



Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide

Avec les contributions de : Cynthia MORGNY¹, Pierre CHALMETON², Inès KHATI³, Bérénice LAMBERT¹, Céline LECLERC², Patricia MEDINA⁴, Sylvie NEZELOF⁵, Lise TROTTET³, Pierre VANDEL⁵.

La Fnors et les ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire ont réalisé une étude qualitative, en partant d'expériences concrètes et du vécu de 28 jeunes de 15 à 25 ans ayant exprimé des idées suicidaires, des projets de suicide ou ayant effectué des tentatives de suicide.

À partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des jeunes, cette étude a examiné les ressources d'aide et actions de prévention dont les jeunes ont bénéficié, et comment celles-ci ont répondu (ou non) à leurs besoins. Les jeunes ont été rencontrés à partir de structures de soins, de prévention, du secteur social et, dans une moindre mesure, des groupes d'entraide sur internet et des relations interpersonnelles.

L'étude a été réalisée en 2019-2020, pour et sur financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), pour l'Observatoire national du suicide (ONS).

Pour aller plus loin

Cette étude a donné lieu à un ouvrage publié en Mai 2022 aux Presses de l'EHESP, « Derrière les masques, la souffrance mentale des jeunes ».

L'ouvrage analyse les besoins et « portes d'entrée » pour une prévention et une prise en charge coordonnées et efficaces, et souligne les difficultés des professionnels du soin et de la relation.

Comment adapter les cadres et les dispositifs de suivi ? Dans quels contextes et par quels mécanismes les adultes sont-ils aidants ou au contraire se détournent-ils des jeunes ? Quels rôles jouent les réseaux sociaux dans l'expression et l'écoute des idées suicidaires ? Comment mieux détecter les signes de détresse par-delà les non-dits ?

Les professionnels de la santé scolaire, du soin et du social, de l'administration de la santé, les associations de prévention et plus largement les familles trouveront dans cet ouvrage, au fil de témoignages forts et rares de jeunes, des ressources pour décoder les comportements et les paroles, ainsi qu'une certitude : être écouté sans être jugé et parler de sa souffrance est une étape préalable au soin.

Pour commander l'ouvrage : <https://www.presses.ehesp.fr/produit/derriere-masques-souffrance-mentale-jeunes/>

¹ Observatoire régional de la santé de Bourgogne-Franche-Comté

² Observatoire régional de la santé de Centre-Val de Loire

³ Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

⁴ Observatoire régional de la santé d'Auvergne-Rhône-Alpes

⁵ Centre hospitalier régional universitaire de Besançon

Parler de sa souffrance et être entendu

Aborder les idées suicidaires et les tentatives de suicide des jeunes suscite des blocages multiples. La prise de conscience, la compréhension de son mal-être et son expression verbale par le jeune nécessitent du temps. Identifier les émotions, y associer les mots, comprendre et pouvoir mettre à distance son vécu ne vont pas de soi. Le jeune peut aussi craindre les conséquences de sa prise de parole, et dissimuler son état : risque d'être jugé, stigmatisé par ses pairs si on se montre faible, dénoncer des violences au risque d'un éloignement des personnes proches, ou de vengeance ; crainte d'inquiéter excessivement alors que sa souffrance ne semble pas légitime ; craintes liées à une prise en charge qui lui serait imposée avec les représentations sociales autour de la psychiatrie, la privation de liberté etc. **Le repérage du mal-être est donc rendu compliqué par une forme de dissimulation des jeunes qui portent souvent un « masque » au contact de personnes qui pourraient les aider.**

La prise en compte d'une parole du jeune, au moment où elle s'exprime, n'en est que plus importante. Les jeunes rapportent fréquemment des situations où les proches sont peu attentifs, voire maltraitants et en partie à l'origine du mal-être. Pour d'autres, l'entourage constitue une aide potentielle, mais ce dernier **ne prend pas la mesure du mal-être**, qu'il attribue par exemple à l'adolescence dans une forme de crise nécessaire ou inévitable, ou préfère éviter de parler d'épisodes difficiles, et « passer à autre chose ». Les acteurs professionnels peuvent parfois aussi minimiser le vécu du jeune, ou éviter d'aborder vraiment le sujet, inquiets de raviver ou aggraver des souffrances, voire d'être responsable d'un geste suicidaire s'ils évoquent avec lui cette idée. **Une certaine omerta règne, chacun s'estimant démuni** et comme sidéré par la potentialité du risque suicidaire, sans capacité à en parler ni à rechercher de l'aide auprès d'autres personnes. **C'est alors souvent seulement après une tentative de suicide que s'organisent, autour du jeune, un soutien de l'entourage, et la mise en place d'un accompagnement médical, psychologique et/ou psychiatrique.**

La qualité de la relation et de l'écoute

Le lien permettant aux jeunes de se sentir compris est central. **Les jeunes rencontrés attendent en premier lieu une écoute empathique et une validation de leur souffrance, avant l'apport d'éventuelles informations, la mise en place de solutions ou d'un accompagnement spécialisé.** Les expériences des jeunes montrent que cette « connexion relationnelle », a pu être établie autant avec des professionnels (infirmière scolaire, surveillant, CPE, un psychologue d'une structure, un enseignant ou un formateur, conseillers de mission locale, éducateurs...) que de la famille, des amis ou des inconnus avec qui ils ont partagé leur vécu sur internet. Elle ne s'appuie donc pas forcément sur une antériorité de la relation dans le temps, ni sur la confiance dans une compétence professionnelle reconnue. Cette connexion apparaît souvent comme déclenchant un changement, ne serait-ce que le premier : reconnaître ce qui va mal et le nommer. Mais dès lors que peut-on attendre de cette connexion en matière de prévention ? S'agit-il de la percevoir comme délimitant un point d'entrée nécessaire mais dont le temps d'action serait limité ou de s'assurer qu'elle perdure pour prévenir les éventuelles ruptures de soins, pour assurer un regard durable et bienveillant auprès de jeunes ?

Désigner des groupes d'acteurs aux meilleurs profils semble inadapté : les parents ne sont pas forcément ceux vers lesquels les jeunes se tournent. Les jeunes connaissent peu les ressources ou structures mobilisables et des expériences négatives avec des professionnels spécialisés peuvent les détourner des prises en charge, quant à l'entourage, il n'est pas toujours aidant et rien ne permet d'apprécier la durabilité de ces liens, quand il s'agit d'autres personnes que de parents. De plus, **toutes les personnes n'ont pas ensuite les mêmes possibilités d'action dans le parcours des jeunes** : il ne s'agit pas seulement de repérer et d'interpréter des signes de mal-être, d'ouvrir la communication par l'écoute, mais aussi d'identifier les moyens de soigner les maux, mobiliser ou amener les jeunes à le faire, sortir les jeunes d'un isolement, de manifester son attachement et l'importance du jeune aux yeux de ses pairs, et de sa famille etc., donner de l'espoir. Pour cela, d'autres ressources seront à mobiliser.

Une offre d'accompagnement diverse mais inégalement répartie et identifiée

De nombreuses ressources d'aides et de protection existent, mais toutes ne sont pas identifiées ou accessibles, et les jeunes se les représentent parfois négativement ou en une expérience « malheureuse ». Le champ de la psychiatrie est particulièrement déficitaire, inégalement réparti sur le territoire, et reste fortement stigmatisée. D'autres professionnels interviennent dans la santé mentale, dont le repérage, la patientèle et la localisation sont - du fait de la diversité des modes d'exercice et de leur prise en charge - moins lisibles. Les psychologues en premier lieu mais aussi un groupe de « thérapeutes et psychanalystes » plus méconnus, et dont les missions sont souvent floues. Les expériences montrent que ce qui soutient la satisfaction et encourage la poursuite est avant tout le mode d'action du professionnel, et des échanges conduits selon un mode de verbalisation interactif.

Les autres communautés professionnelles présentent des niveaux différents de culture en santé mentale. Les professionnels des établissements scolaires, universitaires et de formation sont aux premières loges du contact avec les jeunes et de leur orientation. Cependant leur accessibilité est inégale, leur rôle est parfois méconnu des jeunes. D'autres professionnels des secteurs de l'emploi, des établissements assurant des mesures de protection des jeunes sont éloignés de cette culture et isolés.

Le médecin généraliste, souvent premier sollicité, est un point d'entrée vers une prise en charge. Pour assurer son rôle, il doit diagnostiquer, parfois orienter vers une structure *ad hoc* et pouvoir lui-même connaître l'éventail des possibilités pour les jeunes, donc actualiser cette connaissance. Outre l'aspect « connaissances », c'est aussi la question de l'offre de soins qui est au cœur des parcours, tout comme celle de leur coordination. Si les Conseils Locaux de Santé Mentale apparaissent comme un opérateur de cette coordination, ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire¹ et tous n'investissent pas la santé mentale des jeunes². D'autres acteurs inscrits dans la mise en œuvre de prévention et de réponses

coordonnées sont présents et notamment les Maisons de santé pluriprofessionnelles. Sur la prise en charge, la tentative de suicide suivie d'une hospitalisation aux urgences générales devrait pouvoir être signalée à des acteurs de la prise en charge psychiatrique (psychiatrie de liaison, CMP ?) et/ou à des acteurs de la prévention de la récurrence.

Les familles, et les établissements scolaires, qui connaissent les tissus d'acteurs trouvent plus facilement les professionnels. **Généralement, les jeunes ne connaissent pas les ressources et en dehors du soin repérable (médecin généraliste, psychiatre, hôpital), ils n'envisagent pas la palette des structures vers lesquelles des portes d'entrée existent.** Les Maisons d'adolescents ne font pas partie de leur répertoire d'acteurs connus, ils ne savent pas que des réseaux d'écoute existent, ni que des psychologues exercent dans des structures qui leur sont dédiées. Améliorer cette identification passe par différents créneaux, l'école, leurs lieux de fréquentation, leurs outils de communication (internet et les réseaux sociaux). Et pour ceux qui en ont besoin, **une personne référente est à identifier qui assure le rôle de fil rouge auprès du jeune** et de relais auprès des ressources d'aides et de soins nécessaires.

Internet : transférer la « mécanique du lien », lutter contre les dérives

L'observation des relations entre participants des groupes de soutien sur Facebook montre qu'une relation « virtuelle » d'aide semble être aussi efficace qu'un lien établi dans la vie « réelle ». Ces groupes leur apparaissent comme un espace sécurisant et fiable, où se mobilisent des pairs qui rencontrent les mêmes situations, ou connaissent des souffrances comparables.

La mise en œuvre du lien avec les personnes en souffrance, via internet, semble reposer sur des étapes clés :

1. la réponse rapide à des sollicitations,
2. des encouragements et de la compassion,
3. la préservation du secret et la mise en place d'un échange, d'une relation à deux en mode privé,
4. l'incitation à ne pas se suicider : l'articulation du « compter pour » et « compter sur »,
5. l'identification de ressources d'aides de proximité voire de suivi de la sollicitation de ces aides par la personne.

¹ D'après le État des lieux national des CLSM 2018, publié par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM CCOMS Lille, 200 CLSM en France couvraient à cette date 16,5 millions d'habitants.

² D'après ce même État des lieux, 47% couvraient la thématique de la santé mentale des adolescents, 36% celle des enfants.

Ces étapes semblent adaptées et leur transférabilité pourrait être testée pour assurer, avec le jeune et dans un temps court, la mise en place d'une relation peu à peu ancrée dans le lien, accompagnant l'expression d'une souffrance, l'ouverture vers des possibilités d'aides puis vers le soin. Elles pourraient être proposées aux professionnels non spécialistes de ces questions, démunis pour aborder ces sujets avec les jeunes. Cette mécanique apparaît aussi intéressante à adopter et à tester auprès de publics variés, par des personnes également diversifiées qu'elles soient professionnelles de santé ou non, à des étapes différentes des parcours de ces jeunes : repérage ? Fenêtre d'ouverture pour l'expression du mal-être ? Suivi au long cours de jeunes repérés en souffrance ? En sortie de structures hospitalières ? Dans des conditions d'utilisation seule ou en complément d'autres modes de suivi ?

Des informations et interventions « à lier »

Dans les parcours des jeunes rencontrés, où la souffrance psychique existe sur une longue durée, avec des améliorations et des rechutes, une discontinuité des interventions est repérée. Si les actions de prévention se développent, elles interviennent à des moments différents dans l'évolution du mal-être des jeunes et de leur geste suicidaire. Ce faisant, elles mettent en place des organisations, procédures, modes d'action parfois très indépendants les uns des autres. Or, la notion de lien semble centrale.

Il semble que les parcours décrits sont extrêmement variés mais fonctionnent selon le modèle du filet décrit par Elias. « *Un filet est fait de multiples fils reliés entre eux. Toutefois ni l'ensemble de ce réseau, ni la forme que prend chacun des différents fils ne s'expliquent à partir d'un seul de ces fils, ni de tous les différents fils en eux-mêmes : ils s'expliquent uniquement par leur association, leur relation entre eux (...). La forme de chaque fil se modifie lorsque se modifient la tension et la structure de l'ensemble du réseau. Et pourtant ce filet n'est rien d'autre que la réunion de différents fils ; et en même temps chaque fil forme à l'intérieur de ce tout une unité en soi ; il y occupe une place particulière, il prend une forme spécifique* »³.

Il est possible d'outiller chaque fil, en déployant plus largement des formations sur ces sujets. Mais deux points clés sous-tendent ces outils : la parole des jeunes doit être entendue dans ce qu'elle dit de lui-même et non pas d'abord dans les conséquences de ce qu'elle risquerait de provoquer pour lui, son entourage, sa scolarité ou tout autre événement et personne. L'acquisition de compétences psychosociales renforce les jeunes dans leurs capacités à aborder des événements, exprimer leurs émotions et détresses, se sentir légitime à être aidé et demander cette aide. **C'est donc aussi dans une articulation des interventions entre celles soutenant les jeunes et celles outillant les entourages que les actions doivent être pensées.**

³ Norbert Elias, *La société des individus*, (1^{ère} édition en allemand, 1987), Paris, Fayard, 1991.