantons (par les cantons de VD et GE),
- au plan national (par Ipsilon - Initiative pour la prévention du suicide en Suisse - et l'ISPA - Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies) et
- au plan international (par la Bretagne, le Québec et le Canada).

Comment atteindre ces buts ? Par quel moyen ?

3. L'ÉLABORATION DES QUESTIONNAIRES

Pour atteindre ces buts, deux types de questionnaires se sont imposés : un premier questionnaire destiné aux jeunes et un second questionnaire destiné aux institutions.

1. **Un premier questionnaire destiné directement aux jeunes âgés de 12 à 25 ans**, soit aux jeunes fréquentant le CO, étant en situation d'apprentissage, de chômage ou d'emploi, ou poursuivant des études.
2. **Un second questionnaire destiné aux institutions**, soit aux professionnels travaillant dans divers domaines et étant susceptibles de rencontrer ce genre de situation, comme les enseignants, les policiers, le réseau santé, certaines institutions publiques (par ex. CDTEA, CMS) et certaines institutions privées (par ex. LVT, ParsPas, ligne 144, etc.).

Pour ces deux types de questionnaires, nous avons désiré assurer l'anonymat et la confidentialité des personnes interrogées, afin de leur permettre de répondre librement aux questions posées et d'obtenir ainsi des réponses sincères et reflétant la réalité.

Comment avons-nous donc procédé ? Quelles ont été les méthodologies employées ?

4. LES MÉTHODOLOGIES

a. *Concernant le questionnaire destiné aux jeunes*

Ce questionnaire comporte 85 questions rédigées sur un document papier de 23 pages. Il s'agit de questions courtes et facilement compréhensibles. Les réponses comportent des solutions à cocher, simples, parfois multiples. Le tutoiement a été choisi.

Le questionnaire se compose de 5 parties :

1. partie sur le jeune lui-même, sa famille et sa vie relationnelle :
 - a. situation personnelle
 - b. situation familiale
 - c. situation scolaire, formation, activité professionnelle
 - d. vie relationnelle, activités extrascolaires, loisirs, compagnie
2. partie sur la sa santé du jeune :
 - a. santé physique
 - b. problèmes physiques
 - c. consommation de produits licites et illicites

- d. souffrances psychologiques
 - e. sentiments
 - f. ressources personnelles
 - g. vie religieuse
 - h. prévention routière, toxicomanies, suicide, violence, accidents, etc.
3. partie pour des précisions complémentaires
 4. cette page est pour nous
 5. cette page est pour toi. Détache-là et conserve-là.

Le questionnaire a été discuté puis prétesté pour s'assurer qu'il ne comportait pas d'ambiguïtés et pour vérifier le temps nécessaire à son remplissage.

Le questionnaire a été élaboré en français, puis traduit en allemand.

Pour toutes les personnes intéressées, ce questionnaire, vierge, est actuellement disponible sur le site internet de Sarah Oberson (sarahoberson.org), tant en français qu'en allemand.

b. Concernant le questionnaire destiné aux institutions

Ce questionnaire comporte 42 questions, réparties en 8 points cités ci-dessous, rédigées sur un document papier de 16 pages :

1. renseignements généraux
2. expérience personnelle en matière de suicide
3. formation en prévention du suicide
4. prise en charge clinique
5. accompagnement des familles ou des proches
6. précisions complémentaires ou remarques
7. cette page est pour nous
8. cette page est pour vous.

Ce questionnaire a également été discuté et prétesté.

Tout comme le précédent, ce questionnaire a été élaboré en français, puis traduit en allemand.

Il est actuellement disponible sur le site internet de Sarah Oberson (sarahoberson.org), tant en français qu'en allemand.

Une fois les questionnaires rédigés, il a fallu déterminer à qui les adresser, c'est-à-dire définir les échantillonnages.

5. LES ÉCHANTILLONNAGES

a. Concernant le questionnaire destiné aux jeunes

Nous avons arrêté l'échantillonnage à 1'000 jeunes âgés entre 12 et 25 ans.

L'échantillonnage a été élaboré afin d'être représentatif de l'ensemble du canton. Les critères déterminants ont été de tenir compte de la proportion entre villages/villes, régions de plaine/altitude, rive gauche/rive droite du Rhône, Haut-Valais/Valais central/Bas-Valais.

Sur la base de ces critères, l'échantillonnage a été constitué en sélectionnant de manière aléatoire :

1. 9 établissements scolaires valaisans en niveau secondaire du 1er degré, soit :
 - 6 classes dans 3 CO Ht-VS,
 - 9 classes dans 3 CO VS central et
 - 9 classes dans 3 CO Bas-VS,afin de toucher environ 400 enfants âgés entre 12 et 15 ans;

2. 13 établissements scolaires en niveau secondaire du 2ème degré, soit :
 - 8 classes dans 4 établissements du Ht-VS (collège, école professionnelle et école d'agriculture)
 - 14 classes dans 6 établissements du VS central (collège, école de commerce, école professionnelle, HEVs et école d'art) et
 - 10 classes dans 3 établissements du Bas-VS (collège, école de commerce, école professionnelle),afin de toucher environ 450 adolescents âgés entre 16 et 19 ans;

3. 15 établissements « hors circuit » scolaire, de formation ou professionnel traditionnels, soit :

- les SMJ (semestre de motivation pour jeunes),
- les centres de loisirs,
- les ORP (office régional de placement),
- les CIO (centre d'information et d'orientation),
- les institutions de St-Raphaël,
- Parpas,
- LVT,
- Centre ORIPH,
- Cité Printemps,
- St-Hubert,
- la Pastorale de la famille du diocèse de Sion,
- la MET de Pramont,

afin de toucher environ 130 jeunes âgées entre 20 et 25 ans.

Un soin tout particulier a été apporté à cette dernière catégorie et tranche d'âge, souvent laissée de côté, car difficile à toucher et à atteindre. Il a été important pour nous de tenir compte et d'englober les 20 - 25 ans, afin d'obtenir des statistiques représentatives de toute la jeunesse valaisanne.

b. Concernant le questionnaire destiné aux institutions

Nous avons choisi un échantillonnage de 480 professionnels.

Nous avons sélectionné des institutions susceptibles d'être touchées par la problématique du suicide que nous avons classées en trois groupes, à savoir :

1. la police et le réseau santé, soit :

- 50 employés de la police cantonale valaisanne,
- 30 employés des établissements pénitentiaires,
- 60 médecins généralistes,
- 35 psychologues, psychothérapeute et psychiatres et
- 90 employés dans les hôpitaux;

2. certaines institutions publiques, à savoir :

- 30 chambres pupillaires,
- 6 CMS (centres médico-sociaux),
- 6 CDTEA (centre pour le développement et la thérapie de l'enfant et de l'adolescent),

- 6 UPEA (unité de psychiatrie pour enfant et adolescent),
- 6 OPE (office pour la protection de l'enfant),
- Délégué à la jeunesse,
- 2 AEMO (association action éducative en milieu ouvert),
- 22 enseignants ou médiateurs scolaires,
- 16 association ou foyers travaillant avec des jeunes;

3. certaines institutions privées, à savoir :

- l'association de parents d'élèves,
- les CAP-LVT,
- ParsPas,
- les pompes funèbres,
- des paroisses,
- Caritas Valais,
- la Maison de la Famille,
- la Fondation valaisanne Action Jeunesse,
- l'Association FXB,
- des magnétiseurs.

Est venue ensuite la phase de distribution et de réception des questionnaires.

6. LA DISTRIBUTION DES QUESTIONNAIRES

Quasiment tous les questionnaires ont été envoyés par la poste, comme nous avons choisi la solution du questionnaire « papier » et non informatisé.

a. Concernant le questionnaire destiné aux jeunes

Nous avons premièrement demandé et obtenu l'approbation du DECS pour la distribution des questionnaires en classe. Le Président de la FRAPEV (fédération romande des associations de parents d'élèves du Valais), M. Patrick ABBET, a également été informé de notre démarche.

Les questionnaires ont ainsi été distribués dans les 56 classes sélectionnées du Valais, entre mars et juin 2005.

Les questionnaires ont été remplis en classe, pendant une heure de cours, sous la surveillance du titulaire ou du médiateur. A chaque fois, et pour éviter les risques

de discrimination, ce sont tous les élèves d'une même classe qui ont rempli le questionnaire. Afin d'assurer la qualité des données récoltées, tous les participants ont été placés dans les mêmes conditions pour répondre au questionnaire et respecter les principes éthiques indispensables dans toute démarche de ce type. Trente à quarante-cinq minutes étaient nécessaires pour répondre, après avoir reçu toutes les informations indispensables. Une fois le questionnaire rempli, une enveloppe était à leur disposition pour y glisser le questionnaire avant de le remettre au responsable. Cette méthode a ainsi assuré la confidentialité de leurs réponses.

Concernant la catégorie des « hors catégorie », les questionnaires ont été apportés directement aux foyers, centres, etc., cette catégorie étant en général moins bien organisée et structurée et donc plus difficile à atteindre et à concerner.

De manière générale, les jeunes ont trouvé utile qu'on les consulte sur ce thème, estimant que leur voix devait être entendue et s'inquiétant des suites concrètes données à l'étude.

Le questionnaire a trouvé un accueil favorable auprès des jeunes. Preuve en sont les faibles taux de non réponses (885 questionnaires traités sur les 1078 questionnaires distribués, soit 82%) ainsi que les paroles d'encouragement écrites par les jeunes eux-mêmes en fin de questionnaire, sous la rubrique « Précisions complémentaires et remarques ».

Ce questionnaire ne les a pas laissés indifférents : les jeunes ont réagi, positivement ou négativement. Nous avons tenu à vous faire partager leurs impressions et réactions, en insérant entre les textes des morceaux choisis.

b. Concernant le questionnaire destiné aux institutions

La distribution s'est également faite par poste, dans un deuxième temps, soit entre juin et octobre 2005.

Le taux de participation a été plutôt mitigé, puisque nous avons reçu en retour 30% (137 questionnaires parvenus en retour sur les 480 distribués) des questionnaires envoyés, et ce en dépit des 5 mois à disposition pour répondre et d'un courrier de rappel.

Alors, quelles conclusions en tirer ?

C'est le travail que nous publions dans ce livre sous le titre « Les jeunes et le suicide en Valais » rapport d'enquête rédigé par Mme Sylvette Delaloye.

« Ce test va vous servir à quoi ?
A voir que la majorité des jeunes
sont mal dans leur peau ?
Et qu'on se fie à l'instinct parce qu'on
n'a plus d'idéaux ? »

LES JEUNES ET LE SUICIDE : LES RÉSULTATS ET LES PISTES DE RÉFLEXION DE L'ENQUÊTE VALAISANNE

SYLVETTE DELALOYE

Psychologue, Université de Genève

Membre du Comité de l'Association ParsPas

TABLE DES MATIERES

- I. Introduction**
- II. Méthode**
- III. Bref portrait de la jeunesse valaisanne**
 - III.1. La vie de famille
 - III.2. La vie scolaire et professionnelle
 - III.3. Les loisirs
 - III.4. La santé
 - III.5. Vie émotionnelle et sentiments
- IV. A propos du processus suicidaire**
 - IV.1. Données épidémiologiques
 - IV.2. Avant le passage à l'acte
 - IV.3. Après le passage à l'acte
 - IV.4. Soutien reçu, soutien souhaité
- V. Les jeunes et le suicide : comparaisons**
 - V.1. Données socio-démographiques
 - V.2. La vie familiale
 - V.3. Activités, loisirs, vie relationnelle
 - V.4. La santé
 - V.5. Sentiments, soucis, ressources
- VI. Conclusions et perspectives**

I. INTRODUCTION

Au début de l'année 2005, la fondation Sarah Oberson (SO), en partenariat avec l'Institut international des Droits de l'Enfant (IDE), l'Etat du Valais, et l'Association valaisanne de prévention du suicide (ParsPas), décidaient de lancer une enquête auprès de la jeunesse valaisanne. Celle-ci avait pour objectif général de mieux connaître et mieux comprendre les habitudes de vie des jeunes et de recueillir leur opinion sur certains sujets.

Plus spécifiquement, tout un volet du questionnaire proposé visait à explorer le domaine du suicide. Il s'agissait tout d'abord d'évaluer l'ampleur du phénomène dans le canton du Valais. En second lieu, l'étude se proposait de déterminer comment, et jusqu'à quel point, les jeunes de 12 à 25 ans se sentent concernés par ce problème. L'enquête souhaitait enfin donner l'opportunité de s'exprimer, à ceux d'entre eux qui ont fait une tentative de suicide, cela en vue d'améliorer la compréhension de ce processus complexe et particulier.

Une fois les informations recueillies, il s'agissait également de tirer les enseignements des éléments mis en évidence par l'étude, afin d'aider les acteurs de la santé, de l'école, de la protection de la jeunesse, à appréhender cette problématique dans toute sa complexité, et contribuer ainsi à améliorer le soutien apportés aux jeunes qui passent à l'acte, ainsi qu'à leur entourage. On peut ainsi espérer réduire, si ce n'est le nombre de tentatives de suicide, au moins les récurrences. Des questions complémentaires ont ainsi été soumises aux professionnels concernés, dans le but de mieux cerner les besoins et les ressources de ceux qui, en premier lieu, sont susceptibles de soutenir les jeunes vivant une situation de crise.

Le présent travail décrit donc la démarche qui a présidé à cette étude, ainsi que le détail des résultats qu'elle a permis de mettre en évidence; il suggère aussi quelques pistes de réflexions qui, à la lumière des données recueillies, ont paru particulièrement pertinentes à explorer et à développer à l'avenir.

II. METHODE

Pour mener à bien son projet, le Conseil de fondation SO a fait appel à des partenaires impliqués dans la problématique du suicide chez les jeunes, et déjà actifs sur le plan cantonal. Elle s'est ainsi associée à :

- l'Institut International des Droits de l'Enfant (IDE)
- L'Association valaisanne pour la prévention du suicide (ParsPas)
- Les Centres pour le Développement et la Thérapie de l'Enfant et l'Adolescent (CDTEA).

Un comité de pilotage s'est ainsi constitué qui a réuni les personnes suivantes :

- Jean Zermatten pour l'IDE
- Denys Roulin pour l'association ParsPas
- Jean-François Dorsaz pour les CDTEA

Ce comité, aidé par différents intervenants issus de l'IDE et de ParsPas, et en tenant compte de précédents travaux réalisés dans ce domaine¹, a donc eu pour tâche de rédiger le questionnaire et d'assurer sa diffusion.

1078 questionnaires ont ainsi été envoyés à divers établissements scolaires du Valais dont les CO, collèges, écoles professionnelles, hautes écoles, ainsi qu'à d'autres institutions d'éducation comme les semestres de motivation ou la maison d'éducation au travail de Pramont. Ces établissements ont été sélectionnés de manière à être représentatifs des diverses régions du canton, et de leurs caractéristiques, telles que villes/villages, plaine/montagne, rive droite du Rhône/rive gauche.

Sur la base de ces critères ont été choisis de manière aléatoire :

- 9 établissements scolaires en niveau secondaire du 1^{er} degré (400 enfants entre 12 et 15 ans)
- 13 établissements scolaires en niveau secondaire du 2^{ème} degré (450 adolescents entre 16 et 19ans)
- 15 établissements « hors circuit » scolaire (130 jeunes entre 20 et 25 ans).

Dans le but d'obtenir des statistiques représentatives de toute la jeunesse valaisanne, un effort particulier a été mis sur la dernière tranche d'âge souvent laissée pour compte car difficile à atteindre; cette difficulté explique qu'elle représente une minorité dans notre échantillon, toutefois son point de vue est tout de même représenté dans les résultats de notre étude.

Le soin était laissé à la direction des écoles de choisir les classes qui répondaient au questionnaire, celui-ci était alors complété à l'école, durant une heure

¹ Narring, F. et al., Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (étude SMASH, 2002), Raisons de santé, 95a, Lausanne 2004
 Marty-Tschumi, E., Etude sur le suicide en Valais, Raisons de santé, 44, Lausanne 1999.
 Tron, I. et al. , Rapport sur la santé des jeunes en Bretagne, <http://www.orsb.asso.fr>, septembre 2003

de cours, sous la surveillance du titulaire ou du médiateur. Après avoir reçu les informations concernant le questionnaire, 30 à 45 minutes étaient nécessaires pour le compléter. Une fois rempli, les participants glissaient leur document dans une enveloppe reçue à cet effet, qu'il remettait ensuite au responsable. Les questionnaires hors circuit scolaire ont été distribués directement aux associations et institutions dédiées à la jeunesse, qui se chargeaient ensuite de le diffuser. De manière générale, les jeunes ont plutôt bien accueilli l'étude, estimant que leur voix devait être entendue sur ce thème et s'inquiétant des suites concrètes données à cette enquête. Ainsi, 892 questionnaires ont été recueillis, dont 885 se sont révélés exploitables, ce qui représente 82% des documents envoyés.

Le questionnaire comporte 85 questions, rédigées – d'abord en français puis traduites ensuite en allemand – sur un document papier de 23 pages ; le tutoiement a été choisi étant donné l'âge des participants. Les réponses sont données le plus souvent sous la forme de proposition à cocher. Les questionnaires sont complétés de manière anonyme. Les questions couvrent des domaines divers tels que la vie relationnelle et familiale, la santé, les loisirs, les sentiments, les valeurs etc. Une partie du questionnaire est réservée aux jeunes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Cette partie permet de s'interroger sur le processus suicidaire, l'état d'esprit, les comportements qui le caractérisent, et sur ce qui distingue – éventuellement - les jeunes suicidant de leurs pairs; cela dans le but de mieux cerner les facteurs et les situations qui peuvent conduire à envisager cette issue. Il faut encore souligner que le questionnaire comportait les adresses utiles, si une aide devait s'avérer nécessaire pour les jeunes eux-mêmes ou leur entourage ; ces adresses figuraient sur une feuille détachable à la disposition des participants.

L'analyse des données socio-démographiques permet de constater que l'équilibre entre les sexes est respecté dans l'échantillon des jeunes interrogés, on y trouve, en effet, 52% de garçons contre 48% de filles. Comme relevé plus haut, les 2 catégories d'âge les plus représentées sont celle entre 12 et 15 ans (39%) et celle entre 16 et 19 ans (48%), la dernière catégorie entre 20 et 25 ans représente pour sa part une minorité de 13%. Un peu plus du $\frac{3}{4}$ des jeunes interrogés sont de nationalité suisse, proportion qui monte à 84% si l'on compte les doubles nationaux. Une trentaine de pays sont toutefois représentés, de l'Afghanistan au Cap Vert, en passant par la Thaïlande et le Vénézuéla. Parmi les ressortissants étrangers, on distingue un nombre important de jeunes issus du Portugal ou de pays de l'ex-Yougoslavie.

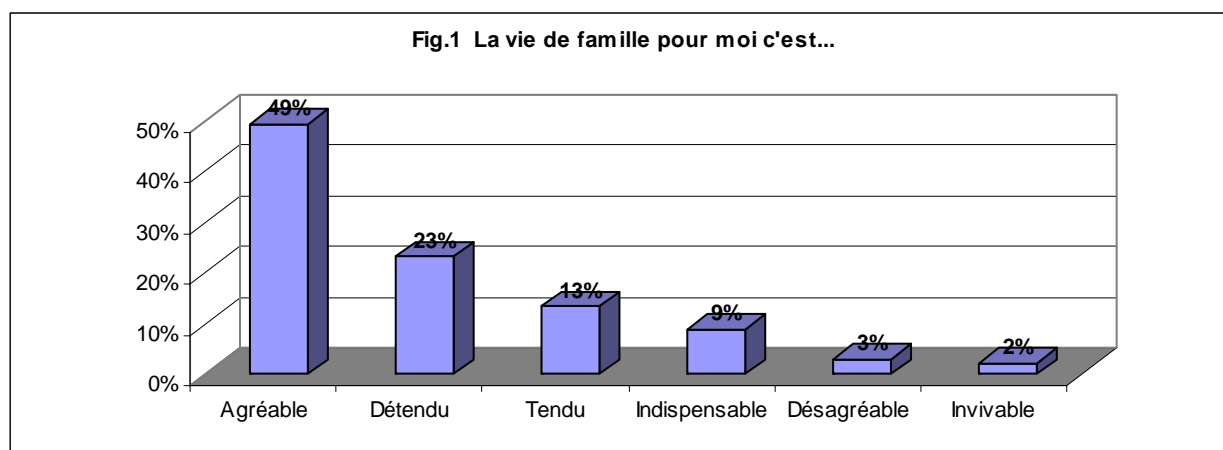
III. BREF PORTRAIT DE LA JEUNESSE VALAISANNE

Le premier objectif de l'étude consistait à mieux connaître, mieux cerner la jeunesse valaisanne, dans ses habitudes de vie, ses centres d'intérêts et activités, ses opinions, ses sentiments. Les réponses indiquées permettent de tracer le portrait qui suit.

III.1. La vie de famille

Une forte majorité (93%) des jeunes interrogés vivent chez leurs parents, pour 78% d'entre eux il s'agit des 2 parents, pour 15% les parents sont divorcés. Pour ces derniers, 12% vivent chez leur mère, 2% chez leur père et 1% sont sous le régime de la garde conjointe. On remarquera que 78% de nos sujets au moins ont des parents qui vivent ensemble, la plupart des parents des jeunes interrogés ne sont donc pas divorcés. Par ailleurs, la majorité des familles représentées est composée de deux enfants, nos sujets ayant donc le plus fréquemment un frère ou une sœur.

C'est au niveau de la manière dont la vie familiale est décrite que nous attend une bonne surprise puisque 72% des jeunes la jugent agréable ou détendue, et 9% l'estiment même indispensable. Les réponses se distribuent comme suit :

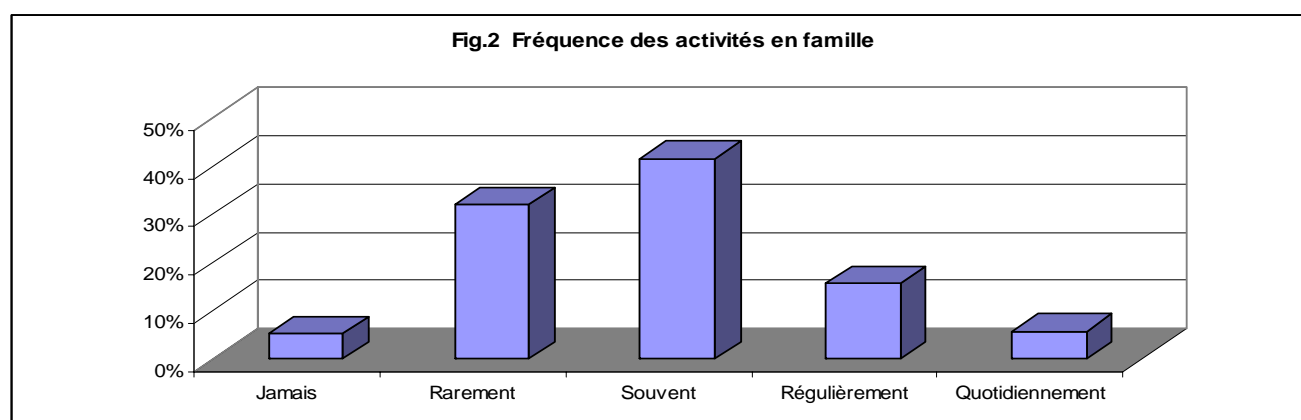


Ceux qui jugent la vie de famille de manière plus négative, la décrivent majoritairement comme tendue; on remarquera qu'une vingtaine de sujets la trouve quand même invivable.

Les jeunes interrogés semblent également plutôt satisfaits de l'intérêt que leur portent leur mère (78%) et leur père (69%). Il y a toutefois un peu plus de réserve concernant l'intérêt des pères, puisque 20% des jeunes estiment qu'il y en a trop

peu, ou déclarent ne pas savoir ce qu'il en est, alors que cela est moins vrai pour les mères (6%).

Le bon climat familial semble aller de pair avec de fréquentes activités en famille. En effet, près des 2/3 des jeunes affirment avoir souvent, voire quotidiennement, de telles activités. Là aussi il faut nuancer, il y a tout de même 46 sujets qui déclarent ne jamais partager de loisirs en famille. La figure 2, ci-dessous, indique dans le détail la fréquence des activités familiales.



Enfin, lorsqu'on leur demande de déterminer, parmi 19 affirmations, celles qui leur correspondent le mieux, on trouve au premier rang : « *Mes parents me font confiance.* », puis figure également en bonne place (3^{ème} rang) : « *J'ai une vie familiale heureuse* », de même que : « *Mes parents me comprennent* » et : « *Ce que pensent mes parents est très important* », respectivement 4^{ème} et 5^{ème} en ordre de priorité. A l'inverse, la phrase : « *Mes parents sont trop exigeants envers moi* » est simplement la moins souvent citée.

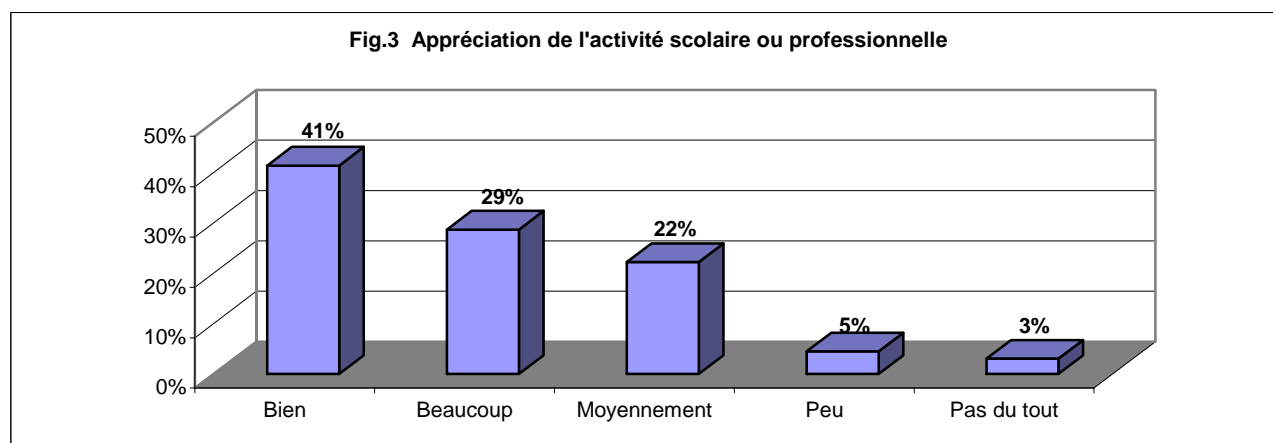
Si l'on tentait une première interprétation de ces résultats, on pourrait dire que le cocon familial semble constituer un élément agréable, sécurisant et qu'il représente un repère important dans la vie des jeunes valaisans interrogés. Inversement, il ne paraît pas constituer un sujet de souci ou de désagréments essentiels pour nos sujets.

III.2. La vie scolaire et professionnelle

Près de la moitié des jeunes interrogés (45%) fréquentent encore l'école obligatoire, ce qui est assez logique étant donné la tranche d'âge concernée par l'étude. 23% des jeunes sont en apprentissage contre 21% de collégiens. On trouve une petite minorité de jeunes qui effectuent des études supérieures, de même que

quelques personnes sans activité. Par contre, très peu ont terminé une formation et donc ils sont également fort peu nombreux à être tout à fait indépendants financièrement.

D'une manière générale, ils se montrent plutôt satisfaits de leur activité principale, les appréciations se distribuent comme suit :

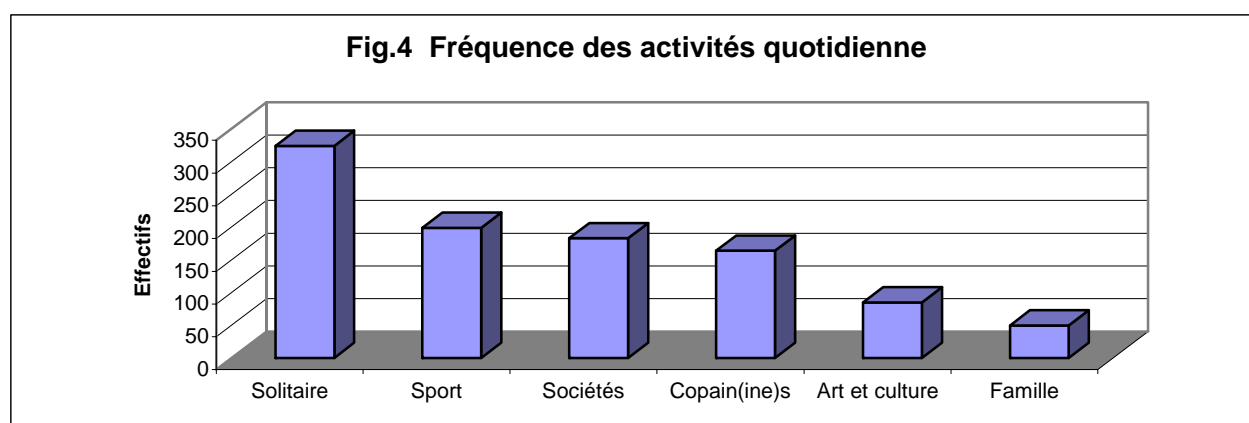


Ils jugent de même le climat de travail plutôt détendu, agréable et ils s'y sentent plutôt en sécurité.

Par ailleurs, les jeunes sont généralement peu souvent absents (71% pour moins d'une semaine ou jamais). Ils envisagent leur avenir sur ce plan de manière assez conventionnelle, puisque presque tous pensent travailler ou étudier plus tard (84%), alors que 10% ne savent pas et que 6% aimeraient voyager. Bien que la vie professionnelle ou scolaire semble plutôt bien vécue, seule une petite majorité se sent optimiste vis-à-vis de l'avenir (57%) alors que 25% déclarent ne pas savoir, ce qui démontre une certaine perplexité face au futur.

III.3. Les loisirs

Les loisirs ne représentent pas une variable très discriminante, en effet, les jeunes déclarent pratiquer plus ou moins dans les mêmes fréquences des activités en solitaire (tv, vidéo, etc.), du sport, ou les sorties entre copains(ines). Les activités dans le cadre d'une société et celles en famille sont un peu moins fréquentes, cependant, seules les activités artistiques et culturelles se distinguent vraiment, puisque 51% déclarent en faire rarement ou jamais. Si l'on se base sur la fréquence quotidienne des activités, on constate l'ordre de priorité suivant, présenté à la fig.4 ci-après.



Quant aux activités définies comme marginales ou hors de l'ordinaire, on remarquera que, tout de même près de la moitié des jeunes (47%), déclarent avoir été victime d'agression au moins une fois; les réponses ne laissent toutefois pas transparaître ce qu'ils considèrent comme une agression.

III.4. La santé

D'une manière générale, les jeunes s'estiment en bonne ou très bonne santé (88%).

On remarquera que les jeunes Valaisannes et Valaisans présentent, en moyenne en tout cas, des normes de poids correctes, comme l'indique la mesure du BMI² ci-dessous. Ces normes ne nous disent toutefois rien de la manière dont les jeunes vivent et acceptent leur corps.

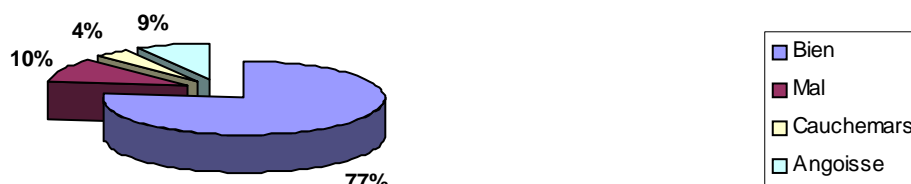
Tab.1 Moyenne du poids, de la taille et du BMI selon le sexe

		Poids	Taille	BMI
Garçons	Moyenne	64.11	174.84	20.83
	<i>é.t.</i>	12.12	8.94	2.90
Filles	Moyenne	54.85	165.14	20.09
	<i>é.t.</i>	9.04	6.35	2.81

Les jeunes, en majorité, décrivent également une bonne qualité de sommeil, comme le confirme la figure ci-dessous.

² On peut considérer un BMI comme normal lorsqu'il se situe entre 18 et 25

Fig. 5 Qualité du sommeil



En effet, seuls 17% se plaignent d'avoir de la difficulté à dormir plus d'une fois par semaine.

Lorsqu'on demande à nos sujets ce qu'ils aimeraient modifier afin de maintenir ou d'améliorer leur état de santé, on obtient l'ordre de priorité suivant :

- l'activité physique
- la gestion du stress,
- mieux gérer son poids
- mieux gérer son temps.

Le fait de fumer moins, comme la gestion des relations, figurent, par contre, dans les dernières positions des résolutions; pour la gestion des relations, il est toutefois possible que celles-ci ne soient pas forcément mises en lien avec la santé.

Dans le même ordre d'idée, les consultations chez le médecin sont relativement peu fréquentes, du moins en moyenne; elles s'élèvent à 2.5 par année pour le généraliste et pour le dentiste, celles chez le psychologue, l'assistant social ou le médiateur sont inférieures à 1, et même très proche de 0, pour ce qui est des deux dernières professions citées. En outre, 84% des jeunes n'ont jamais été hospitalisés, ils sont également peu souvent victimes d'accidents, sauf peut-être pour ce qui est des accidents liés au sport qui concerne 34% de l'échantillon. D'une manière générale, la prise de médicaments régulière est rare.

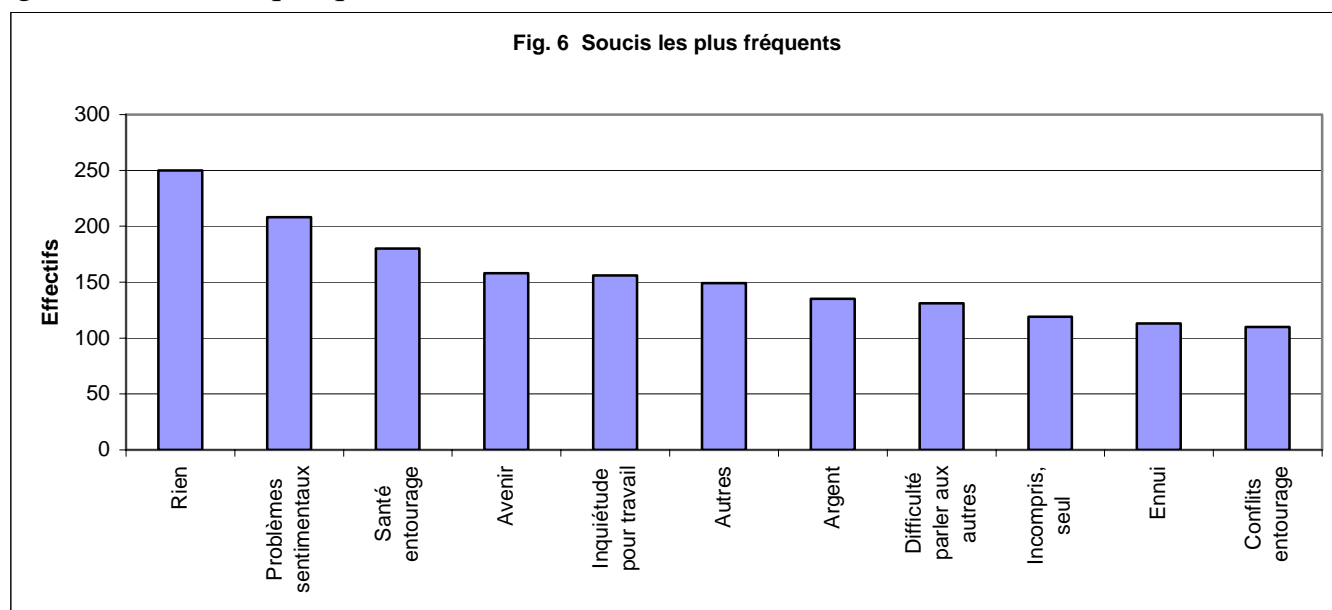
Par ailleurs, une majorité des sujets affirment ne pas fumer (58%), contre une minorité (25%) qui disent ne pas boire d'alcool; seuls 23% déclarent consommer du cannabis occasionnellement (16%) ou régulièrement (7%).

III.5. Vie émotionnelle et sentiments

Une grande majorité des jeunes interrogés (84%) se dit plutôt heureux, alors qu'une petite majorité (57%) se dit optimiste face à l'avenir. Ils se sentent

généralement appréciés dans leur entourage ou leurs activités. 39% a déjà eu des relations sexuelles et 92% disent vivre leur sexualité plutôt bien.

Par ailleurs, la réponse la plus fréquente à la question : « *Qu'est-ce qui vous cause du souci ?* » est tout simplement « *Rien.* ». Cela n'empêche pas que les amours constituent la préoccupation la plus importante, comme en témoigne la figure ci-dessous. L'avenir, ainsi que l'inquiétude pour le travail, semblent également causer quelques soucis.



Quant à la manière de faire face aux soucis, comme pour les résolutions à prendre vis-à-vis de la santé, la gestion du stress et du temps se retrouvent dans le peloton de tête, ainsi que l'apprentissage de la relaxation (3^{ème} sur 18 propositions). Ce sont toutefois les sorties, les amis et le fait de dormir mieux qui sont cités en premier lieu.

La vie religieuse est importante pour 12%, et moyennement importante pour 38%, ce qui implique que la moitié des jeunes déclare ne pas accorder d'importance à cet élément dans leur vie. En outre, entre 20 et 25% des sujets déclarent se sentir d'assez souvent à très souvent seul, déprimé ou désespéré, cette proportion tombe à 10% pour ce qui est des idéations suicidaires.

En regard des résultats présentés ci-dessus, la jeunesse valaisanne paraît plutôt satisfaite de sa vie, du moins sur les plans évalués par l'enquête. Parmi les éléments distinctifs mis en évidence, on relèvera l'importance de la vie de famille et du rôle

joué par les parents; il semble que cela constitue un repère appréciable pour les jeunes.

Ces derniers expriment toutefois à plusieurs reprises un désir de mieux faire face au stress, aux tensions, ce qui semble représenter un certain poids dans leur quotidien. La source serait-elle notamment à chercher dans la crainte de l'avenir, des diverses exigences de la vie d'adulte, notamment sur le plan professionnel ? En tout cas, bien que les jeunes se déclarent plutôt heureux, ils manifestent moins d'optimisme en ce qui concerne le futur, ¼ d'entre eux ne savent tout simplement pas trop qu'en penser. Par ailleurs, ils manifestent également des soucis bien de leur âge, comme les problèmes sentimentaux, et expriment également une certaine difficulté à conserver une humeur positive.

Les résultats ci-dessus ne doivent toutefois pas nous amener à négliger la minorité, qui ne se retrouve pas dans ce tableau plutôt rassurant. Nous verrons plus loin que les jeunes ayant passé à l'acte suicidaire pourraient constituer une part importante de cette minorité.

IV. A PROPOS DU PROCESSUS SUICIDAIRE

L'un des objectifs de l'étude consistait également à établir un état des lieux du phénomène suicide en Valais. Il s'agissait précisément de déterminer, qui est concerné par les conduites suicidaires (âge, sexe, etc.) et dans quelle mesure, ainsi que de mieux comprendre comment cette expérience est vécue de l'intérieur.

En complément, au point de vue exprimé par les jeunes eux-mêmes, ce chapitre présente également des données recueillies auprès des professionnels. Il permet donc de mettre en lumière les préoccupations et réflexions des adultes, en particulier ceux qui ont été confrontés, directement ou indirectement, à cette problématique.

A cet effet, un questionnaire a été proposé, en parallèle à celui des jeunes, à près de 500 professionnels sélectionnés parmi les institutions et privés susceptibles d'être touchés par les conduites suicidaires ; ont été ainsi sollicités :

- des employés de police,
- des médecins généralistes, des psychothérapeutes (psychologues et psychiatres),
- divers employés des hôpitaux, ainsi que des CMS,
- des collaborateurs des chambres pupillaires,

- des collaborateurs des CDTEA³,
- des employés de l'Office de Protection de l'Enfant,
- des enseignants ou médiateurs scolaires,
- des employés des CIO⁴,
- de même que certaines associations privées comme l'association des parents d'élève, ParsPas, le CAP⁵ ou l'association François-Xavier Bagnoud, etc.

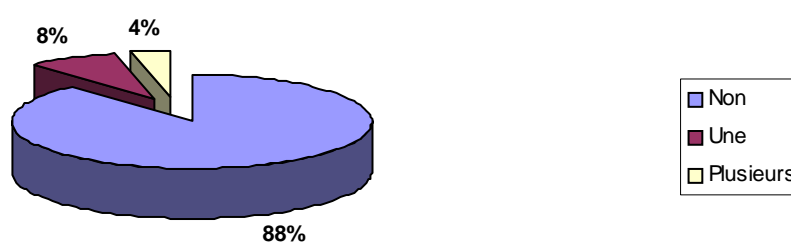
149 questionnaires complétés ont été recueillis, dont près d'un quart auprès des policiers, un autre 20% auprès de psychothérapeutes ; on peut relever aussi une bonne proportion d'enseignants, médiateurs, assistants sociaux, et parents d'élèves. On trouve un peu plus d'hommes (58%) que de femmes (42%), et une majorité (61%) a plus de 10 ans d'expérience, seul 7% ayant moins de trois ans de pratique.

Une partie des résultats est présentée ci-dessous en regard des réponses et informations recueillies auprès des jeunes.

IV.1. Données épidémiologiques

Dans notre échantillon, on décompte 102 jeunes qui ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, ce qui représente 12% de l'ensemble. Il faut relever que la proportion est moindre dans le Haut-valais (6%), par rapport au 13% dans le Valais romand. La figure ci-après présente le détail de ces résultats.

Fig.7 Fréquence TS



Pour ce qui est des professionnels, une majorité d'entre eux dit avoir été confronté au moins une fois à un suicide abouti (55%), de même - et il s'agit là

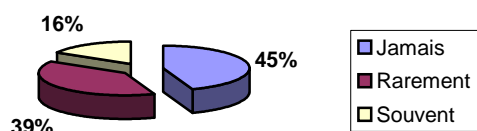
³ Centre pour le Développement et la Thérapie de l'Enfant et l'Adolescent.

⁴ Centre d'Information et d'Orientation

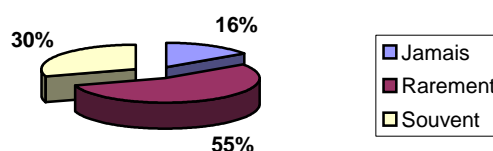
⁵ Centre d'Action et de Prévention

d'une forte majorité - qu'à un passage à l'acte sous la forme d'une tentative de suicide ou d'automutilation (85%).

Pourcentage de professionnels ayant été confronté à un suicide abouti



Pourcentage de professionnels ayant été confronté à une TS (ou automutilation)



Par contre, les idéations suicidaires semblent plus rarement exprimées, puisqu'un tiers des professionnels n'a jamais recueilli ce type de témoignages, et 53% rarement. Ce résultat est cohérent avec ce que rapportent les jeunes qui ont passé à l'acte suicidaire; en effet, la majorité d'entre eux affirment ne pas avoir parlé de leur intention suicidaire, et lorsqu'ils le font, c'est principalement à leurs pairs.

La détresse psychique, à l'inverse, est fréquemment perçue et/ou exprimée selon près des $\frac{3}{4}$ des sujets interrogés. Il faut toutefois clairement nuancer cette donnée par le fait que la majorité des professionnels participant à l'étude sont justement amenés à rencontrer des jeunes en difficultés, principalement sur ce plan. Cette nuance est évidemment valable pour les résultats concernant les conduites suicidaires présentés ci-dessus.

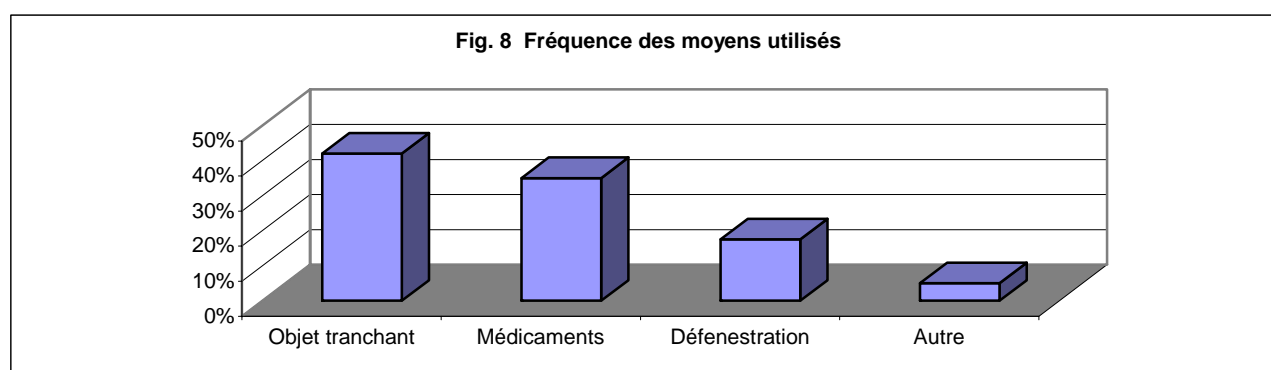
Si l'on s'intéresse au comportement suicidaire selon le genre, c'est sans surprise que l'on relève une proportion plus élevée de filles (66%) que de garçons (34%) parmi les jeunes qui ont passé à l'acte. On constatera également que, chez les filles, le nombre de sujets augmente au fil des classes d'âge, alors que le pourcentage reste stable chez les garçons. Le tableau 2. qui suit, résume ces données.

Tab. 2 Pourcentage de TS en fonction de l'âge et du sexe

AGE	% de TS	
Garçons	12-15 ans	8%
	16-19 ans	8%
	20-25 ans	5%
Filles	12-15 ans	13%

16-19 ans	17%
20-25 ans	20%

L'âge moyen de la première TS est de 14.6 ans, le minimum relevé dans notre échantillon étant 7 et le maximum 21. On remarquera que l'âge moyen des jeunes, qui ont fait plus d'une tentative, est de un an inférieur (13.7). Le nombre moyen de tentative s'élève à 2.6 et le maximum à 4. La fréquence des moyens utilisés est décrite dans la figure ci-après.

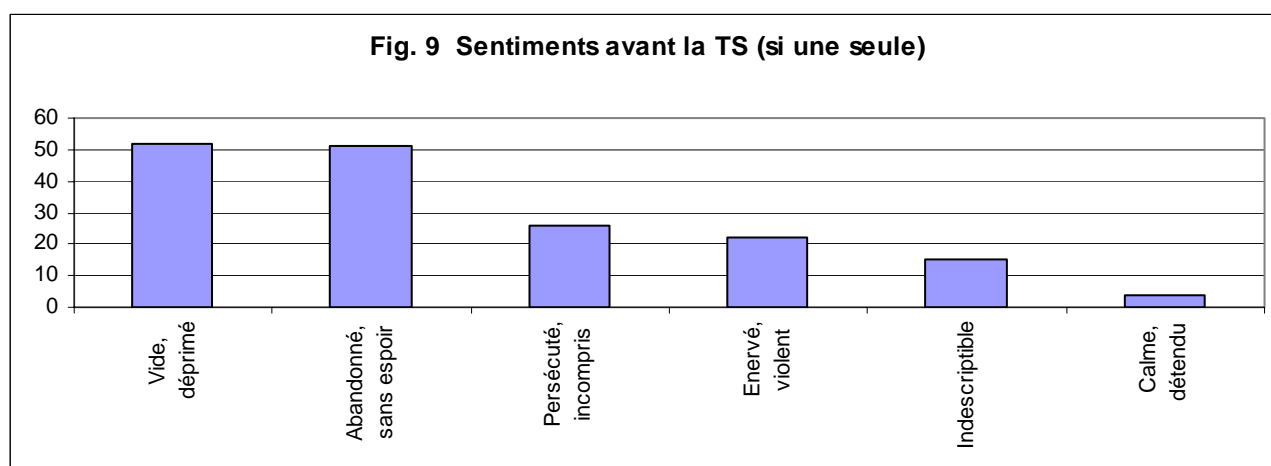


Il faut toutefois relever que 44% des sujets concernés n'ont pas souhaité répondre à cette question. Lorsqu'il y a eu plus d'un passage à l'acte, presque tous les jeunes qui ont répondu disent avoir utilisé un moyen différent, la combinaison largement la plus représentée étant l'abus de médicaments et l'usage d'un objet tranchant.

IV.2. Avant le passage à l'acte

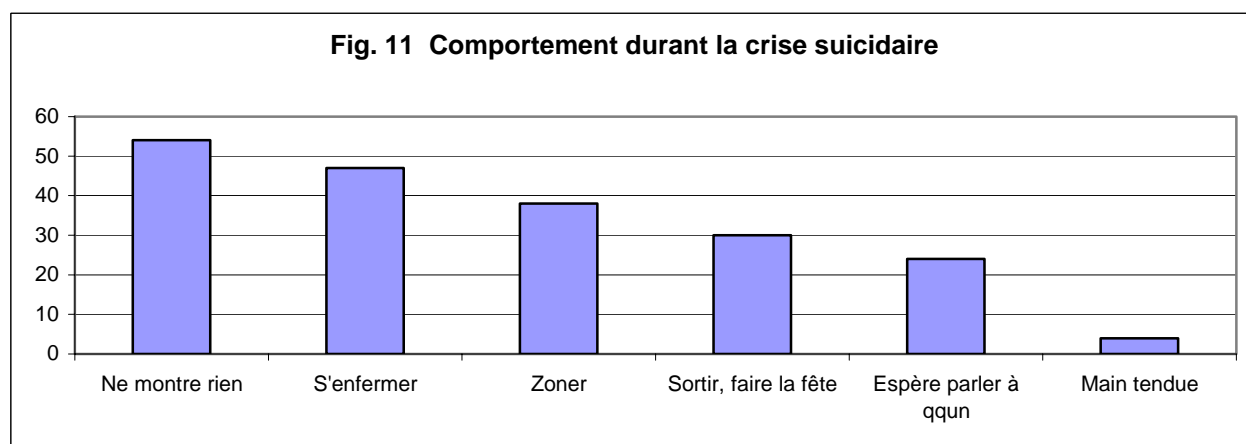
Une majorité de jeunes (61%) disent n'avoir parlé à personne de leur projet suicidaire. Ceux qui en parlent le font essentiellement avec un ami (21%). Il est rare qu'ils décident d'en parler à la famille (8%) et plus encore à un professionnel de l'éducation (3%) ou un médecin (1%). Cela est encore plus vrai lorsqu'il s'agit d'une récurrence, 63% déclarent alors ne pas en avoir parlé, 25% ont parlé à un ami, et personne à la famille ou à un médecin. On remarquera que, pour ces jeunes qui ont fait plus d'une tentative, 9% disent avoir évoqué leur projet à « *une autre personne* », une personne qui semble donc non significative dans l'entourage de ces sujets.

Les sentiments qui habitent nos sujets avant le passage à l'acte, sont décrits dans la fig. 9 ci-après.



Les sentiments qui dominent sont sans conteste la déprime, le désespoir et le fait de se sentir abandonné, et cela est vrai aussi bien pour la première tentative que pour les suivantes.

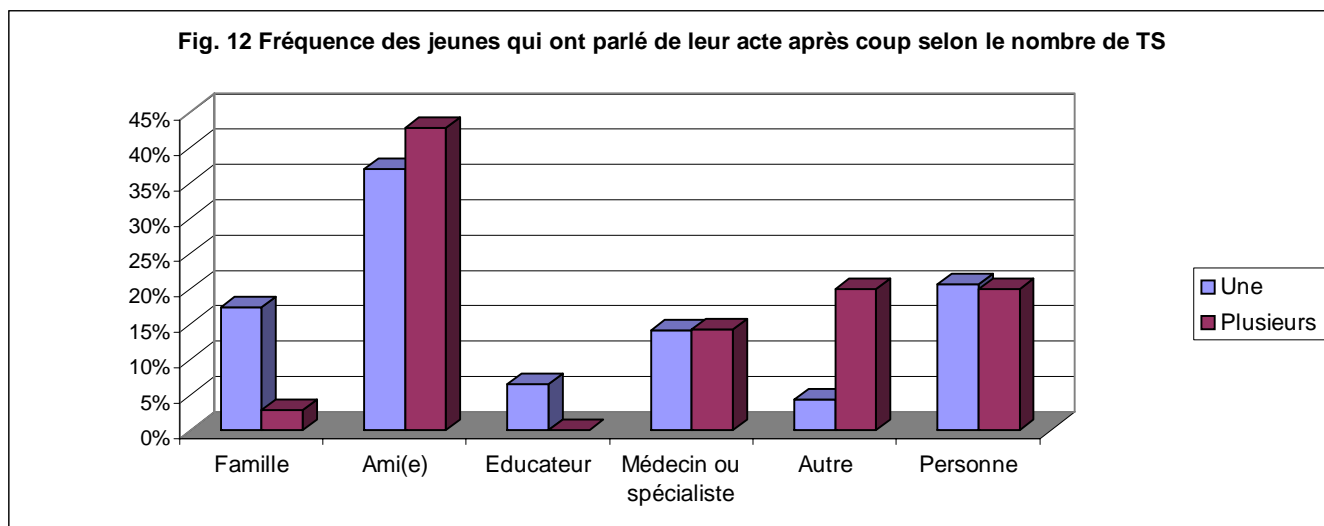
Les comportements décrits par les jeunes durant la crise suicidaire expriment également l'isolement et la difficulté de communiquer; la figure suivante donne l'ordre d'importance de ces comportements et l'on constate que le fait de sortir ou de parler à quelqu'un sont minoritaires.



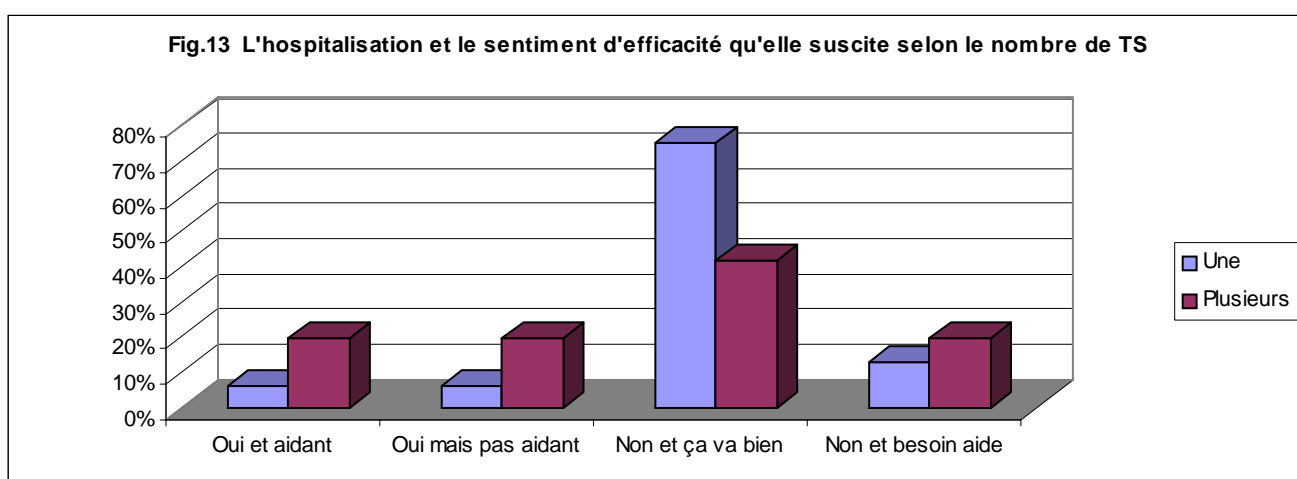
IV.3. Après le passage à l'acte

Les jeunes sont beaucoup plus nombreux à évoquer leur geste après le passage à l'acte qu'avant (80% contre moins de 40%). On remarquera toutefois que le type de personne à qui l'on s'adresse dépend du nombre de tentative; en effet les récidivistes s'adressent plus souvent à une personne non significative (20%) qu'à leur famille par exemple (3%), alors que c'est l'inverse chez les non-récidivistes. La

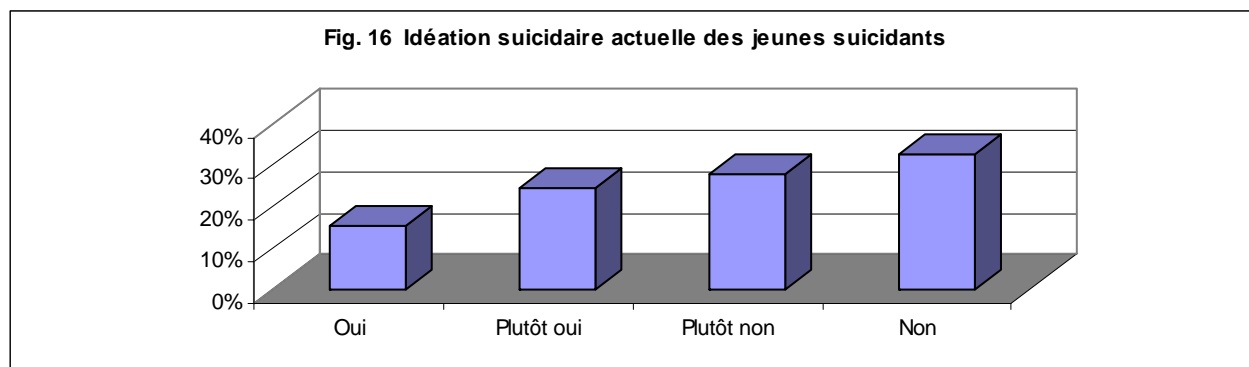
famille serait-elle susceptible d'exercer une protection vis-à-vis de la récurrence ? C'est là une question à explorer. La figure 12, ci-après, indique en détail à qui nos sujets s'adressent préférentiellement après un tel acte.



Une majorité de jeunes ne consultent pas de médecin suite à leur acte suicidaire; cela est particulièrement vrai pour les non récidivistes, qui sont 72% à ne pas solliciter une telle consultation, contre 61% chez les récidivistes. De même, la fréquence d'hospitalisation est plus élevée pour ces derniers (38% contre 12%), toutefois, le sentiment quant à l'efficacité de cette mesure est partagé dans la même mesure pour nos deux populations de sujets, ainsi que le souligne la figure 13. On remarquera encore qu'une majorité de sujets se détachent, qui n'a pas été hospitalisée, et qui déclare aujourd'hui se porter bien.

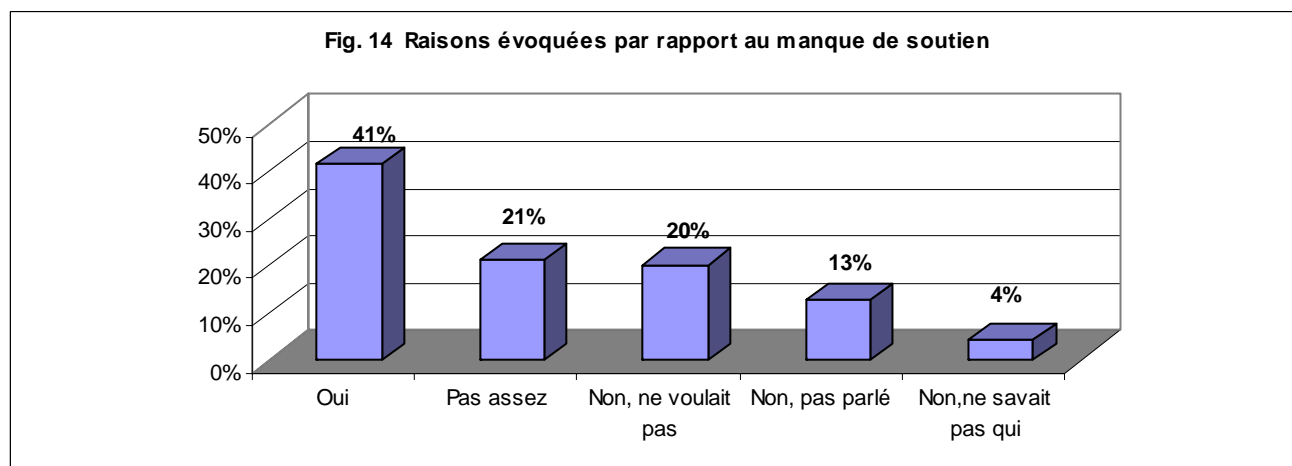


Quant aux idéations suicidaires actuelles des jeunes qui ont fait un passage à l'acte, elles sont rapportées dans la figure qui suit; on constatera qu'une majorité (61%) disent ne pas en avoir, seul 15% rapportent avoir encore clairement ce type d'idées.

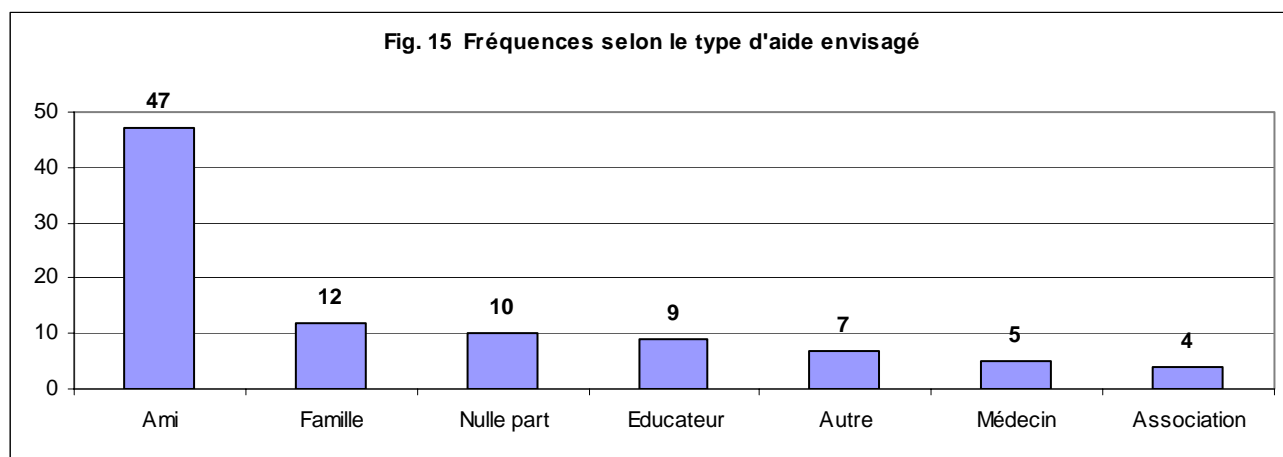


IV.4. Soutien reçu, soutien souhaité

En majorité (42%), nos sujets estiment avoir reçu le soutien nécessaire ; seule une petite minorité déclarent ne pas avoir su à qui s'adresser. La figure ci-dessous nous en dit plus sur les raisons qui amènent les jeunes à juger le soutien reçu comme insuffisant.



Un tiers des sujets suicidants ont eu recours à un psychothérapeute ou un médecin; parmi ceux-ci, un peu moins de la moitié (43%) jugent que cela a contribué à les aider. Enfin, lorsqu'on leur demande où ils estiment qu'ils auraient pu trouver de l'aide, ils choisissent en premier lieu un(e) ami(e); la figure 15 donne les fréquences pour l'ensemble des choix proposés.



A partir de ce que nos sujets expriment quant à une éventuelle aide qu'ils auraient pu recevoir, on constate que leurs propositions ou leurs souhaits semblent relativement limités. On peut se demander ce qu'il en est de leur aptitude, dans ce moment de la crise suicidaire, à solliciter et à bénéficier d'une aide quelle qu'elle soit. Il semble que l'on touche ici, du moins pour une partie de nos sujets, à l'une des caractéristiques du processus suicidaire, à savoir l'isolement, le retrait, le repliement sur soi et sur une situation qui est devenue insupportable et ingérable. Ce point de réflexion est d'autant plus important que, lorsqu'une ouverture est possible - parler à la famille, consulter un spécialiste - le soutien paraît pouvoir trouver une place dans l'amélioration de la situation et, notamment, la prévention de la récurrence.

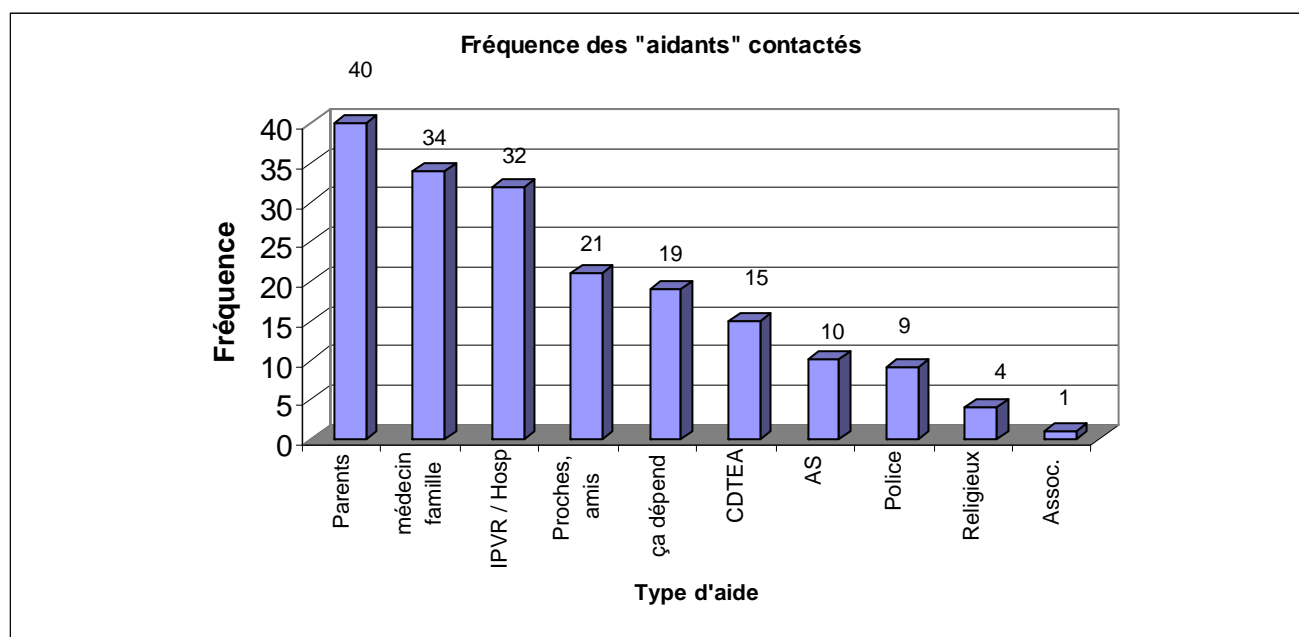
Voyons maintenant quelle est l'expérience de l'entourage amical et professionnel lorsqu'il est confronté à une telle situation.

Parmi les professionnels, relevons tout d'abord que, concernant les demandes qui leurs sont faites, près de la moitié (45%) émanent des parents, viennent ensuite les jeunes eux-mêmes (20%), les médecins (16%), les professionnels de l'éducation (10%).

Si la moitié des professionnels interrogés environ a demandé de l'aide, ils sont une majorité (66%) à s'être sentis en mesure de régler la situation. Cependant,

- 36% ont ressentis de l'impuissance,
- 24% de la gêne,
- 19% de l'isolement.

Il est intéressant de noter que plus du $\frac{3}{4}$ des professionnels concernés se sont sentis acteurs d'un réseau. A ce propos, la figure ci-dessous nous indique à qui ils adressent une demande d'aide, lorsque cela a été nécessaire.

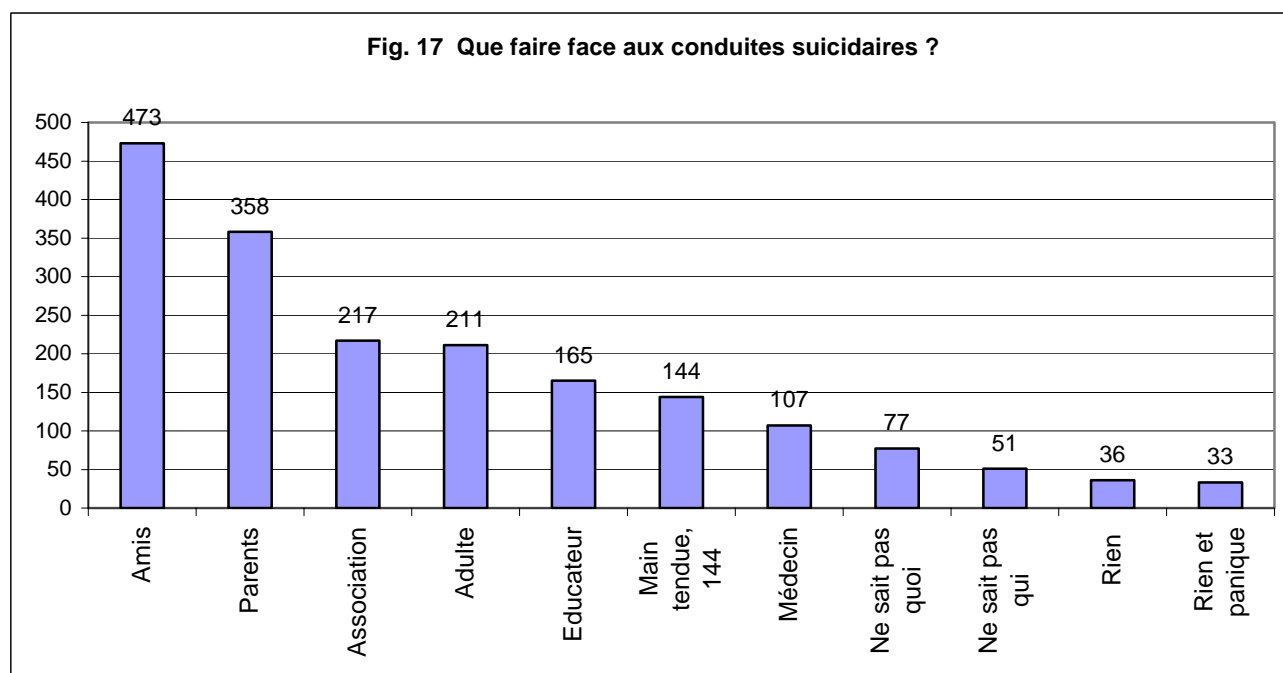


On relèvera encore que 63% de nos sujets disent être en mesure d'évaluer le risque suicidaire, 25% estiment toutefois qu'une formation serait nécessaire.

Lorsqu'on demande aux professionnels d'évaluer la prise en charge clinique actuelle concernant les conduites suicidaires, ils sont plus des $\frac{3}{4}$ à estimer qu'elle devrait être améliorée. A ce propos, ils sont 60% à estimer qu'il faut favoriser la participation des associations et de l'entourage pour permettre aux jeunes de mieux gérer leur mal-être au quotidien. Cette mesure est préférentiellement préconisée par rapport à une prise en charge psychiatrique et/ou psychothérapeutique.

Quant aux jeunes qui n'ont fait aucune tentative de suicide, relevons tout d'abord qu'environ $\frac{1}{3}$ se disent concernés par le suicide, 30% le sont d'une manière proche, 12% de manière lointaine.

Sur l'ensemble de ces jeunes, une minorité (36%) exprime un besoin d'aide vis-à-vis de ce sujet. Quant aux comportements à adopter face à un proche en détresse suicidaire, la figure qui suit nous en dit plus, on constate cependant qu'une fois de plus, c'est le recours aux amis qui est privilégié; le réseau de pairs n'est donc pas à négliger quant il s'agit de prévention des comportements suicidaires.



V. JEUNES ET SUICIDE : COMPARAISONS

Le chapitre ci-dessous présente les différences qui ont pu être observées entre les jeunes qui ont fait une tentative de suicide et ceux qui n'en ont pas fait. Ces comparaisons permettent de se faire une idée plus précise de la conjonction d'événements, de sentiments, de circonstances qui peuvent amener un jeune à envisager un comportement aussi extrême. Elles mettent également en lumière la multitude de difficultés, et le mal-être, auxquels sont confrontés ces jeunes qui ont vécu une crise suicidaire, ainsi que le contraste entre ce qu'ils expriment et ce qu'expriment leurs pairs qui n'ont pas vécu cette crise.

V.1. Données socio-démographiques

Pour ce qui est de l'âge, la différence entre les jeunes qui ont fait une tentative de suicide et les autres, est négligeable, elle se monte à 16.8 ans (écart-type 2.5) pour les non suicidants, contre 17.1 ans (écart-type 2.6) pour les suicidants. Nous avons également vu plus haut que les filles sont plus nombreuses à avoir fait une TS et cela quelle que soit la classe d'âge.

Quant à l'activité actuelle, les suicidants sont un peu plus nombreux chez les apprentis (26% contre 23%) et les sans activités (5% contre 1%); ils sont, par contre,

moins nombreux chez les collégiens (18% contre 22%). Pour le futur, ils sont également plus nombreux à se destiner à un apprentissage (36% contre 26%).

Quant à la nationalité, il nous faut d'abord définir les regroupements réalisés après coup sur la trentaine de pays représentés. Pour la présente analyse, 5 catégories ont été retenues soit :

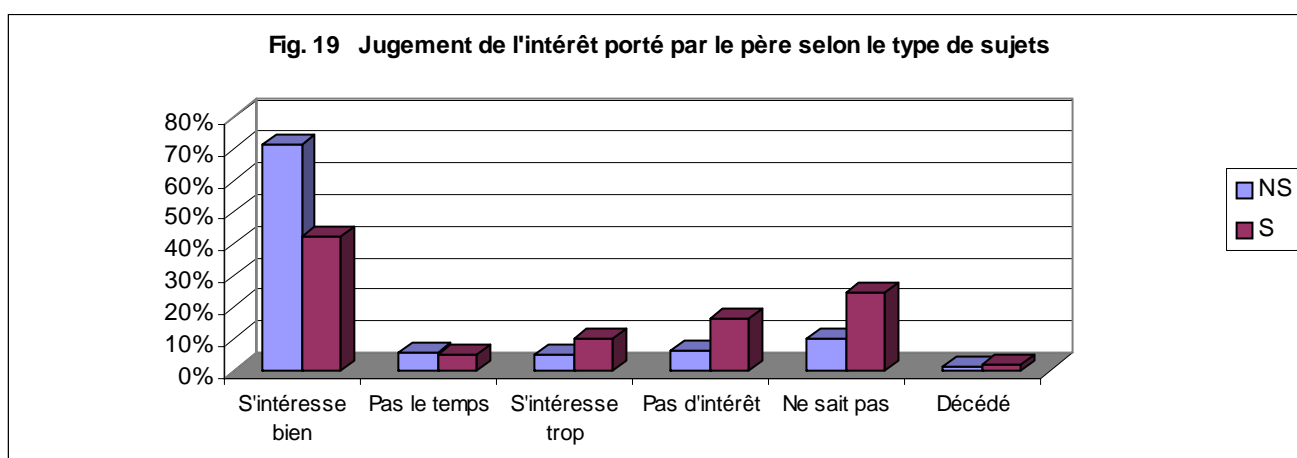
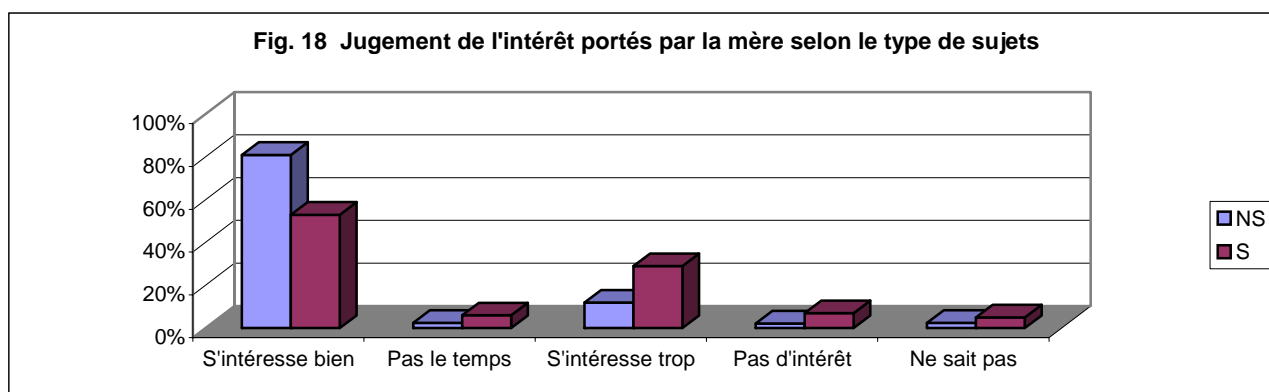
- Suisse,
- Europe,
- Ex-Yougoslavie,
- Hors Europe
- Portugal comme le représentant le plus important des nationalités étrangères.

La plupart de ces catégories présente un pourcentage de tentatives de 10 à 11%. Le Portugal (16%), et surtout les ressortissants non européens (25%), se distinguent quelque peu; toutefois pour les non européens, il faut souligner qu'ils ne sont au nombre que de 16 personnes, ce qui représente 4 sujets ayant fait au moins un passage à l'acte suicidaire.

V.2. La vie familiale

Les caractéristiques liées à la vie familiale permettent de mettre en évidence des différences parfois conséquentes. Comme pour leurs pairs, les jeunes qui ont vécu une crise suicidaire vivent très majoritairement chez leurs 2 parents (73%). Ils sont toutefois plus nombreux (20%) à vivre uniquement chez leur mère, ce qui n'est vrai que pour 11% des non suicidants.

Les jeunes qui ont fait un passage à l'acte sont également un peu moins satisfaits que leurs pairs de l'intérêt que leur portent leurs parents - le père en particulier - ainsi que nous le démontrent les figures ci-dessous.



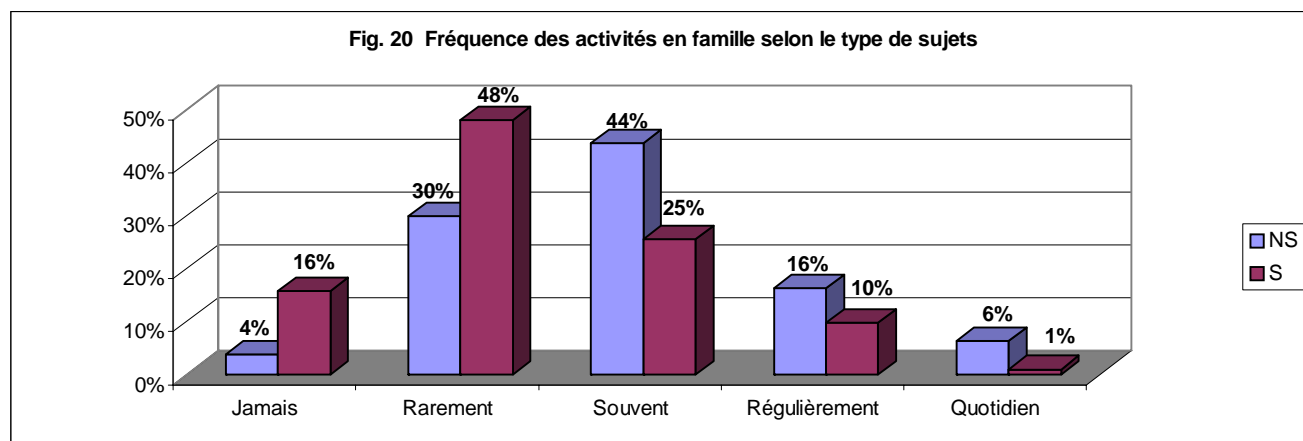
On constate en particulier que les suicidants sont nettement plus enclins à trouver que leur mère s'intéresse trop à eux (29%). En ce qui concerne le père, la fréquence de la réponse « *s'intéresse bien* » passe de 72% à 42%, et près d'1/4 des sujets suicidant ne savent tout simplement pas juger de cet intérêt.

A l'instar des variables ci-dessus, le climat familial est aussi jugé moins bon; ainsi, 1/3 le jugent agréable contre un peu plus de la moitié pour les non suicidants. Le tableau suivant donne plus de détails :

Tab. 3 Jugement sur le climat familial selon le type de sujets

	NS	S
Détendue	24%	20%
Tendue	11%	32%
Agréable	52%	33%
Désagréable	3%	3%
Indispensable	9%	4%
Invivable	1%	8%

Dans le même ordre d'idée, la fréquence des activités en famille est nettement moindre chez les sujets ayant passé à l'acte. Il s'agit en fait de la variable qui met en évidence les différences les plus fortes dans le registre de la vie familiale, ainsi que nous le montre la figure ci-après.



V.3. Activités, loisirs, vie relationnelle

Dans le cadre des activités et des loisirs comme pour la vie familiale, le constat est le même, soit que les jeunes qui ont fait une TS sont moins satisfaits et rencontrent plus de problèmes.

Ainsi en va-t-il de l'appréciation de l'activité scolaire ou professionnelle :

Tab. 4 Appréciation de l'activité actuelle en fonction du type de sujets

	NS	S
Positive	71%	59%
Négative	7%	17%
Moyennement	22%	24%

De plus, 37% des suicidants disent rencontrer des difficultés moyennes à légères dans leur activité, contre 17% de leurs pairs; ils sont aussi plus souvent absents. A ce propos, si la raison des absences est majoritairement la maladie (69%), on remarque qu'ils « sèchent » aussi beaucoup plus souvent que leurs pairs (19% contre 6%).

Quant à la description du climat scolaire ou professionnel, les jeunes qui ont fait un passage à l'acte :

- s’y sentent plus souvent seuls (24% contre 8%)
- y trouvent la vie moins agréable (28% contre 8%)
- s’y sentent moins en sécurité (21% contre 9%)

Concernant les loisirs on remarquera que ces jeunes :

- font plus rarement du sport (25% en font rarement contre 15%)
- font plus rarement partie d’une société ou d’un club (44% rarement ou jamais contre 30%)
- font plus souvent, au quotidien, des activités solitaires (52% contre 35%)
- font aussi plus souvent des sorties entre ami(e)s au quotidien (29% contre 17%)

On a aussi évalué les fréquences d’activités un peu marginales tels que vols, agression etc. Ici aussi les jeunes suicidant se distinguent de leurs pairs :

- ils fuguent plus souvent (36% pour 3 fois et plus contre 20%)
- ils volent et rackettent plus souvent (32% contre 15%)
- ils injurient et agressent plus souvent (52% contre 33%)
- ils se font également plus souvent voler (16% contre 10%)
- ils se font aussi plus souvent agresser (66% contre 44%).

Il faut souligner que, pour tous ces comportements, la différence entre les filles qui ont fait une TS et celles qui n’en ont pas fait, est plus importante que celle constatée chez les garçons. Cela est particulièrement vrai pour les comportements d’auto-mutilation, comme le montre le tableau 5. présenté ci-après.

Tab. 5 Fréquences des automutilations en fonction du type de sujets et du sexe.

AUTO-MUTILATION		NS	S
Garçons	jamais	87%	46%
	1-2 fois	10%	31%
	3 fois et plus	3%	23%
Filles	jamais	82%	25%
	1-2 fois	12%	30%
	3 fois et plus	6%	45%

La vie relationnelle fait aussi apparaître des différences conséquentes notamment en ce qui concerne les attouchements. En effet, on s'aperçoit, qu'1/4 des filles qui ont fait une TS, ont été concernées par ce problème au moins une fois, alors que pour toutes les autres catégories, cela concerne à peine 10% des sujets. Le tableau ci-dessous indique en détail les résultats pour cette variable.

Tab. 6 Fréquences des attouchements en fonction du type de sujets et du sexe.

ATTOUCHEMENT		NS	S
Garçons	jamais	97%	91%
	1-2 fois	3%	9%
	3 fois et plus	0%	0%
Filles	jamais	94%	77%
	1-2 fois	5%	21%
	3 fois et plus	1%	2%

On relèvera avec intérêt, que les jeunes suicidant sont plus précoces en termes de sexualité. En effet, dans la première classe d'âge (12 - 15 ans), presque un tiers de ces jeunes (30%) ont déjà eu une relation sexuelle, alors que cela n'est vrai que pour 10% de leurs pairs. Ils sont aussi plus nombreux à vivre plutôt mal cette sexualité (17% contre 6%), même si cela reste une minorité.

On peut faire l'hypothèse qu'en ayant des relations sexuelles précoces, ces jeunes s'exposent plus en termes relationnels; peut-on dire pour autant que les non suicidants restent proches du cocon familial plus longtemps et que cela les protège ? Voilà une nouvelle piste à explorer.

Tab. 7 Pourcentage de jeunes qui ont eu des relations sexuelles selon l'âge et le type de sujets

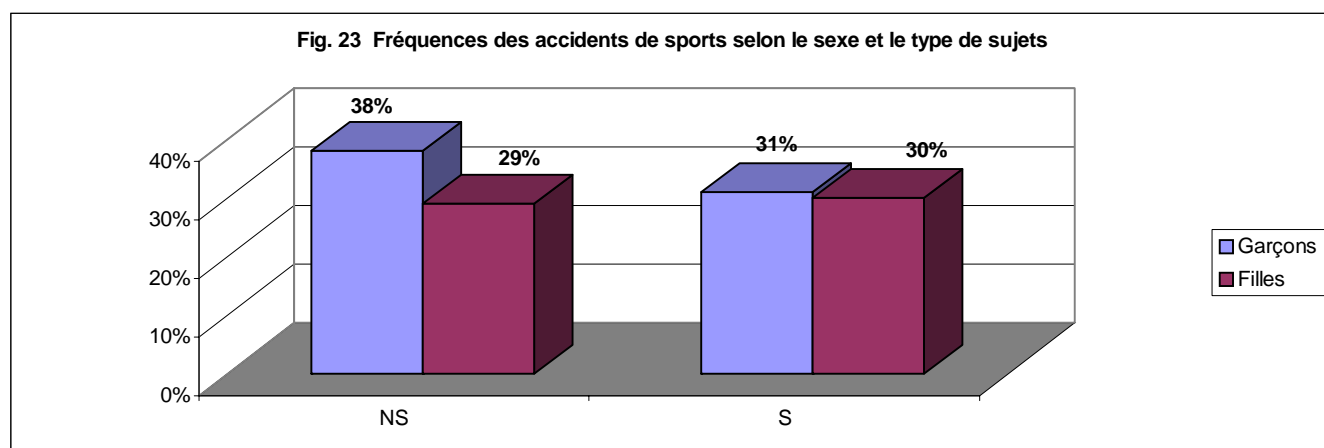
	NS	S
12-15 ans	10%	30%
16-19 ans	47%	69%
20-25 ans	85%	100%

V.4. La santé

D'une manière générale déjà, les jeunes ayant des comportements suicidaires, évaluent leur état de santé moins souvent bon que leurs pairs; ainsi 70% d'entre eux s'estiment en très bonne ou en bonne santé, alors qu'ils sont 91% chez les non suicidants. En outre, 1/4 des suicidants déclarent souffrir d'une maladie. A ce propos, on peut remarquer que ces derniers ont un peu plus souvent des troubles d'ordre alimentaire ou psychiatrique. Au niveau des plaintes rapportées, ils se distinguent particulièrement sur des troubles du registre psychologique tels que déprime, mauvaise humeur, stress et insomnie.

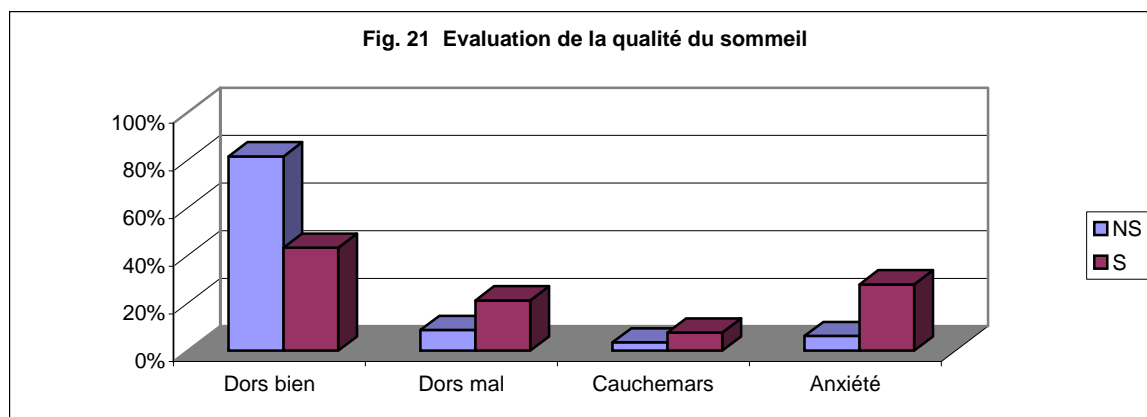
Par ailleurs, 27% de ces mêmes sujets ont été hospitalisés durant l'année, contre 14% de non suicidants. Les accidents subis apportent une information importante. C'est effectivement l'une des seules variables où les jeunes non suicidants se distinguent par un nombre plus élevé que leurs comparses. En effet, les garçons non suicidants rapportent une fréquence d'accidents liés au sport durant la dernière année, plus élevée, comme le montre la figure ci-après.

Ces garçons pratiquent-ils des sports à risque, ou pratiquent-ils leur sport de manière dangereuse et, si oui, à quelles fins ? Est-ce une manière détournée de s'exposer à la mort ? La question est posée. A remarquer encore à ce sujet, que les accidents de la circulation ne présentant aucune différence entre nos deux groupes de sujets.



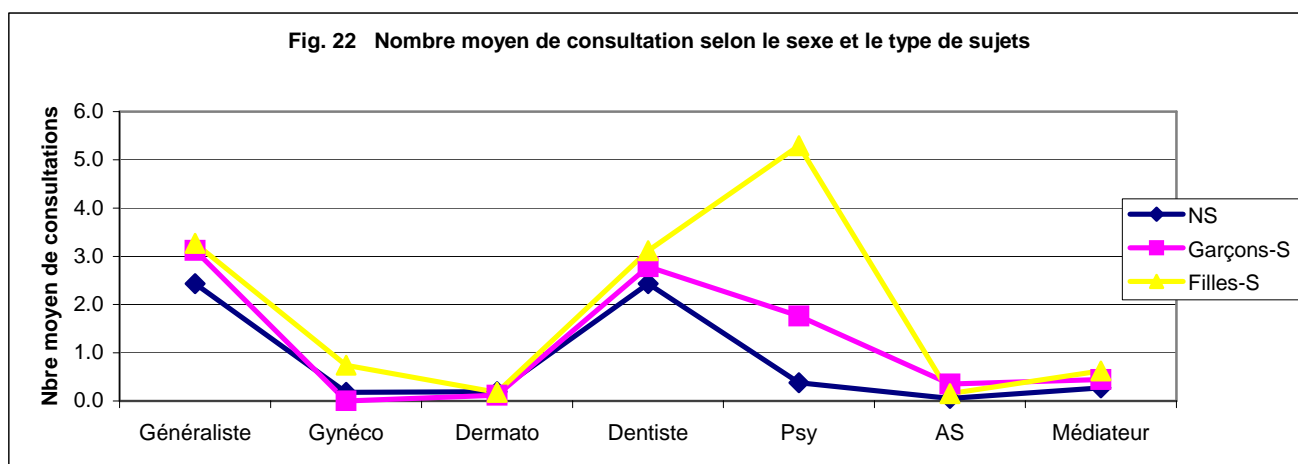
La qualité du sommeil apparaît à nouveau comme une variable discriminante entre nos 2 échantillons. En effet, seul 43% des jeunes suicidants disent bien dormir et 44% d'entre eux déclarent avoir des difficultés à dormir plus d'une fois par

semaine, contre seulement 13% chez leurs pairs. L'anxiété semble jouer un rôle important dans la qualité de leur sommeil.



Le type de spécialiste de la santé ou de l'éducation consulté par les jeunes nous apporte également un éclairage intéressant sur la différence entre garçons et filles ayant des comportements suicidaires. La figure ci-dessous nous indique notamment que ces dernières sont celles qui consultent le plus fréquemment un psychiatre/psychologue, alors que cela est nettement moins le cas chez les garçons et encore moins chez les garçons non suicidants.

L'assistant social, de même que le médiateur sont assez peu fréquemment sollicités, cela quel que soit le type de nos jeunes sujets. Il faut tout de même remarquer qu'il s'agit ici de la fréquence moyenne sur la dernière année et que les écarts-types sont très importants, ce qui implique une grande variabilité entre les sujets. Par exemple, pour les médiateurs le nombre moyen de consultations est inférieur à 1, alors que l'écart-type est supérieur à 2, et que le nombre maximum de consultations pour une personne est de 14; cela donne une idée de la variabilité liée à ce facteur. Celle-ci est également vraie pour les jeunes suicidants et notamment les jeunes filles; si certaines consultent beaucoup le psychiatre d'autres n'y ont absolument pas recours. La figure ci-dessous indique le détail des moyennes pour chaque spécialiste.



Les jeunes qui ont des comportements suicidaires prennent plus de médicaments que leurs pairs, cela est vrai quel que soit le médicament cité (rhume, migraine, estomac, déprime, insomnie etc.), même si les différences sont parfois réduites. Les médicaments contre le stress, déprime, angoisse permettent de mettre en évidence une information intéressante selon le sexe, ainsi que le montre le tableau ci-après. En effet, on constate que les filles, qui n'ont pas de comportements suicidaires, sont tout de même assez nombreuses à prendre parfois ou régulièrement ce type de médicaments; les filles ayant fait une TS étant toutefois les plus nombreuses à le faire.

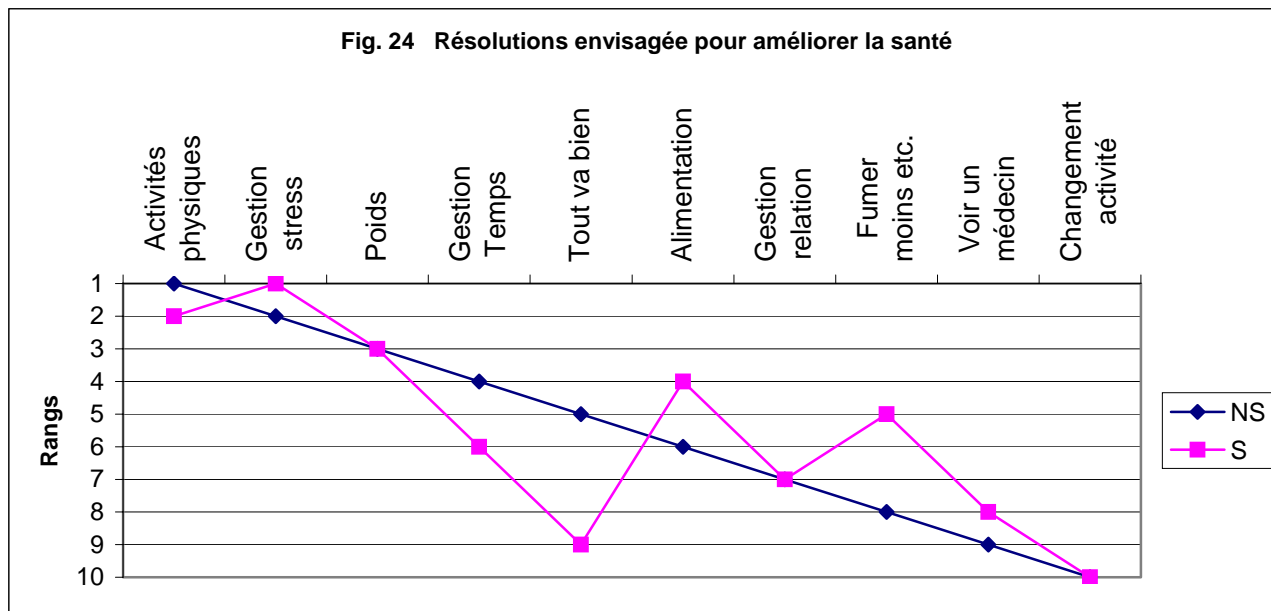
Tab. 8 Fréquence de la prise de médicaments contre la déprime le stress ou l'angoisse

		NS	S
Garçons	parfois/ régulièrement	10%	27%
	non	90%	73%
Filles	parfois/ régulièrement	22%	38%
	non	78%	62%

Enfin, par rapport à la consommation de substances diverses, on notera les résultats suivants à propos des jeunes suicidants :

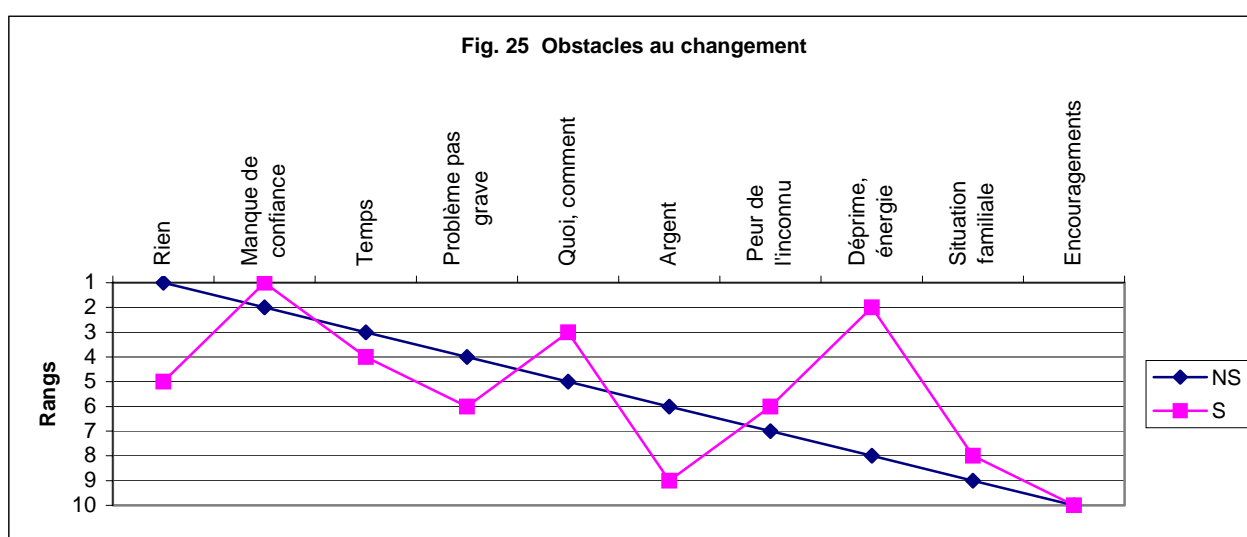
- 48% fument régulièrement (contre 19%)
- 34% boivent régulièrement de l'alcool (contre 17%)
- 18% consomment régulièrement du cannabis (contre 6%)

A la question : « *Quelles résolutions aimerais-tu adopter afin d'améliorer ou de maintenir ton état de santé ?* », nos deux échantillons répondent de la manière suivante :



Faire plus d'activités physiques, de même que l'amélioration de la gestion du stress et le fait de perdre du poids, voilà les stratégies qui figurent aux premiers rangs pour l'ensemble des jeunes interrogés. On peut donc dire que, pour l'essentiel, suicidants et non suicidants sont relativement proches.

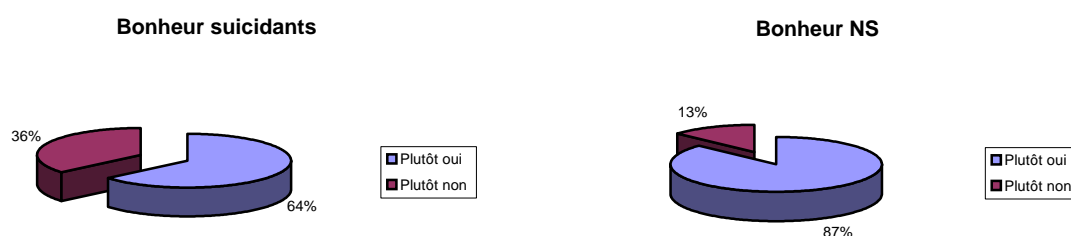
Voyons ce qu'il en est maintenant des obstacles à ces améliorations envisagées.



Si nos deux types de sujets sont assez proches pour le manque de confiance, qui constitue donc un obstacle important à l'amélioration de la santé, ils se distinguent par contre fortement sur la déprime et le manque d'énergie qui est vraiment propre aux suicidants. On remarquera aussi que les non suicidants considèrent en premier lieu que rien ne les empêche d'envisager un changement du point de vue de leur santé.

V.5. *Sentiments, soucis, ressources*

Du point de vue du bien-être et d'une manière générale, les jeunes qui ont fait une tentative de suicide, s'estiment moins heureux que leurs pairs.



Ils sont également un peu moins optimistes face à l'avenir, quoique la différence soit ici bien plus réduite (43% contre 59%). Dans le même ordre d'idée, ils disent ressentir très souvent :

- de la solitude (19% contre 3%)
- de la dépression (32% contre 5%)
- du désespoir (26% contre 5%)
- des idéations suicidaires (24% contre 1%)

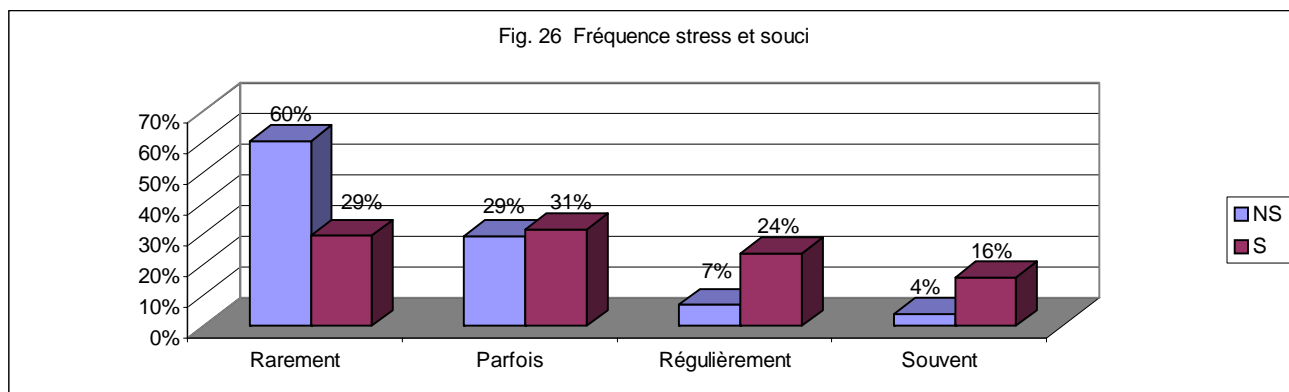
Le sentiment de solitude révèle aussi une distinction importante au niveau du sexe ; en effet, la distance entre garçons est plus grande que celle entre les filles, ainsi que l'indique le tableau ci-dessous.

Tab. 9 Fréquence du sentiment de solitude selon le sexe et le type de sujets

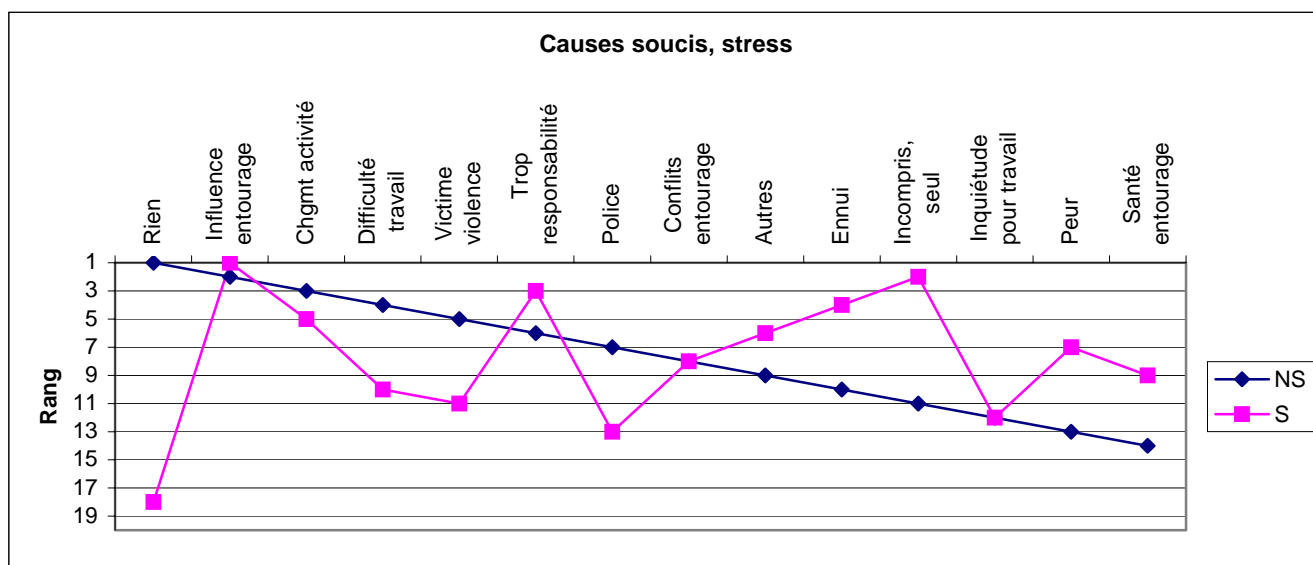
		NS	S
Garçons	Jamais	45%	21%
	Rarement	42%	33%
	Assez souvent	11%	22%
	Très souvent	2%	24%
Filles	Jamais	22%	5%

Rarement	56%	45%
Assez souvent	18%	34%
Très souvent	4%	16%

Nos sujets suicidants ressentent également plus souvent du stress et des soucis :



Les principales causes de ce stress sont les suivantes :



Il est assez révélateur de constater que la principale source de stress pour les non suicidants c'est : « Rien », alors que cette cause figure en dernière position pour les suicidants. La première cause de souci pour ces derniers est l'influence trop importante de l'entourage, suivie par le sentiment d'être incompris.

Ce que ces jeunes aimeraient faire pour réagir à leur stress et leur souci :

- passer plus de temps en famille
- apprendre la relaxation

- mieux s'alimenter

Leurs pairs partagent le souhait d'apprendre à se relaxer, qui figurent en tête de leur classement, suivi par le fait de réduire les conflits, puis de sortir plus souvent. Une fois de plus la gestion du stress, le désir de se relaxer, sont définis comme des priorités par les jeunes quels qu'ils soient.

Les obstacles à ces changements sont pour les suicidants :

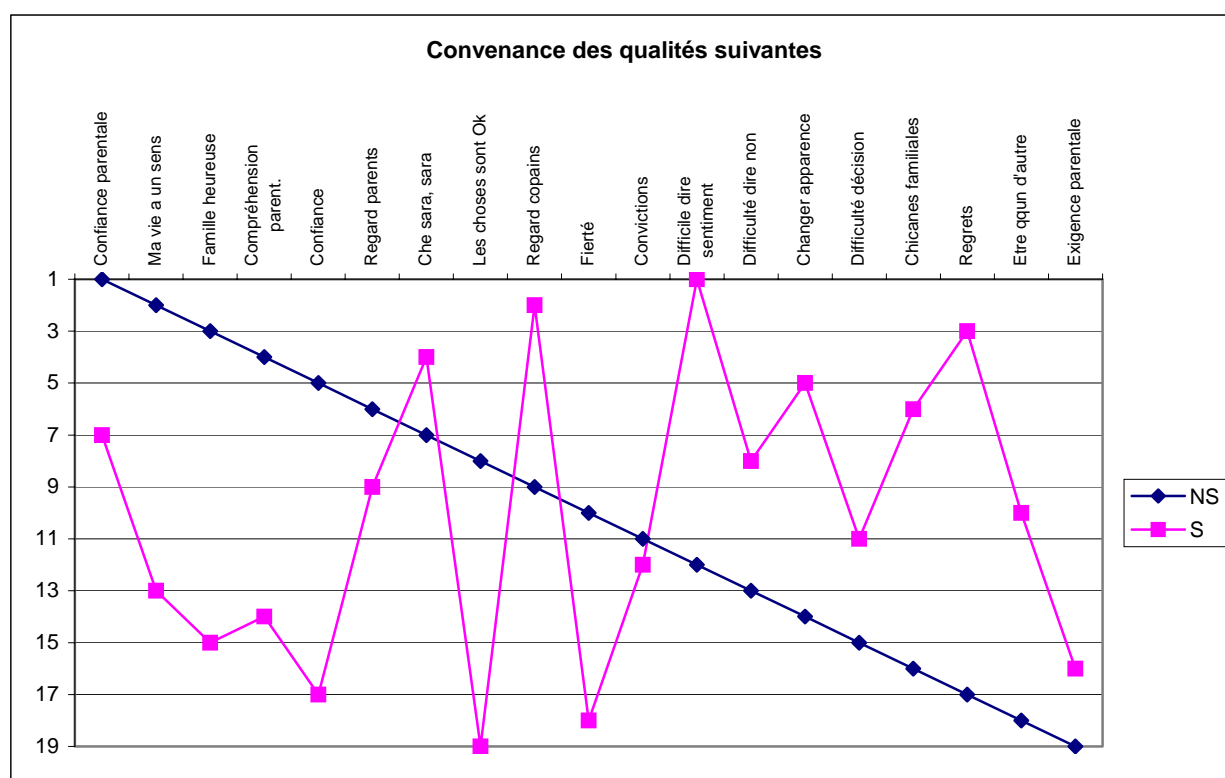
- le besoin d'encouragement,
- l'argent et la peur de l'inconnu;

pour les non suicidants :

- rien,
- le besoin d'encouragement
- la confiance.

Par ailleurs, nos deux groupes de sujets se retrouvent plus ou moins sur la place qu'occupe la vie religieuse puisqu'ils sont 10% de suicidants à la trouver importante contre 12% de non suicidants.

Enfin, et en guise de conclusion de la présentation des résultats, lorsqu'on demande aux jeunes de choisir parmi une liste, les caractéristiques qui leur correspondent le mieux, la figure ci-après indique le rang occupé par chaque caractéristique, en fonction du nombre de fois où elle a été citée. On notera que là encore, nos deux groupes de sujets se distinguent passablement.



Pour les jeunes qui n'ont pas vécu de crise suicidaire, les affirmations qui leur correspondent le mieux sont :

- Mes parents me font confiance
- Ma vie a un sens
- J'ai une vie familiale heureuse

Pour les jeunes suicidants, les affirmations qui arrivent en tête sont :

- J'ai souvent de la difficulté à dire ce que je ressens
- Ce que pensent mes copains/copines est très important
- Je regrette souvent ce que j'ai fait.

Voilà une source de réflexions à développer.

VI CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Au terme de cette analyse, un certain nombre de conclusions et de réflexions se font jour.

Concernant tout d'abord la jeunesse valaisanne, le constat est plutôt rassurant, du moins pour ce qui est de la majorité des sujets interrogés. Les jeunes semblent en effet plutôt satisfaits de leur vie sur les plans évalués, à savoir la famille, la scolarité et le travail, la vie relationnelle, les loisirs, la santé.

On remarquera que la famille paraît jouer un rôle fort et important auprès de cette jeunesse. Comme nous l'avons déjà suggéré plus haut, la famille semble constituer un noyau sécurisant, un repère significatif. L'avenir suscite apparemment plus de soucis, ou tout au moins, il ne soulève pas un optimisme débordant, mais plutôt une certaine perplexité. Il est vrai qu'après l'influence pressante de l'entourage, les difficultés à l'école/au travail et le changement d'activité, sont les principales causes de stress ou de soucis chez les jeunes interrogés. Dans le même ordre d'idée, il est frappant de remarquer que la gestion du stress et l'apprentissage de la relaxation sont cités parmi les premiers moyens pour améliorer la santé ou faire face aux soucis.

Le constat qui ressort de la comparaison entre jeunes qui ont fait un passage à l'acte et leurs pairs est que les premiers rencontrent globalement plus de difficultés, de soucis, de tension, que ce soit dans le registre familial, scolaire et professionnel ou relationnel; ils ressentent également plus d'émotions négatives (tristesse, désespoir, anxiété, pessimisme) et adoptent plus fréquemment des comportements qui nuisent à la santé (fumer, consommer de l'alcool ou du cannabis). En résumé, ils vont moins bien, ils sont moins heureux, ils sont aussi plus fragiles, ont plus de mal à se protéger.

A cela il faut encore ajouter le fait que, dans le cadre de la crise suicidaire en tout cas, ils ont du mal à chercher du soutien, de l'aide, même auprès de leurs pairs. Certains d'entre eux déclarent d'ailleurs qu'ils ne souhaitaient pas être aidés avant leur passage à l'acte. Ce constat va dans le sens de la complexité du phénomène, auquel on trouve une multitude de facteurs de risque et de parcours; il va également dans le sens que ce n'est jamais un événement à lui seul qui provoque le comportement suicidaire, mais un ensemble devenu inextricable et qui, à un moment donné, au bout d'un processus parfois très long, ne peut en supporter plus.

Deux autres remarques encore pour relever tout d'abord l'importance des pairs et ensuite le rôle joué par la variable genre. Concernant les pairs, ce sont eux à qui nos jeunes suicidants parlent le plus fréquemment de leur idéation, avant comme après la tentative; ce sont également eux qui sont cités en premier lieu en réponse à la question : « *Où aurais-tu pu trouver de l'aide ?* ». Quant au sexe, on relèvera sans surprise que garçons et filles ne traversent pas ce processus de la même manière;

pour exemple, et à l'instar de bien d'autres études, on constate que les filles consultent plus volontiers, en particulier les psychiatres ou psychologues, alors que les garçons consultent peu, cela quel que soit le spécialiste. Cependant, les comparaisons sur la base du genre doivent être menées plus avant, la présente analyse ne les ayant pas abordées de manière systématique.

Quant au point de vue des professionnels, on relèvera qu'ils sont relativement nombreux à être confrontés à ce type de problématique. S'ils estiment, en majorité, être en mesure d'évaluer le risque suicidaire, avoir été capable de gérer la situation, et s'être senti acteur d'un réseau. Ils estiment également en majorité que la prise en charge clinique pourrait être améliorée. A ce propos, ils considèrent qu'il faut favoriser la participation des associations et de l'entourage pour permettre aux jeunes de mieux gérer leur mal-être au quotidien; cette mesure étant, il faut le souligner, préférentiellement préconisée par rapport à une prise en charge psychiatrique et/ou psychothérapeutique. Il ne faut pas oublier non plus la minorité de professionnels qui se sont sentis mal à l'aise dans la situation à laquelle ils ont été confrontés, et qu'ils sont 1/3 à évaluer qu'ils ne savent pas ou pas suffisamment bien estimer le risque suicidaire.

Le mot de la fin sera laissé, parce qu'il résume bien un certain nombre de résultats présentés ici, et pour la perspective qu'il offre donc en terme de prévention et d'intervention, à Di Clemente et al.⁶ (1996) qui proposent ce qui suit :

« (...) en plus de s'appliquer aux individus, les interventions doivent s'étendre à la famille, au groupe de pairs, à la communauté. »

⁶ Di Clemente et al. (1996) Handbook of adolescent health risk behaviour, p.413

« Alors ce test il est super !
On apprend un peu à se connaître
et même à savoir ce qui va
et ce qui ne va pas. »

LE SUICIDE CHEZ L'ADOLESCENT : DES PISTES POUR LA PRÉVENTION¹

GUSTAVO BASTERRECHEA

Psychiatre, Directeur de la clinique la Métairie, Nyon

Dans le domaine de la santé mentale, la prévention pose des problèmes majeurs en raison de la complexité des processus et des paramètres en jeu dans le maintien ou, à l'inverse, la détérioration de la santé.

En outre, les programmes de prévention sont souvent grevés d'une inquiétude consistant à craindre des conséquences incitatives plutôt que préventives (« *Parler du suicide c'est donner des idées aux gens* »). C'est pourquoi la santé mentale est longtemps restée à la traîne en ce qui concerne les activités de prévention.

Le suicide, de par la gravité du phénomène et de ses conséquences, est toutefois un domaine qui a fait l'objet de plusieurs tentatives, de la part de médecins, d'éducateurs ou d'enseignants, en vue d'élaborer des programmes efficaces. Mon projet est de présenter ici quelques pistes et des réalisations concrètes qui, non sans courage et persévérance, ont été concrétisées ici et là.

On l'a souligné en préambule, la complexité des causes, qui souvent s'intriquent très intimement, implique l'engagement de ressources et de doctrines diverses s'adressant à plusieurs cibles dont le suicidant n'est évidemment pas le moindre. Dans la conception de tels programmes on doit d'abord circonscrire le problème sur lequel on veut travailler. Dans le cas qui nous préoccupe, on s'intéressera soit au suicide dans son ensemble, objectif ambitieux s'il en est qui touche notamment les dimensions médicales et communautaires (école, travail, monde associatif, etc.), soit au suicide touchant un groupe de population selon la classe d'âge (les adolescents, les personnes âgées), le groupe social à risque (les chômeurs, les détenus), la situation psychopathologique (les déprimés par exemple). On s'organisera ici pour identifier ces personnes et les relier à toute ressource susceptible de réduire le potentiel de passage à l'acte. **Plus une population présente un risque élevé, plus l'effort devra être intensif et précoce.** Ce type de programme, techniquement et pratiquement moins difficile à mettre en œuvre est

¹ Résumé de l'intervention du Dr Gustavo Basterrechea, Clinique La Métairie, dans le cadre de la Journée de la Fondation Sarah Oberson, Sion, 9 novembre 2005.

celui qu'on trouve le plus souvent dans la littérature spécialisée. Une prévention dite secondaire viendra en aide, de manière plutôt individualisée, aux personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide. La prévention concerne également les personnes prises individuellement quelle que soit leur appartenance (les lignes d'écoute et les groupes d'entraide sont ici très actifs).

Une autre stratégie fréquemment préconisée, notamment au Canada, vise à réduire l'accès, toutes populations confondues, aux moyens du suicide (récolte ou sécurisation des armes à feu, protection des ponts à risque, parois vitrées dans les stations de métro, etc.). Ces actions de prévention ont souvent fait leur preuve mais il va sans dire que la combinaison des unes et des autres contribue vraisemblablement à en renforcer l'efficacité. Les programmes destinés à la communauté ont ainsi un meilleur impact s'ils sont accompagnés d'interventions sur les individus et les proches.

L'identification des facteurs de risque doit s'accompagner de la recherche et du **renforcement des facteurs de protection** (soutien familial, professionnel ou paraprofessionnel; médicaments; aide sociale et insertion professionnelle ; etc.). On a également constaté que programmes incluant les proches ont un meilleur impact que les programmes uniquement destinés à l'individu.

Les programmes de prévention doivent idéalement être **testés et validés**. Leurs conditions d'implantation diffèrent le moins possible des conditions de la recherche.

Enfin, une des clés du succès est l'inscription des actions de prévention dans la durée sous forme notamment de campagnes de rappel.

Lorsqu'on identifie et compare les programmes concernant la prévention du suicide, diverses caractéristiques communes émergent que je résume dans le tableau qui suit :

<p>Accessibilité du programme Faisabilité du programme Dépistage précoce Evaluation de l'efficacité et de l'efficience Le programme a-t-il des effets positifs inattendus ? Système d'information Evolutivité du programme Convivialité du programme</p>
--

Je ne développerai pas tous les points que je viens d'énumérer. Je me permets toutefois d'insister sur la nécessaire **accessibilité** de ces programmes : l'information et la ressource-solution doit être ouverte au plus grand nombre indépendamment du niveau d'instruction, des ressources financières ou de l'appartenance culturelle.

J'aimerais également souligner l'importance du caractère **souple et évolutif** de tels programmes qui doivent être appelés à des modifications plus ou moins importantes en fonction des premiers résultats enregistrés. De nombreuses initiatives ont fait long feu en raison de leur trop grande rigidité qui n'a pas permis, dès que leurs initiateurs en ont eu connaissance, la correction de défauts a priori pourtant mineurs.

Je rappelle enfin l'importance, pour un programme de prévention, de pouvoir être compatible avec d'autres initiatives portant sur des secteurs proches, voire d'être capables de s'y intégrer, c'est ce que j'appelle la **convivialité**. Un programme portant par exemple sur le dépistage et le traitement de la dépression et un autre concernant le suicide et sa prévention doivent se renforcer mutuellement en évitant, par exemple, de délivrer à une même population des messages contradictoires.

Plus concrètement, un programme de prévention devrait suivre les lignes directrices suivantes :

Mieux connaître les **facteurs de risque suicidaire** et les actions concernant la prévention du suicide aux niveaux national et international,
 Identifier toutes les **initiatives prises** localement sur ce thème
 Identifier les **moments cruciaux en amont de l'acte suicidaire**, pour lesquels il n'existe pas d'action répertoriée afin de définir de nouvelles actions à mettre en place,
Evaluer les actions mises en œuvre en matière de lutte contre le suicide pour apprécier leur efficacité et leur pertinence, afin de favoriser le développement des actions les plus efficaces ou ayant le plus d'impact,
 Favoriser le **dialogue et les échanges** d'information entre tous les acteurs concernés

La connaissance des facteurs de risque du suicide reste la pierre de touche de nombreuses initiatives de prévention. Il s'agit d'une part d'en diminuer l'importance (par exemple réduction du chômage), mais aussi d'identifier les personnes concernées et leur apporter le soutien requis (meilleure accessibilité aux soins pour les chômeurs). En outre, chaque individu lié à un risque est plus vulnérable à certains moments de sa vie. Le chemin vers un éventuel passage à l'acte est par définition erratique et imprévisible. Il est dès lors important que les personnes concernées puissent trouver une ressource utile la plus accessible possible ce qui

n'est pas toujours réalisé dans le monde de la santé mentale (listes d'attente, barrières aux soins).

Enfin, (la condition n'est hélas pas toujours réalisée) il est impératif que les diverses administrations, institutions et associations en cause suivent des objectifs communs de manière solidaire et coordonnée en surmontant les inévitables différences de doctrines et de méthodes.

Le domaine scolaire est particulièrement propice aux actions de prévention. Il est nécessaire ici de créer les conditions d'une collaboration entre tous les intervenants (parents et enseignants, pédiatres, etc.) côtoyant les enfants et les adolescents. Les messages délivrés ici seront utiles pour la suite de l'existence de chacun. Les actions peuvent suivre le canevas suivant :

Evaluation des besoins et des actions déjà entreprises Formation et entraînement des intervenants intra-scolaires (« gate-keeper ») Formation et entraînement des parents Formation et entraînement des intervenants extérieurs à l'école (pédiatres, services psycho-éducatifs, éducateurs, paroisses, etc) Cours aux élèves Interventions de post-vention
--

On le voit, les perspectives sont nombreuses et porteuses d'espoirs. Dans tous les cas, quelle que soit la population concernée, on doit garder à l'esprit que la prévention du suicide est l'affaire d'intervenants divers et nombreux. Ainsi peut-on voir naître, autour d'un problème dramatique, les prémices d'un nouveau contrat social qui nous fait parfois tant défaut.

« Trop de jeunes ont besoin d'aide
mais n'osent pas le dire
car ils ont peur que pour les autres
ce soit ridicule. »

LES JEUNES ET LE SUICIDE : NOTRE EXPÉRIENCE AU CENTRE D'ÉTUDE ET PRÉVENTION DU SUICIDE

CAROL NAVARRO MARCOMINI ET MAJA PERRET-CATIPOVIC

Psychologue clinicienne, Centre d'Etude et de Prévention du Suicide
Psychologue, Responsable du Centre Etude et Prévention du Suicide,
Département de psychiatrie HUG, Genève

Le Centre d'Etude et Prévention du Suicide (CEPS) a été créé en octobre 1996 (ou 1997) grâce au partenariat entre les Hôpitaux Universitaires de Genève et la Fondation privée Children Action. Sous la responsabilité de Mme Maja Perret-Catipovic, il fait partie de l'unité « adolescents » du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dirigée par le Professeur Ladame. Le mandat du CEPS est centré sur la prévention du suicide des jeunes, autour de trois axes : la prise en charge clinique ; la formation et l'information; et les études sur la suicidalité des jeunes.

L'accessibilité aux soins pour l'adolescent suicidant est notre priorité. Aussi nous travaillons avant tout à l'aide d'une ligne téléphonique qui fonctionne 24h/24 et 7j/7. Nous traitons ainsi un maximum de situations par téléphone.

Toutefois, malgré cet accès facilité, les demandes que nous recevons proviennent avant tout de l'entourage du jeune, proches ou professionnels, le jeune lui-même refusant bien souvent de consulter. Aussi, la prise en charge clinique a pour fondement au sein du CEPS, l'acceptation du refus de soin de la part du jeune. Nous avons donc tout au long de ces années, développé au maximum le travail en réseau.

Le jeune, est dans un moment de sa vie où il est très entouré (famille, amis, réseau scolaire, réseau sportif,...). Cet entourage se sent bien souvent très démuni lorsqu'il craint un risque suicidaire chez un jeune. Aussi, en tout premier lieu, notre travail a pour but de renforcer les compétences de cet entourage afin de tisser un filet de sécurité autour de l'adolescent suicidant.

Ainsi, pour le CEPS, prévenir le suicide c'est avant tout : lutter contre la rupture de liens; renforcer les liens existants; tisser de nouveaux liens autour de l'adolescent suicidant.

Ce travail en réseau est à nos yeux de première nécessité et c'est dans ce partenariat entre les différents intervenants du réseau, que ce soit proches ou professionnels, que nous pourrons efficacement aider les jeunes suicidants en refus de soins.

« Je trouve qu'il faudrait plus de débats, de témoignages, de prévention à propos du suicide et sensibiliser les ados. »

LES JEUNES ET LE SUICIDE EN VALAIS

CALOGERO MORREALE

Psychiatre et Psychothérapeute, Unité de Psychiatrie et de Psychotérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (UPEA), Hôpital de Sierre

A quinze ans, j'étais fatigué de vivre. Sans doute faut-il être si jeune pour se sentir si vieux...

Privé de cette main qui m'a retenu, je me serais laissé glisser jusqu'au suicide, cette mort qui me tentait, séduisante, apaisante, trappe dérobée où j'aspirais à m'enfourner avec discrétion afin de mettre un terme à ma douleur.

De quoi souffre-t-on à quinze ans ?

De ça, justement : d'avoir quinze ans ? De ne plus être un enfant et pas encore un homme. De nager au milieu du fleuve, une rive quittée, l'autre non rejointe, buvant la tasse, coulant, remontant, luttant contre les tourments du courant avec un corps nouveau qui n'a pas fait ses preuves, seul, suffoqué.

LA PLACE DE LA PEDOPSYCHIATRIE

Accueillir
Soutenir
Co-construire

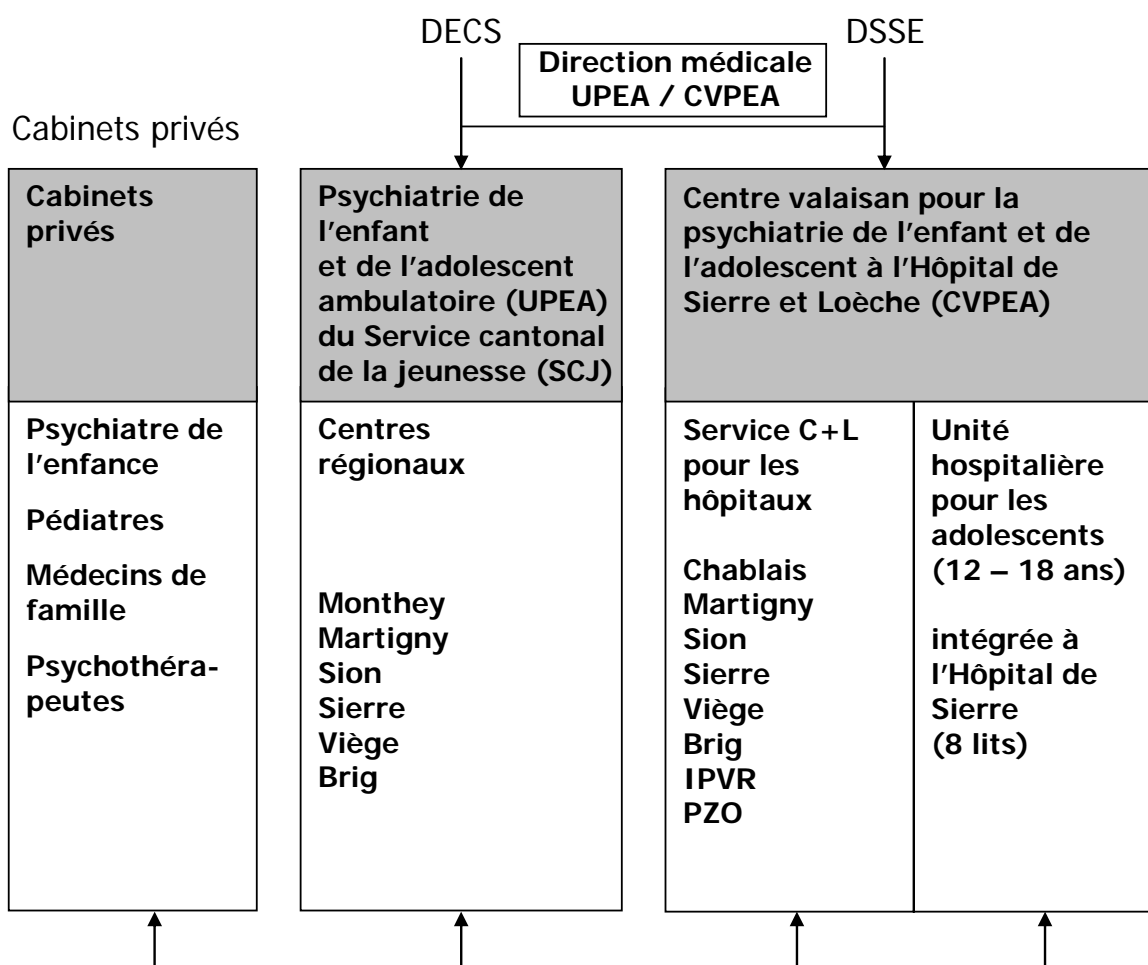
Ces trois mots peuvent nous donner les lignes d'intervention de la pédopsychiatrie publique dans notre canton.

ORGANISATION DE LA PEDOPSYCHIATRIE EN VALAIS

Présentation de l'organigramme de l'organisation de la pédopsychiatrie en Valais.

La chaîne de soins, de la prise en charge pédopsychiatrique, collaboration entre le privé et le public, l'ambulatoire et l'hospitalier.

Suivi psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent en Valais



DECS	Département de l'éducation, de la culture et du sport
DSSE	Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie
SCJ	Service cantonal de la jeunesse
UPEA	Unité ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent
C+L	Service de consultations et de liaisons
IPVR	Institutions psychiatriques du Valais romand
PZO	Psychiatriezentrums Oberwallis
CVPEA	Centre valaisan de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Notre intervention trouve sa place dans cette organisation lors du tentamen d'un jeune.

Présentation du modèle d'intervention mis en place par la pédopsychiatrie pour faire face aux situations des tentamens.

ACCUEILLIR

Ce premier point peut nous permettre de présenter la prévention mise en place à la situation particulière du suicide et du tentamen des jeunes en Valais.

Prévention :

- Collaboration avec les organisations, les groupes d'entre-aides qui œuvrent dans le domaine du suicide des enfants et des jeunes ou qui ont des projets dans ce domaine.
- Renforcement des compétences des professionnels s'occupant d'enfants et de jeunes au tour du thème du suicide :
 - des collaborateurs d'institutions spécialisées qui peuvent être chargés d'accueillir des jeunes présentant des problèmes suicidaires.
 - enseignants / médiateurs / directeurs d'école
- Information au public (conférence article de presse)

C'est dans cette articulation que va se situer le travail de prévention.

Nous pouvons concevoir que notre intervention d'aujourd'hui trouve sa place dans cet élément-là.

SOUTENIR

- Par le biais de la formation continue, de discussions de cas et de supervisions.

Augmenter les compétences des collaborateurs, dans le domaine du conseil et de la thérapie d'enfants et de jeunes, des conseils aux parents, aux enseignants, aux éducateurs, aux spécialistes des enfants de la protection infanto-juvénile.

C'est en augmentant les compétences de tous les professionnels pouvant répondre aux situations de jeunes en crise que nous allons pouvoir améliorer la situation du jeune et de sa famille.

CO-CONSTRUIRE

Ce troisième point va s'articuler sur plusieurs aspects :

a Conseils et traitements des cas

- traitement d'enfants et d'adolescents suicidaires, conseils et soutien aux parents, aux enseignants et collaborateurs d'institutions d'éducation spécialisée.

Se soin peut se faire de manière directe dans l'unité hospitalière de Sierre ou dans les différents services de pédiatrie ou de médecine où peuvent être hospitalisés les jeunes.

Lors d'une situation, un jeune peut être hospitalisé dans notre unité.

Indication pour une prise en charge hospitalière

- mise en danger personnelle ou externe en raison d'un problème psychique
- **crise suicidaire aigue**
- trouble psychique sévère, comme par exemple des états d'angoisse, phobie, état psychotique, dépression, trouble obsessionnel compulsif, etc.
- crise aigue d'agitations psychomotrices
- état délirant
- trouble alimentaire
- phobie scolaire
- nécessité d'une évaluation multi-professionnelle

Nous vous avons présenté là, les indications pour la mise en place d'une hospitalisation, comme vous pouvez le constater, le tentamen et la crise suicidaire aigue font partie des indications d'une hospitalisation dans notre unité.

b Collaboration avec les hôpitaux

La mise en place de notre modèle de liaison, collaboration avec les services de pédiatrie et de médecine pour les soutenir dans la prise en charge des situations (la tentative de suicide,) dans l'accompagnement des situations ainsi que dans l'encadrement des familles.

c Collaboration avec les institutions d'éducation spécialisée et les écoles

Nous offrons nos conseils aux institutions qui accueillent et accompagnent des jeunes présentant une problématique suicidaire.

Nous vous avons présenté un canevas d'intervention dans notre canton faisant partie de la chaîne de soins offertes aux familles ainsi qu'aux institutions pour des situations de tentatives de suicide.

Présentation de ce modèle de fonctionnement

L'intervention dans le cadre de la situation d'idées suicidaires ou d'une tentative de suicide chez un jeune fait surtout intervenir notre service de liaison ou notre service ambulatoire.

Présentation des différentes situations d'intervention :

- 1 Demande de prise en charge du service ambulatoire (UPEA)
- 2 Demande d'intervention par un psychothérapeute ou un intervenant (pédiatre, médecin traitant)

Prise de contact par l'intervenant principal auprès de notre service de Sierre qui suite à l'évaluation dans un premier temps téléphonique, peut convenir de plusieurs réponses :

- soit rendez-vous d'évaluation
- soit hospitalisation d'urgence dans les services de pédiatrie ou de médecine ou dans notre unité si c'est possible
- soit conseil ou demande d'un suivi thérapeutique

Suivant l'âge, hospitalisation d'urgence dans les services de pédiatrie ou de médecine.

Intervention du service de liaison.

Collaboration avec les différents intervenants et prise en charge du jeune et de la famille dans une telle situation.

Mise en place du traitement et de la prise en charge la plus adéquate selon la situation.

REFLEXION

Ces différents modèles et ces différentes présentations sont valables pour tout le canton du Valais et les différentes offres se trouvent de manières identiques pour tout le Valais (francophone et alémanique).

La place du pédopsychiatre est aussi dans l'élaboration d'un diagnostic.

La tentative de suicide peut être aussi le premier épisode d'une autre pathologie :

- Dépression
- Contexte d'impulsivité :
 - Troubles des conduites
 - Personnalité borderline ou limite
- Schizophrénie
- Troubles du comportement alimentaire (boulimie)
- Dysmorphophobie
- Troubles anxieux

« Savoir déceler la souffrance
et la guérir...
la plus grande des qualités. »

RÉACTIONS ET MESURES DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA SUITE D'UN SUICIDE DANS UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE

DOLORES ANGELA CASTELLI DRANSART¹

Prof. Dr, Responsable du Département de la Recherche appliqué et du développement, Haute Ecole fribourgeoise de travail social (HEF-TS), Givisiez

1. INTRODUCTION

Le suicide au sein d'un établissement scolaire n'est généralement pas un événement anodin. Il surprend et bouleverse la communauté scolaire. Le décès est le plus souvent soudain et brutal, même si dans la majorité des cas il fait suite à une période plus ou moins prolongée de souffrance et de difficultés de la personne décédée. Par sa nature-même, le suicide engendre des réactions émotionnelles et des questionnements particuliers : pourquoi s'est-il/elle suicidé-e ? Qu'est-ce qui a pu le/la conduire à poser un acte pareil ? La question de la responsabilité est également soulevée, surtout si le décès s'est produit au sein même de l'établissement. La communauté scolaire doit donc faire face à des situations inhabituelles, stressantes et chargées émotionnellement. Elle est en général appelée à mettre en œuvre des mesures de soutien et d'accompagnement pour les différents acteurs concernés : élèves, personnel enseignant ou autre, parents.

Les spécialistes appellent ces mesures des activités de postvention. Celle-ci englobe les politiques et les protocoles d'intervention à la suite d'un suicide, mais également, au préalable, la formation du personnel et la constitution d'un groupe à même d'intervenir en cas de crise, ainsi que des activités d'évaluation et de suivi, une fois les interventions accomplies.

¹ Ce texte s'inspire d'une publication antérieure de l'auteure (Castelli Dransart, 2003).

Nos vifs remerciements vont à Mme Marie-Thérèse Prélaz pour le travail de relecture.

Plus spécifiquement, la postvention comprend le soutien et l'accompagnement de personnes touchées à différents titres par un décès par suicide. Elle s'adresse entre autres mais non exclusivement aux proches (famille, amis), aux collègues et aux enseignants de la personne suicidée mais également aux professionnels de la santé et du social travaillant dans l'établissement scolaire, aux personnes confrontées à la scène du décès ou bouleversées par cet événement. La postvention peut désigner des interventions générales comme spécifiques (cf. infra). Elle consiste donc à offrir ou à « réaliser des activités visant à réduire les effets négatifs, à court et à long termes, causés par le suicide ou la tentative de suicide d'une personne de l'entourage plus ou moins immédiat » (Gravel, 1999, 17). Elle vise à prévenir la contagion, c'est-à-dire la reproduction du geste suicidaire dans les semaines qui suivent le premier suicide au sein du même contexte. Des études ont en effet mis en évidence le risque de contagion du suicide, en particulier auprès de jeunes déjà fragilisés ou vulnérables. Séguin et al. (2006), sur la base d'une recension des écrits, estiment que le risque qu'un autre suicide se produise dans les trois semaines qui suivent le premier décès est trois fois supérieur au risque ordinaire.

Les buts de la postvention peuvent être pluriels, les plus communs et connus, formulés déjà en 1973 par Shneidman (in Séguin et al., 1999), sont les suivants :

- éviter le développement de réactions de panique
- diminuer l'impact de la crise
- éviter le développement de troubles émotionnels persistants
- favoriser un retour aux activités quotidiennes.

La postvention n'est donc pas disjointe de la prévention : Shneidman disait que la postvention est de la prévention pour la génération suivante ou pour ceux qui restent.

Dès lors la postvention peut intervenir à plusieurs niveaux et dans plusieurs domaines, au niveau individuel ou collectif : dans des domaines aussi différents que l'éducation (écoles), la santé (hôpitaux), le social (services sociaux), l'économique (entreprises), à l'aide de connaissances et de techniques variées et variables selon les contextes et les besoins.

2. LES FACTEURS INFLUENÇANT LES RÉACTIONS À LA SUITE D'UN SUICIDE

Toutefois, toutes les personnes confrontées au suicide d'un pair ou d'un élève ne seront pas affectées de la même manière, plusieurs dimensions et facteurs contribuant au processus de fragilisation tels que (Séguin et Fréchette, 1999; Séguin et al., 1999; Hanus, 1995; Hopmeyer et al., 1994; Séguin, 2000, Séguin et al., 2006) :

- la nature et l'intensité de la relation entretenue avec la personne suicidée : amicale, conflictuelle, proche ou plus distante;
- le degré d'identification avec la personne décédée, ainsi que le rôle et la réputation de la personne suicidée : était-elle un modèle d'identification pour les autres ?
- les circonstances matérielles de la mort (traumatisme possible); la personne survivante a-t-elle été témoin du suicide ou confrontée à la scène du suicide ?
- le profil identitaire et la dynamique de la personnalité du survivant; avait-il/elle déjà des problèmes de personnalité ou des antécédents de troubles de santé mentale ? A-t-elle déjà vécu des événements traumatisants ou des pertes significatives ?
- les conditions de vie du survivant, facteurs de fragilisation et/ou de stress préalables au décès tels que cumul de difficultés, situation familiale instable, deuils antérieurs, difficultés relationnelles, etc.
- les stratégies d'adaptation que l'endeuillé peut mettre en œuvre dans un contexte spatio-temporel délimité;
- la présence et la qualité du soutien des réseaux sociaux et d'autres types de ressources,
- la présence, latente ou pas, d'une crise suicidaire chez la personne survivante : le suicide de l'autre peut dans ce cas confirmer la personne dans ses intentions;
- la banalisation du suicide, sa glorification ou dramatisation dans les médias ou dans les récits ayant trait à ce qui s'est passé;
- le contexte social et matériel où s'est produit le suicide : ce contexte présentait-il déjà des difficultés avant le suicide ? Le climat relationnel était-il bon ?

Ces facteurs vont s'assembler à un moment donné dans la vie de la personne et engendrer des manifestations et des réactions différentes selon le contexte et la personne en question.

3. LES DOMAINES ET LES TYPES DE RÉACTIONS POSSIBLES À LA SUITE D'UN SUICIDE

Le suicide est de nature à pouvoir engendrer des manifestations dans plusieurs domaines :

- au niveau émotionnel : choc, tristesse, chagrin, rage, culpabilité, honte, atteinte à l'estime de soi;
- au niveau cognitif : questionnement et quête de sens, recherche d'un coupable;
- au niveau comportemental : comportements inhabituels, agressifs ou de replis sur soi, prises de risque;
- au niveau relationnel : la mort par suicide étant encore connotée négativement socialement, des difficultés de communication, des gênes, des jugements ou des maladresses viennent compliquer les relations avec les entourages. Des dynamiques de stigmatisation sont encore parfois à l'œuvre à l'encontre des proches d'une personne suicidée.

Ces manifestations peuvent présenter des formes et des intensités diverses. En général, les spécialistes s'accordent pour cerner trois types de situations et réactions possibles à la suite d'un suicide (Séguin et al., 2006) :

- les réactions associées au stress : l'annonce du suicide peut déclencher des réactions de stress qui se manifesteront tant au niveau physiologique (accélération cardiaque, transpiration) que comportemental (fièvre, agitation), cognitif (difficultés de concentration) et émotionnel (stupeur, choc).
- les réactions associées à la crise et à la crise suicidaire : à la suite du suicide, certains élèves pourront entrer en crise, le cas échéant vivre une crise suicidaire. En général, ces personnes présentaient déjà une situation de vulnérabilité pour différentes raisons (cf. supra). Cette crise se présente sous forme de désespoir, de sentiment d'impuissance et de restriction cognitive. La personne aura le sentiment d'être submergée par la situation ou les émotions et de ne plus pouvoir faire face.
- les réactions associées au deuil : les jeunes qui avaient un lien d'attachement et/ou une relation affective avec la personne suicidée vont vivre un processus de deuil (peine, chagrin, désorganisation, élaboration de la perte).

Il est d'une importance capitale d'évaluer quels types de réactions seront expérimentées par quel type de personne ou groupe (élèves, adultes, groupes de camarades, etc.). En effet, les interventions différeront selon les types de réactions et de contexte. Seule une intervention pertinente pourra obtenir l'effet escompté (réduire le niveau de stress ou de détresse).

Si dans les années 1980 les premiers programmes et protocoles de postvention dans les établissements scolaires préconisaient une démarche uniforme et linéaire (il s'agissait dans la très grande majorité du débriefing) pour tous les élèves, des recherches et des expériences ultérieures ont montré que cette manière de procéder non seulement est peu utile, mais qu'elle est susceptible de causer des effets secondaires nuisibles (augmentation du stress chez les élèves qui ne se sentaient pas vraiment stressés). C'est pourquoi, il est aujourd'hui recommandé d'envisager et de mettre en place un dispositif et des mesures de postvention ciblées et en adéquation avec les besoins et les réalités des différents groupes au sein de l'établissement scolaire. Ce dispositif est également à moduler selon le moment d'intervention. Ceci n'est possible que lorsqu'on évalue correctement et régulièrement l'état de la situation et des personnes concernées. Sur la base de cette évaluation, des interventions différenciées seront menées :

- des interventions pour diminuer le niveau du stress. Pour ce faire, le plus souvent, des techniques de débriefing et de defusing sont utilisées. A cet égard il est nécessaire de pratiquer une communication pondérée et nuancée sur le processus suicidaire ainsi que sur les facteurs à risque et les réactions ordinaires à la suite d'un suicide;
- des interventions pour identifier les jeunes à risque (sur la base de facteurs et de conditions de vie ou de profils psychologiques) ou en crise (en situation de détresse émotionnelle et de déséquilibre). Selon les situations il sera nécessaire de pratiquer l'intervention de crise;
- des interventions pour les endeuillés qui favorisent l'élaboration de la perte (processus de deuil) (Séguin et al., 2006).

4. QUELQUES FINALITÉS ET ACTIVITÉS POST-SUICIDE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

a. Diminuer le stress

Des réactions de stress à la suite d'un suicide sont normales et ne devront pas être empêchées. Afin d'intervenir de manière appropriée, il est important toutefois de différencier le stress temporaire (plus ou moins intense mais ordinaire et contenu dans le temps, réactions de fébrilité, difficultés de concentration, inquiétudes, stupeur, choc) du stress aigu (1 - 4 semaines après l'événement, manifestations intenses, fonctionnement ordinaire empêché, dissociation et anxiété importantes) et du stress post-traumatique (symptômes persistant plus d'un mois, manifestations de panique, images invasives et obsessionnelles, besoin d'éviter tout ce qui rappelle l'événement traumatisant). Les interventions en effet varieront selon le type de stress présent : des séances de defusing pour le stress temporaire, alors que pour des personnes susceptibles de développer un stress aigu le débriefing sera plus indiqué. Les personnes présentant un trouble de stress post-traumatique seront référées à des spécialistes de la santé mentale.

Les interventions pour réduire le stress temporaire viseront à communiquer la nouvelle de manière adéquate et à informer sur les effets possibles ou les mesures qui seront prises au sein de l'école, ainsi qu'à valider les émotions (choc, tristesse, stupeur) et à faire connaître les ressources/aides disponibles en cas de besoin. Il s'agira essentiellement de soutenir les jeunes dans leur processus d'adaptation. Il sera souhaitable d'éviter la dramatisation ou la banalisation du geste, en soulignant le fait que leur collègue n'a pas pu voir d'autres issues, pourtant possibles, à sa détresse. De même, il s'agira de replacer le facteur déclencheur (une déception, un conflit) dans un cadre plus vaste de cumul de difficultés et de processus de crise suicidaire.

Conçu par Mitchell dans les années '80, le débriefing repose sur une entrevue de groupe qui se déroule en plusieurs étapes et dont l'objectif est de réduire le stress à un niveau pré-crise, un niveau égal ou moindre à celui précédant l'événement traumatisant. Cette technique a été mise au point pour prévenir les manifestations de stress post-traumatique chez les personnes qui ont été exposées à une scène traumatisante. Il est dès lors important de l'utiliser à bon escient, dans le cadre des finalités qui ont été à son origine. Il ne sera indiqué qu'auprès de personnes qui ont été directement exposées au suicide (Séguin et al., 2006). Selon Leenards et Wencksern (1999), il n'est pas à proposer à l'ensemble des élèves d'une école si ils n'ont pas été témoins du suicide. On ne mènera donc ce type d'intervention qu'après avoir identifié les personnes à risque de développer un stress post-traumatique. L'efficacité du débriefing n'a pas encore été prouvée : quelques études n'ont trouvé aucune différence significative entre des groupes participant, ou pas, à une séance de débriefing. Toutefois les études ne parviennent pas à conclure à l'inefficacité de cette méthode (Deahl et al, 1994 ainsi que Bisson et Deahl, 1994 in Séguin et al.,

2006). Des risques d'augmenter le niveau de stress de sujets qui n'étaient que moyennement stressés au préalable sont même évoqués. Un certain consensus semble s'établir sur le fait que le débriefing ne serait qu'une étape de la postvention et qu'il devrait être associé à d'autres types d'intervention. « La postvention ne devrait pas se réduire à une séance de débriefing, mais comprendre un ensemble d'interventions planifiées qui se prolongent sur une longue période suivant le traumatisme » (Séguin et al., 2006, 24).

b. Identifier les jeunes à risque ou en crise suicidaire et intervenir de manière appropriée

Le suicide d'un collègue peut provoquer un processus/état de crise chez les jeunes si des situations de fragilisation ponctuelle (rupture, déménagement, etc.) ou de vulnérabilité installée (troubles de santé mentale, abus de substance, abus sexuel) sont présentes. L'impact du suicide sera particulièrement important chez les jeunes qui s'identifiaient au défunt ou le prenaient pour modèle, chez les personnes ayant perdu récemment un être cher, d'autant plus si c'était par suicide, et chez les personnes qui se considèrent elles-mêmes à risque suicidaire (Document de la Direction de la Santé publique Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine, 1999). Selon Catone et al. (1991), les personnes à risque se compteraient parmi la famille, les amis, les élèves mentionnés dans une lettre d'adieu ou un pacte, ceux qui étaient en conflit avec le décédé, ceux qui avaient vu venir ...

Selon plusieurs études menées par Brent et différents collaborateurs (1993 a/b/c, 1994, 1995, 1996), la possibilité de « contagion » ne repose pas tant sur l'imitation du geste mais serait plutôt à relier aux états dépressifs que le suicide pourrait déclencher auprès d'adolescents déjà fragiles. Le degré d'attachement ou la relation d'amitié qui existait entre le défunt et le jeune survivant sont des indicateurs de risque.

Face à un bouleversement de sa réalité intérieure ou extérieure, l'être humain essaie généralement de rétablir l'équilibre perdu par des stratégies adaptatives qui se sont révélées efficaces par le passé. Si cela n'aboutit pas aux résultats escomptés, la personne peut glisser vers une situation de crise où elle se sent dépassée et impuissante face aux événements et aux émotions qu'elle vit. La crise est en général une période de tension et de désorganisation déclenchée par un événement spécifique (Séguin et Terra, 2001; Séguin et al., 2006), une rupture d'équilibre entre l'individu et son environnement.

Lors d'identification de jeunes à risque, une intervention de crise sera appropriée. Celle-ci repose sur l'évaluation de l'urgence suicidaire, c'est-à-dire sur la possibilité que la personne passe à l'acte dans les 48 heures. Pour ce faire, on observera attentivement les comportements des jeunes et l'on abordera si nécessaire avec eux des questions liées à leurs vécus intérieurs et à leurs difficultés. On vérifiera si des idées suicidaires sont présentes et si un scénario de passage à l'acte a été élaboré. L'urgence suicidaire est élevée si la planification du suicide est claire et précise, le moyen choisi et disponible, les préparatifs en cours. Le refus d'aide et la construction de « bonnes raisons » pour mourir sont des éléments qui indiquent également que le risque est élevé. Dans de telles circonstances, le processus suicidaire est bien engagé et le suicide apparaît comme la seule issue possible à une situation et à une souffrance devenues intolérables. La phase de cristallisation, ultime phase du processus suicidaire avant le passage à l'acte, se caractérise en effet par des idées suicidaires très concrètes et invasives et la préparation du plan (Séguin et Terra, 2001) Dans ce cas, il est nécessaire d'intervenir dans les meilleurs délais et de référer la personne à des professionnels.

c. Les activités de soutien et d'accompagnement aux personnes endeuillées

Les jeunes ou les individus qui entretenaient une relation d'attachement avec la personne suicidée pourront profiter d'interventions plus particulièrement liées au deuil. Le but de ces activités est, à des degrés différents, de pouvoir ventiler et élaborer les émotions liées au suicide d'un proche, d'apprendre des modalités d'adaptation efficaces ainsi que d'apprendre à mobiliser les ressources disponibles et à se confronter avec des tierces personnes. A l'heure actuelle, on distingue trois types d'intervention (Séguin et al., 2006) :

- **l'intervention précoce de deuil** : il s'agit d'une rencontre avec les endeuillés qui permet de reconnaître la perte et de valider les émotions ressenties, ainsi que de fournir des indications sur le processus de deuil et sur les ressources et aides disponibles;
- **le counseling de deuil** : ce type d'intervention s'adresse aux personnes qui nécessitent un soutien pour assumer des éléments spécifiques liés au processus de deuil. Il s'agira de permettre la reconnaissance et l'expression des émotions, ainsi que de soutenir les personnes dans le processus d'adaptation à la suite de la perte. Des sujets tels que la culpabilité, la quête de sens, la relation avec la personne suicidée seront abordés;

- **la thérapie de deuil** : ce type d'intervention, mené par des professionnels, s'adresse aux personnes qui présentent des formes de deuil compliqué. Les personnes devront être référées à des thérapeutes.

Ces interventions peuvent être menées en individuel ou en groupe. Le suivi individuel se fait le plus souvent par des professionnels de la relation d'aide et sous la forme de séances de psychothérapie ou de coaching.

L'accompagnement collectif prend la forme de groupes de soutien ou groupes d'entraide.

Les groupes de soutien sont animés par des professionnels, alors que les groupes d'entraide sont généralement portés par des survivants eux-mêmes, le plus souvent sous forme de bénévolat.

Les groupes de soutien sont délimités dans le temps et se déroulent en règle générale sur 6 à 12 séances à thèmes (le plus souvent sur des aspects du processus de deuil à la suite d'un suicide). La fréquence des séances, ainsi que le nombre des participants est variable. Ils peuvent être ouverts ou fermés (c'est-à-dire que seules les personnes qui s'inscrivent pour tout le cycle de séances sont admises). Pour ce genre de groupes, il est important de tenir compte des rythmes de deuil (en général, il est plus utile de proposer cet accompagnement quelques mois après le décès) et des conditions et des réactions de populations spécifiques (enfants, jeunes, personnes âgées) (Séguin et al., 1999). Les enfants en effet présentent des parcours de deuil particulier en raison de leur manque de maturité cognitive (Lenhardt, 1997 in Séguin et al., 1999).

Les groupes d'entraide sont généralement des groupes ouverts, pouvant s'organiser également autour de soirées thématiques. Ils sont gérés et animés le plus souvent par des survivants ayant déjà parcouru un certain chemin en matière de deuil et de reconstruction identitaire à la suite d'un suicide. Ces groupes peuvent jouer un rôle important pour les endeuillés, dans la mesure où ils permettent le partage d'expériences. Ils confrontent également les survivants dont le deuil est le plus récent à d'autres survivants « plus anciens » qui peuvent devenir des points de référence.

Les différents types et processus d'accompagnement d'endeuillés par suicide doivent donc tenir compte des besoins des personnes ainsi que des chemins de deuils qui sont les leurs. Ils doivent aussi s'interroger sur la « normalité » des réactions de deuil vécues. L'accompagnement consistera donc à offrir des espaces et des modalités d'expression de la souffrance liée à la perte. L'aide apportée devra

soutenir le développement de stratégies d'adaptation constructives et l'établissement de contacts et de relations sociales significatives.

5. LE PROTOCOLE DE POSTVENTION DANS DES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Les buts, les domaines et les activités de postvention énoncés s'inscrivent généralement dans un protocole de postvention mis au point préalablement. Lors de situations d'urgences ou de crise, il est en effet difficile d'élaborer un protocole qui tienne compte de tous les aspects, sans compter les difficultés inhérentes à toute mise sur pied d'un réseau de collaboration qui nécessite, pour être efficace, d'être constitué et activé avant la survenue d'une situation de crise. Toutefois, ce protocole n'est pas à envisager comme une suite linéaire et rigide d'activités ou d'interventions. Il s'agira bien plus de le considérer comme un large cadre d'action, un ensemble de points de repères qui sera appliqué de manière souple et sur la base d'une évaluation précise et systématique de la situation, ainsi que des besoins des personnes ou groupes concernés. Il sera également opportun d'envisager une palette d'interventions variées et en accord avec les besoins recensés (Séguin et al. 2006).

Le protocole comprendra les aspects suivants (Gravel 1999; Direction de la Santé publique Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 1999; Séguin et al., 2006) :

- **la définition et la délimitation des finalités et des buts.** Par exemple : offrir une réponse rapide et appropriée, désamorcer la crise, identifier les personnes à risque.
- **l'élaboration des types et modalités d'intervention** (cf. supra) : chronologie des différentes interventions (jour du suicide, jours suivants), répartition des tâches et des responsabilités (différents domaines et niveaux/personnes). Comme il l'a déjà été souligné, il est indispensable de moduler et de reprendre les protocoles d'intervention régulièrement en évaluant la pertinence des interventions compte tenu du contexte et des personnes /groupes concernés. L'application automatique, linéaire et acritique d'un protocole d'intervention pourrait en effet déboucher sur des interventions douteuses ou engendrant des effets contraires à ce que l'on voulait produire. Il sera donc indispensable d'évaluer l'impact du suicide, sur quel type de population/groupe (qui entretenait quelle relation avec la personne suicidée ?), ainsi que de tenir compte des particularités du contexte de l'établissement scolaire et de ses conditions « de vie » (climat, événements particuliers, différentes cultures en présence, taille et

organisation de l'école, etc.). De même, il sera nécessaire de tenir compte des circonstances du suicide (au sein de l'établissement ou non, modalités, témoins, rumeurs, etc.).

- **la constitution d'une équipe d'intervention multidisciplinaire interne, relayée par des partenaires extérieurs** (personnes ou instances ressource). Le mandat de l'équipe, ses compétences ainsi que les rôles respectifs de ses membres devront être clairs et faire l'objet d'un accord. Il s'agit de convenir à l'avance qui fait quoi, avec qui, au nom de qui, en faveur de qui, par quels moyens (types et techniques d'intervention), à quel moment.
- **l'inventaire des ressources (humaines et matérielles) mobilisables** lors d'une situation de crise. Il est important de savoir qui a quelles compétences et à qui il est possible de s'adresser, pour demander quoi, dans quel cadre.
- **les modalités de gestion de l'information** concernant le suicide à l'interne et à l'externe de l'établissement scolaire. La communication autour du suicide tant au niveau institutionnel qu'individuel est un élément important dans les mesures de postvention et contribue, si elle est menée de manière appropriée, à réduire le stress initial de par la réorganisation cognitive qu'elle permet. Il s'agit dès lors de ne pas mystifier l'acte de l'élève, de faire référence aux problèmes auxquels il était confronté, de souligner les problèmes psychologiques pouvant être à l'origine de son geste. On évitera surtout de présenter le suicide comme une solution légitime à la résolution d'un problème. Il est souhaitable de ne pas donner de détails sur les circonstances de la mort (moyens, déroulement). Une information conséquente et nuancée sera donnée aux différents groupes impliqués : élèves, enseignants, parents, personnel administratif. On évitera de réunir un grand nombre de personnes à la fois et de donner la nouvelle de manière impersonnelle (annonce par microphone dans un grand auditoire par exemple). Si possible, la nouvelle sera communiquée par des personnes déjà connues et appréciées par les jeunes (enseignants par exemple). A cet effet, il sera judicieux de prévoir un soutien pour ces personnes (trace écrite ou briefing au préalable). Une ou des personnes seront dépêchées pour parler avec les médias, après avoir vérifié l'exactitude des informations (faits) et choisi une stratégie de communication cohérente (quoi dire, à qui).

Il sera également utile de prévoir un protocole pour le court terme et un protocole de postvention comprenant des dispositifs et de mesures à moyen, voire à long terme.

6. CONCLUSION

Il apparaît de ce bref tour d'horizon des réactions à la suite d'un suicide au sein d'un établissement scolaire et des activités de postvention présentées, que celle-ci dépasse largement le cadre personnel ou institutionnel, ainsi que les mesures prises « sur le coup » (court terme). Elle implique en effet des niveaux et des domaines extrêmement variés et doit être organisée sur une période suffisamment longue, si elle se veut préventive. Dès lors il est nécessaire qu'elle soit envisagée de manière organique et globale et qu'elle jouisse du concours de tous les corps de métier et de toutes les personnes concernées par le suicide d'un tiers, aux différents échelons et dans les différents domaines. La postvention ne pourra en effet atteindre ses buts que dans une perspective de collaboration et d'intervention en réseaux, où chacun apporte une pierre importante, même si parfois modeste, à une construction commune visant la préservation de la vie.

BIBLIOGRAPHIE

Brent, David .A. et al. (1993a): « Adolescent witnesses to a peer suicide », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1184-1188.

Brent, David.A et al (1993b): « Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 509-517.

Brent, David.A. et al. (1993c): « Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide » *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1189-1197.

Brent, David.A et al. (1994): « Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 231-239.

Brent, David.A et al. (1995): « Posttraumatic Stress Disorder in Peers of Adolescent Suicide Victims: Predisposing Factors and Phenomenology. », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 209-215.

Brent, David.A et al. (1996): « Long-Term Impact of Exposure to Suicide: A Three-Year Controlled Follow-up », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 646-653.

Castelli Dransart D.A (2003): « La postvention. Soutien de l'entourage proche et élargi des personnes suicidées », in H. B. Peter & P. Möslé (Ed.) : *Suicide, la fin d'un tabou ?* Labor et Fides, 174-185.

Catone, W. V./ Schatz, M.T. (1991): « The Crisis Moment : a School Response to the Event of suicide », *School Psychology International* », 12, 1-2, 17-23.

Direction de la Santé publique Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine/Cegep de la Gaspésie et des Iles (1999) : Crise suicidaire, tentative de suicide et suicide. Quoi faire au Cegep ?, Guide destiné aux membres de l'équipe d'intervention-suicide.

Gravel, Carol (1999): *Programme de postvention en milieu scolaire. Intervenir à la suite d'un suicide*, Centre de prévention du suicide 02, Chicoutimi.

Hanus, Michel (1995): *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant*, Maloine, Paris.

Hopmeyer, Estelle et al. (1994): « A comparative study of family bereavement groups », *Death Studies*, 18, 3, 243-256.

Séguin, Monique / Roy Françoise (2006): *Intervenir à la suite d'un suicide*, Les Editions Logiques, Outremont.

Séguin, Monique / Terra, Jean-Louis (2001): *Manuel du formateur*, Direction générale de la Santé, France.

Séguin, Monique (2000): « Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires », *Frontières*, 12, 1, 11-16.

Séguin, Monique / Fréchette, Lucie (1999): *Le deuil, une souffrance à comprendre pour mieux intervenir*, Les Editions Logiques, Outremont, QC.

Séguin et al. (1999): *Programmes de postvention : le point sur les modèles de postvention*, Ronéo, Association québécoise de prévention du suicide, Montréal.

« Il faut valoriser et encourager les jeunes, dans leur passage d'enfant à adulte. »

SYNTHÈSE

JEAN-FRANCOIS DORSAZ

Psychologue FSP spécialisé en psychothérapie,
Responsable du CDTEA (Service de la Jeunesse) à Sierre

Cet essai de synthèse a la modeste prétention de retracer les grandes lignes des informations apportées et échangées durant cette journée. Nous allons tenter de condenser la richesse des différents apports dans ces quelques lignes. Résumer, c'est un peu trahir; nous espérons cependant présenter une image de la journée qui ne soit pas trop déformante.

1. LA PROBLÉMATIQUE

J'ai envie de mourir pour vivre mieux

J'ai mal à la vie

De quoi souffre-t-on à 15 ans ? De ça justement, d'avoir 15 ans !

Le suicide est la première cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans en Suisse. En outre, plus de 10% des jeunes de cet âge ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. (Etude HUG Genève 2004). Ce constat est lourd et implique des réactions des autorités en matière de prévention, de protection et de soins.

En 2003, le comité pour les droits de l'enfant de l'ONU a déterminé, dans sa résolution, le suicide des adolescents comme thème prioritaire, parallèlement à la problématique du VIH-Sida.

L'évolution de notre société fait que nous vivons dans un système culturel plutôt rude avec des exigences élevées. Pour certaines personnes, certains jeunes en particulier, la lutte pour la survie devient particulièrement problématique. Perdus dans leur souffrance, la mort peut leur apparaître comme apaisante et séduisante. Le suicide n'apparaît pas alors comme le résultat d'un véritable choix, mais bien plutôt comme l'expression d'une souffrance insupportable.

Il s'avère indispensable d'étudier la réalité concrète de notre canton pour connaître l'ampleur exacte du phénomène, essayer d'en comprendre les causes; tirer les enseignements notamment pour éviter la récurrence, dégager des pistes de prévention générale (pour la jeunesse du canton) et spéciale (pour la population à risque); établir un catalogue de services publics et privés à même d'intervenir, inviter les acteurs de la santé, de l'école et de la protection de la jeunesse à être atte

2. LES CONSTATATIONS

L'étude « SMASH », réalisée en 2002 auprès des jeunes de 16 à 20 ans a montré que, si une grande majorité d'entre eux se dit en bonne santé, une proportion relativement importante (15% environ) présente une grande souffrance. En ce qui concerne la problématique du suicide, cette étude révèle qu'un 8% de filles et qu'un 3% de garçons ont effectué une tentative de suicide.

Des conclusions globalement identiques sont ressorties de l'enquête effectuée par l'ISPA en 2004, auprès des jeunes de 10 à 15 ans.

L'étude effectuée par la Fondation Sarah Oberson, en collaboration avec l'Institut international des Droits de l'Enfant, l'Association ParsPas et le Service cantonal de la jeunesse, a fait ressortir les éléments suivants :

- Une majorité se dit plutôt satisfaite de sa vie familiale, scolaire ou professionnelle. Ils trouvent que le climat dans lequel ils vivent est agréable.
- Au niveau de leur vie relationnelle, une certaine violence apparaît dans les rapports sociaux. Un 50% dit avoir été victime d'agression au moins une fois dans leur vie.
- En ce qui concerne la santé des jeunes, on peut constater que la gestion du stress représente une difficulté rencontrée par un grand nombre; les sollicitations multiples, les exigences diverses, les attentes de performance, les mettent régulièrement sous pression. La consommation d'alcool est relativement importante; près d'un quart des jeunes interrogés disent rencontrer des problèmes de déprime, de désespoir, de solitude.
- Parmi les inquiétudes et les soucis mis en évidence, les amours et l'avenir professionnel tiennent une place importante.
- Par rapport à la problématique du suicide, les réponses globales de tout l'échantillonnage révèlent qu'un 8% dit avoir effectué une tentative et

qu'un 4% affirme avoir effectué plusieurs tentatives, selon la répartition 2/3 de filles et 1/3 de garçons.

- Chez les jeunes « suicidants » on retrouve moins de satisfactions dans la vie, plus de difficultés et de soucis, davantage de tensions au niveau de la vie familiale, scolaire ou professionnelle. Les ressentis de dépression et de désespoir sont très fréquents. Ces jeunes disent agresser plus souvent et être plus souvent agressés. Dans ce groupe, on peut retrouver beaucoup de désinvestissement et une tendance à l'isolement; un 20% dit n'avoir pas souhaiter recevoir de l'aide. Ceux qui ont parlé de leur souffrance, l'ont fait plutôt auprès de leurs amis ou de leur famille.

3. LES RESSOURCES ACTUELLES

Cette main qui m'a retenue

Au niveau préventif

Dans les écoles du canton, le programme « Education sociale et promotion de la santé » donne des pistes concrètes d'interventions pour renforcer l'estime de soi, apprendre à gérer les différences et les conflits, établir un climat scolaire positif; un module aborde la problématique du deuil et du suicide.

La médiation scolaire a pour objectif d'intervenir dans le domaine des relations interpersonnelles notamment lorsque les canaux habituels de la communication ne permettent plus de résoudre certains problèmes.

Le Service cantonal de la jeunesse, à travers ses organes (CDTEA, OPE, UPEA, Délégué à la jeunesse) a pour mission de mettre en place des programmes de prévention lorsque le développement de certains jeunes est menacé.

L'association « ParsPas » diffuse des idées dans la population en organisant des conférences, des journées de sensibilisation et en participant à des actions auprès des jeunes.

La ligue valaisanne contre les toxicomanies développe en permanence des programmes de prévention.

Au niveau thérapeutique

Pour les jeunes jusqu'à 18 ans, le Service cantonal de la jeunesse offre des possibilités de consultations dans ses différents centres régionaux de l'UPEA et du CDTEA. Le Centre hospitalier valaisan de psychiatrie pour enfants et adolescents offre des places pour des jeunes en crise suicidaire. Le service psychiatrique de liaison est à disposition des hôpitaux pour les problématiques particulières. Ces organismes offrent leurs services soit au jeune en difficulté, soit à leur entourage. Leur but est d'accueillir, soutenir et co-construire les stratégies d'aide.

Les institutions psychiatriques cantonales, par leurs centres de consultation, sont à disposition des personnes en crise ou en souffrance.

Les psychiatres, pédopsychiatres, médecins, psychothérapeutes privés offrent une large gamme de prestations, même si leur nombre est parfois encore jugé insuffisant.

Les psychologues de l'urgence interviennent dans les situations de crise, pour apporter un soutien dans les premiers instants après un événement traumatique.

Au niveau de l'accompagnement

L'association « ParsPas » développe une activité intense d'information, de formation et de soutien aux personnes de tout âge confrontées à la problématique du suicide. Elle organise notamment des groupes de parole pour les personnes endeuillées suite à un acte suicidaire.

Diverses organisations comme les centres médico-sociaux, les paroisses, les centres de jeunesse, offrent souvent un important soutien.

4. LES PERSPECTIVES

Comment faire émerger des passions

Un premier élément mis en évidence lors de cette journée : le passage à l'acte suicidaire peut être évitable.

La problématique du suicide est un phénomène complexe, faisant écho à un ensemble d'évènements en interaction circulaire. Cette complexité va nécessiter une pluralité de solutions. Quelques pistes générales de travail se sont dessinées :

- Intensifier la prévention : réduire les facteurs de risque et augmenter les facteurs de protection; développer les compétences des jeunes.
- Faciliter l'accès aux ressources.
- Soutenir les programmes d'éducation à la santé.

Les éléments suivants sont apparus d'une grande importance dans les réponses possibles à donner à la problématique du suicide :

Pour les jeunes

Les aider à développer des stratégies de lien pour éviter l'isolement.

Favoriser l'émergence de l'estime de soi.

Aider à trouver du sens à la vie et aux évènements; proposer des repères. Faire émerger des passions.

Proposer des stratégies pour mieux gérer les stress quotidiens.

Favoriser les apprentissages de la gestion des conflits.

Pour l'entourage

Informé, donner les compétences pour décoder les situations à risque et les signes précurseurs; former les gens pour éviter la banalisation des menaces. Soulager les culpabilités.

Pour la société

Développer la notion de responsabilité individuelle et de co-responsabilité collective en matière de promotion de la santé. Donner les compétences aux gens pour décoder les situations à risque. « Tant que les gens ne se sentent pas compétents pour intervenir, ils adopteront des attitudes de retrait envers cette problématique. »

Savoir déceler la souffrance d'autrui et apporter un soutien adapté. Faire prendre conscience aux gens, aux jeunes en particulier qu'ils peuvent, à un moment

donné, constituer une aide précieuse pour quelqu'un d'autre, à travers une attitude d'écoute, d'empathie et de soutien.

Pour les professionnels

Renforcer les compétences des professionnels au moyen de journées de formation, de supervisions, leur offrir de l'information ciblée.

Savoir détecter les comportements à risque.

Travailler en réseau ; tisser une toile qui ne soit pas étouffante, mais qui constitue un filet de protection et qui développe la créativité dans les stratégies d'aide. Créer les synergies nécessaires.

Etudier des stratégies pour venir en aide aux jeunes qui vont mal et qui ne veulent pas être aidés.

Pour les pouvoirs publics et politiques

Reconnaître la problématique.

Offrir des places de stage, de travail.

Soutenir la famille.

Renforcer la médiation dans le milieu scolaire.

Améliorer les conditions de vie pour que chacun trouve sa place.

Suite à cette première partie de l'étude, le groupe de pilotage va analyser les résultats de l'enquête auprès des professionnels qui oeuvrent dans le domaine de la santé, du social, de l'enseignement ainsi que dans différents milieux associatifs ou publics (médecins – psychologues – psychothérapeutes - assistants sociaux – police – enseignants - paroisses – services sociaux, etc.). Ces données vont être évaluées en regard des résultats obtenus auprès des jeunes eux-mêmes.

Dans un pays lointain, un vieil homme à la barbe blanche se promène tout pensif sur la plage, au bord de l'océan. Le jour est en train de se lever; une légère brise annonce une journée brûlante. Soudain, il rencontre une jeune femme; accroupie, elle rejette dans l'océan des étoiles de mer échouées sur la plage durant la nuit. Etonné, le vieil homme demande à la jeune femme de lui

expliquer ce qu'elle est en train de faire. La jeune femme lui explique que si ces étoiles de mer n'ont pas pu réintégrer leur milieu de vie en retournant dans l'océan avant le lever du soleil, elles vont périr en se dessèchant sur la plage. D'un air très dubitatif, le vieil homme lui rétorque : « Vous avez vu cette plage ? Avec sa grande largeur, elle s'étend sur plusieurs kilomètres. Ce que vous faites n'a pas de sens ! Tout cela ne change rien ! ». En le regardant dans les yeux, la jeune femme saisit une étoile de mer, la jette dans l'océan en disant : « Pour celle-ci, ça change tout ! ».

En souhaitant que chacun, jeune, parent, professionnel, chacun à sa place puisse prendre conscience de son pouvoir de faire changer les choses !

« Bien sûr j'ai toujours des coups durs, mais je chante, je hurle, je pleure, mais plus jamais je ne me retournerai contre moi-même. »

« HERVÉ »

MARIE-EMILIE LOUISE

Conteuse

Histoire contée par Marie Emilie Louise lors de la journée Sarah Oberson à Bramois, tirée de « Quelques Chemins de Vie » avec l'autorisation de Marie-Françoise Salamín.

Stéphane à la recherche d'Hervé.

Quand Stéphane est né, ses parents ont été très heureux car ils avaient déjà une petite fille. Stéphane, sa sœur, son papa et sa maman vont vivre dans un milieu très agréable. Sa maman vient d'un autre pays et s'ennuie quelques fois, mais elle est heureuse avec ses deux petits.

Il n'est pas très grand, à peine s'il marche avec assurance quand, un jour que sa maman va voir une amie, le chien de celle-ci, un Saint-Bernard, à peine plus vieux que Stéphane, mais bien plus lourd que lui, en voulant lui dire bonjour, le fait tomber. Stéphane se fait mal et depuis ce jour, a peur des chiens.

Ses parents, quelque temps plus tard, pour lui faire perdre cette peur, décident de compléter la famille en prenant un petit chien. Stéphane et sa sœur choisissent dans une nichée celui qui viendra habiter avec eux. Et c'est ainsi que Koba est arrivée dans la famille.

Les gens choisissent leur chien, mais les chiens choisissent leur maître. C'est ainsi que Koba et Stéphane sont devenus inséparables.

Quand Stéphane commence l'école, dès qu'il rentre il va voir Koba et lui raconte sa journée. Le meilleur moment pour lui à l'école : c'était quand ils rentrent chez les mamans !!! Sur ses carnets on trouve très souvent la remarque « Stéphane n'est pas assez concentré ou encore : Stéphane se dispute avec ses camarades. » Alors, il a souvent des tas de chagrins à raconter à Koba qui l'écoute religieusement en remuant la queue quand il a fini...

Ensemble, ils regardent les dessins animés à la télévision, Stéphane couché sur le dos de Koba et si Stéphane s'endort, Koba ne bouge pas tant qu'il n'est pas réveillé et cela peut durer longtemps.

Et les années passent. Les parents de Stéphane se séparent et Stéphane vit la chose difficilement. A son adolescence il commence à avoir de longues périodes où personne ne peut le rejoindre. Il est souvent assez triste. Quand son apprentissage est terminé et qu'il a mis un peu d'argent de côté, il décide de voyager, de partir à la découverte du monde.

Il marche pendant de longues semaines, voit des endroits très beaux, rencontre des gens quelques fois gentils, d'autres fois profiteurs, il lui arrive des aventures comme il en arrive toujours quand on voyage. Il rencontre un jour un homme qui lui dit, après une discussion sur l'être humain, qu'il connaît un endroit où les gens sont heureux. « C'est loin, un village reculé. » Sur la demande

de Stéphane, il lui indique le chemin pour s'y rendre, puis ils se séparent.

Cette rencontre occupe souvent les pensées de Stéphane. Il n'est pas carrément malheureux, il n'est pas toujours triste, mais il traîne une espèce de raz le bol qui rend les couleurs plus ternes, empêche d'entendre le chant des oiseaux et lui laisse un goût amer dans la bouche. Si bien qu'un jour il se décide à aller visiter ce village pour comprendre et surtout pouvoir ressembler à ces villageois. Il veut être heureux !!

Comme l'homme le lui avait dit, le chemin pour atteindre le village est très long, difficile. IL prend un train en vol, ne pouvant payer son voyage, puis un bus, et marche encore pendant de longues heures sur un chemin qui ressemble plus à un sentier qu'à une route. Enfin, il arrive au village et la première chose qu'il fait, c'est d'aller au café du village pour boire une bonne bière. Il a eu si chaud !! Le restaurateur en lui servant sa bière lui dit en souriant :

-« Ha ! Ha ! Encore un qui cherche Hervé ! »

Puis il continue à vaquer à ses occupations tout en surveillant Stéphane du coin de l'œil. Celui-ci termine sa bière, paye et sort à la recherche d'Hervé. Il cherche toute la journée dans le village, écoutant les conversations qu'il entend dans l'espoir de saisir le nom d'Hervé. Pas une seule fois il n'entend le prénom. Il se couche sans avoir résolu son problème.

Le lendemain, il décide de continuer ses recherches tout en étant plus attentif à la vie du village. En se promenant, il remarque pour la première fois que les enfants jouent en riant et que même quand ils se bagarrent ce n'est pas sérieux. Il voit les mamans qui sont entre-elles et qui tout en surveillant leurs bambins discutent et rient. Il voit les hommes qui travaillent tout en chantant et en s'interpellant dans une atmosphère de paix et de cordialité.

Il se rend jusqu'à la sortie du village et là, appuyée contre le mur, assise sur un banc, avec un gros chat sur les genoux, un gros chat qui se laisse caresser, il y a une vieille grand-mère qui, les yeux fermés, sourit. L'image qu'elle donne est si pleine de paix, de bonheur, l'impression d'être arrivé à ce que Stéphane cherche depuis si longtemps est si intense, qu'il tousse un petit coup pour lui faire ouvrir les yeux et lui poser la question qui lui est venue à l'esprit quand il a découvert le tableau.

La grand-mère ouvre les yeux et Stéphane peut les voir scintiller. Elle le regarde avec bonté. Il prend son courage à deux mains et lui demande :

-« Madame, est-ce que vous connaissez Hervé ? Est-ce lui qui vous rend si heureuse ? »

La grand-mère regarde Stéphane avec un air surpris. Puis dans ses yeux Stéphane peut voir de l'amusement. Elle lui répond :

-« Tu cherches R. V. ? » Mais R.V. n'est pas le prénom d'un garçon. Ce sont les initiales de R.V. pour raison de vivre.

Vois-tu, chacun doit chercher sa raison de vivre, car les raisons de vivre sont différentes pour chacun. Quand tu l'auras trouvée, tu pourras être heureux. Va ! Et bonne chance !! »

Et Stéphane est parti chercher son R.V. Sa raison de vivre...

« Je suis heureux car je suis moi. »

Charte » de clôture

**1^{er} congrès valaisan pour la prévention du suicide
10 et 11 septembre 2004 – Hôtel du Parc – Martigny**

Réunis lors d'un congrès-rencontres organisé par l'association valaisanne pour la prévention du suicide dans le cadre de la seconde journée mondiale pour la prévention du suicide déclarée par l'OMS, les participantes et participants ont souhaité émettre les recommandations suivantes :

1. Le suicide ne doit plus être un tabou pour quiconque. Les demandes d'aide et de soutien seraient ainsi facilitées pour les personnes suicidantes et les proches endeuillés qui se retrouvent démunis, désespérés, ou en proie à de nombreux sentiments contradictoires. Il s'agit avant tout d'atténuer les souffrances engendrées ou vécues par l'individu lui-même ou par ses proches, au sens large.

« **Prévenir le suicide s'inscrit dans la multitude d'efforts que déploie l'être humain pour assurer sa sécurité, sa santé, son bien-être** ». Pour ce faire, il s'agit en premier lieu de développer des mesures et des activités multi et pluri-disciplinaires - en complémentarité au cadre médical - et de mettre en réseau les professionnels comme les bénévoles de l'entraide, en résonance avec les attentes et les besoins des populations touchées par un suicide.

2. Les objectifs de la prévention, de l'entraide, ou de la postvention dans les situations de suicide - qui concernent la santé globale de l'individu et la santé communautaire dans son ensemble - sont de parvenir à terme à une diminution des suicides aboutis et des tentatives de suicide. Des outils doivent être créés et d'autres améliorés pour limiter et réduire le nombre de comportements autodestructeurs, violents ou suicidaires, au sens large. Il convient de renforcer la prévention ciblée dans les situations dites à risques. Et d'agir vis à vis des dangers et des facteurs qui y sont souvent corrélés, tel que les troubles de l'humeur, les tentamens, la schizophrénie, la consommation excessive d'alcool, de médicaments, ou autres produits de dépendances et moyens qui risquent de faciliter un passage à l'acte.

3. Les outils de la prévention, du suivi des crises et de la postvention comprennent à la fois des outils d'accueil et d'écoute, d'information, de formation, d'empathie, de communication, de développement sur l'estime de soi, voire de bien-être, de soins médicaux, d'entraide au sens large. Parmi cette panoplie d'outils de prévention, les moyens et les ressources, comme les questions et les réponses qui s'y rapportent, se retrouvent toutefois à des niveaux contradictoires, différents, et diversifiés par nature (familial, médical, individuel, social, spirituel, environnemental, perceptif, mental, philosophique).

4. Les médias peuvent aider à prévenir le suicide en limitant le plus possible les reportages explicites sur ce sujet, ainsi qu'en démythifiant l'idée même du suicide; il s'agit surtout d'éviter toute présentation séduisante de l'acte et des moyens. Par un débat public et médiatisé au sens large du terme et de ce fait grâce à une meilleure information du public, notamment quant aux ressources existantes et par des témoignages de familles touchées directement par un suicide, la culpabilisation et le chantage exercés sur l'entourage d'une personne suicidée doit faire place à une prise de conscience de la souffrance vécue par les familles et une solidarité avec celles-ci.

5. Il faut enfin établir la vérité des coûts dans le domaine du suicide. Il serait en effet judicieux de prendre en considération la globalité des coûts sociaux, directs et indirects liés aux suicides pour nous rappeler qu'il n'y a pas de finances pour ceux-ci qui coûtent cher à la société. Une meilleure ou équitable répartition des dépenses dans le domaine de la santé publique pourrait certes mieux permettre de soutenir et d'inclure dans le domaine de la santé, le travail des groupes d'entraides dans leur action communautaire.

MERCI à toutes et à tous pour votre écoute...

Communication – solidarité - dignité

Bibliographie sur le suicide

I. Ouvrages suisses

Hans-Balz, P. & Mosli, P. (2003). Suicide : la fin d'un tabou ?
Genève : Ed. Labor et Fides.

Meunier, A. & Tixier, G. (2005). La tentation du suicide chez les adolescents.
Lausanne : Ed. Payot.

Office fédérale de la santé publique. (2005). Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251).

Perret-Catipovic, M. (2004). Suicide des jeunes : comprendre, accompagner, prévenir.
Saint-Maurice : Ed. Saint-Augustin.

Ryser, A. (2000). Mémorial d'une mort volontaire : survivre au suicide de ma fille.
Saint-Maurice : Ed. Saint-Augustin.

II. Ouvrages français

Batt-Moillo, A. & Jourdain, A. (2005). Le suicide et sa prévention : Emergence du concept, actualité des programmes.
Rennes : Ecole Nationale de Santé Publique.

Baud, M. (1992). La tentation du suicide dans les écrits autobiographiques 1930-1970.
Paris : Ed. Presses universitaires de France.

Caroli, F. & Guedj, M-J. (1999). Le suicide.
Paris : Ed. Flammarion.

Charazac-Brunel, M. (2002). Prévenir le suicide : clinique et prise en charge.
Paris : Ed. Dunod.

Choquet, M. (2004). Les jeunes suicidants à l'hôpital.
Paris : EDK.

Durkheim, E. (2002). Le suicide.
Paris : Ed. Presses universitaires de France.

Halbwachs, M. (2002). Les causes du suicide.
Paris : Ed. Presses universitaires de France.

Holderhegger, A. (2004). Le suicide : le conflit entre la vie et la mort.
Paris : Ed. du Cerf.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2001). Les élèves à l'infirmierie scolaire : identification des jeunes à haut risque suicidaire.
Paris : INSERM.

Lemperiere, T. (1998). Dépression et suicide.
Paris : Ed. Masson.

Lesage, L. (1995). Le suicide.
Paris : Ed. Bayard.

Morel, G. (2002). Clinique du suicide.
Ramonville : Ed. Erès.

Moron, P. (2005). Le suicide.
Paris : Ed. Presses universitaires de France.

Perelberg, R. (2004). Violence et suicide.
Paris : Ed. Presses universitaires de France.

Perrier-Durand, A. (1997). Je me tue à vous le dire : le suicide à la croisée des regards de la psychanalyse et de la criminologie.
Ramonville : Ed. Eres.

Petitclerc, J-M. (2005). Et si on parlait...du suicide des jeunes.
Paris : Ed. Presses de la Renaissance.

Redfield-Jamison, K. (2000). La tentation du néant : comprendre le suicide pour mieux le prévenir.
Paris : Ed. Robert Laffont.

Verdier, E. & Firdion, J-M. (2003). Homosexualité et suicide.
Béziers : Ed. H&O.

Wallerstein, C. (2004). Le suicide des adolescents.
Bonneuil-les eaux : Gamma Editions.

III. Ouvrages canadiens

Chagnon, F. & Mishara, B.L. (2004). Evaluation des programmes de prévention du suicide.
Québec : Presses de l'Université de Québec.

Dorais, M. (2001). Mort ou vif : la face cachée du suicide chez les garçons.

Québec : Ed. Vlb.

Falardeau, M. (2002). Huit clés pour la prévention du suicide chez les jeunes.
Sainte-Foy : Ed. Presses universitaires du Québec.

Lambin, M. (2004). Aider à prévenir le suicide chez les jeunes : un livre pour les parents.
Montréal : Ed. Sainte Justine.

Lewis, L. (2001). Le suicide : un saut dans le néant.
Montréal : Ed. Nouvelles Asms.

Mishara, BL. & Tousignant, M. (2004). Comprendre le suicide.
Montréal : Ed. Presses universitaires de Montréal.

Paquette, E. (2005). Se faire et se défaire : essai sur le suicide et le langage.
Montréal : Ed. Varia.

Williams, K. (1996). Dépression et suicide chez les jeunes : guide pour les parents.
Montréal : Sciences et culture.

IV. Ouvrages complémentaires

Couchepin, N. & König, M. (2004). Des mots cloués dans la gorge.
Grolley : Ed. de l'Hèbe.

Faure, J-P & Girardet, C (2003). L'empathie, le pouvoir de l'accueil.
St Julien-en-Genevois : Ed. Jouvence.

Poletti, R. & Dobbs, B. (2001). Vivre son deuil en famille : des pistes pour traverser l'épreuve.
Saint-Maurice : Ed. Saint-Augustin.

Poletti, R. & Dobbs, B. (2003). Vivre son deuil et croître.
St Julien-en-Genevois : Ed. Jouvence.

Sœur Emmanuelle. (2005). Vivre, à quoi ça sert ?
Paris : Ed. Flammarion.

Tremblay, L. (2002). La relation d'aide : développer des compétences pour mieux aider.
Paris : Ed. Chronique sociale.

Vanistendael, S. & Lecomte, J. (2000). Le bonheur est toujours possible : construire la résilience.
Paris : Ed. Bayard.

Zermatten, J. (2004). Les droits des enfants : douze récits pour ne pas s'endormir.
Saint-Maurice : Ed. Saint-Augustin.

V. Articles et parutions

Broun-Fericelli, F. (2003). Suicide de l'adolescent et du jeune adulte : quelle prévention possible par le médecin de premier recours ?
In Médecine et Hygiène, Vol. 61, no 2422, pp. 273-276.

Ferron, C. ; Michaud, PA. ; Dubois-Arber, F. ; Chollet-Bornand, A. & Scheder, P-A. (1998)
Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève.
Lausanne : IUMSP.

Lavenex, P. (1999). Etude des représentations familiales chez une population de jeunes suicidants au Centre des urgences du CHUV. Lausanne... THESE Faculté de Lausanne (*cf. références*).

Wagner, P. ; Fischer, W. & Ladame, F. (1994). Le suicide chez les jeunes.
In Cahiers psychiatriques genevois, Vol. 16, pp. 119-125.

VI. Documentaires

Dindo, R. (2005). Trois jeunes femmes (entre la vie et la mort).
Zürich : Lea Produktion ; Genève : TSR : Les hôpitaux universitaires de Genève (prod).

Hofmann, B. & Braendle, N. (2002). Ces aînés qui veulent en finir.
Genève : TSR (prod).

Mottier, C. & Ackermann, G. (1987). Le suicide des jeunes.
Genève : SSR (prod).

Ruet, C. & Bernheim, P. (1997). Le suicide, ce n'est pas une fatalité.
Genève : TSR (prod).

VII. Liens internet

Association valaisanne pour la prévention du suicide, ParsPas : www.parspas.ch

Association CAPS (Coordination Action Prévention Suicide) : www.coordination-suicide.ch

Association Stop Suicide : www.stopsuicide.ch

HUG – Internet de l'adolescent : <http://www.hug-ge.ch>

Ipsilon (Initiative pour la prévention du suicide en Suisse) :
<http://www.ipsilon.ch/index.php?id=1&L=1>

Cet ouvrage :
« Les jeunes et le suicide en Valais. »
sera accessible sur le site :

www.sarahoberson.org
dès 2007