

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme HES
d'éducatrice spécialisée

HEVs2 Haute école santé - social Valais
1950 Sion

Quel accompagnement l'éducateur spécialisé met-il en place suite à une tentative de suicide faite par un adolescent dans un milieu institutionnel ?

Résumé : Dans ce travail, j'ai cherché à montrer quel accompagnement les éducateurs spécialisés offrent aux adolescents suite à un tentamen en milieu institutionnel. Pour ce faire, j'ai interrogé des éducateurs ayant vécu cette situation. Mon analyse se base principalement sur le discours des professionnels. Les éducateurs évaluent tout d'abord la gravité de la situation et font en sorte que l'adolescent soit pris en charge par un service médical, souvent suivi par un passage en centre de crise. Après le retour en institution, le professionnel met en avant le soutien affectif et le soutien au quotidien. Il endosse le statut de pilier tout au long de la prise en charge. Il travaille en partenariat avec le réseau formel et informel de l'adolescent. Peut-on banaliser ou non une tentative de suicide ? Faut-il être constamment attentif à l'état du jeune et au risque de passage à l'acte ?

Mots clés : Tentative de suicide - adolescent - éducateur spécialisé -
accompagnement- institution - réseau

Milena Srbinoski

Novembre 2006 / PT 03

« C'est le propre de la jeunesse de couper les liens, d'ouvrir des chemins nouveaux, de rêver de liberté. »

Reine Malouin

« Crise d'adolescence : en réalité, le seul moment où l'homme, ayant mesuré son destin, est tenté d'aller jusqu'au bout de ses pensées. »

Pierre Turgeon

L'auteur remercie :

- Toutes les personnes qui ont accepté de répondre à mes questions et de partager leurs expériences
- Susanne Lorenz, ma directrice de mémoire
- David Beney, Loren Srbinoski et Anouck Berney

Dans ce travail j'ai utilisé le langage épïcène.

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que son auteur.

Table des matières :

1. THÉMATIQUE	6
2. CONCEPTS ET CADRE THÉORIQUE:	8
2.1 LE SUICIDE : DIFFERENTS COURANTS EXPLICATIFS.....	8
2.1.1 <i>Les théories sociologiques</i>	8
2.1.2 <i>Les théories psycho-dynamiques et psychologiques</i>	9
2.1.3 <i>Les théories médicales</i>	11
2.2 LE SUICIDE ET LA TENTATIVE DE SUICIDE	11
2.3 L' ADOLESCENCE	12
2.3.1 <i>Suicide ou tentative de suicide à l'adolescence</i>	13
2.3.1.a <i>Des signes qui permettent d'identifier les risques</i>	15
2.3.2 <i>Différences entre filles et garçons dans l'acte suicidaire</i> ..	16
2.3.2. a <i>Les garçons</i>	16
2.3.2. b <i>Les filles</i>	17
2.4. PREVENTION	18
2.4.1 <i>La prévention primaire ou universelle</i>	18
2.4.2 <i>La prévention secondaire ou sélective</i>	19
2.4.3 <i>La prévention tertiaire</i>	20
2.5 ROLE DE L' EDUCATEUR SPECIALISE	21
2.6 L' ACCOMPAGNEMENT D' UN ADOLESCENT SUITE A UNE TENTATIVE DE SUICIDE EN MILIEU INSTITUTIONNEL PAR UN EDUCATEUR SPECIALISE.....	22
2.7 RESEAU	23
3. METHODOLOGIE.....	24
3.1 OBJECTIFS	24
3.2 HYPOTHESES DE RECHERCHE	25
3.3 LE TERRAIN D' ENQUETE	27
3.4 L' ECHANTILLON.....	28
3.5 LA METHODE.....	28
4. ANALYSE DES DONNEES	29
4.1 PORTRAITS	29
4.2 LES INSTITUTIONS OU ONT EU LIEU LES TENTAMENS	30
4.2.1 <i>La situation du passage à l'acte</i>	30

4.3 L'ACCOMPAGNEMENT D'UNE ADOLESCENTE QUI A ATTENTE A SES JOURS EN MILIEU INSTITUTIONNEL PAR UN EDUCATEUR SPECIALISE	31
4.3.1 <i>Evaluation du risque</i>	31
4.3.2 <i>Les mesures prises par l'éducateur spécialisé</i>	31
4.3.3 <i>Les mesures prises par des personnes extérieures au foyer</i>	33
4.3.2 <i>Les procédures internes au foyer en situation d'une tentative de suicide</i>	34
4.3.2.1 <i>Changements provoqués dans l'institution où ont eu lieu les tentamens</i>	34
4.3.3 <i>Le soutien offert aux adolescentes suite à une tentative de suicide par les éducateurs spécialisés</i>	36
4.3.3.1 <i>Le soutien affectif</i>	36
4.3.3.2 <i>Le soutien au quotidien</i>	37
4.3.3.3 <i>Le soutien normatif</i>	38
4.3.4 <i>La réinsertion sociale</i>	39
4.4 LES CONTACTS AVEC LE RESEAU	40
4.4.1 <i>Le réseau formel</i>	40
4.4.2 <i>Le réseau informel</i>	43
4.4.3 <i>Les buts du réseau ou de la collaboration avec les partenaires du réseau</i>	44
4.4 QUEL SOUTIEN EST OFFERT A L'EDUCATEUR SPECIALISE.....	45
4.5 COMMENT UNE TENTATIVE DE SUICIDE FAITE PAR UNE ADOLESCENTE EST VECUE PAR UN EDUCATEUR SPECIALISE	46
5. SYNTHÈSE	48
6. CONCLUSION	51
6.1 PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	55
6.2 LIMITES DE LA RECHERCHE	57
6.3 BILAN TECHNIQUE	58
6.4 BILAN PERSONNEL	59
7. BIBLIOGRAPHIE	60
8. SITES INTERNET	61

Annexes :

Annexe 1 : Comparaison internationale : Taux de suicide pour 100'000 habitants.
Taux de suicide en fonction de l'âge et du sexe
Causes de décès en l'an 2002
Méthode de suicide en Suisse de 1969 à 2000
Résumé des données de suicidalité des enquêtes SMASH
(Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health Study)

Annexe 2 : Possibilité de prévention du suicide

Annexe 3 : Quelques programmes nationaux et projets de prévention du suicide

Annexe 4 : Projets de présentation du suicide lancés ou soutenus par la Confédération.

Annexe 5 : Projets locaux ou régionaux de prévention du suicide.

Annexe 6 : Vrai ou faux

Annexe 7 : Tableau : Les facteurs de risques et de protection

Annexe 8 : Tableau : Signes précurseurs du suicide et/ou de la tentative de suicide

Annexe 9 : Quelques conseils sur les choses à faire ou à ne pas faire avec un adolescent qui nous inquiète

Annexe 10 : Lettres à la direction et aux groupes éducatifs

Annexes 11 : Grille d'entretien

Annexe 12 : Grille d'analyse

Annexe 13 : Petit lexique sur le suicide et la tentative de suicide

1. Thématique

En Suisse, la problématique du suicide est importante. Selon l'office fédéral de la santé publique, en 2000, il y a eu 1378 décès pour cause de suicide (979 hommes et 399 femmes), 604 pour cause d'accident de la route, 205 pour cause de drogue et 135 suite au sida. Les décès par suicide sont donc plus nombreux que les décès causés par le sida, la drogue et les accidents de la route réunis (voir annexe 1). Le suicide est la cause la plus fréquente de décès chez les hommes de 15 à 44 ans. On constate que le taux de suicide augmente rapidement chez les hommes de 15 à 24 ans et ceux de plus de 75 ans. Pour les femmes, le taux ne change presque pas avec l'âge.

1378 suicides par année donnent 4 décès par jour et donc un taux de suicide de 19.1 pour 100'000 habitants. Le taux de suicide en Suisse est nettement plus haut que la moyenne mondiale.¹

On constate aussi que les moyens utilisés sont différents pour les hommes et les femmes. Les personnes de sexes féminins utilisent plutôt des moyens comme les médicaments qui ne portent pas trop d'atteinte visible sur le corps. Des moyens qui peuvent ne pas être trop radicaux. Les hommes attenteront à leurs jours avec de moyens qui ont peu de chance de ne pas finir en suicide comme le revolver ou le fait de se jeter en bas un pont.²

L'office fédéral de la santé dit aussi que pour un suicide, il y a 10 à 15 tentatives de suicide, ce qui signifie que 15'000 à 25'000 personnes feraient une tentative chaque année en Suisse. On en compte finalement que 10'000 car elles ne sont pas toutes déclarées. Ce qui amène à dire que la tentative est le plus grand facteur de risque pour en arriver au suicide.

1 à 2% des cas de décès en Suisse relèvent du suicide. 10 % de la population a déjà fait un tentamen et 1 personne sur 2 a des pensées suicidaires³.

Voilà les questionnements qui découlent de ces statistiques.

La première est que durant mon adolescence j'ai pu constater que de nombreuses personnes avaient vécu ou pensé à la tentative de suicide. De voir ces gens souffrir à un tel point et en arriver à tenter de mettre fin à leurs jours m'a fait réfléchir et me poser beaucoup de questions sur ce problème.

¹ Voir annexe 1 : Office fédéral de la santé publique-15 avril 2005 « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse-Rapport répondant au postulat Widemer (o2.3251) »

www.bag.admin.ch/gespol/suizidprevention/f/suzid_f.pdf Consulté le 20 juillet 2006

² Office fédéral de la santé publique-15 avril 2005 « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse-Rapport répondant au postulat Widemer (o2.3251) »

www.bag.admin.ch/gespol/suizidprevention/f/suzid_f.pdf Consulté le 20 juillet 2006

³ Office fédéral de la santé publique-15 avril 2005 « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse-Rapport répondant au postulat Widemer (o2.3251) »

www.bag.admin.ch/gespol/suizidprevention/f/suzid_f.pdf Consulté le 20 juillet 2006

Ne trouvant pas de réponses, j'ai voulu me renseigner afin de mieux comprendre leur mal être et trouver des pistes pour les accompagner.

En deuxième lieu, à l'heure actuelle des institutions accueillent des enfants et des adolescents ayant des troubles du comportement et de la relation. On sait que les troubles du comportement peuvent être liés à la tentative de suicide. Il peut arriver que durant des entretiens avec les jeunes, on entende « *je veux mourir, je n'ai rien à faire ici.* » Entendre ces mots dans la bouche d'un enfant ou d'un adolescent, peut beaucoup remuer. Cela peut amener le professionnel à se sentir impuissant, ne sachant comment se comporter face aux dires du jeune. Cette deuxième problématique m'a vraiment donné envie de creuser ce thème.

Les professionnels ont-ils besoin d'aide dans des situations où un adolescent tente de se suicider ? Ont-ils besoin d'avoir des pistes d'action pour offrir un bon accompagnement à ces jeunes en le vivant bien ? Ces pistes peuvent-elles aider les professionnels à se sentir moins impuissants dans ces situations ?

Troisièmement, le thème du suicide reste encore, aujourd'hui, pour beaucoup de gens, un sujet dont on ne parle pas forcément. Est-ce que ce sujet met mal à l'aise ? Ceci est fort plausible car il peut être difficile de comprendre pourquoi une personne peut en arriver à vouloir mettre fin à ses jours. Il me semble qu'il est important d'en parler et de sensibiliser les gens sur ce problème de société.

Dans ce travail, ce qui m'intéresse le plus est de traiter ce qui est en lien avec ma future profession. C'est-à-dire : tenter de comprendre comment les éducateurs spécialisés vont se comporter avec des jeunes qui ont attenté à leurs jours. Comment est-il possible d'accompagner les jeunes qui attentent à leurs jours et qu'est-il possible de mettre en place pour eux ?

Le métier d'éducateur spécialisé se pratique en majorité au sein d'institution. C'est pour cela que je m'intéresse à ce qu'il se passe dans ce contexte précis.

Toutes ces questions m'amènent à réfléchir autour d'une question qui est :

Quel accompagnement l'éducateur spécialisé met-il en place suite à une tentative de suicide faite par un adolescent dans un milieu institutionnel ?

Dans ce travail je vais commencer par présenter les concepts théoriques qui se rapportent à mon thème. Ensuite vient un chapitre sur la méthodologie où je vais présenter les objectifs de ce travail, les hypothèses, le terrain d'enquête, l'échantillon et la méthode de récolte d'information. Après vient un chapitre sur l'analyse des données que j'ai récoltées lors de mes entretiens. Suivi de la synthèse et de la conclusion. Dans la partie conclusion se trouvent aussi les perspectives professionnelles, les limites de la recherche, les bilans techniques et personnels.

2. Concepts et cadre théorique:

2.1 Le suicide : différents courants explicatifs

De nombreuses personnes ont voulu trouver des explications au suicide et à la tentative de suicide. C'est pour cela qu'il existe de multiples théories sur le sujet. Je vais tenter de décrire succinctement trois grands courants : les courants sociaux, médicaux et psycho-dynamiques.

2.1.1 Les théories sociologiques

La première théorie sociologique voit le jour en 1897 par Durkheim⁴. C'est une approche par laquelle le problème du suicide est analysé par des données statistiques de populations. Durkheim (1967)⁵, par exemple, en analysant des populations européennes, a posé le postulat que chaque société et chaque groupe social a son propre taux de suicide. Donc pour lui, les influences personnelles ne jouent pas de rôles dans le risque de suicide. C'est plutôt le niveau d'intégration sociale qui est important. Le fait de ne pas être intégré dans la société dans laquelle on vit, peut isoler une personne. Dans ce courant-là, le problème du suicide est expliqué par des causes sociales comme l'intégration ou les relations avec autrui, et non pas morales. Le fait d'analyser des groupes de personnes et de tenter d'en sortir les différences a été spécialement efficace pour faire apparaître les groupes à risque.

Durkheim (1967) a divisé les causes du suicide en trois causes sociales principales. Il a nommé la première le suicide égoïste où l'homme lui-même ne trouve plus de raison d'être à la vie. Le suicide altruiste est un peu le contraire, là, l'être humain a le sentiment que les raisons qui lui enlèvent l'envie de vivre sont hors de lui, de la vie elle-même.

La plus importante cause à mes yeux, est le suicide anémique. Pour Durkheim (1967), cette cause est liée aux crises (économiques) de la société. Que les crises économiques amènent une hausse des biens ou une baisse, le problème est le même. C'est-à-dire que le cadre posé par la société qui donne un rôle et une place à chacun dans la société est ébranlé. Il y a une perte des repères. L'homme fonctionne avec des besoins physiques mais surtout moraux. Donc, dès que l'on peut espérer plus, on en veut plus et toujours plus. Finalement, personne n'est jamais satisfait de ce qu'il est et de ce qu'il a. Et donc, souvent la déception en est l'aboutissement.

⁴ DURKHEIM, Emile, Epinal 1858 – Paris 1917, sociologue français. Un des fondateurs de la sociologie, il ramène les faits moraux aux faits sociaux, qu'il considère indépendants des consciences individuelles. (Le petit Larousse illustré 2005, p. 1331)

⁵ DURKHEIM, Emile, « Le suicide » Deuxième édition, Presses Universitaires de France, Paris, 1967. 461 pages

Durkheim (1967) a dit : « *L'homme qui a toujours tout attendu de l'avenir, qui a vécu les yeux fixés sur le futur, n'a rien dans son passé qui le reconforte contre les amertumes du présent ; car le passé n'a été pour lui qu'une série d'étapes impatientement traversées. Ce qui lui permettait de s'aveugler sur lui-même, c'est qu'il comptait toujours trouver plus loin le bonheur qu'il n'avait pas encore rencontré jusque-là. Mais voici qu'il est arrêté dans sa marche ; dès lors, il n'a plus rien ni derrière lui ni devant lui sur quoi il puisse reposer son regard. La fatigue, du reste, suffit, à elle seule, pour produire le désenchantement, car il est difficile de ne pas sentir, à la longue, l'inutilité d'une poursuite sans terme.* »⁶

Dans la théorie de Durkheim (1967)⁷, le suicide est expliqué en prenant en compte les facteurs sociaux et psychiques. Beaucoup de poids a été mis sur les relations vécues. Il transparaît que des problèmes personnels ajoutés à de mauvaises relations sociales sont de bonnes alliances dans un certain contexte pour amener quelqu'un à avoir des idées suicidaires. Avec cette vision, on observe que les causes du suicide sont multiples. Ce sont des facteurs de plusieurs ordres, comme de mauvaises relations avec autrui, le fait de ne pas réussir à s'intégrer dans la société ou que la société se désorganise qui peuvent causer une perte de repères. Mais ces facteurs sont constamment en relation. Pour ces théories, le suicide se produirait au moment où la personne se trouverait dans une situation sans issue, dans un contexte bien précis et à un moment de sa vie bien précis aussi, ce serait donc le seul moyen d'en sortir. C'est de cette pensée que découle la notion de crise suicidaire⁸.

Lewis (2001)⁹ parle aussi de la relation entre la personne et la société pour comprendre le suicide et la tentative de suicide. Il explique qu'il est question de mettre en évidence les relations entre un être vivant et son milieu, plus précisément en étudiant les relations qu'il y a entre les personnes et leurs environnements physiques, sociaux, culturels et économiques¹⁰.

2.1.2 Les théories psycho-dynamiques et psychologiques

Dans le courant psycho-dynamique, on cherche principalement à expliquer les actions autodestructives qui animent les personnes en situation de penser ou de commettre un suicide. Plusieurs psychologues ont démontré que le suicide pouvait découler d'un conflit entre l'instinct de survie et l'instinct de mort. Ils ont tenté de montrer qu'il existait chez ces personnes un conflit psychique entre la pulsion de vie et celle de la mort, ce qui pourrait amener l'envie de tuer, qui peut devenir celle de se tuer, donc de se suicider.

⁶ DURKHEIM, Emile, « Le suicide » Deuxième édition, Presses Universitaires de France, Paris, 1967. 461 pages

⁷ DURKHEIM, Emile, « Le suicide » Deuxième édition, Presses Universitaires de France, Paris, 1967. 461 pages

⁸ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages

⁹ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages

¹⁰ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages

Mais la psychanalyse explique que la mort n'existe pas comme objet dans l'inconscient, donc le désir de mort ne viserait pas un objet tel que la mort mais plutôt un état qui permettrait d'apaiser des tensions psychiques douloureuses. On peut dire que c'est un moyen de se reconstruire symboliquement¹¹.

Le suicide vient du latin se donner la mort. Donc le suicide comprend un décès dans lequel une personne a agit contre elle-même par un acte qui amène à la mort. Les personnes qui se dirigent vers un acte suicidaire sont en grande souffrance et, souvent, la seule solution que trouvent ces personnes pour sortir de ce mal-être, est le fait de s'ôter la vie. Shneidman (1999) appelle cette souffrance le « psymal ». Pour lui, ce « psymal » découle de frustration ou de besoins psychologiques déformés. Donc, à ses yeux, le suicide provient d'un drame qui a lieu dans l'esprit.

Shneidman (1999) dit que chacun vit des émotions positives et négatives. Les émotions négatives (honte, peur, crainte, humiliation) en grandes quantités peuvent amener à l'angoisse. Il se trouve que pour certaines personnes, cette angoisse peut devenir permanente.

Pour Shneidman (1999), l'angoisse est le facteur majeur qui peut amener quelqu'un à vouloir se suicider. Pour lui, il est très important de comprendre cette souffrance (psymal) et de tenter de voir d'où elle provient. Il est primordial de prendre le temps d'écouter les personnes suicidaires car c'est dans leurs mots que l'on peut tenter de comprendre leurs souffrances et donc leurs envies de quitter la vie. Shneidman (1999) explique cela en disant « *la meilleure voie à suivre pour comprendre le suicide n'est pas l'étude des structures du cerveau et des statistiques sociales ni de la maladie mentale, mais – sans détour – des émotions humaines, décrites telles quelles dans la langue et les mots de la personne qui les exprime. Les questions les plus importantes à poser à une personne potentiellement suicidaire ne sont pas celles qui investigueront sur son histoire familiale ou sur les résultats de laboratoire sur son fluide cérébral. Mais « Qu'est ce qui vous fait souffrir ? » et « Comment puis-je vous aider ? » »*.¹²

Dans la première moitié du 20^e siècle, il y a un grand développement de la psychanalyse. Les recherches ont donné naissance à la théorie psychologique du suicide. Cette théorie allie la méthode clinique et la méthode statistique. C'est-à-dire qu'elle prend en compte les paramètres physiques, psychiques et sociaux pour tenter de trouver une réponse au problème du suicide. Elle cherche un sens au suicide à travers l'individu et son milieu social.¹³

¹¹ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages

¹² SHNEIDMAN, Edwin « Le tempérament suicidaire, risques, souffrances et thérapies. » Paris, Edition De Boeck et Belin, 1999. p. 19

¹³ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages

2.1.3 Les théories médicales

Le premier courant médical est né des pensées d'Esquirol¹⁴ en 1938 qui considérait que le suicide était un symptôme de maladie mentale. Une grande partie des psychiatres de cette époque ont adopté cette théorie. Esquirol disait : « *L'homme n'attend pas à ses jours, que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés* ». Cette idée sera conservée jusqu'à la deuxième Guerre mondiale.

Dans les théories médicales, il est précisé que les troubles mentaux découlent de problèmes intrinsèques, de problèmes psychologiques à la base. Donc, pour les personnes spécialisées dans la santé, le comportement suicidaire est vu comme une pathologie telle que la dépression ou la psychose. Vu sous cet angle, ce comportement sera analysé d'une manière psychiatrique et obtiendra à la clé un traitement médical.

Aujourd'hui, on ne pense plus comme Esquirol (1838) mais il faut préciser que dans les milieux médicopsychiatriques il existe encore des liens entre le suicide et les maladies mentales.¹⁵

2.2 Le suicide et la tentative de suicide

Le suicide signifie le meurtre de soi. Perret-Catipovic (2004) explique que pour pouvoir affirmer qu'il s'agit d'un suicide il faut des preuves matérielles comme par exemple une lettre d'adieu. Cependant, il n'est pas toujours évident de les obtenir. Il faudrait être sûr de l'intention de la personne de vouloir mourir pour pouvoir dire avec certitude qu'il s'agit d'un suicide.¹⁶

L'OMS dit que la tentative de suicide est « *un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto-infligés, ou bien l'ingestion délibérée d'une substance en quantité supérieure à celle prescrite ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire.* »¹⁷

On se réfère à l'intentionnalité de la personne de vouloir mourir et de la dangerosité de l'acte pour dire s'il s'agit d'une tentative de suicide ou non.¹⁸

¹⁴ TOULOUSE, Jean Etienne Dominique, 1772 – Paris 1840, médecin français. L'un des fondateurs de la clinique et de la nosographie (classification des maladies) psychiatriques, il est à l'origine de la mise en place des institutions psychiatriques en France. (Le petit Larousse illustré 2005, p. 1346).

¹⁵ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages

¹⁶ PERRET-CATIPOVIC Maja, « Le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir. » Saint-Maurice. Edition Saint –Augustin, 2004, p. 24

¹⁷ Cité in : PERRET-CATIPOVIC Maja, « Le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir. » Saint-Maurice. Edition Saint –Augustin, 2004, p. 24

¹⁸ PERRET-CATIPOVIC Maja, « *Le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir.* » Saint-Maurice. Edition Saint –Augustin, 2004, p. 24

Le fait de parler de suicide n'entre pas dans la tentative de suicide. Par contre c'est un signe précurseur qui peut annoncer le passage à l'acte. On ne peut donc pas parler de tentative de suicide quand une personne parle de se donner la mort, mais il faut y être très attentif car cela peut le présager.

On parle de tentative de suicide du moment où une personne passe à l'acte. Ce n'est pas la gravité de l'état physique qui fait foi mais l'intentionnalité.

2.3 L'adolescence

L'adolescence est une période où il y a bouleversement, chamboulement, changement physique et psychologique. Dans cette période, il y a des changements normaux tels que la puberté, mais aussi le besoin de rejeter les règles données par les parents pour se créer les siennes. Une trop grande intensité de changement peut provoquer une telle douleur chez certains jeunes qu'elle peut le pousser à agir par le physique pour substituer à la parole et aux mots qui ne peuvent être mis sur des émotions ou des ressentis. Ce résultat est celui d'une agitation de l'esprit¹⁹.

Tout adolescent vit une fragilité entre physique et psychologique. Celle-ci peut se montrer sous forme de prises de risques plus ou moins dangereuses.

Au moment de l'adolescence, la puberté fait naître en chacun des pulsions très fortes et des représentations psychiques incontrôlables. Ces sentiments qui se battent intérieurement donnent l'impression de ne plus se posséder corporellement, affectivement et rationnellement. Ce sont des pulsions normales que l'on gère durant le processus de l'adolescence.²⁰

Perret-Catipovic (2004) explique qu'au moment de l'enfance, le modèle à suivre est montré par les parents. Au moment de l'adolescence, l'enfant sort de sa coquille, ce qui était établi par ses parents ne l'est plus et il n'a pas encore construit ses propres règles. C'est un moment de transition où l'adolescent n'a plus rien à quoi s'accrocher. L'adolescent va faire des recherches pour trouver ses propres repères et limites qui peuvent le mettre en danger. Ces recherches de repères sont normales à l'adolescence. Le jeune doit passer par là pour se construire. S'il n'y passe pas, il peut risquer de bloquer son développement. Les prises de risques ne sont pas les mêmes, n'ont pas la même intensité et la même dangerosité pour chaque jeune. L'adolescent doit accepter sa fragilité pour traverser cette période de sa vie.

Pour ce faire, il doit quand même avoir au fond de lui un sentiment de sécurité. Celui-ci est différent pour chacun car le passé de chaque personne est différent.²¹

¹⁹ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

²⁰ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

²¹ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

2.3.1 Suicide ou tentative de suicide à l'adolescence

Pour Perret-Catipovic responsable de Centre d'étude et de prévention du suicide des HUG (Hôpitaux universitaires de Genève, 2004), l'appellation tentative de suicide ne correspond pas à l'adolescence. Elle préfère parler de mise en danger de soi. Elle propose cette définition : « *un acte par lequel un individu se met en danger de mort, consciemment ou inconsciemment* ». ²²

Pommeraux (1996) explique que certains événements de vie, maladies mentales ou réapparition de traumatismes psychiques infantiles peuvent compliquer le développement. Si le jeune est dans l'incapacité de reconnaître son monde interne comme sien, il peut arriver qu'il passe à l'acte car il a l'impression que son corps est la seule chose sur laquelle il a une emprise pour changer son mal être. C'est paradoxal car il pense que son corps est le seul moyen d'agir et comme il ne sait que faire, il agit sur son corps.

Il explique que l'adolescent a l'impression d'être deux en lui, d'un côté sa conscience qui le pousse à lutter contre l'envie de faire cesser ce qui le fait souffrir et de l'autre, l'irrésistible envie de passer à l'acte suicidaire, de se faire du mal. La lutte est un effort très épuisant et souvent vain. Souvent, l'acte est un apaisement immédiat, il a l'impression d'avoir une emprise sur ce qu'il se passe. Mais ce n'est qu'illusion, c'est encore plus dur à gérer et il se sent encore plus mal. Et souvent, intérieurement, il se sent obligé de reproduire son comportement, c'est-à-dire se refaire du mal souvent physique en espérant aller mieux après. C'est une sorte de cercle vicieux. Là, son entourage peut avoir de la peine à le comprendre et leurs relations peuvent se dégrader. L'acte peut s'auto entretenir en utilisant d'autres moyens (par exemple : la toxicomanie, l'augmentation des doses et la fréquence, les troubles alimentaires...) ²³

Pommeraux (1996) pose la question de savoir est-ce vraiment la mort réelle qui est l'enjeu ? Veut-il vraiment en finir avec la vie ou avec la vie qu'il vit ?

Perret-Catipovic (2004) y répond en disant que normalement, on se réfère à l'intentionnalité de la personne de vouloir mourir et de la dangerosité de l'acte pour dire s'il s'agit d'une tentative de suicide ou non. Mais cela ne fonctionne pas pour les adolescents car ils ne sont que rarement conscients de ce qu'ils font lors d'une tentative de suicide. Les intentions réelles que peut avoir le jeune à vouloir quitter ce monde leurs sont rarement accessibles.

Perret-Catipovic (2004), dit que pour la dangerosité de l'acte, un adolescent ne sait que rarement l'effet que peut provoquer les substances qu'il pourrait avaler.

Pour l'adolescent, il est plus judicieux de parler de mise en danger de soi, car il est difficile d'être sûr de son but dans cette période de la vie. Il n'est pas évident de savoir si le danger de mort est conscient ou inconscient. Mais le but est très souvent de vouloir faire cesser une souffrance et faire changer quelque chose dans la vie que vit le jeune à ce moment.

²² PERRET-CATIPOVIC Maja, « Le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir. » Saint-Maurice. Edition Saint-Augustin, 2004, p. 24

²³ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

Elle précise qu'il existe d'autres signes de mise en danger de soi-même comme des accidents à répétition, des abus d'alcool répétés, des prises de drogue répétées, la pratique de sport extrême à haut risque ou des relations sexuelles non protégées. Elle voit les relations sexuelles non protégées comme la roulette russe que pratiquaient certains étudiants à l'époque. Il ne faut pas confondre mise en danger de soi et les prises de risque à l'adolescence. La prise de risque est normale à l'adolescence. Tandis que la mise en danger de soi-même est un acte par lequel l'adolescent se met en danger de mort consciemment ou inconsciemment.²⁴

Pommeraux (1996) expose qu'il est parfois difficile de différencier « *les prises de risques* » et les tentatives de suicide, car certaines prises de risques amènent à la mort sans que cela ne soit voulu. D'autres fois, c'est une tentative inconsciente. La prise de risques est normale, elle fait partie du processus de l'adolescence. Ce serait une sorte de rite de passage.

Il faut bien différencier les pensées d'un jeune face à la mort qui est un passage normal, il prend conscience de l'irréversibilité de la mort, de l'envie suicidaire où le jeune ne contrôle plus ses pensées. La perte de quelqu'un, une mauvaise image de soi ou la perte d'estime peuvent être des déclencheurs. Il y a une accumulation d'idées noires qui naissent et disparaissent au rythme des frustrations. Elles sont plus denses en fin de journée, ce qui explique que le suicide se situe souvent en fin de journée.

Même si le jeune lutte tout seul, il a besoin d'aide. Car s'il s'en sort seul, il faut l'aider à éviter de revivre ce mal à court, moyen et long terme. Pommeraux (1996) exprime que la tentative de suicide est un acte pathologique. Chez l'adolescent, ce peut être le début de troubles psychiatriques évolutifs (psychoses). Le suicide est une attaque sur le corps ou partie du corps, le plus souvent la tête.

C'est une bagarre intérieure entre métamorphose du corps et réaménagement de la psyché. A ce moment, il se passe deux choses principales, le narcissisme et la relation d'objet, à savoir, un objet externe qui peut faire resurgir des choses du passé. Les interrogations commencent (Angoisse, attirances). Le doute s'immisce dans tout ce que l'adolescent sentait d'acquis. L'acte suicidaire joue un double jeu, il est anti-narcissique (destruction), mais aussi tout-puissant dans l'emprise totale que le jeune a sur lui. Le corps devient objet à abattre. Là, il y a paradoxe, car le jeune veut détruire le corps réel pour sauver le corps idéalisé.

Donc à la question l'adolescent veut-il mourir ou non, il répondra toujours oui et non²⁵.

Perret-Catipovic (2004) dit que l'adolescent au moment d'une crise suicidaire n'a pas le choix de passer à l'acte. D'ailleurs la plupart du temps un adolescent ne se rappelle pas pourquoi il a fait une tentative de suicide.

²⁴ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

²⁵ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

Elle dit aussi que les adolescents n'ont pas forcément conscience du caractère irréversible de la mort. Souvent l'adolescent tente de se suicider en espérant que les choses iront mieux après. Au moment de la crise le jeune ne sait pas que s'il meurt c'est pour toujours.²⁶

Il faut aussi être conscient qu'il existe des facteurs de risque et de protection à la tentative de suicide.

Il y a des facteurs prédisposants comme des tentatives de suicide antérieurs du jeune, des antécédents suicidaires dans la famille, des violences dans la famille, un isolement social, des expériences scolaires négatives ou une marginalisation.

Il faut savoir qu'il y a des facteurs précipitants tels que des échecs personnels, une humiliation, un décès dans la famille spécialement par le suicide, des moqueries de la part des pairs, des pertes d'amis, du rejet, un échec ou une expulsion scolaire et le décès d'une célébrité surtout par le suicide.

Il existe également des facteurs contributifs comme une faible capacité d'adaptation, des abus de substances, des difficultés d'orientation sexuelle, une hypersensibilité, une instabilité familiale, des abus de substances dans la famille, des conflits familiaux persistants et des ressources peu accessibles.

Mais il existe aussi des facteurs de protection qui sont là pour limiter les risques du suicide chez les jeunes, tels qu'un tempérament facile, de l'autonomie, de l'optimisme, des relations familiales chaleureuses et favorisant l'appartenance, des modèles d'adultes équilibrés, des modèles de pairs sains, des adultes qui croient en lui, des encouragements, de l'espoir en l'avenir et une solidarité communautaire.

On peut constater que ces facteurs touchent la personne concernée mais aussi sa famille, ses pairs, l'école et la communauté.²⁷

2.3.1.a Des signes qui permettent d'identifier les risques

Pommeraux (1996) relate qu'à l'approche du moment critique, le jeune va chercher à exprimer sa détresse auprès de ses proches à l'aide de propos directs ou indirects, de textes laissés en évidence. Il essaie généralement d'expliquer la cause de ce qu'il ressent. Il va faire son aveu d'une manière plus ou moins cachée de peur qu'on le prenne pour un fou.

²⁶ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

²⁷ Voir annexe. Le tableau complet s'y trouve, tiré de : BILLE Raphaël, « Le suicide, un appel à la vie ! Prévention et intervention », travail de diplôme, Juin 2002. tiré de : WHITE, J. et JODIN, N., « Before the fact Interventions : A manual of best Practices in Youth Suicide Prevention », British Columbia, June 1998

Il dit aussi qu'il y a des signes visibles comme par exemple le fait qu'il va restreindre de son plein gré ses relations et s'isoler, se replier sur lui-même. Il va y avoir une coupure relationnelle avec sa famille, mais aussi avec ses pairs. S'il y a coupure avec ses amis il faut vraiment s'inquiéter. D'autres attitudes se collent sur ce processus : fugues, absences scolaires et professionnelles, recours aux stupéfiants, troubles alimentaires...Il peut aussi y avoir des symptômes physiques (maux de ventre, de tête...).²⁸

Lewis (2001) a fait une liste des signes précurseurs du suicide et/ou de la tentative de suicide. Pour lui, il existe de nombreux signes psychologiques, messages directs et indirects, d'actions et de comportements que l'on peut observer avant que quelqu'un passe à l'acte. Il faut être attentif à des signes comme, un état dépressif, une humeur instable, une faible estime de soi, une perte de poids, des insomnies ; mais aussi des phrases comme, : *je veux mourir, je ne m'en sortira pas, pourquoi vivre ?, je ne vous embarrasserai pas pour longtemps, je pars pour un long voyage, je le trouve courageux de s'être suicidé, je suis inutile* ; et encore des actions comme, des lectures sur le suicide et la mort, le don de choses significatives ou le fait de faire son testament.²⁹

2.3.2 Différences entre filles et garçons dans l'acte suicidaire

Pommeraux (1996) montre dans son ouvrage que pour le suicide on compte trois garçons pour une fille tandis qu'au niveau de la tentative, on trouve trois filles pour un garçon.³⁰

2.3.2. a Les garçons

Pommeraux (1996) explique que l'adolescent garçon va privilégier l'agressivité. Il va rompre ses relations de manière violente et provocante. Il va aussi commettre des actes anti-sociaux (vandalismes). Ces comportements en apparence gratuits peuvent aller jusqu'à des actes médico-légaux (viol collectif, meurtre...). Cela montre que l'adolescent a un besoin de pouvoir sur lui-même et sur l'autre.

On voit mal le profil du suicidaire, seulement, ces jeunes-là peuvent le faire mais laissent souvent derrière leur acte une quantité d'indices. Ils fonctionnent aussi par la prise de risques physiques comme les sports extrêmes, les challenges ou les jeux dangereux. La déscolarisation ou la désinsertion sociale se rajoutent fréquemment. Ces comportements sont souvent favorisés par la prise de stupéfiants et d'alcool.

²⁸ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

²⁹ LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages Voir en annexe le tableau complet.

³⁰ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

Le cumul de cassures amène le jeune dans un état appelé limite. Là s'il y a passage à l'acte, c'est un apaisement de courte durée.

Quelle que soit leur envie de mourir, la rupture vise à faire cesser un vécu intolérable, un échec d'une vie jugée invivable.³¹

Chez les adolescents, le passage à l'acte se fait de manière violente (arme à feu, pendaison...). Ils ne veulent pas se laisser la possibilité de rater leur suicide. Ce serait être lâche. C'est une violence souvent très impulsive qui ferait soudainement exploser leurs souffrances à la face du monde.

Perret-Catipovic (2004) pense que s'il y a moins de garçons qui tentent de se suicider c'est que les professionnels ont plus de mal à les repérer. Par exemple un adolescent qui arrive à l'hôpital en coma éthylique, le professionnel se dira qu'il s'est pris une bonne cuite mais on ne pensera pas forcément qu'il s'est mis en danger car il allait mal. Il prendra ce comportement comme un comportement normal de l'adolescence. Les mises en danger des garçons tournent plus autour d'accidents de la route, de sport ou d'abus d'alcool. La tendance est de minimiser ce genre de comportements.

Elle pense aussi que les garçons ont des difficultés à demander de l'aide et à dire qu'ils vont mal. De plus l'aide proposée dans les centres de crise invite à la confiance, l'intimité, au fait de parler de soi, de ses sentiments et de ses émotions. Cette aide n'est pas forcément adaptée aux besoins des garçons.³²

2.3.2. b Les filles

Pommeraux (1996) déclare que pour les jeunes filles, la manifestation de leurs désirs de rupture se montrent plutôt par l'effacement (fugues, absences scolaires et professionnelles chroniques,...) et, elles consomment de plus en plus volontiers des drogues douces (alcool, haschisch, tranquillisants). Les adolescentes cherchent à fuir une réalité interne et externe insupportable.

Chez elles, l'intoxication médicamenteuse est le moyen le plus utilisé pour la tentative de suicide. Elles utilisent moins de moyens violents, car même dans la mort, elles veulent préserver leur intégrité corporelle. Et surtout, elles ne veulent pas souffrir. Elles utiliseront des moyens qui provoquent un sommeil profond.

En elles, il y a souvent confusion entre sommeil et mort.

³¹ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

³² PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

Pommeraux (1996) dit aussi que l'absorption de médicaments est une représentation métaphorique de la mort.

C'est un peu comme si elles laissaient le destin décider entre le « *je me réveillerai et les choses auront changé* » et le « *je ne me réveillerai pas, j'attends de voir* ». C'est aussi un moyen de s'attaquer à la tête, la psyché, ce qui pense, car elles ne veulent plus penser.

Souvent, elles se font belles avant de passer à l'acte, comme pour une cérémonie.

Dans de nombreux cas, après le passage à l'acte, elles disent ne pas avoir voulu mourir mais arrêter le cours du temps. Le tentamen ne signifie pas toujours un désir de mort, mais aussi un désir de renaissance, de reconstruction. Chez la plupart des jeunes suicidants par intoxication, « *faire le mort dans un coma toxique* » est signe de retrait et d'attente d'une vie meilleure.³³

Perret-Catipovic (2004) raconte que les filles acceptent plus facilement l'aide des autres quand ça va mal et donc qu'elles sont plus nombreuses à se rendre dans les centres de crise. Du moment qu'elles sont prises en charge, elles peuvent être aidées et il y a moins de risques qu'elles arrivent jusqu'au suicide réussi. De plus, l'aide proposée, qui invite à la confiance, l'intimité, au fait de parler de soi, de ses sentiments et de ses émotions, est plus adaptée aux filles. Cette aide leur correspond.

Perret-Catipovic (2004) dit aussi que les mises en danger des filles sont plus visibles car très souvent elles avalent des médicaments ce qui est directement vu comme un tentamen.³⁴

2.4. Prévention

2.4.1 La prévention primaire ou universelle

Elle cible toute la population, c'est une intervention préventive. Elle lutte contre des risques avant l'apparition du ou des problème(s). La prévention primaire est représentée, par exemple, par « la main tendue » ou d'autres organismes ouverts à tous publics, le plus souvent par des permanences téléphoniques³⁵.

Cette prévention universelle a deux objectifs. Le premier est d'informer le public sur le suicide des jeunes pour accroître le niveau de connaissance. Le deuxième est de faire comprendre aux gens que le suicide n'est pas une fatalité mais qu'on peut agir. Le but est de lutter contre la culpabilité des proches et de combattre le sentiment qu'ont ces jeunes de se sentir enfermés, sans issue sauf le suicide.³⁶

³³ POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages

³⁴ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

³⁵ www.cyes.info, consulté en janvier 2006

³⁶ www.cyes.info, consulté en janvier 2006

Au centre d'étude et de prévention du suicide des HUG (Hôpitaux universitaires de Genève), la prévention universelle est réalisée en collaboration avec les médias afin d'éviter que certains articles puissent sans le vouloir pousser au suicide. Il s'agit d'éviter de mettre une cause unique à un suicide au travers d'articles dans lesquels les gens pourraient s'identifier. Les spécialistes des HUG donnent aussi des conférences pour professeurs et élèves dans les écoles et interviennent dans les formations médicales et formations continues, ainsi que dans des institutions qui engagent des bénévoles pour effectuer de la prévention contre le suicide.³⁷

2.4.2 La prévention secondaire ou sélective

On pourrait lui donner le synonyme de dépistage. La prévention secondaire cherche à découvrir les gens qui pourraient présenter des risques suicidaires ou des idées suicidaires. Le but est ainsi d'éviter que des personnes à risques passent par le suicide³⁸.

Il est important d'identifier les groupes à risques et les approcher avant le passage à l'acte. Cela commence par exemple déjà lors de soins médicaux : si un adolescent vient plusieurs fois pour des membres cassés, il y aura à ce moment-là une première approche. Quand les spécialistes ont dépisté un jeune à risque, il y aura automatiquement une aide extérieure (psychiatre). Le but de la prévention sélective est aussi d'installer un « filet de protection » (sous le jeune), c'est-à-dire faire fonctionner le réseau rapidement et d'une manière adéquate, c'est-à-dire être là pour le faire rebondir mais ne pas faire les choses à sa place.

Dans le centre où travaille Maya Perret-Catipovic, soit au Centre de prévention du suicide et l'unité de crise, auparavant étaient accueillis des jeunes ayant fait une tentative de suicide, alors qu'aujourd'hui, la moitié des hospitalisations sont préventives³⁹.

Un exemple de prévention secondaire : le centre d'étude et de prévention des HUG avait fait circuler un tram dans toute la ville de Genève sur lequel comme publicité, on trouvait le nom d'un médicament : « Le Fepalcon » des laboratoires « chuizene ». Sur le même tram figurait le site Internet et le numéro de téléphone du centre de prévention du suicide (créé par le soutien de la Fondation Children Action). En réalité, ce n'était pas un médicament mais une barre chocolatée, vendue à but de marketing. Cette vente visait à contribuer au soutien de la Fondation Children Action pour aider le fonctionnement du centre de prévention et de l'unité de crise. Ce tram a finalement incité beaucoup de gens à aller visiter leur site et les appeler. Certaines familles, ont également utilisé la barre de chocolat, en la ramenant à la maison, afin de pouvoir entamer une discussion avec leurs enfants.⁴⁰

³⁷ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

³⁸ www.cyes.info, consulté la dernière fois le 6 octobre 2006

³⁹ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

⁴⁰ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

2.4.3 La prévention tertiaire

Elle tend à prévenir les rechutes, c'est-à-dire retourner dans un fort mal être et les récurrences de tentative de suicide ; elle intervient donc après une tentative. Son but est d'éviter la récurrence par la réadaptation, c'est-à-dire réapprendre à vivre les choses que le jeune avait cessé de faire pendant la période où il allait mal et à se réintégrer dans la société et dans son entourage.

La prévention tertiaire est souvent réalisée sous la forme d'une thérapie ou d'un travail socio éducatif à caractère thérapeutique où les outils principaux sont la parole, les échanges, le travail sur les émotions et les sentiments. Là, le but est de donner au jeune le moyen de s'en sortir lui-même et de ne pas rester dans une dépendance du thérapeute.

Premièrement, au moment où l'adolescent fait une tentative de suicide il faut l'emmener immédiatement aux urgences. Car le fait de l'y emmener lui montre qu'il a été entendu et qu'il n'a plus besoin de faire quelque chose de plus pour qu'on remarque qu'il va mal. Là-bas, les médecins lui feront immédiatement un contrôle physique suivi d'un contrôle psychologique. Là aussi, il voit qu'il est pris au sérieux et écouté. Le jeune et sa famille aimeraient oublier cet événement, ce qu'il ne faut pas, car il sera toujours vécu comme une frustration (un sentiment pas accepté qui reste enfoui à l'intérieur et qui fait mal). Le but est de donner la juste place à cet acte dans la vie de l'adolescent et le laisser se réapproprier ce qu'il a fait et sa vie en générale.⁴¹

Un des plus importants pas à faire est de l'aider à retisser des liens avec son entourage et lui-même, puis créer des liens entre cet événement et d'autres de sa vie pour l'aider aussi à se réapproprier cet événement afin de lui permettre d'entrevoir d'autres possibilités d'action. Il faut lui apprendre à vivre avec sa cicatrice⁴².

Quant à l'entourage, il lui faudra être présent en veillant à ne pas banaliser et ne pas cacher la tentative de suicide qui affecte tout le monde. Car en banalisant, le message donné au suicidant est que finalement on ne l'écoute pas trop, donc qu'on ne l'aime pas vraiment alors que le but est contraire ; l'écouter, lui donner de l'attention et lui montrer qu'on l'aime⁴³.

⁴¹ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

⁴² PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

⁴³ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

2.5 Rôle de l'éducateur spécialisé

Sur le site de l'orientation professionnelle, on trouve la définition suivante : « *L'éducateur social ou l'éducatrice sociale HES sont des travailleurs sociaux qui exercent une activité éducative de soutien et d'accompagnement visant à favoriser le développement de personnes en situation d'exclusion sociale ou en voie de l'être. Qu'ils accompagnent des personnes affectées d'un handicap physique, psychique ou souffrant de carences socio-affectives et familiales (enfants, adolescents, délinquants), qu'ils soient engagés auprès de consommateurs de drogue, de malade du sida, de personnes sans domicile fixe, leur démarche se fonde sur la rencontre avec l'autre dans les activités au quotidien. Ils contribuent à l'autonomisation de ces personnes en tenant compte de leurs capacités actuelles et potentielles, du contexte institutionnel et légal, et de leur propre mandat.* »⁴⁴

La définition du rôle de l'éducateur spécialisé est large et peut se modifier dans des contextes de travail différents. L'éducateur se base sur son cahier des charges et son mandat pour être sûr de son rôle dans une situation.

Lemay (1993) précise que l'éducateur spécialisé travaille dans une équipe plus ou moins élargie. Comme pour l'orientation professionnelle, elle dit que l'éducateur spécialisé vise par sa manière d'être et sa manière de faire à constituer un lien privilégié de création, d'expression, de réalisation, d'identification, de projection et d'autonomisation des personnes. Elle rajoute que par sa présence affective, efficace, influente, significative et le fait de proposer à un sujet en difficulté un champ d'expressions sociales, le professionnel invite les personnes à se définir et à se redéfinir dans leur identité personnelle vis-à-vis d'un groupe social donné.⁴⁵

On peut observer que cette définition est aussi très large. On voit que le rôle de l'éducateur spécialisé est vaste et qu'il dépend de lieu où il exerce sa profession. Mais en règle générale, il est là pour aider des personnes dans le quotidien afin qu'elles puissent selon leurs possibilités s'intégrer dans la société dans laquelle elles évoluent en n'étant pas en souffrance. Le professionnel aide les personnes à développer des compétences et à construire sur celles déjà existantes. Il aide aussi les personnes à développer leur autonomie et leur identité sociale. Il est là pour soutenir les personnes.

⁴⁴ www.orientation.ch/dyn/1109.asp?action=prof_exp&proFID=629&lang=1&query=educateur_social

Consulté en janvier 2006

⁴⁵ LEMAY, M, « Un art de la relation » in Les éducateurs aujourd'hui, sous la direction de JL Martinet, Privat, Toulouse, 1993, page 10. In CAMBON Laurent, Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'université de Haute Bretagne, « L'éducateur spécialisé à travers ses discours : une question d'identité », 19 janvier 2006

Dans une institution pour adolescent le rôle de l'éducateur spécialisé est plus précis. Il doit tenter au mieux d'identifier les besoins et les ressources du jeune et l'aider à prendre conscience de ses compétences et à les développer. Il a un rôle de protection des jeunes dont il s'occupe et le lieu d'accueil doit offrir un cadre sécurisant. Il veille à l'épanouissement de l'adolescent au niveau affectif, physique et intellectuel et le guide vers une meilleure estime de lui-même. Il est aussi là pour aider les jeunes à réaliser qu'ils ont une prise sur leur destinée et établir ou rétablir une relation de confiance avec l'adulte.

La concertation et la négociation avec tous les niveaux, institutions et familles, permettent à l'adulte de découvrir besoins, rythmes, potentialités et évolution propre à chaque jeune et d'avoir par la suite des approches pertinentes et différenciées à chacun. La valorisation de la communication, du besoin fondamental de s'exprimer tend à établir des relations saines et constructives. Il a également pour but aussi d'informer et prévenir les adolescents dans les domaines de la sexualité, de la maltraitance, de l'alcool et de la drogue pour qu'ils apprennent à mieux gérer certaines situations ou comportements à risques.⁴⁶

Voilà ce qui est confié à l'éducateur spécialisé quand il travaille dans une institution qui accueille des adolescents.

2.6 L'accompagnement d'un adolescent suite à une tentative de suicide en milieu institutionnel par un éducateur spécialisé

Tout commence par le repérage de la souffrance de l'adolescent avant qu'il attente à ses jours.

Perret-Catipovic (2004), dans son ouvrage « *Le suicide des jeunes, comprendre, accompagner, prévenir* », explique qu'il faut être attentif à ce que dit le jeune et le prendre au sérieux s'il dit des choses comme : « *Je vais me suicider.* », « *Je ne tiens plus à vivre.* », « *Je veux en finir.* », « *Je ne vous embêterai plus longtemps* », « *Je vais partir en voyage.* »...Le professionnel doit aussi être attentif à tous les indices que le jeune pourrait montrer comme par exemple une lettre d'adieu, une brusque chute des résultats scolaires, la rupture de liens avec ses amis, des troubles de l'alimentation, ou d'autres signes qui pourraient montrer que le jeune souffre.⁴⁷

Perret-Catipovic (2004) dit que si un adulte a l'impression qu'un jeune va mal, il doit lui faire part de ses craintes. S'il pense que le jeune a des idées suicidaires, il peut lui parler de suicide pour savoir où l'adolescent en est.

⁴⁶ Concepts pédagogiques de la Villa Saint Martin, accueil de jour spécialisé à Vevey (Fondation les Airelles), 2006 et concepts pédagogiques de l'école Pestalozzi d'Echichens, école-internat pour enfants et adolescents, 2004

⁴⁷ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « *Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir* ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages Voir en annexe le document qui s'y rapporte

Mais il ne faut surtout pas banaliser sa souffrance ou tenter de lui donner des conseils comme « *n'y penses plus, ça ira mieux demain* ». Le /la jeune peut avoir l'impression qu'on se débarrasse de lui et que son problème n'a pas d'importance.⁴⁸

Lors d'entretiens individuels ou avec la famille, l'éducateur spécialisé peut repérer les facteurs contribuant mais surtout précipitants, s'il y en a et peut-être repérer les risques. Ces facteurs sont expliqués dans le chapitre suicide ou tentative de suicide à l'adolescence.

S'il y a tentative de suicide, Perret-Catipovic (2004) conseille de se rendre immédiatement aux urgences quelle que soit la gravité de l'état du jeune, ceci pour lui signifier que son acte est pris au sérieux et qu'il a été entendu.

Il faut tenter avec lui de résoudre ses problèmes auxquels il n'a pas réussi à faire face. Il faut savoir que ces problèmes ne sont pas la cause de la tentative mais qu'ils peuvent contribuer à son mal être. Il faut donc l'aider à avancer en ne banalisant surtout pas le tentamen réalisé.⁴⁹

L'accompagnement en milieu institutionnel comporte également du soutien affectif qui est le fait d'écouter le jeune, d'être attentif à ce qu'il dit ou montre, d'échanger sur la tentative de suicide, d'avoir un intérêt à la douleur que vit le jeune et d'avoir des contacts physiques ou oraux bienveillants. Ainsi que du soutien au quotidien qui peut comprendre le fait d'observer le jeune dans ses tâches, l'aider à les accomplir et lui proposer des tâches adaptées à ses besoins. Et finalement du soutien normatif qui englobe le cadre mis par le professionnel, le fait de l'adapter ou de l'assouplir en fonction des possibilités des jeunes.

2.7 Réseau

L'étymologie du mot réseau vient du latin « rétis » qui signifie « filet ».⁵⁰ Le travail en réseau est le fait de travailler à plusieurs d'une manière pluridisciplinaire. L'avantage de travailler en réseau est de pouvoir partager des regards différents, de se partager des rôles différents dans une situation bien précise, de se conseiller et de trouver des solutions. Il est important de bien connaître le réseau existant et de l'utiliser au maximum. Cela est important pour le jeune, mais également pour le professionnel. Cela peut l'aider à partager et se protéger de toute la charge (émotionnelle) d'une telle situation. Il ne faut pas oublier que le réseau n'est pas que professionnel et qu'il faut prendre en compte le réseau du jeune qui est constitué de sa famille et de ses amis⁵¹.

⁴⁸ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages Voir en annexe le document qui s'y rapporte.

⁴⁹ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

⁵⁰ PAVARINI, Marco, Educateur à l'IRE Serix, avtes communique « Le réseau ou le partage des connaissances », consulté en janvier 2006

⁵¹ PAVARINI, Marco, Educateur à l'IRE Serix, avtes communique « Le réseau ou le partage des connaissances », consulté en janvier 2006

Bourdieu (1980) voit le réseau comme le « *capital social* »⁵² de chaque personne. Il expose que le réseau a plusieurs paramètres définis par les proches, les voisins, les amis et les collègues. Ce sont ces paramètres-là qui définissent l'étendue et la densité du réseau.

Le réseau peut se diviser en deux catégories. La première est le réseau formel qui englobe les professionnels. Le contact avec ce réseau est limité dans le temps car les professionnels se retrouvent pour tenter de régler une situation. Quand il n'y a plus de besoin, les contacts dans le réseau formel cessent.

La deuxième catégorie est le réseau informel qui regroupe la famille et les amis. Ici les liens sont construits sur l'affection et donc ce réseau n'est pas limité dans le temps.

Le réseau formel est flexible, non hiérarchisé et non centralisé. « Cette organisation favorise plutôt les relations interindividuelles, qu'à proprement parler collectives. Ceci permet une plus grande rapidité d'action et une plus grande souplesse de gestion. »⁵³

Le réseau veut dire filet, on peut donc considérer qu'un réseau bien organisé peut servir de filet de sécurité pour le jeune, c'est-à-dire qu'il peut évoluer et tenter de retrouver ses repères sans tomber. De personnes sont autour de lui pour l'aider, le guider et le réorienter.

3. Méthodologie

3.1 Objectifs

Les objectifs de ce travail sont de définir le suicide, la tentative de suicide et la récurrence, de mettre en évidence les procédures prévues en milieu institutionnel en situation d'accompagnement d'adolescents suite à une tentative de suicide, d'identifier les personnes (professionnels, familles) auxquelles l'éducateur spécialisé fait appel suite à une tentative de suicide d'un adolescent en milieu institutionnel et à quel moment et dans quel but. Je souhaite également identifier les différents types de soutiens offerts aux éducateurs spécialisés en situation d'accompagnement d'adolescents suite à une tentative de suicide, de mettre en évidence quels moyens d'expressions du jeune sont favorisés par l'éducateur spécialisé suite à une tentative de suicide d'un adolescent en milieu institutionnel, de mettre en évidence quelles méthodes sont jugées efficaces ou non par l'éducateur spécialisé dans l'accompagnement d'adolescents suite à une tentative de suicide.

⁵² Cité in : PAVARINI, Marco, Educateur à l'IRE Serix, avtes communique « Le réseau ou le partage des connaissances », consulté en janvier 2006

⁵³ PAVARINI, Marco, Educateur à l'IRE Serix, avtes communique « Le réseau ou le partage des connaissances », consulté en janvier 2006

Finalement, développer des pistes d'action pour les éducateurs spécialisés dans l'accompagnement d'adolescents suite à une tentative de suicide.

3.2 Hypothèses de recherche

Dans le cadre de ce travail, les hypothèses suivantes seront contrôlées.

Hypothèse 1 :

L'accompagnement mis en place par les éducateurs spécialisés tend à pousser le jeune à s'exprimer. Ils travaillent avec l'écoute des soucis, peurs et angoisses du jeune.

Je pense que l'accompagnement mis en place par les éducateurs spécialisés d'âge différent et de formation différente tend à pousser le jeune à s'exprimer. C'est-à-dire que le professionnel va aider le jeune à pouvoir parler de ses problèmes, de sa souffrance, de ses angoisses, mais aussi tenter de le laisser s'exprimer sur les raisons et motivations qui l'ont poussé à commettre un tentamen.

Shneidman (1999) appelle la souffrance que vivent les gens avant de tenter de s'ôter la vie « le psymal ». Il explique que des émotions négatives en trop grande quantité amènent une angoisse. Pour lui, c'est le facteur majeur qui peut amener quelqu'un à se suicider. Donc il affirme qu'il est très important d'écouter les personnes suicidaires car c'est dans leurs mots que l'on peut tenter de comprendre leurs souffrances. Et, il est très important de comprendre cette souffrance et de tenter de voir d'où elle provient.⁵⁴

Perret-Catipovic (2004) dit aussi qu'il est très important de écouter le jeune et de partager ses craintes et soucis avec lui⁵⁵.

Hypothèse 2 :

Les procédures posées par l'institution sont utiles, rassurent et soulagent l'éducateur spécialisé dans l'accompagnement d'un adolescent ayant fait une tentative de suicide.

Il me semble que les procédures, documents qui notifient ce qu'il y a à faire et qui appeler suite à un tentamen, posées par l'institution sont utiles, rassurent et soulagent l'éducateur spécialisé dans l'accompagnement d'un adolescent ayant fait une tentative de suicide.

⁵⁴ SHNEIDMAN, Edwin « Le tempérament suicidaire, risques, souffrances et thérapies. » Paris, Edition De Boeck et Belin, 1999. p. 19

⁵⁵ PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages

J'entends par là, que ces documents peuvent aider le professionnel dans les démarches à accomplir comme par exemple ne plus avoir besoin de chercher qui appeler et rechercher le numéro de téléphone.

Mais aussi, n'ayant plus ces démarches à faire, il a plus de temps pour rester vers le jeune concerné et les autres adolescents du foyer.

Je pense aussi que d'avoir un minimum de cadre autour de son action dans le cas d'un suivi de tentamen peut permettre à l'éducateur spécialisé de se sentir moins impliqué émotionnellement et de se sentir plus à l'aise avec le jeune. Je me suis basée sur les expériences que j'ai vu pour des jeunes suite à des fugues où les professionnels trouvaient très important d'avoir les procédures pour une fugue.

Hypothèse 3 :

Les éducateurs spécialisés en travaillant avec différents partenaires (familles et autres professionnels, le réseau du jeune) tendent à rétablir le jeune, à éviter et prévenir les récidives.

Je suppose que les éducateurs spécialisés collaborent avec le réseau du jeune. Par collaboration, j'entends la transmission des informations importantes, le passage de relais quant il y a besoin, le partage du travail selon les compétences de chacun, mais aussi la création d'un cadre stable et rassurant autour du jeune.

Le réseau peut se séparer en deux parties, une privée et une professionnelle. La première engloberait les parents, la fratrie, la famille élargie, les amis du jeune et les autres adolescents du foyer.

La deuxième réunirait les psychologues, les psychiatres, les médecins, les éducateurs spécialisés d'autres centres comme par exemple d'un centre de crise si le jeune a dû y séjourner et les professionnels du foyer où vit l'adolescent concerné.

Ce travail en réseau aurait pour but de créer un système stable et sécurisé autour du jeune pour que lui puisse se reconstruire à son rythme. L'adolescent peut ainsi constater que tout le monde avance dans le même sens et cela peut l'aider à se recréer des repères.

Chaque personne du réseau voit le jeune avec son propre regard et cela peut amener des observations différentes de l'état du jeune. Se transmettre ces informations peut favoriser la visibilité de la souffrance de l'adolescent et de pouvoir l'aider avant qu'il ne mette à nouveau sa vie en danger.

3.3 Le terrain d'enquête

Dans ce chapitre, je vais expliquer comment j'ai sélectionné les personnes que je voulais interroger et comment je me suis organisée pour les contacter et les rencontrer.

J'ai d'abord posé des critères pour sélectionner des profils de personnes à interviewer. J'ai choisi d'interroger des éducateurs spécialisés qui travaillent avec des adolescents en milieu institutionnel car je voulais savoir ce que pouvaient faire ces professionnels dans ce milieu précis suite à une tentative de suicide. J'ai sélectionné des institutions qui accueillent des adolescents.

J'ai choisi d'interroger des éducateurs spécialisés hommes et femmes qui avaient déjà vécu la situation d'un jeune qui attend à ses jours dans leur lieu de travail. Je n'ai pas posé d'exigence sur l'âge et la formation des professionnels car du moment qu'ils ont dû gérer ce type de situation dans leur parcours, ils ont la matière pour répondre à mes questions. Mon but était de rencontrer 10 personnes. Afin de recruter l'échantillon de personnes j'ai utilisé deux méthodes.

- a. Pour contacter les professionnels, je me suis adressée aux institutions qui correspondaient à mes critères afin de leur permettre de choisir de participer ou non aux entretiens. J'ai tout d'abord sélectionné des institutions du canton de Vaud qui accueillent des adolescents ayant des troubles du comportement, de la relation ou des difficultés sociales et/ou familiales. Il me semble que c'est dans ce genre de foyer qu'il peut se passer des tentamens. Au total, j'ai identifié 37 institutions. J'ai envoyé un courrier à chacune des 37 institutions. Celui-ci contenait une lettre pour la direction où je demandais la permission de faire circuler la deuxième qui expliquait ma requête dans les équipes éducatives. Dans cette deuxième lettre, j'ai expliqué les critères des personnes que je voulais interroger.⁵⁶
- b. Face au fait que moins de personnes que ce que j'attendais se sont signalées, j'ai parlé de mon mémoire et de mes difficultés à trouver des personnes à rencontrer à 3 amis qui travaillent aussi dans le social. Ils en ont eux-mêmes parlé autour d'eux pour tenter de trouver des éducateurs spécialisés d'accord de participer aux entretiens.

⁵⁶ Voir les deux lettres en annexe 10

3.4 L'échantillon

- a. Au total, 18 personnes ont répondu aux lettres. A ce moment-là, j'étais en possession de dix réponses négatives par écrits, de six négatives par oral et de deux réponses positives. Les personnes qui n'ont pas accepté m'ont précisé qu'elles n'avaient jamais vécu le suivi d'un adolescent qui avait attenté à ses jours et que cela n'était jamais arrivé dans l'institution où elles travaillent.
- b. Comme je n'avais pas assez de personne à interviewer, je suis passée par le bouche-à-oreille. C'est-à-dire que j'ai parlé de mon mémoire et de mes difficultés à trouver des individus à rencontrer à trois personnes de mon entourage qui travaillent dans le milieu du social. Ils en ont eux-mêmes parlé autour d'eux. Grâce à cela, trois personnes de plus se sont signalées comme intéressées à participer à mon travail de recherche.

Au total, mon échantillon est constitué de cinq personnes à interroger pour ma recherche. J'ai recontacté ces personnes par téléphone pour fixer des rendez-vous.

3.5 La méthode

J'ai réalisé une grille d'entretien qualitative⁵⁷ car cela me semblait être le plus approprié pour laisser les personnes s'exprimer. Ces éducateurs spécialisés allaient parler de leur vécu et de leur propre ressenti, il me semblait donc important de les laisser parler sans trop les cadrer. J'ai testé ma grille lors d'un entretien avec un psychologue qui travaille avec des adolescents qui ont tenté de se suicider. D'après les informations qu'il m'a apportées, j'ai réajusté ma grille.

J'ai rencontré ces professionnels dans le cadre d'entretien individuel semi directif. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des professionnels, puis retranscrits.

Ensuite, j'ai créé une grille d'analyse qui reprenait les indicateurs posés dans mes hypothèses de départ. Après cela, j'ai replacé le contenu des retranscriptions dans mes grilles d'analyse⁵⁸.

J'ai trouvé l'enregistrement très agréable car j'ai pu être dans une écoute beaucoup plus active et j'ai pu par la suite mieux approfondir ce qui m'avait été expliqué. Par contre, il est vrai qu'après la retranscription, j'aurais aimé revoir certaines personnes pour en savoir plus.

Les grilles d'analyse m'ont permis de pouvoir analyser les informations recueillies de manière plus évidente. C'est-à-dire que les informations étaient triées et cela m'a simplifié l'analyse des données.

⁵⁷ La grille d'entretien se trouve en annexe 11

⁵⁸ Les grilles d'analyse se trouvent en annexe 12

4. Analyse des données

Dans cette partie, je vais analyser les réponses que m'ont amenées les éducateurs spécialisés que j'ai interrogé. Cela dans le but de pouvoir par la suite répondre à mes hypothèses de base et à ma question de départ.

4.1 Portraits

J'ai rencontré cinq personnes qui ont vécu le suivi d'une jeune qui a fait une tentative de suicide en milieu institutionnel. J'ai rencontré deux hommes d'une cinquantaine d'années, un d'environ 25 ans et deux femmes d'environ 25 ans aussi.

Les deux hommes de 50 ans ont une longue expérience professionnelle, un d'eux est « *éducateur ici (où il travaille lors de l'entretien) depuis plus de 20 ans* » (E4). Le troisième homme est « *Educateur depuis deux ans non formé en formation* » (E2). Une des femmes travaille depuis trois ans, elle a dit « *c'est ma 3^{ème} année. C'est le 1^{er} poste après ma formation que j'ai fait à Lausanne, formation à plein temps* » (E3). L'autre femme a passé 4 ans dans l'institution où a eu lieu le tentamen dont « *une année de stage, une année où je faisais des veilles et des remplacements et deux années où j'ai fait ma formation en emploi* » (E1). Actuellement elle travaille dans un autre foyer.

Quatre des personnes interrogées ont fini leur formation et une est entrain de la faire. Les quatre qui ont fini leur formation ont dit ne pas avoir eu de cours ou ne se souviennent pas s'ils ont eu des cours sur le suicide et la tentative de suicide lors de leur formation : « *Ben peut-être en formation de base qu'on parle un peu du sujet. Et puis en formation continue ça peut être intéressant aussi. C'est quelque chose qui est posé comme ça. C'est comme l'anorexie et la boulimie. Maintenant je me rappelle qu'on en a parlé pendant une session mais hyper rapidement. On a dû en parler, mais rapidement et je n'ai plus aucun souvenir* » (E5). Une autre a dit que « *Je ne crois pas que c'était un cours tentamen mais c'est lors de différents cours. Enfin il n'y a pas un module intervention de crise en institution sur fugue, tentamen, il n'y a pas de cours sur les protocoles de crise, d'urgence quoi, alors ça pas du tout. En psychopathologie on en a parlé une fois. Après on en a peut-être parlé une fois dans dépendances enfin et tentamen plutôt au niveau du sens qu'au niveau de l'action* » (E3). On constate que les cours qui abordent le thème du suicide existent, mais le sujet est traité très rapidement et très globalement.

Lors des tentamens, deux des hommes étaient « *Educateur spécialisé* » (E4) et « *l'éducateur référent* » (E5) de la personne qui a attenté à ses jours. Le troisième était « *éduc mais non référent* » (E2). Les deux femmes étaient « *stagiaire* » (E3), une a précisé « *moi je n'ai jamais été la référente d'une fille qui a fait un tentamen* » (E1), car elle a vécu plusieurs tentamens.

4.2 Les institutions où ont eu lieu les tentamens

Les cinq institutions où les personnes interrogées ont assistés à un ou plusieurs tentamens sont des internats, dont deux qui n'accueillent « *que des filles* » (E1) et deux « *mixtes* » (E2). Une institution héberge des « *enfants et adolescents* » (E2), une accueille des « *adolescentes* » (E1), une des jeunes de « *14 à 18 ans* » (E3) et une des jeunes de « *14 ans et demi, 15 jusqu'à 18 ans* » (E5).

Dans les situations décrites, situations auxquelles se réfèrent les personnes interrogées, il s'agit à chaque fois de jeunes filles, dont une de « *14 ans* » (E2), trois de « *16 ans* » (E3) et une de « *18 ans* » (E5).

4.2.1 La situation du passage à l'acte

Les cinq professionnels ont eu à faire à une tentative où la jeune saignait : « *Puisque là il y avait un danger imminent entre guillemet, en l'occurrence c'était un couteau suisse qu'elle avait dans la main et elle s'était entaillé je pense le bras sur environ un centimètre et demi* » (E1). On peut constater que toutes les jeunes filles ont tenté de s'ouvrir les veines mais leurs vies n'étaient pas toutes en danger : « *Enfin, techniquement parlant la manière dont elle s'entailait les veines elle n'allait pas risquer sa vie* » (E3).

« *On peut parler de tentamen progressif. C'était particulier, c'était...enfin les quelques rares jeunes avec qui ça m'était arrivé avaient pris une dose massive de médicaments, dû être hospitalisés, des choses comme ça. Là, ça a été un appel progressif à coups de blessures, elle se donnait des coups contre les murs, elle se tapait contre les radiateurs, etc* » (E4).

Il peut arriver qu'une jeune fille suite à une tentative de suicide soit choquée, comme par exemple dans le cas où une des jeunes filles « *avait un couteau dans la main après et puis elle était dans un état second, dans une baignoire assise pis elle ne voulait rien entendre, elle ne voulait pas de médecin, rien du tout* » (E1). Il peut aussi arriver que la jeune fille devienne agressive : « *Elle avait toujours le couteau. Et puis je ne me sentais pas de faire plus parce que j'avais l'impression que j'allais me prendre un coup de couteau. Enfin je l'ai eu plusieurs fois devant le nez la lame sans qu'elle soit... avec de gestes brusques mais en menaçant de le parole quoi* » (E2).

Les jeunes filles utilisent des moyens différents pour attenter à leurs jours. Plus haut dans le texte, on peut voir qu'elles ont utilisé des couteaux et des bouts de miroir pour tenter de s'ouvrir les veines. Les éducateurs spécialisés m'ont expliqué qu'il existait d'autres moyens. Une fille « *a essayé deux fois de se défenestrer, une fois de s'étrangler avec un câble électrique...on l'a retrouvée inconsciente dans la cuisine* » (E1), une autre « *se donnait des coups contre les murs, elle se tapait contre les radiateurs* » (E4).

Quatre jeunes filles « ...ont pris des médicaments.. » (E1) à des doses plus ou moins élevées, « ...une fille qui s'était juste avalé du ponstan et pis du dafalgan et je ne sais plus quoi, donc elle avait aucun risque de mourir » (E1), par contre « une autre qui s'était pris des médicaments, du temesta en l'occurrence, une tablette de temesta, donc 10 gr ou 10mgr de temesta et puis qui s'était mise dans son bain et ouvert les veines » (E1).

Il faut savoir que les tentamens se déroulent le plus souvent le soir : « Mais c'est vrai que ça arrivait très souvent les week-ends ou le soir à 22 heures, 23 heures » (E1).

Pour les professionnels, il est aussi difficile de gérer le tentamen d'une adolescente en laissant les autres jeunes du foyer livrés à eux-mêmes : « Mais en attendant quand il y a des situations comme ça c'est vrai que ce n'est juste pas possible à gérer si on est seule » (E1).

4.3 L'accompagnement d'une adolescente qui a attenté à ses jours en milieu institutionnel par un éducateur spécialisé

4.3.1 Evaluation du risque

L'état de la jeune est évalué : « C'était à la fois au niveau de la médication mais il n'y a pas eu de perte de connaissance. OH bien shootée quand même. Mais elle était consciente » (E4). « Outre que physiquement elle était plus, on la sentait plus mal en point, moins accessible » (E4). « Je n'ai pas envie de minimiser, mais c'était vraiment des appels au secours » (E3).

Il arrive aussi qu'il puisse y avoir un grand risque mais que la jeune ne soit pas prise en charge : « on avait besoin d'aucun avis médical pour dire oui cette fille doit être hospitalisée, y a trop de risques que je ne sais pas, elle disait quand même je veux passer par la fenêtre » (E4).

Après avoir évalué l'état de la jeune : « En général on essaie de voir l'état dans lequel elle est » (E1), l'éducateur spécialisé va réagir et va faire appel à des organismes.

4.3.2 Les mesures prises par l'éducateur spécialisé

Trois personnes m'ont dit qu'une des choses à faire est d'appeler « la direction pour avoir un soutien » (E2) ou pour l'avertir : « c'est le principe chez nous, quand tout d'un coup ça devient trop inquiétant on le signal de toute façon régulièrement entre collègues et à la direction aussi » (E4).

Suite à un tentamen si la jeune fille saigne, il peut arriver que l'éducateur doive faire « *un bandage de fortune* » (E1) ou donner quelques sparadraps : « *elle a continué de se blesser. Là aussi, à part deux trois sparadraps il n'y avait pas grand-chose à mettre de plus si ce n'est qu'elle continuait* » (E4).

Trois personnes ont dit avoir appelé l'hôpital pour obtenir une ambulance. Un éducateur a « *appelé l'ambulance et la police* » (E2) dans le but que la jeune fille soit prise en charge par le monde médical.

Un des éducateurs qui « *a commencé par les urgences comme on savait que jusqu'à 16 ans c'était l'hôpital de l'enfance les urgences médicales hein, indépendant de la psychiatrie. Et puis que si elle avait plus de 16 ans on pouvait passer aux urgences du CHUV. On s'est adressé au CHUV. On a fait assez volontairement le numéro général en se disant comme ça on nous oriente directement au bon endroit du CHUV soit aux urgences soit dans l'unité psychiatrique de crise ou des choses comme ça. Et puis on s'est fait renvoyer pendant près de 8 heures le téléphone, heureusement c'était au téléphone et pas en voiture, d'un coin à l'autre entre le CHUV qui disait écoute mais non non c'est plutôt l'hôpital de l'enfance. L'hôpital de l'enfance non non c'est plutôt ça doit être au CHUV on entre pas en matière* » (E4).

Cet éducateur a finalement réussi à faire venir le médecin de garde et il « *a souhaité qu'elle soit prise en compte, il s'est renseigné aussi, il a téléphoné à l'entraide psychiatrique, il a essayé différents endroits. Il a fait le même tour que nous..ha ha..même le médecin c'est fait remballer...jusqu'au point où vers 1 heure et demi le matin il a dit mais écoutez si j'ai pas de solution maintenant j'appelle l'hôpital cantonal non l'hôpital le médecin cantonal, faut trouver une solution ça ne va pas* » (E4).

Il arrive aussi que l'éducateur spécialisé amène la jeune aux urgences avec ses propres moyens : « *la dernière fois qu'il y a eu une tenta..., qu'elle était pas bien, je l'ai prise dans ma voiture et je l'ai amenée moi-même à la consultation du bugnon pour discuter* » (E5).

On constate qu'il a plusieurs voies possibles par lesquelles peut passer l'éducateur spécialisé pour faire prendre en charge la jeune qui a attenté à ses jours par un service externe, mais le but est toujours le même, obtenir une ambulance pour que la jeune puisse recevoir les soins dont elle a besoin. Le résultat est aussi toujours le même, c'est-à-dire que la jeune va être prise en charge par le monde médical.

Le problème est de comment faire prendre en charge une jeune qui n'est pas en danger de mort mais qui risque de se mettre en grand danger si rien n'est mis en place pour la protéger et qu'elle doit absolument être prise en charge par les urgences médicales ou psychiatriques : « *enfin critères d'âge, critères géographique et puis aussi ensuite des critères santé. Alors ça on vous dit ce n'est pas, c'est pas physique, c'est psychiatrique voyez avec l'hôpital psychiatrique. Pis l'hôpital psychiatrique, mais écoutez non non on ne peut rien faire, on ne prend pas en urgence comme ça, voyez avec les urgences. On a vraiment été ballotté comme ça pendant vraiment près de six à huit heures sans trouver vraiment de solution* » (E4).

Deux personnes ont dit avoir fait une fouille de chambre pour trouver les médicaments ingérés ou les objets utilisés pour le tentamen : « *Nous ce qu'on fait dans ces cas-là, c'est faire une fouille de chambre pour essayer déjà de retrouver avec quoi elle a tenté à ses jours et puis vérifier qu'il n'y en ait pas ailleurs dans la chambre* » (E3). Dans le cas où la police avait été appelée, c'est les policiers qui ont fouillé la chambre : « *Ils (les policiers) ont fouillé un peu la chambre pour voir ce qu'il y avait* » (E2). Le but de cette fouille est « *quand même un peu prendre tous les objets qui pouvaient avoir la même fonction* » (E3).

4.3.3 Les mesures prises par des personnes extérieures au foyer

Dans la plupart des cas quand les éducateurs spécialisés appellent les urgences, ils envoient une ambulance et la jeune est prise en charge.

A la centrale des médecins, des infirmiers/ères répondent au téléphone et, par rapport à la description de la situation, décident d'envoyer une ambulance ou conseillent de l'emmenner à l'hôpital par nos propres moyens. Dans de nombreux cas, ils envoient une ambulance même s'il n'y en a pas réellement besoin car ils savent que sans l'ambulance, les jeunes refusent souvent de se faire conduire à l'hôpital. Une éducatrice a dit « *ce qu'on faisait c'est soit la centrale des médecins soit le 144. A la centrale des médecins soit on nous dit on vous envoie une ambulance soit on nous dit il faut que vous l'emmeniez à l'hôpital* » (E1).

Les soins de première urgence peuvent être donnés par les ambulanciers : « *ils lui ont bandés les bras mis du désinfectant puis après ils ont emmené dans l'ambulance à l'hôpital* » (E2).

De même pour une jeune fille qui était dans un état grave et qui a pu recevoir les soins dont elle avait besoin directement par les ambulanciers : « *ils l'ont tout de suite intubée dans l'ambulance* » (E5) et « *elle est tombée dans les pommes pendant 24 heures* » (E5).

A la sortie de l'hôpital, les jeunes sont souvent pris en charge dans un centre de crise, l'UHPA. Mais il n'y a pas toujours assez de places à l'UHPA et dans ce cas-là, les jeunes doivent aller à Cery au sortir de l'hôpital : « *ils sont hospitalisés à l'UHPA et le problème c'est que ils sont toujours pleins. Donc se pose aussi la question du bien fondé de mettre un adolescent à Cery. C'est toujours la grande question parce que s'il n'y a pas de place à l'UHPA c'est Cery. En général c'est Cery puis l'UHPA très souvent. Et c'est vrai qu'en général l'hospitalisation à Cery est très très mal vécue* » (E1).

Deux éducateurs spécialisés ont dit que la jeune était d'abord allée à l'hôpital. Ensuite quatre m'ont dit qu'elle avait été à l'UHPA au sortir de l'hôpital. Pour une des situations, la jeune fille qui a fait le tentamen est retournée directement dans son foyer après son passage à l'hôpital.

L'évaluation du risque et contacter un service extérieur pour que la jeune soit prise en charge se gèrent intuitivement : « *C'était très intuitif sur le moment* » (E3) et avec le bon sens de la personne qui agit : « *Je crois finalement que c'est notre bon sens qui nous guide dans ces moments-là* » (E1).

4.3.2 Les procédures internes au foyer en situation d'une tentative de suicide

a) La procédure lors de l'événement

Quatre des éducateurs m'ont dit qu'il n'existe pas de procédure pour gérer une tentative de suicide : « *il n'y a pas de protocole qui a été mis sur pied, en tout cas il n'y en avait pas à l'époque* » (E1).

J'ai pu constater que les professionnels ne fonctionnent pas de la même manière suite à un tentamen dans une institution ou une autre. Certains suivent la procédure en cas d'avis de fugue, certains appellent la centrale des médecins et d'autres téléphonent directement aux urgences.

Il arrive que la première étape soit de téléphoner au directeur pour l'avertir : « *je dirais pas qu'on a un protocole clair mais par contre on a... je crois que le premier réflexe de chacun de mes collègues et de moi-même est d'appeler un collègue ou le directeur. Mais on a pas un protocole pour la tentative de suicide ou mise à mal physique* » (E2). « *Et puis par contre on a une feuille qui est affichée sur un des tableaux qui nous dit comment faire en cas d'avis de fuite, de fugue* » (E2). Ils sont deux à m'avoir dit qu'ils suivaient le protocole en cas d'avis de fuite.

Les personnes interviewées estiment qu'il serait intéressant pour les travailleurs sociaux qu'ils puissent savoir de manière sûr par qui il faut passer suite à une tentative de suicide faite par un adolescent : « *Je pense que c'est plutôt dans le sens si tu as une visibilité du numéro d'urgence. Que tu n'aies pas besoin à cette heure-là de chercher le numéro des urgences du CHUV dans le bottin* » (E3), et que faire suite à la forme du tentamen : « *Après la marche à suivre oui je pense que c'est bien de savoir que tu ne vas pas faire la même chose avec des médecins. Tu peux imaginer qu'avec des médecins la jeune ait perdu conscience donc ce n'est pas toi qui l'emmène directement au CHUV mais t'appelles les urgences enfin t'appelles l'ambulance* » (E3).

4.3.2.1 Changements provoqués dans l'institution où ont eu lieu les tentamens

Les tentamens en milieu institutionnel n'ont pas amené de protocole général mais pour deux situations les professionnels en ont créé un pour la jeune qui a attenté à ses jours : « *si elle a un problème, elle a un numéro, on fait ce numéro et on atteint les urgences de l'hôpital universitaire, les urgences du CHUV qui se trouve au Bugnon.*

Alors on va au Bugnon et là-bas on dit que c'est un truc, on dit que c'est un cas psychique et tout de suite on voit un psychiatre. Et on arrive là-bas et il discute avec elle un moment, il y a toute une procédure, c'est eux qui mettent la procédure en place » (E5).

Dans l'autre cas, « on s'est dit ben voilà maintenant dorénavant on sait, c'est le c'est le médecin de garde, c'est par là qu'il fallait passer. Ce qu'on a fait au mois d'octobre, et pis là on nous a redit mais voyez avec le service... et pis la on a refait le tour complet toute la pendant plusieurs heures » (E4).

Les tentamens n'ont pas amené de protocoles généraux mais des changements au niveau de l'infrastructure comme « avant les portes, on a fait des transformations dans la maison, les portes elles pouvaient se fermer de l'intérieur. Alors ça on a trouvé inadmissible si elles se ferment de l'intérieur on ne peut aller voir si elle est là. Donc on enlevé toutes les clés et on a fait un système où on ne pouvait plus se fermer à l'intérieur pour qu'on puisse rentrer nous dans la chambre » (E5).

Un autre changement constaté a été celui d'une institution où pendant le week-end, il n'y avait qu'un éducateur qui travaillait à la fois. Comme les tentamens se déroulaient très souvent dans ces moments-là, une demande a été faite au SPJ, service de protection de la jeunesse, afin de pouvoir faire travailler deux personnes sur le temps des week-ends. La demande a été acceptée et maintenant ils travaillent à deux : « on a demandé au SPJ un supplément de poste pour pouvoir faire des doublures les week-ends. Ce qui a été très bien parce que, ben même si parfois être 2 pour 3 jeunes aux yeux du SPJ je pense qu'il nous retirerait les postes et puis la plupart des gens trouveraient que c'est du gaspillage. Mais en attendant quant il y a des situations comme ça, c'est vrai que ce n'est juste pas possible à gérer si on est seul » (E1).

Pour les « filles qui étaient médiquées suite à leur suivi thérapeutique, et c'était qu'elles n'aient pas les médicaments en chambre. En leur expliquant effectivement le pourquoi et les risques de cette médication » (E3).

Ces tentatives de suicide ont aussi amené des changements dans l'esprit des professionnels. Deux personnes ont dit qu'il faudrait maintenant enlever le tabou : « ça serait intéressant de pouvoir déjà t'enlever ce tabou... » (E3). « Il y a toujours ce malaise, c'est un peu : c'est arrivé mais on aimerait que ce ne soit pas arrivé. Donc autant ne pas en parler » (E1).

Les éducateurs interrogés ont dit qu'un des mandats d'institutions qui accueillent des adolescents est la protection et que pour l'image de l'institution ça fait mauvaise impression dans le rapport annuel d'afficher plusieurs tentatives de suicide : « enfin t'es dans un mandat de protection, t'es censé protéger ce jeune soit de violence familiale ou bien de comportements déviants, enfin je veux dire un peu ces grands trucs, enfin voilà t'as un mandat très clair. Ça la fait pas très bien que ce jeune y tente à ses jours dans ton institution. Vraiment du côté de l'image et de la fonction, on en prend un coup. N'empêche que je pense que pour plein d'office de direction ou de comité de fondation ou ce genre de chose ça la ferait pas très bien que dans le rapport annuel se soit marqué 3 tentamens » (E3).

Les éducateurs spécialisés se sont rendu compte suite à de nombreuses tentatives de suicide au sein des foyers où ils exercent que de nombreux jeunes sont placés avec des problèmes psy et qu'il manque une structure pour les accueillir : *« on s'est rendu compte qu'il manquait une structure ici qui soit justement entre l'hôpital psychiatrique et le foyer. Et ça c'est un immense manque parce que nous on s'est rendu compte qu'il y avait des cas, on a eu des jeunes filles qui avait, enfin on devenait infirmier plus qu'éducateur »* (E1).

Une autre personne a dit qu'il faudrait quelqu'un de formé psy sur place : *« je trouverais impératif que dans chaque foyer, en tout cas de ce type là il ait une personne qui soit accessible et qui ait une formation psy. Ce serait bien que quelqu'un soit sur place »* (E2).

Une proposition faite serait qu'il y ait quelqu'un présent dans l'institution capable de répondre aux besoins de la jeune : *« ce qui manquait c'est qu'on aille un service médical ici dans l'institution. Je dirais plutôt que d'aller voir un psy à gauche, à droite et tout, comme j'ai dit au début c'est qu'il y ait quelqu'un dans l'institution, on n'a pas du tout de thérapeute extérieur dans l'institution. Eux ils sortent et vont voir des thérapeutes extérieurs. Mais ça c'est un manque de l'institution, on aimerait bien qu'il ait un thérapeute de l'institution »* (E5).

4.3.3 Le soutien offert aux adolescentes suite à une tentative de suicide par les éducateurs spécialisés

4.3.3.1 Le soutien affectif

Trois personnes m'ont parlé du fait qu'elles partageaient avec la jeune sur la tentative de suicide : *« Accueillons déjà ce qui se passe, revenons sur le lieu de vie et voilà, pour nous c'est important que tu puisses exprimer ce qui c'est passé. Voir pour s'exprimer ensemble, pour se...ensemble parce que ça joue sur la relation. »* (E3).

Une éducatrice a rajouté qu'il faut essayer de prendre plus de temps avec la jeune : *« on essaie de prendre plus de temps avec elles »* (E1).

Ces échanges prennent diverses formes comme par exemple des discussions approfondies lorsque la jeune fille est jugée capable de comprendre : *« On peut parler de tout. On peut être franc. On peut lui montrer un dossier de synthèse elle est prête à regarder. Il y plus de discussions et plus d'échanges mais pour une chose, c'est qu c'est une fille très intelligente »* (E5) ou des entretiens pour faire le point : *« quand elle est revenu on a fait un petit entretien avec elle pour lui pour voir un peu comment ça c'était passé. »* (E2). Ces entretiens laissent une opportunité à la jeune de parler si elle en a envie. Après l'entretien au retour de la jeune, rien de spécial n'est mis en place : *« Mais après coup y, a pas eu de prise en charge particulière »* (E2).

Les professionnels montrent leur écoute : « *Etre éducateur c'est surtout l'écouter au mieux* » (E5). Ou encore le fait de communiquer ses inquiétudes et projets : « *Nous on lui a fait part de nos inquiétudes, de nos projets pour elle* » (E2).

Une autre a précisé qu'il fallait rester soi-même et être un pilier qui ne bouge pas et reste le même vis-à-vis des jeunes : « *Le plus efficace c'est de rester nous-même du début de la prise en charge à la fin de la prise en charge. Qu'elle voit qu'il y a des adultes qui ont en quelque sorte une quille, c'est une image. Et qui ne bouge pas, qui lui disent toujours la même chose qui gardent leur calme qui restent positifs* » (E5) et qui est là pour « *lui renvoyer au mieux le concret* » (E5).

Quatre personnes ont dit être plus vigilantes et donc faire plus attention à ce que la jeune peut dire ou montrer suite à un tentamen : « *nous à rester vigilants qu'il n'y ait pas des moments où elle se renfermerait trop, il y a eu des événements plus importants là, qui nous font être plus prudent quant à ce qu'elle peut manifester* » (E4). « *Je pense qu'on est beaucoup plus vigilant par rapport à un jeune qui a fait un tentamen qu'à un autre qui n'en pas fait* » (E1).

L'éducateur reste attentif à comment va la jeune fille : « *on a décidé qu'on ne mettait rien de spécial en place tout en étant attentif que si au cours de la soirée elle va bien ben pas de problème pis si on voit qu'elle est pas trop bien et tout, la lanterne, la lumière rouge s'allume et on est très attentif pis on va regarder dans sa chambre* » (E5).

On peut voir que le soutien peut varier s'il est offert par une personne ou une autre et envers quelle jeune il est destiné. Mais on voit qu'il est important d'être présent pour la jeune fille qui a attenté à ses jours et être là si elle a besoin de parler. Il faut aussi rester attentif à ce qu'elle peut dire ou montrer.

4.3.3.2 Le soutien au quotidien

Il est important que les éducateurs spécialisés continuent de travailler sur le quotidien, c'est-à-dire d'aider le jeune à fonctionner au mieux dans la vie de tous les jours. Une personne m'a expliqué qu'elle s'occupe du côté éducatif, qu'elle pratique un accompagnement avant, pendant et après une tentative de suicide : « *on s'occupe plus du côté éducatif, pendant ce moment là aussi, j'ai plus eu l'impression d'être un accompagnant de son avant, pendant et après que... ouais moi je pense que c'est plutôt une question d'accompagnement avant, pendant et après* » (E4).

Un éducateur a dit que « *On est éducateur. On peut être un peu..., mais avant tout on est éducateur. Et la vie de tous les jours c'est déjà pas mal. Si elle a envie de parler de suicide ok, mais consolidé la dans la vie de tous les jours, dans des actes positifs, dans des trucs concrets* » (E5).

Soutenir une jeune dans le quotidien c'est aussi l'aider à prendre soin de elle-même comme « *elle a des problèmes d'anorexie et de boulimie on la force quand même d'aller au repas même si elle en mange rien* » (E5).

Mais il est aussi important d'aider la jeune à accomplir ses tâches au quotidien dans le foyer. Cela peut se voir quand un éducateur conseille la jeune en disant « *laves ta tasse, tu laves ta place, tu laisses pas là, lèves toi le matin, tu devrais te laver* » (E5). On constate que le professionnel aide la jeune à prendre soin d'elle, à ne pas se laisser aller, à continuer de participer à ses tâches quotidiennes et à finalement retrouver une sorte de normalité.

Les professionnels sont d'avis qu'il n'est pas bénéfique pour l'adolescente qui a attenté à ses jours de lui en parler à longueur de journée ; pour cela elle dispose d'un lieu pour en parler en thérapie. Une tentative de suicide n'est pas censée ruiner une vie, c'est pour cela qu'il faut tenter d'avancer en ne se basant pas que sur cet acte, sans pour autant faire comme s'il n'avait pas existé non plus, même si passablement de monde aurait tendance à se dire que s'est du passé, qu'il faut aller de l'avant et à en faire complètement abstraction : « *Voilà il y a aussi comment tu stigmatises toi aussi dans ta prise en charge. Je veux dire ça a été un épisode dans sa vie, elle est par là mais ça ne lui a pas empêchée après de faire un apprentissage, enfin je veux dire ce n'est pas la fin du monde* » (E3).

Les éducateurs disent que ce sujet peut les mettre mal à l'aise et il n'est donc pas toujours évident d'en parler : « *Mais souvent, très souvent c'est un peu passé sous silence. Mais je pense que même nous dans la vie au quotidien, je pense qu'on est très dans le milieu de l'éducation, on est beaucoup à se dire on repart à zéro* » (E1).

4.3.3.3 Le soutien normatif

On sait que dans chaque foyer, il y a des règles à suivre. Un des rôles de l'éducateur est de veiller à poser un cadre pour les jeunes dont il s'occupe. Après une tentative de suicide, il arrive que des règles soient ajoutées comme la séquestration de médicaments, c'est-à-dire que « *des filles qui étaient médiquées suite à leur suivi thérapeutique, et c'était qu'elles n'aient pas les médicaments en chambre. En leur expliquant effectivement le pourquoi et les risques de cette médication* » (E3), ou de la clé de la porte de la chambre comme dans une institution où la décision a été que « *on enlevé toutes les clés et on a fait un système où on ne pouvait plus se fermer à l'intérieur* » (E5). Ces nouvelles règles s'appliquent à tous les jeunes du foyer.

Il arrive aussi que se soit le contraire et que « *On a aussi parfois lâché des fois la pression sur des actes éducatifs* » (E5), cela car l'éducateur spécialisé peut faire varier le cadre selon les besoins de la jeune qui a tenté de se suicider.

Les éducateurs spécialisés disent ne pas pouvoir non plus faire trop de différences entre les jeunes car il y a un risque de casser la dynamique qui règne dans le lieu : « *les autres jeunes à un moment donné étaient plus d'accord sur le fait qu'elle aille plus à l'école...donc les autres jeunes se sont mis contre elle, contre nous également* » (E2).

Mais il arrive que le cadre normatif ne convienne pas à certaines jeunes, mais il n'y a pas forcément de lieux adaptés pour les accueillir : « *Alors ben on lui a fait part de nos projets qu'elle aille dans ce genre d'accueil, mais voilà tant que les portes s'ouvrent pas tu fais rien et là il n'y a pas de projet. Donc elle glande quoi. Pis c'est vrai que étant nous des éducateurs qui soignons les problèmes éducatifs et qui avons un système éducatif assez normatif, ça convient pas du tout à cette jeune fille* » (E2).

4.3.4 La réinsertion sociale

Dans la situation de la jeune fille qui a tenté de se suicider et qui a été placée au CTJA, Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents, « *c'est plutôt le CTJA qui s'occupe de la réinsertion sociale* » (E5). Pour les autres situations se sont les éducateurs du foyer où elles séjournent qui s'en occupent.

Un éducateur a précisé qu'il était difficile de faire de la réinsertion sociale car « *après chaque fois elle revient, elle revient, elle fait quelques temps, elle repart, elle revient pis après quelques temps elle repart etc* » (E5). C'est pour cela que maintenant qu'elle est suivie au CTJA, c'est eux qui s'en occupent.

La réinsertion sociale s'arrête souvent au retour au foyer qui peut mal se passer surtout si la jeune va encore mal et n'arrive pas à se réintégrer aux règles de l'institution : « *c'est peut-être la réinsertion dans le foyer et pis c'est vrai que les autres jeunes à un moment donné étaient plus d'accord sur le fait qu'elle aille plus à l'école puisque justement le règlement de la maison fait que tout enfant doit être scolarisé pour y être donc les autres jeunes se sont mis contre elle, contre nous également parce qu'elle était là à rien à faire, a resté endormie les matins* » (E2).

A l'heure actuelle, cette jeune fille est toujours dans la même situation. Ses éducateurs lui cherchent une place adaptée dans une autre institution, mais sans succès pour l'instant. De plus, ils ne veulent pas la mettre dans un autre foyer où les professionnels seraient aussi démunis qu'eux-mêmes si elle n'a plus le profil pour rester où elle est actuellement. Cela pourrait lui faire encore plus de mal de changer de contexte sans que le cadre ne soit plus approprié.

Pour aider le retour de la jeune dans le foyer les éducateurs spécialisés prennent du temps pour informer les autres adolescents qui évoluent dans le foyer et pour leur laisser l'opportunité de poser les questions qu'ils pourraient avoir sur ce qu'il s'est passé et sur les tentatives en général.

Quatre des personnes interrogées ont dit « *on en a discuté, on en a parlé avec eux, ben on en a parlé* » (E4). Deux personnes ont précisé avoir « *aborder ce genre de sujet lors des forums* » (E2), comme par exemple « *puis le mardi soir il y a souvent, on a tous les jeunes qui sont là, alors on profite du fait que le responsable d'unité est là pour leurs dire 2, 3 mots sur la personne, pour qu'ils sachent vraiment ce que c'est* » (E5).

Ils ont aussi « *utilisé cet espace lorsqu'elle a été hospitalisée pour informer tout le monde, pour en parler, pour répondre aux questions éventuelles* » (E2).

Ces discussions servent alors à verbaliser les vécus, les craintes et à poser des questions : « *Certain se sont peut-être mis à évoquer des situations qu'ils ont connues ou comme ça. Alors c'est vrai qu'on était ouvert à ces moments là. Mais il n'y a pas eu d'information autrement plus importante. Non, aussi parce que j'ai l'impression que pour la plupart ici ce n'est pas... (que ça ne les touche pas ?) Je n'ai pas l'impression.* » (E4).

D'autres « *ne comprenaient pas « pourquoi elle veut se suicider, moi je veux vivre, je comprend pas » et tout. Il y en a qui avaient beaucoup de peine à comprendre. Les filles ça passait mieux parce que il y a une autre qui a aussi fait plusieurs tentatives.* » (E5).

Toutefois, il ne semble pas que selon les professionnels l'événement fasse toujours partie des préoccupations : « *Pis il y a des filles qui n'ont vraiment pas voulu entrer là-dedans non plus parce qu'elles ne se sentaient pas concernées par cette démarche* » (E3).

Dans une institution où il n'y a que des jeunes filles et où les tentatives de suicide sont fréquentes, ils ont parlé du sujet que lors d'un suicide car les éducateurs disent qu'elles ont l'habitude et donc pas besoin d'en parler : « *Mais je crois que c'est la seule fois qu'on a vraiment parlé de suicide avec les jeunes. Pour un suicide* » (E1).

Les professionnels préparent aussi le retour à l'école en informant de ce qu'il est arrivé : « *avec l'école parfois on est très clair, on explique ce qu'il c'est passé si la jeune est d'accord* » (E1).

4.4 Les contacts avec le réseau

4.4.1 Le réseau formel

Les psychologues et les psychiatres

Pour les éducateurs spécialisés, il est important que l'adolescente qui a attenté à ses jours ait un soutien psychologique. Très souvent après un tentamen, « *une démarche de prise en charge thérapeutique* » (E3) est mise en place.

Une demande fréquente des éducateurs spécialisés est « *qu'on demande quand on a un jeune qui a fait un tentamen c'est qui ait un suivi psy qui soit mis en place* » (E1). Mais malheureusement « *si l'adolescent ne se rend pas à son suivi psy, nous on a pas les moyens de l'obliger à y aller* » (E1). Par contre « *s'il y a eu un aménagement thérapeutique qui a pu être mis en place, on laisse le jeune pouvoir déposer ça là-bas plus que chez nous* » (E1).

Suite à l'hospitalisation pour causes physiques ou à la consultation aux urgences psychiatriques du Bugnon, dans la plupart des cas, il y a un séjour à l'UHPA, unité hospitalière psychiatrique pour adolescents. Le séjour est souvent de deux ou trois semaines. Les jeunes restent là-bas pendant la période de crise. Une fois la crise passée, ils retournent dans leur foyer, très souvent accompagnés d'une médication. Il n'y a pas toujours de la place à l'UHPA, et dans ces cas-là, ils passent souvent un moment à Cery (hôpital psychiatrique) avant d'aller à l'UHPA.

Il arrive aussi que le relais soit partagé avec un lieu plus adapté pour fournir un travail thérapeutique : *« c'est un peu plus calme parce qu'elle est au CTJA, centre de jour pour les adolescents. Et là elle continue à aller au CTJA et puis en nous quittant elle va au foyer de X et puis le lien qui reste c'est le CTJA »* (E5)

A la fin de la crise, la jeune rentre dans son foyer avec pourrait-on dire *« une espèce de camisole de force chimique sous forme de médicaments »* (E). Le problème est qu'à ce moment-là, la crise est finie mais le souci de fond n'est pas réglé.

Les professionnels se rencontrent à la fin de la prise en charge en centre de crise : *« j'ai été la voir à Cery une fois pour voir les psychiatres, pour discuter avec elle. A sa sortie de Cery j'ai été les voir. Pis à la sortie de l'UHPA j'ai à chaque fois été les voir. Avant qu'elle revienne on a un entretien avec le psychiatre de l'UHPA pour ou avec Cery »* (E5).

La qualité de la collaboration avec les différents membres du réseau dépend pour une grande part des affinités et des intérêts à communiquer en qualité de partenaires : *« on tombe sur des psy qui sont très sympa et pis ouvert à la collaboration et d'autres qui sont complètement bornés et qui n'écoutent pas ce qu'on leur dit alors que c'est nous qui vivons au quotidien avec les jeunes »* (E1).

Un éducateur a précisé que la collaboration pouvait bien se passer mais est d'accord sur le fait que cela dépend de la personne sur qui l'on tombe : *« certains thérapeutes entrent volontiers en communication, en échange pour soutenir un jeune de manière globale, d'autres n'entrent pas du tout en matière, c'est leur sphère privée et ça reste difficile »* (E4).

« Une chose qui était très intéressante aussi c'est que on a fait venir deux fois la psychiatre à notre colloque. Et la 1^{ère} fois elle nous a expliqué le cas de cette fille, pourquoi, comment et tout. Et pis on la réinvitée 2 mois après. Elle est revenue 2 mois après, et pis elle commençait à baisser les bras et pis dire moi j'en peux pas plus. Alors ça nous a montré aussi les limites de la thérapie, qu'une psychiatre qui la suit depuis des années dise moi je ne sais plus quoi faire. Donc elle est arrivée et pu nous le dire, c'était très intéressant. De venir discuter avec une équipe d'éducateur pis qu'elle dis moi c'est comme ça et 2 mois après, moi je ne sais plus quoi faire. D'avouer qu'elle ne peut pas, son impuissance un peu, parce que ce n'est pas en la voyant une fois par semaine une heure que le cas est résolu. On a compris ça assez fort et pis qu'on avait beaucoup de force ici nous en tant qu'éducateur. On a pu voir ça » (E5). L'éducateur a fortement apprécié la sincérité de la psychologue et d'entendre qu'il n'était pas le seul à ne pas trouver de solutions.

« *Maintenant c'est aussi convenu avec la thérapeute actuelle que si elle suspecte quoi que ce soit elle va nous avertir et elle va faire plutôt ce suivi thérapeutique avec elle* » (E4). Une bonne collaboration peut donc amener une entraide efficace pour le bien-être de la jeune qui a attenté à ses jours.

Le travail en réseau amène une bonne collaboration, cela peut être constaté par le récit d'un éducateur qui a construit en partenariat un protocole pour une jeune fille en particulier : « *Maintenant semble-t-il, il y a une cohérence dans le sens où la thérapie qui est faite est en lien avec le médecin qui est là aussi, plus comme médecin conseil on va dire, mais qui peut en cas de besoin intervenir et je pense que lui, parce que c'est vrai que le médecin psychiatre n'a pas à intervenir dans une urgence, se déplacer. Mais lui, par contre, pourrait contacter le médecin de garde et faire la suite* » (E4).

Une éducatrice a fait le reproche que les psychologues délèguent les prises de décision quand cela les arrange : « *Pour finir j'avais été aux urgences psychiatriques avec elle, d'abord la psychiatre nous a vu les 2 ensemble. Puis elle a pris la jeune fille seule, puis on a refait un entretien à 3 où la psy m'a dit je pense qu'il n'y a pas vraiment de risques qu'elle attente à ses jours cette nuit, mais si vous voulez je l'hospitalise. Moi je me suis sentie très mal parce que je me suis retrouvée dans une situation où finalement c'était à moi de décider, et dire ben écoutez moi je ne me sens pas de la reprendre au foyer. Moi je disais je ne sais pas si je peux laisser cette responsabilité à cette jeune veilleuse. Bon si elle meurt elle meurt quoi. Je veux dire c'est quand même lourd* » (E1).

La collaboration avec le réseau est également rendue difficile par une vision différente de la prise en charge, ou des incompréhensions sur les rôles comme par exemple : « *Pour l'anecdote, j'ai une fille qui avait fait plusieurs tentamens où son psychiatre me disait, je lui disait oui mais elle ne prend pas ses médicaments quand je les lui donne, et il me disait ha mais vous avez pas lui donner les plaquettes et elle les prendra. Pis je lui dit oui mais si elle s'avale toutes ces plaquettes de médicaments je fais quoi. Il me dit ouais bon, vous savez elle peut aussi se faire renverser par une voiture dans la rue. Donc je veux dire voilà* » (E1).

Un autre problème soulevé est la question des horaires. Il se trouve que les psychologues ont des horaires de bureau, donc ils ne sont pas forcément joignables au moment de la crise : « *On a essayé d'atteindre sa thérapeute parce que ça faisait partie entre guillemet de notre protocole mais qui est atteignable quart d'heure par jour à peu près. Donc sans succès* » (E4).

Les personnes interrogées ont montré quelques problèmes de collaboration avec le monde médical. Par exemple, les médecins ne prennent pas de décision sous prétexte de ne pas connaître la jeune qui a attenté à ses jours : « *les médecins de leurs côtés disaient mais moi cette fille je ne la connais pas, je ne sais pas que vous dire* » (E4). Ce qui peut amener qu'ils délèguent certaines situations compliquées dont les éducateurs n'ont pas l'impression d'avoir les compétences : « *je trouve que le monde médical de temps en temps il aime garder son pouvoir autant de temps en temps quand les choses se compliquent ils refont appel à nous pis il nous donne des responsabilités qui je pense ne sont pas les nôtres* » (E1).

Il faut aussi préciser que lors de tentamens, l'état physique de le jeune n'est pas forcément trop grave tandis que l'état psychologique mérite un soutien, mais il faut savoir que pour les médecins « *la gravité pour un médecin qui s'occupe de la santé physique, c'est une gravité physique* » (E4) et ils ne peuvent pas se baser sur la gravité psychologique.

Un éducateur a expliqué que « *Nous on aurait souhaité qu'elle reste plus longtemps dans une prise en charge psy à Lausanne au CTJA mais il n'y avait pas de place et puis les différents professionnels des milieux hospitaliers dans lesquels elle avait été, ils étaient plus d'accord de la garder. Malheureusement les professionnels au niveau des soins n'ont pas entendu ça ou ils n'avaient pas le pouvoir de le faire, j'en sais rien* » (E2).

Il peut y avoir des soucis au moment où une jeune sort de l'hôpital avec une médication et qu'il n'y a pas de suivi pour cela : « *elle a une médication depuis son moment à l'hôpital elle a une médication. Et puis la médication, elle elle la refuse plus ou moins. Il y a des jours où elle la prend et des jours où elle ne la prend pas* » (E2).

A la fin de la prise en charge c'est très souvent les éducateurs qui reprennent le relais, mais il peut arriver qu'il y ait un manque de coordination : « *C'est vrai qu'à l'UHPA on a eu une rencontre à la fin de son séjour où on nous a informé qu'elle avait une médication. On nous avait assuré à l'UHPA quand elle nous avait quitté que la médication et le suivi allait être pris, repris par son médecin généraliste qui la suivait à l'UMSA. Et dans les faits on appelle ce médecin, mais écoutez non moi je n'ai jamais entendu ça, je ne suis pas au courant. C'est exclu, je suis médecin, ce n'est pas à moi de prescrire des médicaments de cet ordre là, non non moi je ne fais pas le suivi* » (E4). On peut constater dans cette situation qu'il y a dû avoir un problème de communication.

4.4.2 Le réseau informel

Les parents

Les cinq éducateurs spécialisés interrogés ont dit qu'après avoir appelé la direction et organisé la prise en charge extérieure de la jeune les premières personnes du réseau avertis du tentamen sont les parents : « *d'entrée on a contacté les 2 parents pour les informer de la situation* » (E4). Dans les situations où il y a un assistant social qui a l'autorité parentale, il est averti en premier et les parents le sont si leurs relations avec leur fille sont bonnes : « *la première chose que l'on fait c'est qu'on appelle l'assistant social, très souvent, pis on met l'assistant social au courant et pis on regarde avec l'assistant social. Si l'assistant social on n'arrive pas à le joindre, ben suivant les relations que le jeune entretient avec ses parents, ouais on appelle les parents puis on les met au courant* » (E1).

Un éducateur ne savait pas qu'il fallait appeler les parents jusqu'à qu' « *Ils (les médecins) m'ont téléphoné à 3 heures du matin, moi j'avais pas averti les parents je voulais pas les inquiéter, et le médecin m'a téléphoné à trois heures du matin en me disant c'est vous qui avez amené les trucs, il faut avertir les parents absolument parce qu'elle est intubée* » (E5).

Les parents peuvent avoir deux réactions opposées face au tentamen de leur enfant. Ils peuvent s'intéresser de près à ce qui arrive à leur fille : « *suivie de très très près par sa famille* » (E5) ou banaliser « *les parents de leur côté, je crois qu'ils annulent beaucoup ces choses là, non non c'est un passage, tout va bien, ma fille est en bonne santé, il n'y a pas de soucis à sa faire* » (E4).

Les personnes interrogées constatent que les parents ne vivent pas le fait que leur enfant fasse une tentative de suicide de la même manière. Certains parents sont d'ailleurs « *très soucieux de savoir si l'on va reprendre leur enfant ou pas. Justement je pense qu'ils se disent bien que ce n'est pas des choses qui sont faciles à gérer* » (E1).

Pour aider les parents à comprendre à gérer cette tentative de suicide, les éducateurs spécialisés peuvent les rencontrer plus fréquemment : « *qu'on va sentir en souffrance, en situation délicate, on va amplifier les entretiens, avec les parents dans la mesure du possible* » (E4).

4.4.3 Les buts du réseau ou de la collaboration avec les partenaires du réseau

Dans certaines situations où les éducateurs spécialisés ne ressentent pas le besoin d'aide, ils ne travaillent pas forcément avec le réseau formel mais vont l'informer de la situation : « *Mais ce n'était pas une demande d'aide, ce n'était pas un appel au secours, c'était plus ben voilà fallait vous transmettre cette information parce que nous ne sommes pas les seuls adultes responsables dans cette situation-là* » (E3). On peut constater que dans cette situation, l'éducatrice a juste informé le réseau de l'état de la jeune fille qui a attenté à ses jours, mais n'a pas organisé de réunion de réseau.

Le réseau peut être utilisé pour trouver des solutions à plusieurs, car il n'est pas toujours possible de régler certains cas seul. Les personnes interrogées réalisent alors un travail avec le réseau qui peut être plus ou moins long pour trouver des réponses à amener pour aider une adolescente : « *Alors maintenant ce qui s'est fait, mais ça nous a pris 6 mois, vraiment 6 mois de téléphones, d'essais, de rencontres, de rencontres de réseau, de enfin. Pour arriver à une solution qui tienne la route* » (E4).

L'éducateur spécialisé utilise aussi le réseau pour déléguer la prise en charge quand il sent ne pas avoir les compétences nécessaires pour s'occuper d'un jeune, dans ce cas d'une jeune qui a fait un tentamen : « *On n'est pas une institution thérapeutique, on délègue ça alors à la thérapeute qui est tout à fait disposée et qui va essayer de prévoir les entretiens de famille, voire une thérapie de famille* » (E4).

Un éducateur spécialisé a expliqué que son « *rôle est plus de détecter, parer je veux pas dire au plus pressé, d'assurer qu'ensuite il y ait quelque chose mais plus à l'extérieur...* » (E4). Pour lui la prise en charge d'un adolescent qui a tenté de se suicider ne se fait pas dans le foyer mais à l'extérieur. C'est-à-dire qu'au moment où le tentamen est découvert, l'éducateur va passer le relais.

Très souvent suite à une tentative de suicide, la jeune « *est restée à l'hôpital 2 semaines ou 3 semaines au Samaritain. Et puis après elle est allée à l'UHPA (unité hospitalière psychiatrique pour adolescent) à Lausanne une ou deux semaines. Non une semaine excuse moi, une semaine au Samaritain et deux ou trois semaine à l'UHPA. Pis après elle est revenue au foyer. Pis elle y est toujours aujourd'hui* » (E2).

4.4 Quel soutien est offert à l'éducateur spécialisé

Pour trois personnes, le premier soutien a été le coup de téléphone passé au directeur : « *le soutien il a été immédiat parce que mon directeur il s'est déplacé, donc j'ai trouvé agréable, malgré l'heure tardive* » (E2). Un éducateur a expliqué cela en disant « *on a l'institution, un directeur qui est très...qui n'est pas seulement directeur, qui est là pour et, enfin nous protéger, nous soutenir* » (E4). Et même s'il n'est pas averti, « *quand mon directeur prenait connaissance de ce qui c'était passé en général il me téléphonait, pis il me demandait comment j'allais, comment je vivais ça, etc.* » (E1).

Une personne a ajouté qu'un des soutiens immédiat qu'il a reçu et qu'il a apprécié a été le fait de se sentir très vite déchargé de la situation : « *les policiers et les ambulanciers sont arrivés rapidement, c'était vachement aidant parce que du coup je me suis retrouvé extérieur à l'histoire. J'avais plus rien à faire là. Ils étaient tous afférés et j'en étais dégagé* » (E2).

Les cinq éducateurs spécialisés ont dit que « *Je n'ai pas eu d'autres propositions de soutien. Je n'ai pas eu de proposition mais je n'ai pas eu de demande* » (E3). Et ce n'était pas un besoin d'avoir un soutien psychologique : « *Alors individuellement non. Enfin on ne me la jamais proposé, mais j'en ai jamais ressenti le besoin* » (E1).

Les éducateurs spécialisés parlent en équipe pour débriefer une situation. « *On a beaucoup parlé entre nous. On s'est soutenu entre nous et au niveau de l'information, et vous savez sur le moment comment est ce qu'il se passe comment est ce qu'on va gérer, quelle corde on peut tirer, etc.* » (E4).

Ils peuvent aussi parler avec leur responsable : « *Le matin on voit le responsable d'unité donc on lui en parle pis normalement si on a besoin de soutien on en parle. Voilà c'est ça le soutien, qu'on en parle au responsable ça donne encore une autre distance* » (E5).

Une personne a expliqué qu'un moyen de déposer ce qu'il s'est passé est d'écrire dans le cahier de bord, ce qu'il a fait d'ailleurs : « *Nous notre soutien, notre débriefing disons c'est d'écrire dans le cahier ce qu'il s'est passé, le fait qu'on le pause déjà par écrit ça donne un peu de distance* » (E5).

Quatre personnes ont utilisé le moment du colloque pour parler de ce qui s'est passé. C'est un moyen de déposer les choses, de ne plus être le seul à porter la situation : « *Et puis après coup par contre on en a parlé le jeudi suivant au colloque, vu que c'est les jeudis qu'on fait le colloque. Et puis c'est tout quoi* » (E1).

Une éducatrice a précisé que c'est grâce au colloque qu'elle s'est vraiment rendue compte de ce qui s'était passé : « *J'ai un peu percuté après quelques jours ce qui s'était passé. Au moment où il y a eu le colloque d'équipe où tu remets un peu ça, mais c'est bien tu comprends que tu as été compétente et pis que tu as fait un peu ce qu'il y avait à faire, pis que tu ne t'es pas complètement plantée dans la gestion de ce qui se passait* » (E3).

Dans une des institutions, « *on a une fois par mois un superviseur qui vient 2 heures et puis à qui on peut parler de nos problèmes par rapport à un jeune, il y a eu de la violence une fois alors on a pu en parler. Puis on peut sortir à ce moment là, pis si vraiment il y a plus on en parle encore en supervision* » (E5). Dans un autre foyer, « *on faisait des supervisions en équipe où on abordait ce thème-là* » (E1).

Les professionnels pensent que « *si on en avait la demande je pense que le directeur serait entré en matière et nous aurait soit proposé une supervision individuelle si le besoin s'en était fait sentir* » (E1).

Une éducatrice était en dernière année de l'école sociale et donc elle « *j'étais en supervision, donc de toute façon j'étais en supervision payée par l'école-là. Donc c'était quelque chose qui pouvait être abordé dans ce cadre-là* » (E1).

4.5 Comment une tentative de suicide faite par une adolescente est vécue par un éducateur spécialisé

Pour une des personnes, « *le principal c'est de rester les pieds sur terre et pis de ne pas se laisser déborder par la situation. Parce qu'en général quand il se passe quelque chose il y a tout le foyer en effervescence. Et pis nous on doit être en même temps garant du cadre pis d'un autre côté s'occuper du jeune. Donc je pense que ce qu'est le plus dur c'est ouais de garder la tête froide dans des moments comme ça mais je pense que si on arrive à garder la tête froide on fait les choses qui faut faire* » (E1).

Une personne a expliqué que l'expérience aide à garder une bonne distance et que si l'on choisi de faire ce métier c'est que l'on est assez solide : « *Personnellement moi j'ai quand même 56 ans, donc ça ne m'a pas trop touché. Ça m'a touché un peu mais moi je suis à distance. Du moment que je fais ce métier, je suis assez solide pour vivre ça* » (E5).

Les professionnels n'ont pas ressenti de culpabilité mais « *dans une relation conflictuelle on n'arrive pas à s'entendre, pas à se parler, à communiquer, je pense que j'aurai peut-être eu des questions de culpabilité de mon côté* » (E4).

Pour les professionnels, ce n'est pas trop difficile de vivre le suivi d'une jeune fille qui attend à ses jours : « *je n'ai pas souffert plus que ça de ce moment-là* » (E2). Par contre, plusieurs connaissent des difficultés, trois personnes se sont senties impuissantes : « *Par contre le manque, je veux dire c'est l'impuissance devant la situation* » (E2). Pour une personne l'impuissance a été le fait de ne pas trouver de solution : « *Ça c'est constat, c'est que il y a des fois on a vraiment pas la solution. Etre conscient qu'on aide au mieux, j'aide au mieux sur le moment les aides qui sont là en fonction de ma perception, de mon passé, etc. Mais ça ne m'appartient pas J'essai de faire au mieux sur le moment. Si je réfléchis à me dire est-ce que j'ai servi à quelque chose ou pas, ça je ne sais pas* » (E5), et pour une autre cela a été vis-à-vis de l'organisation médicale cantonale : « *où je me suis senti seul, enfin où on s'est senti seul s'est vraiment par rapport à la situation de cette jeune fille. Mais plus effectivement par rapport à une organisation cantonale et médicale qui était totalement absente. A ce moment-là. Et là, j'avoue que pour nous c'était entre un poids et de la colère* » (E4).

Trois personnes ont ressenti de la peur. Une d'elle car elle était menacée par un couteau : « *ce n'était pas très drôle, j'étais passablement crispé, j'avais quand même le soucis de voir ce couteau enfin cette scie qui se baladait sur l'intérieur du bras, enfin j'étais pas du tout à l'aise, mais par contre j'ai eu peur pour moi quand elle a commencé à m'agresser l'arme à la main de me planter ou je ne sais quoi* » (E2).

Une personne a expliqué que « *on était un peu inquiet, c'était tout nouveau pour nous. C'est la première fois qu'il y a un cas d'une personne psychologiquement assez atteinte et terriblement dépressive et à faire des tentamens* » (E5) et que certaines de ces collègues avaient la peur de retrouver le matin une fille décédée : « *dans l'équipe il y avait, sans les nommer des demoiselles qui avaient un peu peur, si jamais je veux pas passer ma nuit, alors ça donnait une assez grande anxiété dans l'équipe des éducateurs face à un jeune qui peut mourir pendant leur service. Après à qui la faute, comment ?* » (E5).

Une autre personne explique que la situation aurait pu être compliquée mais que « *là ça a été suffisamment progressif, elle a été assez sympa pour nous tendre les perches si on peut dire ça comme ça. Mais c'est vrai que ça a facilité* » (E4).

Une seule personne a parlé du fait que c'était une belle rencontre avec une jeune fille qui lui a apporté et à qui il espère avoir apporté quelque chose aussi durant les années où il l'a suivie : « *C'est une belle rencontre avec une jeune fille de 17 ans. C'est un cheminement pendant une année avec cette personne. J'espère avoir pu lui apporter un tout petit bout de, de l'avoir aidé pendant une année dans sa vie. Moi elle m'a apporté parce que c'est la vie quoi. C'est génial elle continue à vivre. On verra, je la reverrai avant que..., je la reverrai avec plaisir, moi je trouve que c'est une personne très intéressante, j'ai beaucoup discuté avec. Pis ça m'a apporté, c'était très intéressant* » (E5).

5. Synthèse

Ce chapitre a pour but de vérifier les hypothèses de départ.

Hypothèse 1 :

L'accompagnement mis en place par les éducateurs spécialisés tend à pousser le jeune à s'exprimer. Ils travaillent avec l'écoute des soucis, peurs et angoisses du jeune.

Les éducateurs spécialisés mettent de l'importance à partager sur ce qui s'est passé avec une jeune qui a tenté à ses jours, à s'exprimer ensemble. Mais par contre, ils ne la poussent pas à s'exprimer. Ils la laissent le faire si elle en a envie. Souvent, la jeune a un suivi thérapeutique et peut en parler dans ce cadre-là.

Les professionnels disent qu'il n'est pas bénéfique de parler à la jeune de son tentamen à longueur de journée, car sa vie continue et que c'est un événement qui a de l'importance mais qui ne doit pas devenir le centre de sa vie. C'est pour cela qu'ils la laissent en parler lors de ses séances avec son thérapeute.

Ils ont dit qu'il était important d'écouter au mieux ce que peut vouloir dire la jeune. Ils restent vigilants et attentifs à ce que peut dire, faire ou montrer une jeune suite à une tentative de suicide. Certains professionnels font d'ailleurs part de leurs inquiétudes et projets à la jeune concernée.

Il est aussi important pour les professionnels d'être présent, de rester soi-même et d'être une sorte de pilier qui ne bouge pas, qui reste le même vis-à-vis de la jeune. De cette manière, ils montrent une certaine stabilité à la jeune pour l'aider en étant un repère.

Les professionnels mettent aussi une grande importance à aider la jeune dans le quotidien, c'est-à-dire l'aider à participer aux tâches quotidiennes du foyer et à continuer de prendre soin d'elle-même. Ils aident la jeune à se réapproprier son quotidien. Ils trouvent fondamental qu'elle continue à évoluer dans son quotidien au travers de ses tâches.

Les éducateurs interrogés ont aussi montré qu'il était important de travailler avec le réseau, de pouvoir déléguer la situation à des services qui ont les compétences adaptées. Pour eux, il faut que la jeune soit prise en charge par un service extérieur après une tentative de suicide. C'est pour cela que par un moyen ou un autre ils ont tous fait en sorte qu'elle soit prise en charge en premier lieu par les urgences. D'ailleurs, Perret-Catipovic (2004) dit qu'il faut amener une jeune aux urgences pour lui montrer que l'on a compris qu'elle n'allait pas bien et que l'on prend au sérieux ce qu'il s'est passé.

L'accompagnement au niveau théorique parle du fait d'écouter la jeune, d'être attentif à son état, de partager sur le tentamen, de l'aider dans ses tâches quotidiennes, mais aussi de ne pas banaliser en montrant à la jeune qu'elle est prise au sérieux.

Cette hypothèse définit bien l'accompagnement d'une jeune suite à une tentative de suicide, mais n'était pas complète. Maintenant je peux écrire :

Le soutien offert par les éducateurs spécialisés tend à écouter le jeune, à s'exprimer ensemble et à être attentif à son état, mais surtout à l'aider à évoluer dans ses tâches quotidiennes. Mais aussi ils prennent au sérieux toutes tentatives de suicide et le montrent à la jeune. Ils délèguent à des services externes plus compétents la gestion de la situation de crise.

Hypothèse 2 :

Les procédures posées par l'institution sont utiles, rassurent et soulagent l'éducateur spécialisé dans l'accompagnement d'un adolescent ayant fait une tentative de suicide.

Il n'y a pas de procédure sur les tentatives de suicide dans les institutions où je me suis rendue. Par contre, pour tout état de crise, un des premiers gestes est d'avertir le directeur de ce qu'il se passe. Plusieurs personnes interrogées ont dit qu'ils réagissent intuitivement et avec leur bon sens.

Souvent, les éducateurs suivent la procédure en cas d'avis de fugue pour se guider suite à un tentamen.

Plusieurs personnes ont déclaré que le fait d'avoir un document stipulant qui appeler et où se trouvent les numéros, mais qui explique aussi ce qu'il y a à faire selon le style du tentamen qui a eu lieu, pourrait les aider dans leurs démarches et leur faire gagner du temps. Suite à des tentamens, les professionnels ont mis des procédures en place pour la jeune qui a tenté de se suicider dans le but de savoir quoi faire s'il y avait récidive.

Je pensais que le fait d'avoir des procédures laissait plus de temps aux éducateurs spécialisés pour s'occuper de la jeune qui a attenté à ses jours et des autres jeunes du foyer. Je n'ai pas pu vérifier cela.

Je pensais aussi que grâce à la procédure, l'éducateur s'impliquerait moins émotionnellement et serait plus à l'aise avec le jeune. Je n'ai pas pu vérifier cela non plus.

On peut donc imaginer que la procédure n'est pas forcément l'élément primordial pour les éducateurs spécialisés, tout en sachant qu'ils apprécieraient le fait de disposer quand même d'un fil rouge. Il est sûr qu'il serait vraiment apprécié des éducateurs d'avoir au moins une feuille visible avec les numéros des personnes à contacter dans ces moments-là.

La procédure ne fait pas partie de l'accompagnement d'une adolescente qui a attenté à ses jours. Mais elle peut cependant faciliter l'action de l'éducateur spécialisé lors d'une situation de crise.

Cette hypothèse ne correspond pas à ce que j'ai appris durant ma recherche. Ce que j'ai découvert me permette de dire que :

Les éducateurs spécialisés agissent suite à une tentative de suicide d'une adolescente avec leur bon sens. Les procédures en cas de tentative de suicide leurs font gagner du temps car ils n'ont pas besoin de chercher qui appeler et le numéro.

Hypothèse 3 :

Les éducateurs spécialisés, en travaillant avec différents partenaires (familles et autres professionnels, le réseau du jeune), tendent à rétablir le jeune, à éviter et prévenir les récurrences.

Suite à une tentative de suicide, les éducateurs spécialisés prennent contacts et collaborent avec le réseau formel et informel du jeune. Ils collaborent avec les psychologues, psychiatres, médecins, assistants sociaux et les professionnels du centre de crise pour le réseau formel, mais également avec les parents pour le réseau informel.

Ils organisent des réunions pour échanger sur la jeune. Chaque partenaire du réseau fait ses observations dans des situations différentes et donc voit la jeune d'une autre manière. Le fait de faire part des informations importantes au reste du réseau a pour but d'éviter ou de prévenir les récurrences.

Le but du travail en réseau est de trouver des solutions à plusieurs pour le bien-être de la jeune. Il s'agit aussi de déléguer et partager les rôles par rapport aux compétences de chacun. Suite au tentamen, l'éducateur spécialisé délègue la prise en charge de la jeune à des services plus compétents comme d'abord l'hôpital et souvent un centre de crise, qui ensuite repasse le relais aux éducateurs spécialisés quand le moment de crise est terminé.

Les professionnels ont soulevé passablement de problèmes de collaboration, de communication ou de passage de relais, mais ils continuent tout de même à travailler ensemble car ils ont en besoin pour gérer certaines situations et que la collaboration peut aussi très bien se passer. Le réseau a pour but de s'entraider, de trouver des solutions, des réponses, de s'échanger des informations sur l'état de la jeune. Il est donc important de bien collaborer. Pour une bonne collaboration, il faut une communication de qualité et de l'implication dans la situation. Il faut aussi prendre le temps de se rencontrer pour préparer le passage de relais de la situation et le partage des rôles.

Les échanges d'informations dans le réseau font partie de l'accompagnement car c'est une espèce de repérage des signaux d'alarmes que la jeune peut envoyer.

Ensemble, les partenaires du réseau sont attentifs à l'état de la jeune dans le but de pouvoir agir avant que la jeune récidive.

L'hypothèse de départ n'est pas suffisante car elle ne comprend pas la collaboration avec le réseau. Maintenant je peux écrire :

Les éducateurs spécialisés, en travaillant avec différents partenaires (familles et autres professionnels, le réseau du jeune), tendent à calmer la crise, à rétablir le jeune, à éviter et prévenir les récidives, mais également à se préparer à agir en cas de récidive.

6. Conclusion

Dans ce travail, une seule des tentatives de suicide racontées a mis la vie d'une jeune fille en danger. Les autres ont été jugées, par les personnes questionnées, comme des appels au secours. Il y a eu des blessures auto-infligées ou des prises de médicaments volontaires mais pas suffisantes pour conduire à la mort. L'intention de vouloir montrer quelque chose était présente. Perret-Catipovic (2004) dit que les jeunes elles-mêmes ne savent pas forcément après le passage à l'acte pourquoi elles l'ont fait. Les propos des professionnels montrent que la jeune fille n'est pas totalement consciente de ce qu'il est entrain de se passer lors du tentamen. Son état peut donc être inhabituel, elle peut être agressive avec les personnes qui veulent lui apporter de l'aide, ou en état de choc.

D'après les professionnels interrogés, la première chose à faire suite à une tentative de suicide est de constater l'état de la jeune et de réagir en conséquence. Il peut être nécessaire de prodiguer les premiers soins à une jeune. Mais ensuite, tous les professionnels questionnés ont fait en sorte que la jeune soit prise en charge par le monde médical d'une manière ou d'une autre, c'est-à-dire soit en appelant l'hôpital, la police ou la centrale des médecins dans le but d'obtenir une ambulance. Il peut arriver que l'éducateur mène lui-même la jeune à l'hôpital si sa vie n'est pas en danger. Du moment que la jeune est prise en charge, l'éducateur spécialisé va informer la direction et la personne qui a l'autorité parentale de la jeune.

Perret-Catipovic (2004) explique qu'il est important de mener une jeune aux urgences suite à une tentative de suicide car cela lui montre qu'on la prend au sérieux, qu'on a compris qu'elle était en souffrance et qu'elle n'a donc pas besoin de recommencer pour qu'on l'écoute.

Dès le moment où la prise en charge de la jeune par le monde médical est faite, les éducateurs racontent qu'ils réalisent une fouille de sa chambre pour trouver quels médicaments la jeune a avalés ou ramasser tous les objets que la jeune a utilisés pour se blesser ou qu'elle pourrait utiliser ultérieurement pour le faire.

Même si les éducateurs spécialisés interviewés parlent d'appels au secours plutôt que de tentamen, on peut donc constater qu'ils n'ont pas banalisé l'acte et ont répondu à la jeune de la manière qui leurs semblait la meilleure en l'orientant vers une prise en charge médicale.

Perret-Catipovic (2004) parle de mise en danger de soi plutôt que de tentative de suicide. Je trouve cela très important car les mises en danger englobent beaucoup plus d'actes, comme par exemple les abus d'alcool et de drogue, les accidents fréquents ou les rapports sexuels non protégés.

Dans ce travail, je ne parle que de jeunes filles, car aucune personne interrogée n'a parlé de tentamens fait par un adolescent garçon. Les mises en danger dont parle Perret-Catipovic (2004) comme les accidents de la route et les abus d'alcool peuvent concerner les garçons. Mais elle dit que souvent les professionnels banalisent ces actes réalisés par des garçons en pensant qu'il s'agit d'un passage normal à l'adolescence.

Selon les personnes questionnées, il n'existe pas de procédure à suivre dans leurs institutions lors de tentative de suicide. Les professionnels réagissent donc avec leur bon sens, c'est-à-dire qu'ils font ce qu'ils pensent être le meilleur pour la jeune qui a attenté à ses jours.

Il arrive que des éducateurs spécialisés suivent la procédure en cas d'avis de fugue pour se guider dans les démarches à faire. Selon eux, il serait utile d'avoir un document qui précise qui appeler dans quelle situation, avec des numéros bien visibles pour gagner du temps. Dans certains lieux, une procédure personnelle à une jeune fille qui a fait un ou plusieurs tentamens a été mise en place, dans le but d'être prêt à agir s'il devait y avoir une récurrence.

Un tentamen en milieu institutionnel peut provoquer des changements au niveau de l'infrastructure. Dans deux institutions, les portes des chambres des jeunes pouvaient se fermer de l'intérieur. Mais après la tentative de suicide, les éducateurs concernés se sont rendus compte que cela pouvait être dangereux pour la sécurité des adolescents. Ils ont donc fait changer le système de fermeture des portes. Un autre exemple est celui des médicaments qui se trouvent dans le bureau des éducateurs et plus dans les chambres des filles. Il y a aussi eu des changements de taux d'encadrement des jeunes dans des moments plus à risque comme les week-ends.

Les situations d'être témoin d'une tentative de suicide ont aussi amené des réflexions plus larges dans certaines institutions. Les éducateurs questionnés se sont rendus compte que les institutions accueillent de plus en plus souvent des adolescents qui ont des troubles psychiques. Lors d'une discussion avec un psychologue qui travaille avec des adolescents qui ont attenté à leurs jours, j'ai appris qu'environ 85%⁵⁹ des jeunes qui attentent à leurs jours, qu'ils soient institutionnalisés ou non, ont des problèmes psychiques.

⁵⁹ Entretien avec ma personne ressource pour ce mémoire le 16 décembre 2005 à mon domicile.

Et donc les professionnels interviewés se demandent si ces jeunes sont à leur place dans un foyer éducatif en sachant qu'ils ont besoin d'un cadre thérapeutique. Il n'existe que peu de lieux adaptés pour les accueillir à l'heure actuelle.

Selon les professionnels questionnés, après le passage dans le monde médical, les jeunes sont très souvent envoyés dans un centre de crise comme l'UHPA⁶⁰ s'il y a de la place et s'il n'y en a pas à Cery⁶¹. Les jeunes y restent durant le temps de la crise et sont ensuite renvoyés dans leur foyer ou dans un lieu plus adapté.

S'il y a de la place et le besoin, une jeune peut être orientée au CTJA, centre thérapeutique de jour pour adolescent tout en restant les nuits et les week-ends dans son foyer, mais les places sont rares. Le passage à l'UHPA ou à Cery est souvent mal vécu par les jeunes selon les personnes interrogées. Ils ne comprennent pas forcément pourquoi ils doivent y aller. Il faut savoir qu'à l'UHPA, les jeunes n'ont pas le droit d'avoir de contacts les deux ou trois premiers jours, et tout ce qui leur est amené est entièrement fouillé. Ils peuvent se sentir enfermés et le vivre comme une grande violence.

Au moment où la jeune revient, les éducateurs spécialisés interviewés préconisent qu'un suivi thérapeutique soit mis en place.

Au retour dans le foyer, les éducateurs questionnés ne mettent rien de spécial en place. Ils vont par contre être plus présents pour la jeune qui a attenté à ses jours. C'est-à-dire qu'ils vont prendre plus de temps pour partager avec la jeune sur ce qu'il s'est passé, s'exprimer ensemble sur les peurs et angoisses de la jeune et surtout l'écouter au mieux.

Ils se disent d'ailleurs plus vigilants et plus attentifs à ce que peut dire ou montrer la jeune sur son état. Les professionnels prennent le rôle d'un pilier qui reste le même pour la jeune afin de la sécuriser. Il est primordial d'être présent, d'écouter la jeune et d'essayer de repérer les moments où elle pourrait aller moins bien.

Il est aussi très important pour les éducateurs interviewés d'aider la jeune dans ses tâches quotidiennes au sein du foyer. Ils l'aident à participer à la vie du foyer et à prendre soin d'elle. Ils peuvent assouplir le cadre pour le bien être de la jeune. Pour eux, laisser la jeune s'exprimer c'est bien, mais ils ne vont pas la forcer car ils ne trouvent pas bénéfique de trop en parler. Ils pensent qu'il faut savoir passer à autre chose. La tentative de suicide est un épisode dans la vie de la jeune mais elle ne va pas réguler sa vie entière.

Le retour de la jeune au foyer se construit en amont avec les autres jeunes. C'est-à-dire que les éducateurs prennent du temps pour informer les jeunes de ce qui s'est passé et leurs laissent l'opportunité de poser des questions sur ce qu'ils ne comprennent pas et sur le thème du tentamen en général. Certains jeunes ont besoin d'en parler parce qu'ils ne comprennent pas que quelqu'un puisse avoir envie de mettre fin à ses jours ou pour des raisons où leur religion interdit le suicide.

⁶⁰ UHPA, Unité Hospitalière Psychiatrique pour Adolescents à Lausanne

⁶¹ Cery, Hôpital psychiatrique à Prilly

Il arrive que les professionnels ne prennent que peu de temps pour en parler car ils pensent que les jeunes ont l'habitude de ces situations et n'ont pas forcément besoin d'en parler.

Les éducateurs spécialisés interrogés travaillent avec le réseau formel (psychologues, psychiatres, médecins, professionnels du centre de crise, assistants sociaux) et informel (les parents) de la jeune.

Pour ce qui est du réseau formel, les éducateurs spécialisés ont soulevé avoir été confronté à de nombreux problèmes de collaboration comme des manques de communication, d'écoute, au niveau de l'échange d'informations, de l'implication, des problèmes pour les joindre et dans les prises de décisions, notamment au moment de préparer le départ de la jeune d'un lieu avec un suivi adapté.

Les éducateurs questionnés ont précisé que la collaboration dépend de la personne. Cette collaboration peut parfois se passer très bien, et c'est grâce à cette bonne collaboration que les professionnels ont réussi à mettre des procédures en place pour certaines jeunes. Le travail en réseau est très important pour eux car il a pour but de s'entraider, de trouver des solutions, des réponses, de s'échanger des informations sur l'état de la jeune.

Avec les parents, le travail est différent. La collaboration est, pour les professionnels questionnés, plutôt de les aider à comprendre ce qu'il s'est passé et les aider à vivre avec l'événement. En effet, ils observent que pour certains parents il est très difficile d'admettre que leur enfant souffre et a fait une tentative de suicide. D'autres parents acceptent plus facilement et sont très présents pour aider leur fille.

Le premier soutien que disent avoir reçu les éducateurs spécialisés questionnés lors d'un tentamen est celui qu'offre le directeur par téléphone ou sur place s'il s'est déplacé.

Les éducateurs disent n'avoir eu que peu de soutien psychologique mais ne l'ont pas demandé non plus. Pour eux, le soutien passe par l'équipe, souvent lors des colloques, où ils débrièfent ensemble ce qu'il s'est passé et cherchent des solutions. Pour certains professionnels, déposer par écrit ce qu'il s'est passé sur le cahier de bord est un bon moyen de se décharger. Un moyen très efficace et apprécié des professionnels pour débriefer une situation est la supervision.

Ces situations ont été relativement supportables à vivre pour les éducateurs spécialisés interviewés. Ils disent que l'expérience aide à garder la bonne distance et qu'en tant qu'éducateurs ils sont assez solides. Ils n'ont pas ressenti de culpabilité car les relations avec la jeune fille étaient bonnes. Les professionnels peuvent ressentir de l'impuissance lors d'un tentamen car si la jeune ne veut pas d'aide, ils ne peuvent rien faire. La peur est un sentiment qui apparaît souvent dans le discours des personnes questionnées, soit si la jeune devient agressive et menace l'adulte, soit par la peur de retrouver une jeune fille le lendemain matin décédée dans sa chambre.

On peut donc constater que les éducateurs spécialisés rencontrés repèrent le tentamen et font en sorte que la jeune soit prise en charge à l'extérieur. La jeune passe à l'hôpital puis au centre de crise avant de revenir au foyer. L'éducateur se rend dans les lieux où se trouve la jeune et prépare son retour mais ne s'occupe pas d'elle durant cette période. L'éducateur reprend le relais la crise passée et tente d'aider la jeune au mieux dans le quotidien. La tentative de suicide d'une jeune est vécue comme un événement pas plus important qu'un autre. Ils essaient donc de continuer d'avancer sans trop penser à ce qui s'est passé.

6.1 Perspectives professionnelles

Les éducateurs doivent continuer à favoriser les liens de confiance, la communication, l'écoute active et la parole dans l'accompagnement des jeunes qui songent ou qui ont tenté de s'ôter la vie afin d'éviter le plus possible de tentamen ou de récidive. Il est vrai que c'est souvent dans ce qui est dit ou montré par la jeune que l'on peut sentir si elle est en souffrance ou non. Il faut donc rester attentif et vigilant. Je pense que les institutions qui accueillent ces adolescents devraient informer leurs collaborateurs sur la tentative de suicide et les rendre attentifs aux besoins spécifiques de ces jeunes comme par exemple d'être plus à l'écoute, de les aider dans les tâches quotidiennes, d'être attentif aux signaux comme des messages directs ou indirects qu'ils peuvent envoyer ou ne pas banaliser leurs appels au secours.

Il est d'ailleurs primordial que les éducateurs spécialisés continuent à prendre au sérieux et à ne pas banaliser les tentatives de suicide des adolescents, même si leur vie n'est pas en danger. Il est très important qu'une personne qui a tenté de mettre fin à ses jours se sente entendue et prise au sérieux, qu'elle ne ressente pas le besoin de devoir à nouveau montrer son mal-être pour être entendu.

Il existe également des moyens d'évaluer la dangerosité du passage à l'acte. Cette appréciation se fait lors de moment de discussion avec la jeune. C'est une bonne occasion pour poser des questions sur le stade de la préparation du suicide. Par exemple, plus le scénario est précis, plus le risque de passage à l'acte est grand. Ainsi, si la jeune a déjà choisi le moyen/l'arme et/ou se l'est déjà procuré/ée, le risque devient vraiment très important. Il ne faut donc pas se gêner de poser ce genre de questions si l'on soupçonne un éventuel passage à l'acte.

Les éducateurs spécialisés doivent garder leur rôle de pilier, c'est-à-dire rester le même avant, pendant et après l'événement. Le professionnel doit aussi rester présent aux côtés de la jeune lors de la prise en charge extérieure. Il est à ses côtés pour l'aider, la guider et la soutenir, mais n'est pas là pour faire les choses à la place de la jeune. Il crée ainsi une sorte de structure autour de la jeune à laquelle elle peut se raccrocher.

Les éducateurs doivent rester attentifs à la collaboration au sein du travail de réseau. Ce travail est très important pour décoder une situation car grâce au réseau, il y a plusieurs regards sur les jeunes mais aussi plus de compétences différentes qui sont associées pour trouver des réponses et des solutions à certaines situations.

Il est aussi essentiel que les éducateurs connaissent leurs limites et les communiquent aux jeunes, mais aussi avec les autres professionnels. Pour que le travail soit efficace et qu'ils soient en accord avec la gestion de la situation, il est important qu'ils osent poser les limites au-delà desquelles ils ne peuvent pas aller.

Il me semble indispensable que tout professionnel susceptible de travailler durant sa carrière avec des populations à risque, devrait recevoir une formation sur le sujet. Etre conscient des symptômes de base, des facteurs de risques et de protection. Ce serait ainsi un bon moyen d'en parler et peut-être réussir à lever le tabou qui plane autour du suicide et de la tentative de suicide. Une formation qui aborderait les différentes mises en danger de soi et les limites que tente de dépasser tout adolescent serait donc utile.

Il est primordial que les professionnels continuent à lutter contre la progression du nombre de tentatives et de suicides en Suisse. Il existe bien des organismes qui s'occupent en particulier de cela et de l'aide que l'on peut apporter à des personnes qui pourraient avoir des fantasmes suicidaires⁶², mais on ne les connaît que peu et ils sont peu nombreux et passablement méconnus.

En effet, en Suisse la prévention du suicide n'en est qu'à ses débuts. Elle existe pour les adolescents sous forme de centres de crise régionaux. Malheureusement, on en dénombre peu ce qui démontre le grand manque qui subsiste dans ce domaine. D'autres pays sont plus en avance à ce niveau et luttent contre ce problème en ayant créé des systèmes de prévention.⁶³

Il est important en Suisse, que tout le monde prenne conscience que le suicide ou le tentamen peut toucher chacun d'entre nous de près ou de loin. Tout le monde est capable d'apporter son aide dans la mesure du possible. Les professionnels ont un grand rôle à jouer. Ce sont eux qui se trouvent en première ligne pour apporter leur soutien et tenter de déjouer les récurrences dans la mesure du possible. Il serait aussi important que les professionnels connaissent les organismes qui travaillent pour la prévention du suicide et de la tentative de suicide.

Comme je l'ai dit plus haut, il existe des centres de crise comme l'UHPA pour accueillir les jeunes suite à des tentatives de suicide. Malheureusement, il y en a peu et la demande s'accroît. De plus, il n'y a pas vraiment de structure d'accueil pour ceux qui auraient besoin d'un suivi sur du plus long terme.

Il est important de se poser des questions par rapport à la prise en charge de ces adolescents/es sur le moyen et le long terme.

⁶² Voir annexes 4 et 5

⁶³ Voir annexe 3

Nous savons aussi que de nombreux jeunes qui attendent à leurs jours ont des problèmes psychologiques. Je tiens à préciser qu'ils n'ont pas tous des problèmes psychiques. Pour ceux qui sont dans ce cas, il est nécessaire de réfléchir à la nature de leurs besoins. Il y a de plus en plus de demandes pour placer ceux qui ont des problèmes psychiques dans des institutions. Or ces dernières n'ont pas la mission de leur offrir un accompagnement thérapeutique. Cette augmentation est présente, mais les lieux pour les accueillir sont quasiment inexistantes. Pourquoi ces lieux n'existent-ils pas ? Peut-être sont-ils stigmatisants ? Pour ma part, je crois que tout foyer ou institution a un côté stigmatisant mais ce n'est pas pour autant que nous les fermons, car certains jeunes en ont besoin pour aller mieux. Peut-être faut-il parfois passer par de tels lieux plutôt que de rester dans son mal-être.

Je trouve qu'il serait important de faire de la prévention chez les jeunes. Il y a de la prévention sur le sida, sur la drogue, sur l'alcool, sur les dangers de la route mais presque rien sur la tentative de suicide.

Je pense que les jeunes sont capables d'en parler et ont le droit de savoir que cela peut arriver à tout le monde, et qu'ils ont le droit d'en parler. Ils ont aussi le droit de savoir qu'il existe des associations auprès desquelles ils peuvent en parler.

Maintenant, je suis beaucoup plus attentive dans ma pratique professionnelle à ce que montrent les jeunes. Je suis plus vigilante. Avant de réaliser ce travail, je ne prenais pas forcément au sérieux tous ce qu'ils pouvaient dire, ce qui a changé maintenant. Je pense que mon écoute envers eux s'est accentuée.

6.2 Limites de la recherche

J'ai récolté mes données lors d'entretiens avec des éducateurs spécialisés qui m'ont raconté leurs expériences avec leurs propres ressentis. De mon côté, je n'ai pas vécu ces situations et j'ai donc utilisé leurs discours pour rédiger ce travail. En conséquence, il faut être conscient que cette recherche est basée sur des données subjectives et donc, qu'il est subjectif.

Ces professionnels m'ont amené une certaine quantité d'information et j'ai travaillé avec celles-ci. Je n'ai donc pas pu vérifier certaines parties de mes hypothèses car je n'avais pas la matière pour y répondre.

Dans ce travail, je n'ai parlé que de filles car les professionnels ne m'ont parlé que d'elles. Perret-Catipovic dit que les tentatives des garçons se repèrent moins car les professionnels les banalisent. Par exemple, les accidents de la route fréquents, les abus de drogue et d'alcool peuvent être des moyens pour les garçons de montrer qu'ils ne vont pas bien. Mais l'adulte risque de penser que se sont des actions normales à l'adolescence.

Ce mémoire parle donc plus précisément de l'accompagnement d'adolescentes suite à une tentative de suicide mais ne répond pas du tout à l'accompagnement des garçons.

Dans ce travail, je me suis basée sur certains concepts théoriques. Si je m'étais basée sur d'autres concepts, mes résultats auraient peut-être changé. Par exemple, j'ai choisi une certaine définition de la tentative de suicide. Si j'avais opté pour une autre, j'aurais dû analyser les données différemment et mes résultats en auraient été modifiés.

Mes résultats sont donc valides de par mes choix de départ. Mais ils ne le seraient peut-être pas si je faisais des changements dans les hypothèses ou dans les concepts théoriques et les définitions.

6.3 Bilan technique

Pour ma recherche, j'ai envoyé des lettres dans de nombreuses institutions en espérant que les éducateurs spécialisés seraient très intéressés de participer à ma recherche. J'ai peut-être été un peu naïve mais je pensais que cela suffirait. N'ayant que peu de réponses, j'ai dû accepter que mes lettres n'avaient pas forcément suffi. Comme j'ai dû trouver d'autres moyens pour trouver des personnes à interroger j'ai perdu passablement de temps sur ma planification, ce qui m'a stressé.

Maintenant, si c'était à refaire, je commencerais par téléphoner dans les institutions pour voir s'il y a déjà eu des tentatives de suicide. Ensuite, j'enverrais une lettre pour expliquer ma requête.

Et après quelque temps, je rappellerais pour les relancer et essayer de prendre directement contact avec des éducateurs pour mieux leur définir quelles sont mes attentes. Je pense que si j'avais fonctionné comme cela, j'aurais gagné passablement de temps pour avancer dans ma recherche.

Je pense que les entretiens qualitatifs sont bénéfiques à un travail de recherche car cela laisse la possibilité aux personnes interrogées d'amener une grande quantité de matière à analyser. Je pense qu'en n'utilisant pas cette méthode j'aurais pu passer à côté d'informations importantes. Les professionnels ont pu amener tout ce qui leur semblait important sur la tentative de suicide d'une adolescente.

J'ai choisi d'interroger des éducateurs spécialisés et je suis contente de mon choix car ils ont pu m'expliquer ce qu'ils ont fait dans ce rôle professionnel. Si j'avais choisi d'interviewer des personnes d'une autre profession, j'aurais obtenu d'autres informations et j'aurais sûrement dû changer ma question de départ. Cela pourrait être intéressant d'interroger des personnes qui ont une autre vision de ce qui se passe, comme des thérapeutes, mais dans le cadre d'un autre mémoire.

6.4 Bilan personnel

Grâce à ce travail, j'ai appris énormément de choses sur la tentative de suicide à l'adolescence, autant dans la théorie que dans la pratique. Je pense que c'est un sujet que je connais bien au jour d'aujourd'hui mais en étant consciente que je suis loin d'avoir fait le tour de ce thème. Il est vrai que ce sujet m'intéressait énormément et maintenant, je me sens capable de parler et d'informer les gens autour de moi des enjeux de la tentative de suicide à l'adolescence.

J'ai aussi appris à faire un travail de recherche ; avant ce mémoire, je ne savais pas en quoi cela consistait. Lorsque je me suis rendue compte de l'ampleur du travail que cela demandait, j'ai eu envie de baisser les bras. Mais le fait de l'avoir réalisé m'a démontré que j'étais capable de le faire aussi. J'ai donc découvert certaines compétences que je ne me connaissais pas.

Je ne pensais pas être aussi persévérante car plusieurs fois, je me suis posée la question de l'utilité de faire un mémoire, sans vraiment trouver la réponse. Mais je me suis accrochée et je suis allée jusqu'au bout. Je pense aussi que la fierté de finaliser ce travail m'a motivée dans sa réalisation. J'ai aussi dû régulièrement me remettre en question car j'ai l'habitude de travailler seule et de réussir ce que je fais. Lors de ce travail, j'ai appris à faire confiance en quelqu'un qui avait plus de compétences que moi et à écouter ses conseils. Je pense que cela a été un pas important pour moi et que grâce à cela, j'ai pu apprécier de faire ce mémoire de fin d'étude avec l'accompagnement de ma directrice de mémoire.

J'ai réalisé ce mémoire car je me posais passablement de questions sur la tentative de suicide à l'adolescence. J'ai trouvé de nombreuses réponses lors de ma recherche mais qui ne me semblent pas suffisantes par rapport à l'ampleur du problème dans notre société. C'est-à-dire que plus j'avais dans l'apprentissage, plus je me posais de questions sur d'autres choses comme la prise en charge en centre de crise ou les effets d'un passage en hôpital psychiatrique pour un adolescent. Je suis consciente que tous les professionnels font de leur mieux pour aider ces jeunes. Mais le nombre des adolescents qui attendent à leurs jours est conséquent. On peut se demander s'il ne manque pas des structures ou des solutions pour aider ces jeunes qui souffrent. Je crois vraiment qu'une réflexion générale sur la prise en charge de ces jeunes doit être réalisée.

En réalisant ce travail, j'ai observé qu'ils existaient de nombreux moyens de se mettre en danger. La tentative de suicide en est une, mais il en existe d'autres. On parle souvent de conduites à risque à l'adolescence qui font partie du processus normal. Je me demande s'il y a vraiment beaucoup de différences entre un tentamen, la pratique de sport extrême ou le fait de se faire une multitude de piercings et de tatouages. Est-ce que toutes ces conduites à risques sont des appels au secours ? Le sont-elles quand elles deviennent très fréquentes ? Maintenant je m'interroge beaucoup sur ces conduites à risque et je pense m'informer sur le sujet dans l'avenir.

7. Bibliographie

- **BILLE, Raphaël, « Le suicide, un appel à la vie ! prévention et intervention », Travail de diplôme CFPS Sion, Juin 2002**
- **Concepts pédagogiques de la Villa Saint Martin, accueil de jour spécialisé à Vevey (Fondation les Airelles), 2006 et concepts pédagogiques de l'école Pestalozzi d'Echichens, école-internat pour enfants et adolescents, 2004**
- **DURKHEIM, Emile, « Le suicide » Deuxième édition, Presses Universitaires de France, Paris, 1967.**
- **LEMAY, M, « Un art de la relation » in Les éducateurs aujourd'hui, sous la direction de JL Martinet, Privat, Toulouse, 1993, page 10. In CAMBON Laurent, Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'université de Haute Bretagne, « L'éducateur spécialisé à travers ses discours : une question d'identité », 19 janvier 2006**
- **LEWIS, Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant » Editions Nouvelles, Montréal. 2001. 249 pages**
- **PERRET-CATIPOVIC, Maya, « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir ». Saint-Maurice, Edition Saint-Augustin, 2004. 131 pages**
- **POMMERAUX, Xavier, « L'adolescent suicidaire » Edition Dunod, Paris, 1996. 233 pages**
- **POMMERAUX, Xavier, « Quand l'adolescent va mal » Edition Jean-Charles Lattès, 1997. 250 pages**
- **SHNEIDMAN, Edwin S., « Le tempérament suicidaire. Risques, souffrances et thérapies » Edition : De Boeck & Belin, 1999. 172 pages**
- **Von Greyerz S., Keller –Guglielmatti E., Ajdacic-Gross V., (et al.), « Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251) » Office fédéral de la santé publique, Avril 2005, 42 pages.**

8. Sites Internet

- www.bag.admin.ch/gespol/suizidprevention/f/suzid_f.pdf
- www.ciao.ch
- www.cyes.info
- www.educh.ch
- www.hug-ge.ch
- www.orientation.ch
- www.parspas.ch
- www.stopsuicide.ch

Annexe 1¹

Comparaison internationale : Taux de suicide pour 100'000 habitants.

Taux de suicide en fonction de l'âge et du sexe

Causes de décès en l'an 2002

Méthode de suicide en Suisse de 1969 à 2000

Résumé des données de suicidalité des enquêtes SMASH (Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health Study)

¹ Source : Office fédéral de la statistique

Figure 2 : Comparaison internationale : taux de suicides pour 100 000 habitants (valeur moyenne de 1996 à 2000 ; source : Office fédéral de la statistique, OFS)

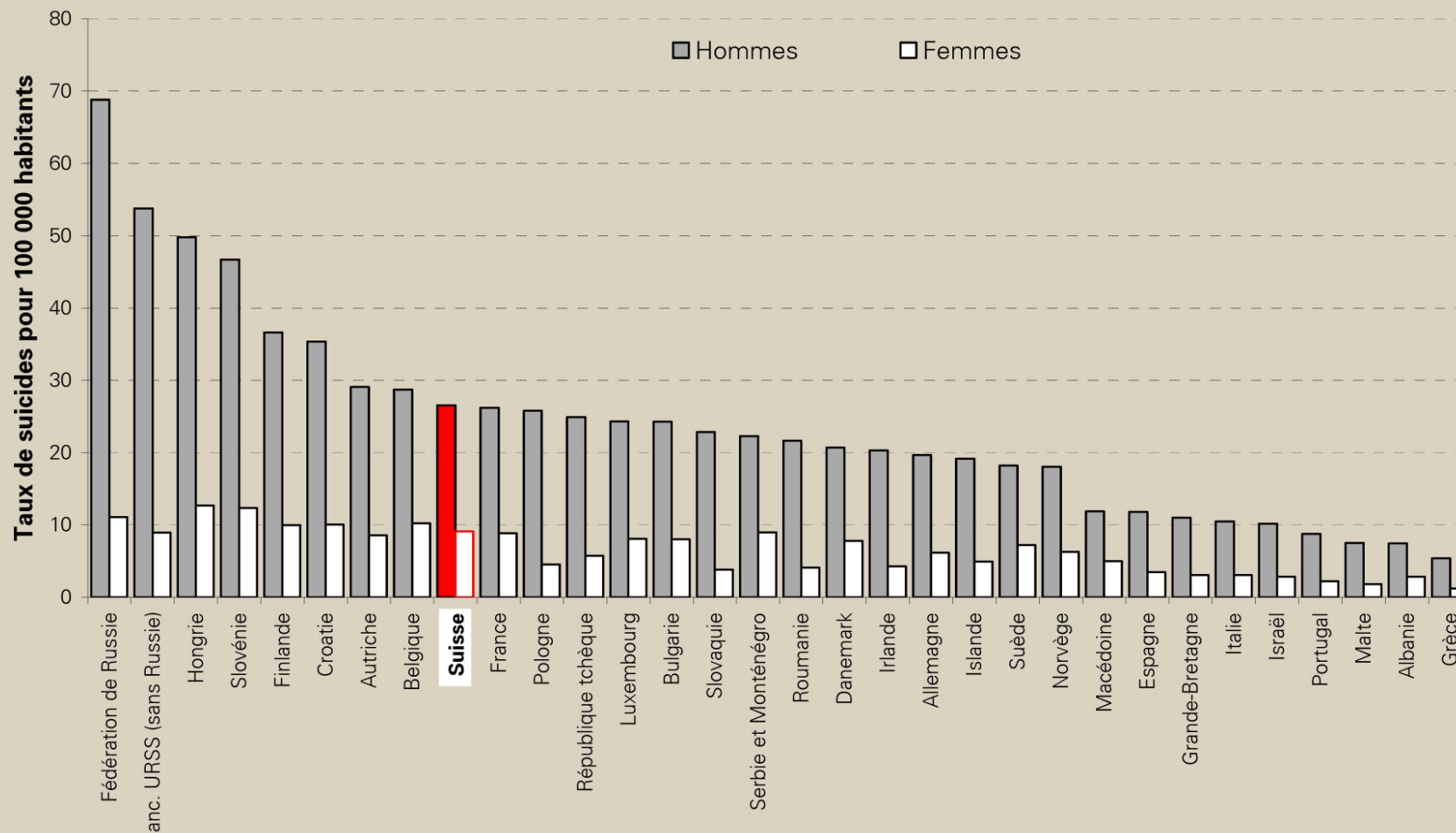


Figure 5 : Taux de suicides en fonction de l'âge et du sexe
(valeurs moyennes de 1996 à 2000; source : statistique des causes de décès OFS)

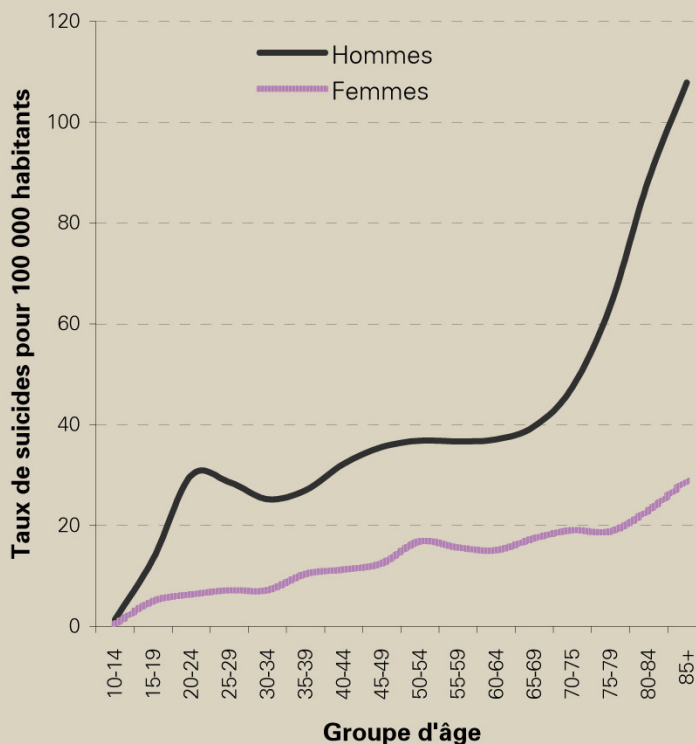


Tableau 1 : Causes de décès en l'an 2000

(source : statistique des causes de décès, Office fédéral de la statistique, OFS)

Cause de décès	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès	Nombre	Taux en % par rapport à l'ensemble des décès
suicide	1 378	2,2%	979	3,2%	399	1,2%
sida	127	0,2%	83	0,3%	44	0,1%
consommation de drogues	222	0,3%	177	0,6%	45	0,1%
accidents de la circulation	578	0,9%	419	1,4%	159	0,5%
décès dus à l'alcool *	2 200	3,5%	1 300	4,3%	900	2,8%
décès dus à la consommation de tabac*	8 800	14,7%	6 500	21,4%	2 300	7,2%
total	62 545	100%	30 411	100%	32 134	100%

*Estimations de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies pour 2001 (alcool) et 1999 (tabac)

Tableau 2 : Méthodes de suicide en Suisse de 1969 à 2000
(source : statistique des causes de décès OFS)

Méthode de suicide	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
intoxication par des substances solides ou liquides	6 336	13,9%	3 046	9,4%	3 290	24,5%
intoxication par gaz	2 954	6,5%	2 436	7,5%	518	3,9%
pendaison	11 635	25,5%	9 061	28,1%	2 574	19,2%
noyade	4 177	9,1%	1 799	5,6%	2 378	17,7%
emploi d'armes à feu	10 902	23,9%	10 390	32,2%	512	3,8%
emploi d'armes tranchantes ou acérées	862	1,9%	630	2,0%	232	1,7%
saut dans le vide	4 664	10,2%	2 404	7,4%	2 260	16,9%
heurt par un train	3 079	6,7%	1 871	5,8%	1 208	9,0%
autres méthodes	1 088	2,3%	657	2,0%	431	3,2%
total	45 697		32 294		13 403	

Tableau 3 : Résumé des données de suicidalité des enquêtes SMASH
[Rey Gex 1998, Narring 2003]

Questions	1992		2002	
	Femmes de 15 à 20 ans n=3993	Hommes de 15 à 20 ans n=5275	Femmes de 15 à 20 ans n=3380	Hommes de 15 à 20 ans n=4040
Au cours des 12 derniers mois :				
• Avez-vous pensé au suicide?	37,3%	27,3%	21,4%	15,4%
• Avez-vous envisagé le suicide?	26,8%	20,8%		
• Y a-t-il eu des moments où vous vouliez vous suicider?	21,9%	13,6%	16,7%	9,8%
• Vous seriez-vous suicidé(e) si vous en aviez eu l'occasion?	5,4%	4,2%	4,9%	3,2%
• Avez-vous pensé à une méthode que vous pourriez employer pour vous suicider?			22,4%	17,9%
• Avez-vous commis une tentative de suicide?	3,9%	2,3%	3,4%	1,6%
• Avez-vous parlé de cette tentative de suicide à des amis ou à des proches?	39,0%	38,3%	34,0%	29,0%
Avez-vous, au cours de votre vie, déjà commis une tentative de suicide?			8,2%	3,2%

Tableau 4 : méthodes des tentatives de suicide dans l'agglomération de Berne en 1989 et 1990
(le total est supérieur à 100% parce que plusieurs méthodes peuvent être employées [Michel 2000])

Méthode	Tous		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
médicaments et drogues	646	67,4%	232	57,6%	414	74,5%
objet tranchant	154	16,1%	79	19,6%	75	13,5%
pesticides, produits chimiques agricoles	25	2,6%	12	3,0%	13	2,3%
pendaison	36	3,8%	22	5,5%	14	2,5%
saut d'une grande hauteur	58	6,0%	29	7,2%	29	5,2%
autre	290	30,2%	150	37,2%	140	25,2%
total des tentatives de suicide relevées	959		403		556	

Annexe 2²

Possibilité de prévention du suicide

² Source : Office fédéral de la statistique

Figure 9 : Possibilités de prévention du suicide

Prévention du suicide

Mesures de santé publique

(destinées à l'ensemble de la population)

- ❖ Promotion de la santé
- ❖ Sensibilisation de la population aux maladies psychiques et au suicide
- ❖ Sensibilisation des personnes clé dans les milieux de la jeunesse
- ❖ Création et promotion de lieux de contact facilement accessibles
- ❖ Entrave à l'accès aux moyens permettant de se donner la mort
- ❖ Informations sur le suicide dans les médias

Mesures de soins de santé

(destinées aux groupes cible)

- ❖ Formation universitaire, postgrade et continue pour les spécialistes du domaine médical
- ❖ Création d'offres et de mesures spécifiques pour les groupes à risque suivants :
 - les personnes ayant tenté de se suicider
 - les personnes dépressives, souffrant de troubles de la personnalité ou de schizophrénie chronique
 - les toxicodépendants
 - les prisonniers
 - les migrants
 - les personnes âgées isolées socialement
 - les personnes souffrant de stress post-traumatique
- ❖ Suivi pour les proches

Recherche et évaluation

- ❖ Enquête statistique sur les suicides et surveillance continue des tentatives de suicide
- ❖ Elaboration de bases pour le développement de programmes de prévention axés sur les groupes cible
- ❖ Evaluation de l'efficacité des projets et programmes de prévention du suicide

Annexe 3³

Quelques programmes nationaux et projets de prévention du suicide étrangers.

³ Source : Office fédéral de la statistique

Tableau 5 : Quelques programmes nationaux et projets de prévention du suicide étrangers

Australie	
Description	<p>En Australie, la «National Suicide Prevention Strategy (NSPS)» date de 1999 et se base sur la «National Youth Suicide Prevention Strategy (NYSPS)» de 1995. Les objectifs principaux sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutien des activités nationales de prévention du suicide pour tous les groupes d'âges - élaboration et mise en œuvre d'un plan-cadre stratégique pour une prévention du suicide implantée aux niveaux national et communal <p>Le plan-cadre stratégique «LIFE – A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia» regroupe six champs d'action :</p> <ul style="list-style-type: none"> - promotion du bien-être et de la résilience, renforcement des communautés - promotion des facteurs de protection et réduction des facteurs de risque de suicide et de comportement autodestructeur - offres proches des communautés et soutien pour les groupes de population à haut risque de suicide - offres pour les groupes à haut risque - partenariats avec les minorités ethniques - renforcement des bases factuelles de «bonne pratique» dans le domaine de la prévention du suicide
Budget	Le programme dispose d'environ 10 millions de dollars australiens par an.
Internet	www.health.gov.au/hsdd/mentalhe/sp/index.htm
Finlande	
Description	<p>La Finlande a été le premier pays, en 1986, à formuler une stratégie sur 10 ans destinée à réduire de 20% le taux élevé de suicides. Jusqu'en 1996, le taux de suicides a diminué de 9%. Sur la base de la recherche sur le suicide, le National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) a mis l'accent sur la mise en place d'initiatives et de mesures locales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - modification de l'opinion de la population (en particulier modification du point de vue fataliste selon lequel le suicide est inévitable et découle d'événements négatifs) - amélioration des possibilités d'accès aux institutions de santé médicales et psychiatriques - réduction de l'accessibilité aux méthodes dangereuses

Budget	- offres de formation complémentaire pour les professionnels concernés - relevé permanent (monitorage) des comportements suicidaires - relevé des personnes et groupes à risque
Internet	pas d'indication www.stakes.fi/mentalhealth/
Angleterre	
Description	En 2002, le gouvernement anglais s'est, par sa «National Suicide Prevention Strategy for England», fixé pour objectif de réduire le taux de suicides de 20% d'ici à 2010 à l'aide de 11 sous-objectifs. Parmi ceux-ci, on trouve des stratégies de promotion de la santé psychique, des offres préventives et thérapeutiques pour les jeunes hommes, des mesures d'amélioration du traitement des dépressions ou encore une influence sur les comptes rendus des médias.
Budget	pas d'indication
Internet	www.nimhe.org.uk/priorities/suicide.asp
Ecosse	
Description	Un programme similaire a été élaboré en Ecosse : «Choose Life. A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland». L'objectif est, dans ce cas également, de réduire la fréquence des suicides de 20% d'ici à 2013. L'accent est mis sur l'amélioration des offres d'intervention de crise, différents groupes professionnels étant formés à cet effet : police, ambulanciers, personnel carcéral, personnel médical.
Budget	pas d'indication
Internet	www.scotland.gov.uk/library5/health/cls-00.asp
Irlande	
Description	En Irlande, le taux de suicides des jeunes a quadruplé dans les années 1990. La National Task Force on Suicide a élaboré un programme de prévention reposant sur : - l'amélioration des offres de traitement pour les groupes à risque, - la sensibilisation de la population au problème du suicide (c'est-à-dire modification des opinions), programmes pour les établissements scolaires et la formation pour adultes afin d'améliorer la gestion des conflits et des crises. Le programme national irlandais contient une liste de 84 recommandations concrètes, dont l'évaluation d'accompagnement.
Budget	pas d'indication
Internet	www.ias.ie/
Canada	
Description	En mai 2002, la Canadian Association for Suicide Prevention a entamé ses travaux d'élaboration d'une «Canadian blueprint of a national strategy for suicide prevention strategy». L'esquisse se base sur les principes suivants : - la prévention du suicide concerne l'ensemble de la société. - le suicide est causé par une interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels; il peut être influencé par une modification des conditions sociales, des rapports sociaux et des opinions. - les stratégies doivent reposer sur des bases factuelles, être actives, informées et sensibles aux cultures, et inclure recherche, surveillance, rapport et évaluation. Objectifs visés : - conscientisation du fait que le suicide concerne tout le monde et peut être évité - mise en place d'un soutien à large échelle pour la prévention du suicide et l'intervention de crise - amélioration des connaissances sur le suicide dont disposent les personnes travaillant dans les médias - élaboration et mise en œuvre de programmes de prévention du suicide proches des communautés - limitation de l'accès à certaines méthodes de suicide et réduction de leur létalité - amélioration des offres (médicales) pour les groupes à (haut) risque - renforcement de la surveillance, élaboration d'outils d'évaluation et promotion de la recherche sur la prévention du suicide
Budget	pas d'indication
Internet	www.thesupportnetwork.com/CASP/main.html

Annexe 4⁴

Projets de présentation du suicide lancés ou soutenus par la Confédération.

⁴ Source : Office fédéral de la statistique

Tableau 7 : Projets de prévention du suicide lancés ou soutenus par la Confédération
(source : état des lieux «Prévention du suicide en Suisse»; www.ipsilon.ch)

Crises et suicides	
Description	<p>En 1991, la Fédération des médecins suisses (FMH) a lancé en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) le programme «Prévention du suicide dans les cabinets médicaux – crises et suicides». Cette action se basait sur les recommandations d'experts de l'OMS relatives à une stratégie d'ensemble de prévention des comportements suicidaires. Le programme était centré sur un module de formation complémentaire pour les médecins, destiné à leur permettre d'aborder de manière compétente les problèmes psychiques et les pensées suicidaires avec leurs patients, lors des consultations.</p> <p>L'évaluation réalisée deux ans plus tard a révélé le succès de ce programme, qui avait été bien accueilli par le corps médical et les médias, déplorant qu'il ne puisse être poursuivi, faute de moyens.</p>
Budget	pas d'indication
Internet	pas d'indication, informations auprès de info@ipsilon.ch
éducation+santé Réseau Suisse	
Description	<p>De 1997 à 2000, le programme «<i>éducation+santé</i>, Réseau Suisse» de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a soutenu, dans le cadre du programme de l'OMS «Ecoles et santé», un programme de prévention du suicide chez les adolescents dans le Tessin.</p> <p>Le programme visait principalement une sensibilisation progressive de tous les adultes en charge de jeunes apprentis (maîtres d'apprentissage, enseignants des centres professionnels, parents) et des jeunes eux-mêmes. Mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> - brochure pour maîtres d'apprentissage visant à améliorer les connaissances et la capacité d'écoute ainsi que le dépistage de situations à risque. - conférences publiques, interventions dans les médias, congrès en mai 2000, sensibilisation du pouvoir politique (visant la population tessinoise dans son ensemble)
Budget	pas d'indication
Internet	www.bildungundgesundheit.ch
SUPRA-F, programme de recherche sur la prévention de la toxicomanie chez les jeunes à risque en Suisse	
Description	<p>Le programme supra-f a été lancé par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'Université de Fribourg dirige la recherche, la fondation suisse pro juventute a assuré la coordination du projet jusqu'en juin 2002, puis a été relayée par l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) de Lausanne. Le relevé des données sur place est effectué en grande partie par l'Université de Fribourg, mais aussi par l'Institut de recherche sur la toxicomanie de Zurich.</p> <p>supra-f n'est pas un projet spécifique de prévention du suicide mais une offre de prévention secondaire pour les jeunes âgés de 12 à 20 ans. Il se compose de 12 projets locaux dont l'orientation diffère parfois nettement, mais qui poursuivent tous un même objectif : des interventions sociopédagogiques variées soutiennent les jeunes en situation difficile (p. ex. hyperactivité, agressivité, délinquance, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, consommation précoce et durable de tabac, d'alcool et de cannabis, problèmes sérieux et durables à l'école ou dans la formation professionnelle, violence et maltraitance dans la famille) pour les réintégrer dans le système éducatif ou professionnel. L'accent est mis sur les facteurs de protection de nature à empêcher l'apparition de dépendances et la dérive dans l'isolation sociale, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilité de la confiance en soi et acquisition de compétences sociales - intégration dans le système scolaire ou professionnel, bonne culture générale - stabilité du réseau social et qualité des relations avec la famille et les proches <p>supra-f comprend une recherche scientifique d'intervention sous forme d'enquête</p>

	longitudinale : cette enquête compare l'évolution des jeunes pris en charge dans des projets supra-f avec celle d'un groupe de référence ayant un profil équivalent. Des évaluations sont prévues lors de l'entrée dans un projet supra-f et lors de la sortie; deux évaluations de suivi ont lieu au bout de 12 et 24 mois.
Budget	pas d'indication
Internet	www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/praevention/
Alliance contre la dépression	
Description	<p>Sachant que la formation complémentaire des médecins généralistes représente une intervention efficace pour réduire le nombre de suicides (étude Gotland [Rutz 1989]), le réseau allemand de compétence «Depression, Suicidalität» à Nuremberg a élaboré un programme d'action complet destiné à la détection précoce et à l'amélioration du traitement des personnes atteintes d'une dépression. Ce programme d'action comprend des formations complémentaires pour les médecins généralistes et les médiateurs (personnel enseignant, personnel soignant, police, assistance spirituelle, etc.), la sensibilisation de l'opinion publique et la mise en place de groupes d'entraide. Le programme de Nuremberg a été un succès et a permis de faire baisser durablement de 25% le taux de suicides.</p> <p>En juillet 2003, le canton de Zoug a lancé le premier projet d'extension en Suisse. L'organisation suprarégionale d'entraide Equilibrium garantit la continuité en cas d'extension à d'autres régions de Suisse. Un autre projet d'extension a démarré en 2004 dans le canton de Berne. Le projet Politique nationale suisse de la santé (1998 – 2003) a soutenu Equilibrium en tant que preneur de licence et l'Office fédéral de la santé publique participe à son accompagnement scientifique.</p>
Budget	pas d'indication
Internet	www.zugerbuendnis.ch et www.kompetenznetz-depression.de (en allemand)

Annexe 5⁵

Projets locaux ou régionaux de prévention du suicide.

⁵ Source : Office fédéral de la statistique

Tableau 8 : Projets locaux ou régionaux de prévention du suicide
(source : état des lieux «Prévention du suicide en Suisse»; www.ipsilon.ch)

Stop Suicide, Genève

Description	<p>Le but de ce mouvement de jeunes (association) est de dé tabouiser le du suicide et d'œuvrer pour une prévention efficace du suicide des jeunes.</p> <p>Il a trois axes d'action clairs : travail de base, sensibilisation et actions destinées à promouvoir une prévention efficace du suicide des jeunes. Afin de concrétiser le travail de base, Stop suicide a créé une plate-forme de discussion informelle (site Internet) et organisé actions symboliques (marches silencieuses) en faveur de la prévention du suicide, des interventions dans les écoles, des improvisations théâtrales et autres manifestations artistiques. Stop suicide s'insurge contre les sites Internet qui favorisent le suicide. Les membres de l'association et de la présidence de l'association sont des bénévoles.</p>
Budget	pas d'indication
Internet	www.stopsuicide.ch

Centre d'étude et de prévention du suicide, Genève (CEPS)

Description	<p>Le «Centre d'étude et de prévention du suicide» se veut le premier interlocuteur pour toutes les situations dans lesquelles un risque de suicide est supposé ou confirmé.</p> <p>Activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ligne téléphonique (urgences) : 24 h/24, 7 jours par semaine (022 682 42 42) - conseil : «Unité de crise pour adolescents et jeunes adultes, UCA» de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG) - campagnes de sensibilisation : «Fepalcon 500» : remise d'une boîte de médicaments factice portant le numéro de la ligne téléphonique ainsi que, sur la «notice», des informations sur le suicide et les tentatives de suicide; «No Suicide»: bande dessinée réalisée par 11 professionnels de renom, portant sur les principales causes de suicide des jeunes.
Budget	Soutenu par la fondation «Children Action» par une somme de 500 000 CHF par an
Internet	www.hug-ge.ch/adolescents

Forum de prévention du suicide et de recherche sur le suicide, Zurich (FSSZ)

Description	Le forum de prévention du suicide et de recherche sur le suicide de Zurich (Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich) a été créé en 2001. Il s'agit d'une association interdisciplinaire et régionale : des professionnels de la pratique et de la recherche essayent de trouver des moyens communs pour promouvoir la prévention du suicide et en avoir une approche efficace. Parmi les principales tâches que le FSSZ s'est fixées, on trouve la mise en réseau de la recherche et de la pratique, la prévention du suicide des jeunes, la mise en route de projets de recherche et la sensibilisation de l'opinion publique.
Budget	pas d'indication
Internet	www.fssz.ch (en allemand)

Association CAPS, Onex (Coordination action prévention du suicide)

Description	Les activités de l'association CAPS sont destinées à l'entourage - proche et élargi - des personnes suicidaires, et non aux personnes suicidaires elles-mêmes. Ses objectifs sont : <ul style="list-style-type: none"> - offrir des prestations adaptées aux besoins des membres dans le domaine de la formation continue et complémentaire, du coaching et de l'évaluation - promouvoir la collaboration entre les acteurs locaux via une plate-forme Internet - fournir des informations sur les projets en cours, les publications, les réseaux - former un réseau avec les groupes professionnels actifs dans le domaine de la prévention du suicide dans le but de coordonner la recherche et d'élaborer un programme de formation en suicidologie.
Budget	pas d'indication
Internet	www.coordination-suicide.ch

Parspas, Valais

Description	Depuis 2003, PARSPAS organise mensuellement des groupes de parole structurés pour proches et endeuillés d'un suicide, dispose d'une permanence téléphonique d'écoute 24h/24 et dispense, avec le soutien de professionnels, des cours de formation dans le domaine de la prévention et de l'identification des risques suicidaires.
Budget	pas d'indication
Internet	www.parspas.ch

ASICS/SGKS (Association suisse d'intervention de crise et de prévention du suicide), Lausanne

Description	L'ASICS est un regroupement de professionnels de différentes branches qui organise des formations complémentaires et publie des documents d'information.
Budget	pas d'indication
Internet	pas d'indication

Prévention Suicide Fribourg, Fribourg

Description	La Direction cantonale de la santé publique a, en 1996, chargé un groupe de travail de mener une recherche sur la problématique du suicide dans le canton de Fribourg. Grâce au soutien financier de la Loterie Romande, l'association «Prévention Suicide Fribourg», créée en 2003, a pu réaliser les premières étapes du projet. Le but principal du projet de prévention, qui consiste à améliorer l'aide et le conseil aux intéressés de même que la collaboration entre les professionnels concernés, passe par : <ul style="list-style-type: none"> - la sensibilisation et l'information des groupes professionnels concernés au moyen de journées de formation continue, - l'élaboration et la mise à disposition de lignes directrices.
Budget	pas d'indication
Internet	www.fr-preventionsuicide.ch

Centre psychiatrique de Schaffhouse

Description	Le centre psychiatrique de Schaffhouse dispose d'un concept interdisciplinaire d'évaluation de la suicidalité qui travaille à l'aide de questionnaires détaillés et de directives de traitement et de suivi, et se base sur les 10 ans d'expérience du groupe de travail allemand «Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus» (suicidalité et hôpital psychiatrique). Une importante documentation et des journées de formation continue sont disponibles en interne.
Budget	pas d'indication
Internet	www.breitenau.ch

Annexe 6⁶

Vrai ou faux

⁶ Tiré de Perret-Catipovic, Maja. « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir », Edition Saint-Augustin, 2004, 131 pages

Vrai ou faux

Il y a ceux qui parlent du suicide et ceux qui se suicident.

FAUX. Les études montrent que la plupart des adolescents qui font une tentative de suicide ou se suicident en ont parlé autour d'eux.

Ceux qui veulent vraiment se tuer y arrivent. Les autres font du cinéma.

FAUX. Des jeunes qui voulaient mourir en réchappent, d'autres qui voulaient seulement lancer un appel à leur entourage meurent.

Une tentative de suicide est un message ou un appel.

VRAIS MAIS... Cela ne doit pas nous amener à nier la gravité d'un acte suicidaire.

Le suicide est un libre choix.

FAUX. L'adolescent tente de se tuer parce qu'il ne peut pas faire autrement.

3 à 4% des jeunes de nos pays disent avoir fait ne tentative de suicide au cours de douze derniers mois.

VRAI. C'est ce qu'indiquent régulièrement des enquêtes par sondage.

Il ne faudrait jamais parler de suicide, ça donne des idées.

FAUX. Un total silence sur le sujet laisse penser qu'on n'est pas disposé à l'aborder. Par ailleurs, il est nécessaire d'informer le public sur la réalité du suicide et les moyens de les prévenir.

ET VRAI. Certaines manières d'en parler sont en effet incitatives, surtout si l'on désigne un événement unique, une mauvaise note ou un chagrin d'amour, comme la cause du suicide. Ou si l'on en fait un acte de bravoure, avec, à la clé, une forme de célébrité.

Au Japon, les jeunes se suicident plus qu'ailleurs.

FAUX. Si le suicide semble cruellement mieux admis au Japon que chez nous, puisqu'on en parle plus ouvertement, le taux de suicide des jeunes japonais est inférieur à celui de nos pays.

On se suicide moins dans les pays où le soleil brille généreusement.

FAUX. Le taux de mortalité féminine par suicide est particulièrement élevé à l'île Maurice, pas vraiment défavorisée du point de vue de l'ensoleillement.

Les adolescents qui se suicident sont tous des malades.

VRAI. Au moment du geste suicidaire, la grande majorité des adolescents souffrent d'une dépression clinique.

ET FAUX. Si par « malade » on entend fou, dérangé.

Suicidaire un jour, suicidaire toujours.

FAUX ET U PEU VRAI. Une tentative de suicide est un important facteur de risque pour une récurrence. Cependant, si la crise suicidaire est bien gérée et s'il bénéficie des soutiens nécessaires, un adolescent peut la surmonter et recourir désormais à d'autres moyens pour faire face aux difficultés de l'existence.

Annexe 7⁷

Tableau : Les facteurs de risques et de protection

⁷ de : BILLE Raphaël, « Le suicide, un appel à la vie ! Prévention et intervention », travail de diplôme, Juin 2002. tiré de : WHITE, J. et JODIN, N., « Before the fact Interventions : A manual of best Practices in Youth Suicide Prevention », British Columbia, June 199

	FACTEURS PRÉDISPOSANTS	FACTEURS CONTRIBUANTS	FACTEURS PRÉCIPITANTS	FACTEURS DE PROTECTION
INDIVIDU	<ul style="list-style-type: none"> *Tentatives antérieures *Dépression, problèmes psychiatriques *Deuil prolongé ou non résolu 	<ul style="list-style-type: none"> *Style cognitif rigide *Faible capacité d'adaptation *Abus de substance *Difficultés d'orientation sexuelle *Impulsivité *Hypersensibilité 	<ul style="list-style-type: none"> *Echec personnel *Humiliation *Traumatisme individuel *Crise développementale 	<ul style="list-style-type: none"> *Tempérament facile *Habilité de résolution de problèmes *Autonomie *Expérience dans la maîtrise de soi *Optimisme *Sens de l'humour
FAMILLE	<ul style="list-style-type: none"> *Antécédents suicidaires familiaux *Violence/abus dans la famille *Problèmes psychiatriques dans la famille *Séparation/deuil durant l'enfance 	<ul style="list-style-type: none"> *Abus de substance dans la famille *Instabilité familiale *Conflits familiaux persistants 	<ul style="list-style-type: none"> *Perte d'un membre significatif de la famille *Décès, spécialement par le suicide 	<ul style="list-style-type: none"> *Relation familiale chaleureuse et favorisant l'appartenance *Modèle d'adultes équilibrés *Attentes élevées et réalistes
PAIRS	<ul style="list-style-type: none"> *Isolement social et aliénation 	<ul style="list-style-type: none"> *Attitudes négatives des jeunes face à la recherche d'aide *Modeling de comportements inadaptés des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> *Moqueries, cruauté *Pertes d'amis, de réseau, rejet *Décès, surtout par suicide 	<ul style="list-style-type: none"> *Habilités sociales *Modèles de pairs sains *Acceptation et soutien
ECOLE	<ul style="list-style-type: none"> *Longue histoire d'expériences scolaires négatives *Absences de liens significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> *Coupure durant les étapes de transition à l'école *Hésitation/incertitude dans l'aide du personnel scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> *Echec, expulsion *Crise disciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> *Adultes qui croient en eux *Implication des parents *Encouragement à participer
COMMUNAUTÉ	<ul style="list-style-type: none"> *Acceptation, banalisation du suicide *Marginalisation *Absence d'engagement politique 	<ul style="list-style-type: none"> *Traitement sensationnaliste dans les médias *Accessibilité aux moyens *Hésitation/incertitude des sentinelles à aider *Ressource peu accessible *pauvreté économique 	<ul style="list-style-type: none"> *Décès d'une célébrité surtout par suicide *Conflit avec la loi, incarcération 	<ul style="list-style-type: none"> *Possibilité de participation *Espoir en l'avenir *Solidarité communautaire *Disponibilité des ressources

Annexe 8⁸

Tableau : Signes précurseurs du suicide et/ou de la tentative de suicide

« Incapable de dire clairement sa détresse, la personne suicidaire envoie habituellement des signaux pour alerter son entourage. Ces signes précurseurs sont des appels lancés par la personne en crise, des restes d'espoir, qui, ayant résisté au raz-de-marée de la détresse, montrent encore cruellement son besoin d'aide et d'attention. »

Lewis Luc

⁸ Tiré de LEWIS Luc, « Le suicide. Un saut dans le néant. » Editions Nouvelles, Montréal. 2001.249 pages

<p>Signes psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat dépressif • Incapacité de prendre du plaisir • Sentiment de désespoir • Tristesse intense • Piètre contrôle émotionnel • Faible estime de soi • Difficulté de concentration et de mémoire • Anxiété et angoisse, peur • Agressivité et rage • Phobie temporaire • Humeur instable • Culpabilité 	<p>Signes biologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'appétit ou boulimie • Perte de poids • Perte de tonus musculaire • Insomnie ou hypersomnie • Malaises physiques divers
<p>Messages directs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je veux mourir • Je veux en finir • Je ne tiens plus à vivre • La vie ne me dit rien • Je serais mieux mort • Vivre est une corvée • Je vais me suicider • Je ne m'en sortirai pas • Je ne vous embarrasserai pas plus longtemps • Ça ne vaut plus la peine de vivre • Il n'y a plus rien qui me retient • Pourquoi vivre ? • Je vais me tuer 	<p>Messages indirects</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bientôt je vais avoir la paix • Je pars pour un long voyage • J'ai fait mon testament • Je suis inutile • Je n'ai pas de place dans la société • Que faire pour laisser mon corps à la science • Je le trouve courageux de s'être suicidé • Vous serez mieux sans moi • J'ai tout raté dans la vie • Merci pour ce que tu as fait pour moi
<p style="text-align: center;">Actions et comportements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lecture sur le suicide et la mort • Sérénité soudaine • Faire la paix avec son entourage • Intérêt pour la mort et l'au-delà • Don de chose significative • Intérêt pour un voyage, les armes, les médicaments • Rémission spontanée • Tentative de suicide • Testament • Isolement 	

Annexe 9⁹

Quelques conseils sur les choses à faire ou ne pas faire
avec un/e adolescent/e qui nous inquiète.

⁹ Tiré de Perret-Catipovic, Maja. « Le suicide des jeunes. Comprendre, accompagner, prévenir »,
Edition Saint-Augustin, 2004, 131 pages

« A faire, à éviter

Repérer les signes d'alerte

- Ecouter ce que dit le jeune homme ou la jeune fille. Prendre au sérieux des expressions comme : « Je vais me suicider. », « Je ne tiens plus à vivre. », « Je veux en finir. », « Je ne vous embêterai plus longtemps », « Je vais partir en voyage. »...
- Etre attentif à des indices comme une lettre d'adieu, la distribution d'objets personnels précieux, la rupture des liens avec ses amis, une tendance à l'isolement, un état dépressif, des difficultés de concentration, une brusque chute des résultats scolaires, l'abandon d'activités sans raison apparente, un manque d'estime de soi, un désintérêt pour son hygiène personnelle ou son alimentation, des accidents à répétition...

Réagir

- En parlant avec l'adolescent. Evoquer ses craintes avec lui. Lui demander, bien sûr avec précaution, s'il a déjà pensé au suicide. Puis, dans un deuxième temps, s'il a envisagé la manière de se tuer et, quand c'est le cas, s'il a programmé sa mort. En cas de réponse positive, surtout au deux dernières questions, ne pas le laisser seul. Si nécessaire, s'interposer, lui ôter l'arme qu'il détient, la corde, les clés de voiture, les médicaments, appeler un médecin.
- Chercher de l'aide, de préférence professionnelle.

Et surtout ne pas...

- Banaliser, attendre que ça se passe tout seul.
- Juger l'adolescent, lui faire des reproches, l'humilier.
- Lui donner des conseils comme : « N'y pense plus ! Fais du sport ! Il faut te secouer ! »
- Lui dire : « Aller, ça ira mieux demain ! » Il aura l'impression que vous vous débarrassez de lui et de son problème.

Après une tentative de suicide, il faut...

- Filer immédiatement aux urgences ou chez un médecin, quelle que soit l'apparente gravité de l'état somatique de l'adolescent, pour une prise en charge médicale. Et pour lui signifier que son message a été entendu : « Tu n'as pas besoin de recommencer pour qu'on s'occupe de toi. »
- S'efforcer de résoudre les éventuels problèmes (difficultés matérielles, surcharge d'activités...) auxquels l'adolescent n'a pas pu faire face, sans oublier que ces problèmes ne constituent pas la cause d'une tentative de suicide, mais peuvent contribuer au malaise de l'intéressé.
- Aider l'adolescent à restaurer les liens avec lui-même et avec son entourage. Cela signifie souvent un suivi psychologique.

Et surtout ne pas...

- Banaliser, dire : « Tu vois que tu ne voulais pas vraiment mourir. C'était juste une bêtise, maintenant tu dois oublier, aller de l'avant. » »

Ces petites choses peuvent sembler simple et logique. Mais je trouve important de les dire et de les écrire car dans des instants de panique ou de stress, on ne pense pas forcément à tout ça.

Annexe 10

Lettre pour les directions

Lettres pour les groupes éducatifs

Milena Srbinoski
Rue de Fribourg 22
1800 Vevey
021/921.59.39
077/419.58.41
milenasrbinoski@hotmail.com

Vevey, le 30 janvier 2006

Madame, Monsieur le Directeur

Travail de recherche

Madame, monsieur,

Je suis étudiante à la Haute Ecole Sociale et Santé Valaisanne. Je suis en dernière année de formation à plein temps pour devenir éducatrice spécialisée. Pour ce faire, je suis entrain de réaliser mon mémoire. Il s'intitule :

« Quel accompagnement l'éducateur/trice spécialisé/e met-il en place suite à une tentative de suicide faite par un/e adolescent/e en milieu institutionnel ? »

Pour que mon mémoire soit le plus objectif possible, j'aurais voulu interviewer des éducateurs/trices spécialisés/ées qui aurait vécu l'accompagnement de jeunes ayant fait un tentamen au sein d'une institution.

Je vous demande donc de pouvoir distribué la lettre annexe aux éducateurs/trices spécialisés/ées qui travaillent dans votre institution. Si vous n'êtes pas d'accord de la faire circuler, merci de m'en informer.

En vous remerciant de l'intérêts que vous porterez à mon courrier, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les meilleures.

Milena Srbinoski

Milena Srbinoski
Rue de Fribourg 22
1800 Vevey
021/921.59.39
077/419.58.41
milenasrbinoski@hotmail.com

Vevey, le 30 janvier 2006-02-02

Madame, Monsieur

Travail de recherche de fin d'étude

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante à la Haute Ecole Sociale et Santé Valaisanne. Je suis en dernière année de formation à plein temps pour devenir éducatrice spécialisée. Pour ce faire, je suis entrain de réaliser mon mémoire. Il s'intitule :

« Quel accompagnement l'éducateur/trice spécialisé/e met-il en place suite à une tentative de suicide faite par un adolescent en milieu institutionnel ? »

Je cherche à découvrir s'il existe des protocoles, quels sont les différentes formes de prise en charge, quel est le rôle de l'éducateur/trice, quels aides existe pour le professionnel...

Pour que mon mémoire soit le plus objectif possible, j'aurais voulu interviewer des éducateurs/trices spécialisés/ées qui aurait vécu l'accompagnement de jeunes ayant fait un tentamen au sein d'une institution.

Je me permets donc de vous écrire pour savoir si vous seriez d'accord de me rencontrer pour me faire partager vos expériences.

Si vous êtes d'accord de me rencontrer, merci de me contacter par téléphone ou par mail. Vous trouvez mes numéros et mon mail au haut de la lettre.

En vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à ma lettre et mon mémoire, je vous prie d'agrèer, Madame,Monsieur, mes salutations les meilleurs.

Je me réjouis de vos rencontrer.

Milena Srbinoski

Annexe 11

Grille d'entretien

Grille d'entretien

Contexte

- Petite présentation de la personne
- Petite présentation de l'institution où a eu lieu le tentamen
- Âge et sexe du jeune
- Un tentamen ou plusieurs ?
- Quel statut face au jeune ? (éducateur, référent,...
- Durée du suivi

Suicide, tentamen et récidive

- Que c'est-il passé ? (Quand, comment, où, sous quelle forme...)
- S'il y a eu récidive, combien de fois ? Qu'est ce qu'il y a eu avant ?

Protocole

- Existe-t-il un protocole institutionnel ?
- Que dit-il ?
- Puis-je l'avoir ?
- Pouvez-vous me le décrire ?
- Jusqu'où va-t-il ?
- Incorpore-t-il le bien-être du professionnel ?

Accompagnement

- Qu'avez-vous mis en place ?
- Dans quels buts ?
- Qu'avez-vous privilégié ?
- Quel genre de soutien ? (affectif, psychologique, social) Par quels moyens ?
- Avez-vous fait de la réinsertion sociale ? si, ce n'est pas vous, par qui ? Comment ?

Prévention

- Qu'existe-t-il au sein de l'institution ?
- Comment l'avez-vous utilisé ?
- Que c'est-il passé pour les autres jeunes ?
- Quels explications et soutiens les autres jeunes ont-ils reçu ? Par qui ? Comment ?

Responsabilité

- Quelles responsabilités pour vous, officiellement et officieusement ?
- Existe-t-il des règles institutionnelles ?

Soutien

- Comment l'avez-vous vécu ?
- Avez-vous eu du soutien ? De qui ? Sous quelle forme ? Offert et prévu par l'institution ? Ou de votre propre ressort ?
- Quels en étaient les buts ?
- Quels en ont été les bénéfiques pour vous et pour les jeunes (au niveau du suivi) ?
- Etiez-vous préparé à cela ?
- Aviez-vous eu une formation ?
- Si non, cela aurait été utile ? En formation de base ou continue ?
- Quels ont été les manques ?

Réseau

- Qui avez-vous sollicité (famille, ami,...) ? Dans quels buts ? A quels moment ?
- Avez-vous travaillé avec d'autres partenaires ? Comment ? Pourquoi ?
- Quels étaient votre rôle et celui des autres ?
- Quels bénéfiques ?
- Avez-vous fait intervenir des associations ou autre pour les explications aux autres jeunes ?

Quelques petites questions

- A vos yeux, quelle serait la méthode la plus efficace ?
- Que manquait-il ?
- Qu'est ce qui vous a aidé ? Qu'est ce qui a été efficace à vos yeux ?
- Comment vous sentez vous à l'heure actuelle ?

Annexe 12

Grille d'analyse

	E1	E2	E3	E4	E5	Résumé
Portrait						
Age						
Sexe						
expérience professionnelle						
formation						
HES						
Université						
Pas de formation						
Formation continue						
Statut/fonction						
général						
face au jeune qui a attenté à ces jours						
Lieu/Contexte						
Genre (internat/externat)						
Accueil						
Mixte						
Age des jeunes						
Age et sexe du/ de la jeune qui a attenté ces jours						
* Evaluation du risque						
Physique						
Conscient						
Blessé avec sang						
Vie en danger						
Etat de choc						

Excitation						
Etat fébrile						
Agressivité						
Moyen						
Armes						
Substances						
Réaction						
Avertir la direction						
Bandage de fortune						
Téléphone à l'hôpital						
Tél. aux médecins de gardes ou la centrale des médecins						
L'ES l'emmène aux urgences						
Tél. à la police						
Fouille de chambre						
Confisque les objets à risque						
<i>Procédures</i>						
* Sur la tentative de suicide						
* Autres moyens utilisés						
Pour la fugue						
Rien						
* Dirigent l'action de l'ES						
Dit qui appeler						
* Soulagent L'ES						
L'ES a + de temps pour le jeune						
Du temps pour les autres jeunes						

Perte de temps pour chercher les No						
L'ES est moins stressé						
L'ES est plus à l'aise						
L'ES ne culpabilise pas						
L'ES ne s'est pas senti débordé						
*Changements provoqués						
Matériels						
Dans la tête des ES						
<i>Accompagnement</i>						
* Soutien affectif						
Contact physique bienveillant						
se mettre au même niveau						
partager sur la tentative de suicide						
Empathie						
Intérêt pour la douleur						
Etre près du jeune quant il en a besoin						
Etre attentif à ce que dit ou montre le/la jeune						
* Soutien au quotidien						
L'es observe le jeune dans l'accomplissement de ces tâches au foyer						
L'ES accompagne le jeune dans ces tâches						
L'ES est attentif et observe						
L'ES propose des activités adaptées aux besoins du jeune						

* Soutien normatif						
L'ES pose des exigences de participations à des activités externes et/ou internes						
L'ES assoupli ces exigences sur la participation aux tâches						
L'ES garde les médicaments du jeune						
L'ES garde la clé de la porte de la chambre du jeune						
* Contact avec le réseau						
L'ES délégué						
Passe le relais au moment de la crise ou tentamen						
Reprend le relais à la fin de la crise						
Amis du jeune						
La tentative de suicide est annoncée/expliquée						
Famille élargie						
La tentative de suicide est annoncée/expliquée						
Parents						
La tentative de suicide est annoncée/expliquée						
Participent aux réseaux						
Echangent des informations sur l'état et l'évolution du jeune						
Entretiens plus fréquents ciblés sur les besoins de la jeune et l'aider à recréer des liens						

Psychologue et psychiatre						
La tentative de suicide est annoncée/expliquée						
Participent aux réseaux						
Echangent des informations sur l'état et l'évolution du jeune						
Médecins						
La tentative de suicide est annoncée/expliquée						
Participent aux réseaux						
Echangent des informations sur l'état et l'évolution du jeune						
ES du centre de crise						
La tentative de suicide est annoncée/expliquée						
Participent aux réseaux						
Echangent des informations sur l'état et l'évolution du jeune						
* Réinsertion sociale						
Au foyer						
Annoncer la situation aux autres jeunes						
Laisse la possibilité aux jeunes du foyer de poser les questions qu'ils pourraient avoir sur la tentative de suicide						
Prépare le retour						
A l'école						
Annoncer la situation						
Laisse la possibilité à la direction ou aux enseignants						

de poser les questions qu'ils pourraient avoir sur la tentative de suicide						
Prépare le retour						
Pour l'ES						
* Soutien						
Psychologique						
Interne/externe						
Proposé par le direction						
Equipe						
Colloque						
Cahier de bord						
Supervision						
Proposé par le direction						
Sentiment						
Souffrance						
Culpabilité						
Impuissance						
Peur						
Bien-être						

Annexe 13

Petit lexique sur le suicide et la tentative de suicide

- Suicide :** Vient du latin, *sui* de soi et *caedere*, tuer.
Acte de se donner soi-même la mort.
Action de se détruire ou de se nuire gravement.
Qui comporte des risques mortels ; qui implique le mort de la personne qui y participe.
(Le petit Larousse illustré, 2005, p. 1017)
- Suicider (se) :** Se donner volontairement la mort.
(Le petit Larousse illustré, 2005, p. 1017)
Se tuer, (moins courant) se détruire, se supprimer ; (plus part.) se pendre, se noyer ; (fam.) se faire sauter le caisson, se faire harakiri ; (plus soutenu) se faire justice.
(Larousse, dictionnaire des synonymes, 1977, p.402)
- Suicidé, e :** Qui s'est donné la mort.
(Le petit Larousse illustré, 2005, p. 1017)
- Suicidaire :** Qui tend vers le suicide ; qui semble prédisposé au suicide.
(Le petit Larousse illustré, 2005, p. 1017)
- Suicidant, e :** Se dit d'une personne qui vient de faire une tentative de suicide.
(Le petit Larousse illustré, 2005, p. 1017)
- Tentative :** Action par laquelle on s'efforce d'obtenir un certain résultat.
Faire une tentative, Synonyme : essayer
(Le petit Larousse illustré, 2005, p. 1017)
- Tentative de suicide :** Comportement inhabituel et qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto infligés, ou bien l'ingestion délibérée d'une substance en quantité supérieur à celle prescrite ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire.
(www.ciao.ch. Définition de l'OMS, Organisation mondiale de la santé)
- Tentamen :** Tentative de suicide