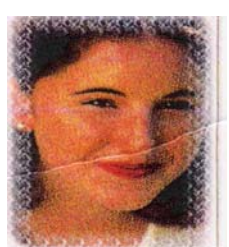
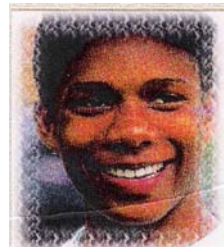


PRÉVENTION DU SUICIDE
CHEZ LES JEUNES :
LA VERBALISATION DU
MAL-ÊTRE POUR LEUR
RENDRE LE SOURIRE.



Promotion 1998/2001
Année 2000 / 2001

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont permis de mener à bien mon travail de recherche, que ce soit par les entretiens qu'ils m'ont accordés, les conférences auxquelles j'ai assistées ou bien les discussions autour du sujet de l'adolescence.

J'accorde une attention plus particulière aux professionnels suivant :

- Les formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de La Rochelle
- Madame RONDEL, Coordinatrice du Programme Régional de Santé
- Madame GUINOT, infirmière scolaire du lycée Fénelon
- Monsieur DELARUE, infirmier scolaire du lycée Vieljeux
- Madame MARFEUIL, infirmière scolaire du lycée Hôtelier
- Madame CHARUN, infirmière scolaire du lycée Rompsay
- Madame BREUIL, infirmière des lycées Dautet et Valin
- Monsieur LOPES, infirmier et toute l'équipe de l'USEJAA
- Les éducateurs de Point-Jeunes
- Madame DUFOUR, psychologue et toute l'équipe de la mission Locale de Mireuil
- Monsieur COSSON, infirmier et toute l'équipe de la post-urgence
- Monsieur VALLOT, assistant social du lycée Vieljeux
- Madame HUET, assistante sociale du lycée Saint-Exupéry
- Monsieur POUIGNIAN, conseiller principal d'éducation du lycée Vieljeux
- Madame DENICOU, conseillère principale d'éducation du lycée Dautet

SOMMAIRE

<u>AVANT-PROPOS</u>	p.1
<u>INTRODUCTION</u>	p.4
<u>I. L'ADOLESCENT</u>	p.5
I.1. DÉFINITION DE L'ADOLESCENCE	p.5
I.2. LA CRISE D'ADOLESCENCE	p.6
I.3. MAL-ÊTRE ET CONDUITES À RISQUE	p.7
I.4. TENTATIVE DE SUICIDE ET SUICIDE	p.10
I.4.1. Définitions	p.10
I.4.2. La tentative de suicide	p.10
I.4.3. Le suicide	p.11
I.5. LA DYNAMIQUE FAMILIALE	p.12
<u>II. SANTÉ PUBLIQUE</u>	p.14
II.1. LE SUICIDE: UNE PRIORITÉ EN POITOU-CHARENTES	p.14
II.1.1. Présentation du Programme Régional de Santé	p.14
II.1.2. Présentation des structures d'accueil et d'écoute	p.15
II.2. LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES	p.16
II.2.1. Objectifs de la Circulaire n° 91-148 du 24 juin 1991	p.16
II.2.2. Missions de l'infirmier scolaire	p.16
II.2.3. Expérience d'un stage en milieu scolaire	p.16
<u>III. LA RELATION D'AIDE</u>	p.18
III.1. DÉFINITION DE LA RELATION D'AIDE	p.18

III.2. LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN SELON CARL ROGERS	p.18
III.3. LE LIEU D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE	p.19
III.3.1. Les points forts	p.19
III.3.2. Proposition du lieu d'accueil et d'écoute	p.20
<u>IV. PROTOCOLE DE RECHERCHE</u>	p.22
IV.1. CHOIX DE L'OUTIL	p.22
IV.2. POPULATION CIBLÉE	p.22
IV.3. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN	p.22
IV.3.1. L'entretien avec l'infirmier scolaire	p.22
IV.3.2. L'entretien avec l'assistante sociale	p.23
IV.3.3. L'entretien avec le conseiller principal d'éducation	p.23
"	
IV.4. RECUEIL DE DONNÉES	p.23
IV.4.1. Rencontre avec les infirmiers scolaires	p.23
IV.4.2. Rencontre avec les assistants sociaux	p.25
IV.4.3. Rencontre avec les conseillers principaux d'éducation	p.26
<u>V. ANALYSE DES RÉSULTATS</u>	p.28
V.1. RETOUR SUR LA PROBLÉMATIQUE	p.28
V.2. RESENTI	p.29
<u>CONCLUSION</u>	p.30
<u>ANNEXES</u>	
▫ ANNEXE I : Poèmes extraits de mes cahiers	
▫ ANNEXE II : Proportion d'adolescents rapportant des conduites suicidaires en France	
▫ ANNEXE III : Les différentes structures d'accueil et d'écoute de La Rochelle	
▫ ANNEXE IV: Les différents rôles de l'infirmier scolaire	
▫ ANNEXE V : Population cible de la relation d'aide	
▫ ANNEXE VI : Entretiens avec les professionnels	
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	

AVANT-PROPOS

Je pense que depuis mon entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai toujours eu l'intention d'aborder la problématique de l'adolescence et son mal-être. Mes premières motivations étaient en lien avec ma propre adolescence.

A présent, j'ai vingt ans. Pour moi, je suis toujours une adolescente, dans le sens où je ne suis pas encore entrée dans la vie active, que je dépends financièrement de mes parents et que je ne vis pas de relation amoureuse sérieuse.

Cependant, je ne me sens pas adolescente comme je l'étais à l'âge de quinze ans. A cette époque, je traversais ma *crise* d'adolescence. Je me cherchais et m'égarais dans les sensations intenses pour réussir à me sentir vivante et parvenir à être moi-même.

Alors que je ne trouvais pas de réelle personne-ressource pour me guider, me conseiller, alors que le climat familial n'était que disputes et cris, je suis allée à la rencontre des sorties entre copains et je me confiais à un cahier. J'essayais de faire la part des choses toute seule.

Pour me permettre de mener à bien mon travail de fin d'études, je me suis replongée dans ces cahiers et, avec le recul, j'ai reconnu dans mes expériences, celles que vivent actuellement mon frère et ses copains.

Je me sentais incomprise par mes parents et de ce fait, j'avais envie de rencontrer quelqu'un qui pourrait m'aider, me comprendre et m'aimer. C'est ce qui est arrivé quand j'avais dix-sept ans. Et je pense que c'était le bon moment, car je commençais à me faire beaucoup de mal.

C'est vers l'âge de treize ans que j'ai commencé à écrire. À quinze ans, juste avant que je ne rentre au lycée, j'ai commencé à fumer des cigarettes. Au début, j'aimais fumer parce que ça me faisait tourner la tête, et puis au lycée, tout le monde fume... Ça fait grand!

Les disputes entre mes parents, celles qui me confrontaient à mon père et le manque affectif, m'ont permis de connaître des soirées avec une bande du lycée, qui jouait dans un groupe de musique. Leurs textes avaient de fortes tendances anarchiques et révoltées. Je me reconnaissais en eux et avais l'impression que je parvenais à faire ressortir toute mon agressivité et mes peurs par la musique. C'est ainsi que j'ai extériorisé certains de mes sentiments de mal-être grâce à des poèmes (1) et des chansons, que je rédigeais sous le contrôle de mes pulsions de mort.

Pendant les soirées, se mêlait alors la découverte des premiers «joints» et des alcoolisations massives. Je me réfugiais dans ce monde où personne ne jugeait personne, chacun faisait ce qu'il voulait et je vivais dans l'illusion d'une réalité sans problème.

1 cf. ANNEXE 1

J'avais envie de vivre intensément chaque moment, un peu comme le héros du film Le cercle des poètes disparus. Je revendiquais ma philosophie hédoniste, à base de Carpe Diem (2): «Je voulais vivre sans me hâter, vivre intensément et sucer toute la moelle secrète de la vie. Je voulais chasser tout ce qui dénaturait la vie, pour ne pas, au soir de la vieillesse, découvrir que je n'avais pas vécu. » (3)

Alors forcément, je me heurtais à l'autorité de mes parents, mais aussi à celle de la société, qui m'empêchaient d'être libre et d'avoir tout tout de suite. Cette insatisfaction et cette frustration ont peu à peu donné naissance à l'envie de me détruire. C'était comme si je n'arrivais pas à trouver une raison de vivre; je me sentais inutile, perdue, désemparée.

Fumer du haschich me permettait de faire évader ma conscience, je me sentais heureuse. Et boire pour être ivre, être ivre pour pouvoir oublier ma condition bâtarde de femme-enfant et fille adulte.

Tout était prétexte à la découverte de la vie, au risque de me brûler les ailes qui m'offraient la liberté.

Et puis il y avait ces moments, où je me retrouvais seule chez moi. Parfois, je pleurais sans raison apparente et l'instabilité de mon humeur décuplait mon sentiment de tristesse. Je me retrouvais seule face à mes déceptions.

« J'ai eu ce que j'appelle une crise de larmes. Je me sens dépassée par tant de choses que j'ai l'impression de ne plus avoir le contrôle de moi-même et de ma vie. Dans ces moments-là, ma raison ne parvient à prendre le dessus sur mes sentiments et j'éclate en sanglot sous la pression d'une peur atroce. » (4)

Je ne voyais pas mon avenir avec des parents qui ne s'entendent plus, un père trop absent pour m'aimer et trop présent pour me rabaisser. Je ne voyais personne qui s'intéresse vraiment à moi. Mes copains étaient aussi égarés que moi. Par trois fois, j'ai décidé de mourir.

En fait, j'avais surtout envie de dormir pour ne plus me réveiller. Ou bien qu'à mon réveil, tous les soucis qui tournaient dans ma tête aient disparu. Les cachets que je prenais étaient juste suffisants pour me faire dormir quelques heures. Jamais ma famille ne s'est aperçue de cet appel à l'aide. Et pourtant, j'aurais voulu en parler avec ma mère, pour qu'elle écoute ma souffrance et qu'elle comprenne mes envies, tout en me conseillant de ne pas brûler les étapes. Mais cela me paraissait insurmontable et j'avais peur de ne pas être prise au sérieux.

Un peu avant que je ne rencontre le garçon avec lequel j'ai réussi à combattre mes angoisses et mes idées noires, j'avais trouvé de nouveaux moyens pour exorciser ma souffrance morale. Quand ça n'allait pas, je me réfugiais dans ma chambre, je mettais de la musique et je buvais de petites bouteilles d'alcool fort, en fumant une cigarette.

2 Horace

3 Citation extraite du film Le cercle des poètes disparus

4 Extrait de mes cahiers

Au début, cela suffisait à me calmer et je finissais par m'endormir dans mes pleurs. Mais au fur et à mesure, les idées suicidaires se faisaient de plus en plus fréquentes dans mon esprit et pourtant, je ne voulais pas vraiment mourir. Juste oublier.

J'ai donc commencé à me taillader les bras. Pas pour me suicider, mais pour me faire souffrir physiquement. Cette douleur physique me permettait d'évacuer la douleur intérieure. Parfois, il m'arrivait d'avoir jusqu'à cinq ou six entailles sur mon bras, que je camouflais par des bracelets et des tee-shirts à manches longues. Ces scarifications me donnaient un sentiment de contrôle sur mon corps et sur ma souffrance, qui m'empêchait de succomber aux envies morbides du suicide.

« Comme j'aimerais voir mon sang bouillonnant se répandre sur ma chevelure, mes larmes coulant sur mon visage et mes yeux qui se ferment à jamais. »(5)

Auparavant, j'avais rencontré une autre personne qui m'a aidée ponctuellement. C'était la conseillère principale d'éducation de mon collège. Alors que je m'adonnais à sécher un cours, elle m'a demandé pourquoi je traînais dans le collège. Elle me proposa de venir en parler dans son bureau. Les nerfs me lâchaient, je me mis à pleurer. Elle me tendit une boîte remplie de caramels mous. Moi-même ramollie, me sentant en confiance avec cette personne qui ne semblait ni me juger ni vouloir me réprimander, je me vis lui faire part de mon mal-être.

Elle appelait le dialogue et les confidences de sa voix douce et compréhensive. Elle me montrait qu'elle avait envie de m'aider. Je ne me rappelle pas exactement ce qu'elle m'a dit, mais plutôt son attitude rassurante. J'étais prise en considération, comme une personne à part entière et pas seulement comme une adolescente. Elle me redonnait confiance en moi, en accordant une importance à ce que les autres ne voyaient pas.

Un peu plus tard, j'ai eu l'occasion de rencontrer une assistante sociale. Cette fois-ci, j'avais besoin, en plus d'être rassurée, d'obtenir des informations quant à un éventuel départ vers l'indépendance. Ce fut à peu près le même schéma de relation.

Et enfin, rencontrer ce garçon, verbaliser mon mal-être, me sentir appréciée et aimée, savoir que j'avais enfin quelqu'un sur qui je pouvais compter, m'a permis de mettre un terme à toutes les déviances que j'accumulais. Je me sentais considérée et vivante. Je sais que c'est grâce à lui et à son attention que j'ai réussi à traverser la fin de ma crise d'adolescence. Il m'a accompagnée tout au long de mes choix et m'a aidée à accepter ma condition humaine, en tant que réalité inconditionnelle de moments de souffrance et de joie.

INTRODUCTION

Pour aider un adolescent en mal de vivre, je pense qu'il est nécessaire avant tout de l'écouter et de le comprendre. Et pour le comprendre, il faut savoir qui il est, ce qu'il ressent, ce qu'il vit et ce dont il a envie.

Au cours de mon stage de Santé Publique en lycée, alors que j'étais en première année en soins infirmiers, j'ai ressenti l'envie d'aider ces jeunes en malaise. En me penchant sur le rapport de stage que j'ai rédigé à cette période, je retrouve tout ce qui m'a motivée pour participer à l'action préventive et relationnelle face à l'adolescent mal dans sa peau.

Il semble que les jeunes ont besoin de rencontrer une personne disponible pour les écouter et les aider dans leur démarche constructive, face à leur mal-être.

Je pense que pour établir une relation d'aide efficace avec l'adolescent en malaise, il est nécessaire d'instaurer un climat de confiance, dans une structure extérieure au milieu scolaire, celui-ci ne pouvant être qu'une aide ponctuelle.

Cette structure permettrait la rencontre de professionnels tels qu'une infirmière, une assistante sociale et un conseiller principal d'éducation, en référence à ma propre expérience. Elle aurait pour but de faciliter la communication interactive entre la triade entourage-adolescent-professionnels, afin de mettre en place un dispositif de prévention primaire des conduites à risque et des tentatives de suicide.

Dans mon travail de recherche, je cerne principalement le lycéen, de quinze à vingt ans, parce qu'il semblerait que cet âge soit le plus enclin au mal-être(6). En effet, c'est l'âge où l'adolescent apprend à s'autonomiser face au travail scolaire qu'on lui demande de fournir, en terme de réflexion et d'analyse. Après le lycée, les études imposent souvent le départ du domicile familial, ce qui soulève une nouvelle problématique, qui n'entre pas dans le cadre de mon sujet.

Je développerais donc la période de l'adolescence, en regard de la Santé Publique, les moyens pour mettre en place une relation d'aide et ma procédure de recherche.

I.1. DÉFINITION DE L'ADOLESCENCE

Pour pouvoir parler d'adolescence, encore faut-il savoir définir cette période de la vie. Des chercheurs ont émis un consensus (7) à partir de critères démographiques, c'est-à-dire que l'adolescence se situerait entre quinze et vingt-quatre ans.

La définition la plus juste à mes yeux est la suivante: il s'agit d'un « phénomène psychique et social, qui s'étale dans notre civilisation occidentale sur une période de neuf à dix ans, parfois davantage. L'adolescence pourrait se définir comme une étape difficile qui conduit tout sujet de la maturation de la puberté à son insertion sociale et professionnelle dans la société. » (8)

En effet, l'adolescence est une partie de la vie nécessaire à la maturation de la personne, tant sur le plan physique que psychique. C'est pourquoi il ne faut en aucun cas confondre adolescence et puberté, qui est un phénomène purement physiologique.

L'adolescence est sous la dépendance de deux mouvements (9):

- Le **deuil de l'enfance**, qui est un mouvement régressif. Il naît de la contrainte à l'émancipation et peut se manifester sous une forme exagérée ou morbide de classiques moments de déprime douloureuse, mais qui ne durent pas. Ce deuil est souvent ressenti à la suite d'une perte quelle qu'elle soit et est à mettre en rapport avec la difficulté d'être confronté à une réalité où les idéaux de l'enfance doivent être abandonnés.
- Le **défi**, qui est un mouvement progressif. Il est caractérisé par le désir d'affirmation de soi et renvoie à un questionnement sans fin pour l'adolescent: «Qui suis-je?». Il recherche son identité propre, son image en tant qu'adulte. L'adolescent prend conscience d'être un individu avec son histoire (un passé dont il hérite et surtout un avenir qui dépend de lui), ce qui met en jeu sa

7 Santé des adolescents et des jeunes fascicule 1 «L'adolescent: modes de vie et besoins de santé» université de Nancy 1 - faculté de médecine année universitaire 1992-1993- école de santé publique-173 p.

8 Encyclopédie de la vie sexuelle de la physiologie à la psychologie 17/18 ans - TORDJMAN (G), VERDOUX (C), COHEN (J), KAHN-NATHAN (J) - éditions hachette 1985 - 185 p.

9 Adolescents à problèmes - DELAROCHE (Patrick) - édition Albin Michel - octobre 2000 - 227 p.

capacité à s'assumer et à faire ses propres choix. Il lui faut alors exister par lui-même et de ce fait s'opposer à ce que ses parents ou la société lui conseillent comme conduite. Pour s'affirmer, l'adolescent a besoin de s'opposer au milieu parental auquel il récuse le droit de choisir à sa place ses amitiés, ses lectures, son habillement.

En règle générale, ces deux mouvements s'équilibrent, car les bénéfices de l'accession à l'âge adulte compensent la perte des avantages de l'enfant. Cependant, l'adolescent peut se sentir écartelé entre l'attrait du monde adulte qu'il veut refaire et où il est nécessaire de se situer, et la nostalgie de l'enfance qu'il abandonne. Cette situation génère alors une angoisse de ne pas trouver sa place et de ce fait, de ne pas croire en la vie, en l'avenir.

I.2. LA CRISE D'ADOLESCENCE

La crise d'adolescence est avant tout induite par les modifications physiologiques du schéma corporel et de la maturation sexuelle. Cette étape appelée puberté est caractérisée par l'apparition des premières règles chez la jeune fille et par les premières émissions spermatiques chez le jeune homme.

Mais la crise d'adolescence d'originalité juvénile est le thème de ma recherche, puisqu'elle est principalement à l'origine des conduites à risque. Elle se situe sur le plan de la personnalité et conditionne la conquête de l'indépendance et de la future maturité.

Dans cette quête, l'adolescent livre deux combats:

- Le combat intérieur où s'affrontent tendances infantiles persistantes et aspirations adultes.
- Le combat extérieur visant à établir de nouvelles relations impersonnelles dans le travail, l'amour et le jeu.

Ces deux combats mettent en jeu des pulsions instinctuelles (le Ça) qui orientent vers la recherche du plaisir en refusant les contraintes de la réalité.

La recherche de l'identité propre de l'adolescent se caractérise par des besoins psychosociaux tel le besoin d'appartenance et d'amour, le besoin d'estime et de réalisation de soi. Ces besoins vont alors conduire à d'innombrables possibilités de découverte.

A notre époque et dans les sociétés occidentales, l'absence de rites d'initiation officiels, créés par les adultes, fait que l'adolescent va les inventer lui-même. Pour exemple, je citerai la disparition notamment du service militaire pour les garçons.

Parallèlement, on observe une prolongation de la scolarité, ce qui retarde l'insertion socioprofessionnelle et de ce fait l'accès à l'indépendance économique et à la maturité affective.

La crise d'adolescence est nécessaire à la construction de la personnalité. Un certain nombre de facteurs est à l'origine de cette crise: la recherche constante de repères, la confrontation aux normes induites par la famille et la société...

Toutes ces données génèrent une angoisse pour l'adolescent ce qui le fragilise dans ses défenses et le rend perméable aux influences extérieures. Or, en opposition aux

parents et par extension, au monde des adultes, il va rechercher le jugement des pairs. Par le biais de toutes les découvertes et par la recherche de plaisir, l'adolescent se retrouve facilement dans le désir des transgressions pour expérimenter une force nouvelle. De ce fait, beaucoup de décisions sont prises par imitation ou par opposition aux autres.

I.3. MAL-ÊTRE ET CONDUITES À RISQUE

Le mal-être (10) est fort fréquent dans la période de l'adolescence. Le jeune a la sensation que la vie n'apporte rien. Il aimerait que tout soit plus simple. C'est dans ces moments-là qu'il est le plus sensible à ce qui l'entoure, aux événements de sa vie.

Le dialogue et la présence de l'entourage sont alors des facteurs de protection des envies suicidaires qui peuvent émerger dans l'esprit de l'adolescent.

Les principales caractéristiques de ce mal-être sont en relation avec le malaise profond par rapport aux changements corporels subis, avec le besoin de connaissance de soi-même, la nécessité de renoncement au monde de l'enfance et l'obligation d'assumer la réalité de sa naissance et de sa mort.

C'est ainsi qu'il jette comme un défi à la figure des parents. Le «je n'ai pas demandé à naître» devient alors le «je peux choisir de mourir» (11). Cette projection reflète aux yeux de l'adolescent la maîtrise retrouvée de son propre destin.

Les principaux signes de mal-être sont les suivants:

- Modification des relations avec l'entourage
- Repli sur soi avec tendance à l'isolement
- Altération de l'humeur (nervosité, irritabilité, susceptibilité...)
- Troubles du comportement (caractère fuyant, absences répétées...)
- Fatigue persistante, troubles du sommeil

Le cumul de ces signes reflète le désespoir de l'adolescent de ne pas trouver sa place, son identité et accentue le risque suicidaire.

Si la plupart des jeunes cherchent refuge dans le monde des pairs ou maintiennent un dialogue avec un proche leur permettant de verbaliser ce mal-être et de «remonter la pente », beaucoup d'autres s'égarer dans bon nombre de conduites à risque.

Celles-ci correspondent à un comportement typique chez l'adolescent traduisant une volonté profonde d'alternance, de renouveau, c'est-à-dire un refus d'enlèvement. Les conduites à risque sont en rapport avec les mouvements de deuil de l'enfance et de défi vis-à-vis de la société et de l'autorité.

10 Le mal-être est un état indéfinissable de celui qui ne se sent pas bien, notamment au niveau psychologique.

11 JEAMMET (Philippe) - Sortie de secours - DESMEUZES (Marie) - Le Ministère de l'Education Nationale - 1994.

La conduite à risque est à différencier de la conduite d'essai, qui est passagère, structurante, dynamique et constructive. Celle-ci est caractéristique de l'adolescent normal sur son chemin de progression vers l'autonomie.

La conduite à risque est destructive, inutile et engendre une mise en danger de l'adolescent. C'est une recherche permanente du dépassement de soi et du risque. L'adolescent veut mettre à l'épreuve ses limites, avec le plaisir de la transgression de l'interdit et le plaisir de la peur. Cette fascination du danger lui permet de mesurer sa capacité à affronter la mort, pour se sentir vivre. Cependant, il s'agit d'un comportement où le jeune n'émet pas un projet suicidaire.

Ces conduites à risque sont aussi appelées conduites ordaliques car elles consistent à s'infliger une épreuve physique mettant en jeu le jugement divin. En effet, si l'adolescent en réchappe, cela signifie qu'il a été choisi, qu'il est innocent aux yeux de Dieu et donc qu'il mérite de vivre (12).

Les conduites à risque peuvent se définir sous bon nombre d'exemples:

- **La vitesse** : Elle comble une pulsion agressive, libère des repères spatio-temporels, tout en permettant à l'adolescent de s'affirmer devant ses pairs en tant que sujet puissant, libre et immortel. Il se fait alors accepter par ses semblables.
- **La fugue** : Elle témoigne le plus souvent d'une inadaptation familiale et comble par ailleurs le besoin d'aventures. Le besoin de rupture est alors assouvi.
- **La délinquance** : C'est la caricature même du défi envers la société dont l'adolescent se sent exclu. Elle procure le plaisir de vivre dans la satisfaction immédiate du geste avec le risque d'être pris par les forces de l'ordre.
- **L'automutilation** : Il s'agit d'une mutilation volontaire de son corps, en rapport avec le besoin de souffrance physique face à l'incapacité de combattre la souffrance morale.
- **Les troubles alimentaires** : Ils sont caractérisés par l'anorexie(13) et la boulimie(14) qui sont des signes du refus de soi-même et du désir de rupture avec son corps.
- **Les pratiques sexuelles non-protégées** : La rencontre d'un partenaire fait partie de la contrainte à l'émancipation. Ce ne doit pourtant être ni un prétexte pour quitter les parents, ni une fuite en avant purement sexuelle. L'époque actuelle génère cependant une peur de s'enfermer dans une relation définitive et le SIDA (15) ne facilite pas l'apprentissage sexuel. Il peut alors émaner de ces deux faits une approche inconstante de partenaires multiples,

12 Une camarade narcissique - CORNUAULT (Denis) - 29 janvier 2001 - Rochefort.

13 L'anorexie est une diminution ou une perte d'appétit aboutissant à un amaigrissement plus ou moins prononcé.

14 La boulimie correspond au besoin pathologique d'absorber de grandes quantités de nourriture.

15 SIDA: Syndrome d'Immuno-Déficiência Acquise. C'est une maladie virale de transmission sexuelle et sanguine atteignant les lymphocytes.

entraînant fatalement un sentiment d'insécurité affective par nécessité de se reconnaître dans le regard des autres. Et face aux risques des maladies sexuellement transmissibles, un phénomène ambigu de non-protection apparaît, en rapport avec le sentiment de toute-puissance et d'immortalité.

- **Les toxicomanies** : L'usage de drogues, légales ou non, permet à l'adolescent de s'affirmer, de choisir lui-même ce qu'il veut faire de son corps et de ses perceptions. En règle générale, c'est une réponse à une situation d'échec quelle qu'elle soit (rupture de dialogue, manque affectif, échec scolaire..), en compensation au mal-être ressenti.

- *L'alcoolisation massive*: L'alcool est avant tout associé aux idées de fêtes, de rencontres, facilitant la communication par phénomène de désinhibition. C'est un mode d'intégration au monde adulte et au monde des pairs. De plus, c'est une drogue facile d'accès et légale.

Cependant, les jeunes utilisent l'alcool à des fins psychotropes: il procure, à dose élevée, un sentiment de vie et d'immortalité. C'est pourquoi il en sera fait une utilisation ponctuelle et massive. Trente pour cent des adolescents ont fait l'expérience d'une ivresse au moins une fois dans leur vie (16). Or, l'abus d'alcool multiplie par huit le risque suicidaire. C'est une solution de facilité pour anesthésier la souffrance et le mal-être.

- *La cigarette*: Il s'agit aussi d'un mode d'intégration dans le domaine du paraître, qui donne plus de contenance à l'adolescent face à ses pairs.

- *Le cannabis*: L'usage de « shit » ou « d'herbe » permet une altération de la perception des choses, avec des effets stimulants ou relaxants. C'est un moyen d'être en cohésion avec le groupe ou la bande puisqu'on se « passe le joint » de main en main, permettant un sentiment d'appartenance. Il permet de rompre avec les soucis de la vie quotidienne et devient bien souvent un moyen pour supporter la réalité.

- *Autres drogues*: L'ecstasy, les amphétamines, les acides, les poppers... sont utilisés dans le but d'atteindre une performance physique. De ce fait, on les associe souvent aux soirées techno. Ils permettent de ressentir le son d'une façon plus osmotique, avec des « montées », c'est-à-dire une immense envie de se dépenser en dansant, sans aucune notion de réalité. Ces drogues combler le besoin de s'évader des soucis de la vie de tous les jours et ouvrent l'exacerbation des sentiments d'amour et de compréhension face aux autres.

L'utilisation de drogues telles que la cocaïne ou l'héroïne peut être alors recherchée parce qu'elles procurent un plaisir extrême, sous forme d'un flash rapide. La réalité a peu à peu moins d'intérêt et la dépendance pousse à l'augmentation de la consommation. La jouissance immédiate, dénuée de conflits est attirante comme la mort.

I.4. TENTATIVE DE SUICIDE ET SUICIDE

I.4.1. Définitions (17)

- La **tentative de suicide** est un «acte volontaire et délibéré à l'issue non-fatale par lequel un individu se cause un préjudice physique ». C'est une conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.
- Le **suicide** est un «acte volontaire et délibéré à l'issue fatale par lequel un individu se donne la mort ».
- Le **suicidé** est une « personne décédée par suicide ».
- Le **suicidant** est une « personne ayant tenté de se suicider ».
- Le **suicidaire** est une « personne ayant fait le projet de se suicider ou de tenter de le faire ».

I.4.2. La tentative de suicide

Tout d'abord, il me semble important de préciser qu'en France chaque année, il y a entre quarante mille et cinquante mille jeunes de moins de vingt-cinq ans qui font une tentative de suicide (18). Ce chiffre considérable suppose la solitude chez les jeunes et l'incompréhension ou la désinformation de la part de la société.

Pour expliquer ce geste, il faut le mettre en relation avec l'intense sentiment de non-existence qui peut être activé par un événement précipitant associé au processus de perte.

En effet, toute perte est un risque potentiel de tentative de suicide (amour, idéaux, estime, sécurité...). L'adolescent ne supporte pas d'être impuissant, de se situer en phase d'échec. C'est une blessure narcissique. L'adolescent fait face aux désillusions de la réalité qui lui semble remplie de contraintes l'obligeant à se délester de son idéal infantile. «L'échec narcissique à l'exercice de la toute-puissance va pousser quelques adolescents à des défis voire à des sacrifices de leur vie. »(19)

La tentative de suicide est alors un moyen de réduction des tensions internes auxquelles l'adolescent est en proie. La mort s'impose comme une nécessité, devant l'impossibilité de contenir une angoisse envahissante et destructurante par les mécanismes de défense habituels. Bien souvent, la tentative de suicide est précédée de ce qu'on appelle la conduite suicidaire qui est un comportement ayant pour but de mettre sa vie en danger avec un but suicidaire (par exemple, le jeu de la roulette russe).

Cependant, ce geste n'a pas la signification de mettre un terme à la vie. C'est un appel au secours, un mode de communication pour montrer son mal-être et son besoin de réassurance qui lui permettra peu à peu d'accepter de ne pas être parfait et tout puissant. Il s'agit de se détruire pour se reconstruire. Mais, «être adulte, c'est accepter d'être modeste face à toutes nos impuissances. » (20)

17 D'après le Programme Régional de Santé Poitou-Charentes

18 Chiffre extrait du Programme Régional de Santé Poitou-Charentes

19 Une camarade narcissique - CORNUAULT (Denis) -lundi 29 janvier 2001 - Rochefort

20 Une camarade narcissique - CORNUAULT (Denis) -lundi 29 janvier 2001 - Rochefort

1.4.3. Le suicide

Le suicide est la deuxième cause (21) de mort chez les jeunes, après les accidents de la voie publique. Il faut tenir compte des moyens utilisés, qui en général sont plus efficaces chez les garçons :

- Intoxication médicamenteuse associée plus ou moins à une ingestion alcoolique.
- Phlébotomie
- Intoxication au gaz
- Précipitation
- Usage d'armes à feu

L'idée de suicide est un domaine normal dans le processus d'adolescence, si on l'explique par la difficulté que le jeune a à vouloir affronter la vie par la mort. Mais la souhaiter et la penser est du domaine de la souffrance à soigner.

C'est ainsi que l'on a pu mettre en évidence six étapes (22) du processus suicidaire:

- Flash: Première apparition de l'idée
- Idéation: La pensée est de plus en plus fréquente. Le suicide est la solution.
- Rumination: Le suicide devient une obsession.
- Plannification: Le jeune élabore un programme (Où? Quand? Comment ?)
- Cristallisation: La décision est prise.
- Passage à l'acte

L'acte suicidaire est à la fois un mouvement de fuite et de rapprochement. On veut éviter le mal psychologique et rechercher la tranquillité: fuir la douleur est le soulagement qui définit la tranquillité. C'est ce que croit et espère la personne suicidaire. Il n'y a plus de problèmes à résoudre, il n'y a même plus la conscience de la possibilité de problèmes.

La crise suicidaire est un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à une impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus envahissantes jusqu'à un éventuel passage à l'acte, qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. Cette crise suicidaire correspond à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement.

21 D'après le Programme Régional de Santé Poitou-Charentes.

22 Les familles face à la tentative de suicide et au suicide des jeunes - Thérèse AGNIER - La Rochelle - 29 mars 2001

Les dix caractéristiques (23) communes au suicide:

- L'**objectif** commun aux suicides est la recherche d'une solution. Il est un moyen d'échapper à un problème qui génère une souffrance intense.
- Le **but** est la cessation d'activité du conscient, de l'expérience consciente d'une insupportable souffrance.
- Le **stimulus** générateur du suicide est la souffrance psychologique.
- Le **stresseur** du suicide est la frustration des besoins psychologiques.
- L'**émotion** est le désespoir désemparé: tout est sans espoir, on ne peut attendre d'aide de personne.
- La **condition cognitive** est l'ambivalence (24) face à la vie et à la mort. Le suicidaire souhaite à la fois mourir et être secouru.
- La **qualité de la perception** est la constriction psychologique (émotionnelle et intellectuelle) plus ou moins passagère, c'est-à-dire un rétrécissement de l'éventail des choix perçus : c'est tout ou rien.
- L'**action** est la fuite ou la désertion ultime.
- Sur le plan **interpersonnel**, le suicidaire communique une intention. Il émet consciemment ou non des signaux de détresse et demande de l'aide.
- Le suicide est un **pattern comportemental** qui découle logiquement du style de vie de celui qui le commet comme stratégie de confrontation. Il faut donc se pencher sur les réactions précédentes face aux situations d'échec.

I.5. LA DYNAMIQUE FAMILIALE

L'adolescent réclame son autonomie et son individualité, mais reste cependant dépendant du cadre familial de son enfance. Or, il est important de préciser que l'anormalité des situations familiales (au sens de la norme sociale) a une incidence sur la conduite de l'adolescent. Par exemple, un divorce, une mésentente parentale, une instabilité des parents...

L'adolescent s'oppose à ses parents, signe de sa réorganisation intra-psychique. Il montre ainsi qu'il n'a plus besoin d'eux. Les parents peuvent alors accompagner l'adolescent à travers sa crise en adaptant leurs exigences et attitudes. Mais le jeune doit aussi maintenir le respect envers eux, signe de son respect des valeurs et de l'autorité. Si ces conditions ne sont pas respectées, il peut en découler une opposition face aux autres adultes et à la société, en terme de conduites à risque.

La crise d'adolescence peut aussi rappeler la propre adolescence des parents et les mettre face à leur bilan de vie, dans le sens où ils sont confrontés à toutes les découvertes de leur enfant. Ils doivent alors vivre avec le deuil de leur propre enfant, enclin à s'autonomiser. On peut donc considérer que la crise d'adolescence se trouve bien souvent en relation avec la crise parentale. Le père et la mère devront renoncer aux projections idéales sur leur enfant et renoncer à la toute-puissance parentale. Ces grandes lignes (travail de deuil, renoncement à la maîtrise, remémoration de leur adolescence) provoquent chez les parents une souffrance psychique évidente.

23 Le tempérament suicidaire – risques, souffrances et thérapies - SCHNEIDMANN (Edwin S.) - traduit de l'anglais par GOTTSCHALK (Michel) - Editions De Boeck et Belin - 1999 - 168 p.

24 L'ambivalence est le caractère de ce qui comporte deux composantes de sens contraire.

L'idéal serait que les parents «lâchent un peu la bride» pour permettre à l'adolescent de se placer plus en adulte. D'un autre côté, il serait nécessaire qu'ils maintiennent les règles qui sécurisent et entourent l'adolescent, tout en mettant à disposition leur présence et leur écoute.

C'est un stade où le dialogue est indispensable, mais il est difficile pour les parents d'instaurer un échange communicatif du fait du comportement opposant de l'adolescent.

Il est important de préciser que la présence de frères et sœurs, en général, aide au passage de l'adolescence, par facilitation des échanges dans l'expression des difficultés.

Face au suicide, je pense que la famille, en manque de repères elle-même et sujette à la culpabilité, doit être informée et sensibilisée. Elle doit être actrice de la prise en charge et a parfois besoin de rencontrer des personnes ressources pour prendre conseil et/ou parler de son sentiment d'impuissance face au comportement de leur enfant.

II.1. LE SUICIDE: UNE PRIORITÉ EN POITOU-CHARENTES

II.1.1. Présentation du Programme Régional de Santé

En France, le suicide est responsable de douze mille décès par an, tout âge confondu, dont environ huit cent jeunes entre quinze et vingt-cinq ans. On estime cent cinquante mille tentatives de suicide en France dont quarante mille concernent les jeunes de quinze à vingt-cinq ans. C'est ainsi que la prévention du suicide, notamment chez les jeunes adultes et adolescents est devenue une des dix priorités de Santé Publique en France. Il a de ce fait été institué une Journée Nationale de Prévention du Suicide depuis mille neuf cent quatre-vingt dix-sept, chaque année, le cinq février.

Dans notre région, le suicide est placé comme la priorité en matière de prévention. En effet, le suicide est responsable de quatre cent vingt décès par an en Poitou-Charentes dont dix pour cent concernent les adolescents. On sait aussi que soixante-dix pour cent des tentatives de suicide surviennent entre quinze et trente-quatre ans. Et il faut savoir que deux mille huit cent jeunes sont hospitalisés chaque année pour tentative de suicide en Poitou-Charentes.

C'est dans ce contexte qu'un Programme Régional de Santé a été lancé par le Préfet de Région en mille neuf cent quatre-vingt seize, avec un plan d'action sur cinq ans. Ce programme doit constituer un instrument d'amélioration de Santé Publique en matière de prévention du suicide.

Sa mission est de mettre en place pour les cinq ans à venir (1998-2002), les actions susceptibles de réduire ou limiter la mortalité (25) et la morbidité (26) relatives aux dépressions et suicides chez les adolescents et les jeunes adultes. Il s'agit de rechercher les causes pour agir efficacement, en tenant compte des différents facteurs de risque de tentatives de suicide. C'est donc en terme de Santé Communautaire (27) que des partenaires (sociaux, associatifs, médicaux et paramédicaux) se rencontrent afin de

25 La morbidité correspond au nombre de malades dans un groupe donné, dans un temps donné.

26 La mortalité correspond au nombre de décès au sein d'une population pendant une période de temps déterminée.

27 La Santé Communautaire intervient quand les membres d'une communauté, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au développement et à l'évaluation des activités répondant à leurs besoins.

mettre en place des actions de prévention et de sensibilisation en rapport avec les quinze points décrits par le Programme Régional de Santé.

Ces différentes actions nécessitent la participation de tous les acteurs qui travaillent auprès des adolescents et jeunes adultes dont l'infirmière scolaire.

Dans le cadre de mon stage auprès de Corine RONDEL, coordinatrice au Programme Régional de Santé, j'ai pu découvrir les différentes actions mises en place ou à venir, ayant pour but de favoriser la prévention du mal-être et du suicide chez les Jeunes.

J'ai pu aussi consulter de nombreux documents et aborder les priorités en matière de Santé Communautaire.

J'ai également pu découvrir les différentes structures d'accueil et d'écoute existant sur La Rochelle.

II.1.2. Présentation des structures d'accueil et d'écoute (28)

- USEJAA: L'Unité de Suivi et d'Ecoute des Jeunes Adultes et Adolescents est une structure dépendant du Centre Hospitalier de La Rochelle, située à l'extérieur de l'Hôpital, recevant les jeunes de douze à dix-huit ans. Ce sont des infirmiers qui effectuent un suivi du jeune par l'intermédiaire d'entretiens, en terme de prévention primaire et secondaire. Ces entretiens permettent la verbalisation du mal-être de l'adolescent et l'accompagnement dans sa recherche de solutions aux problèmes qui le perturbent et pourraient entraîner des conduites à risque voire une tentative de suicide. Cette structure permet également de faire le relais vers d'autres structures spécialisées dans la prise en charge de l'adolescent si cela est jugé nécessaire.
- POINT-JEUNES: Il s'agit d'une structure qui reçoit des jeunes de quatorze à vingt-cinq ans, dans le but de les aider à faire face aux situations, le plus souvent, de ruptures sociales, familiales, scolaires etc... Les éducateurs participent à l'écoute et à l'accompagnement vers les structures adaptées à la demande du jeune, ce qui situe le domaine de la prise en charge à tous les niveaux de prévention.
- POST-URGENCE: C'est un service du Centre Hospitalier qui accueille les personnes suicidaires, notamment des jeunes âgés de plus de seize ans, sous forme d'hospitalisations de soixante douze heures répondant à une procédure d'urgence. Le rôle de l'équipe soignante pluridisciplinaire est de faire diminuer voire disparaître le risque suicidaire imminent et de prendre en charge la personne suicidante. Au terme de cette hospitalisation, le jeune sera soit envoyé à son domicile avec une prise en charge extérieure, soit hospitalisé en service de psychiatrie selon le degré de dangerosité envers lui-même.
- LA MISSION LOCALE: Cette structure reçoit les jeunes de seize à vingt-six ans pour toutes les démarches d'insertion scolaire et professionnelle. Une psychologue est présente pour recevoir les jeunes nécessitant une écoute et

des conseils quant à leurs difficultés psychologiques. Elle procède sous forme d'entretiens d'une heure, sur rendez-vous et touche les trois niveaux de prévention.

II.2. LA PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES ELEVES

II.2.1. Objectifs de la Circulaire n°91-148 du 24 juin 1991

Cette circulaire met en évidence les missions et le fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves. Ce service constitue une interface entre les jeunes, leur famille, les professionnels de la santé et les différents professionnels en lien avec les élèves.

Les principaux objectifs consistent à promouvoir la santé des jeunes scolarisés à tous les niveaux, tout en les sensibilisant sur leur propre santé afin qu'ils en soient responsables et qu'ils s'assurent un bon équilibre. Le milieu scolaire est alors un lieu de communication dans le sens où il informe et met en place des actions en matière de prévention et d'éducation visant à la santé des jeunes en considérant leurs difficultés et leurs besoins. Ces objectifs tiennent compte de toutes les dimensions de la vie du jeune, que ce soit du domaine physique, mental ou social.

II.2.2. Missions de l'infirmier scolaire

Elles sont définies en application du Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.

Il me semble tout d'abord important de préciser que l'infirmière scolaire est tenue au secret professionnel, comme toute autre infirmière. Il lui incombe cependant de communiquer les faits qu'elle juge nécessaires, aux professionnels concernés et ceci dans la limite du secret professionnel, tout en ayant l'accord de l'élève impliqué.

Concernant ses missions, l'infirmière scolaire doit promouvoir la santé auprès des élèves, identifier les besoins de santé des jeunes et élaborer des actions visant à sensibiliser les élèves comme les professionnels de l'établissement.

Pour cela, l'infirmière scolaire joue avant tout un rôle d'accueil, que ce soit auprès des élèves qu'auprès de leur famille. Si je considère le besoin pour un adolescent de faire part de son mal-être, il semblerait que l'infirmière scolaire puisse tenir la première place en tant qu'acteur de dépistage et de relais vers d'autres professionnels.

En outre, elle est autorisée à organiser des «clubs santé », avec la participation des différents acteurs de prévention du mal-être, ceci afin de faire découvrir aux élèves les structures pouvant être une ressource.

Enfin, l'infirmière scolaire entretient une démarche participative de tous les professionnels de l'établissement afin de maintenir un partenariat nécessaire au dépistage du mal-être adolescent.

II.2.3. Expérience d'un stage en milieu scolaire

Lors de mon stage de Santé Publique en lycée, j'ai pu découvrir le rôle qu'y tenait l'infirmière scolaire (29).

Celle-ci a avant tout un rôle de médiateur, qui transforme très souvent l'infirmier en un lieu d'écoute pour les jeunes.

En effet, les plaintes somatiques cachent souvent une véritable interrogation existentielle à laquelle une grande majorité d'adultes ne sait plus vraiment répondre. L'infirmière scolaire est alors considérée comme une personne plus neutre et plus atypique (ni un parent, ni un professeur), ce qui lui donne ce rôle d'une grande disponibilité, d'une attention soutenue. Elle renvoie ce que les adolescents ont besoin de sentir: la considération en tant qu'être humain.

La dimension du soin prend alors l'aspect de prévention, de promotion et d'information. Elle apporte un soutien moral et tente d'orienter les adolescents vers les professionnels adaptés à la situation tels les partenaires des structures citées plus haut.

Les différents lieux utilisés pour ces différentes actions seront tour à tour le bureau de l'infirmière, mais aussi les salles de classe en faisant participer parfois des partenaires de la santé.

Mais l'infirmier reste quasiment le seul endroit au sein de la vie du jeune où il peut s'adresser à quelqu'un qui n'appartient ni au milieu scolaire, ni au milieu familial. Et l'infirmière peut alors assurer le lien entre l'adolescent, la famille, le milieu scolaire.

III.1. DÉFINITION DE LA RELATION D'AIDE

La relation d'aide est un mode d'entretien permettant à l'adolescent de verbaliser son ressenti face aux situations qu'il ne parvient pas à gérer. Il s'agirait du meilleur mode de prévention pour l'aider à la verbalisation des conflits et de sa souffrance. La relation d'aide permet à l'adolescent d'explicitier pourquoi il éprouve une impuissance à comprendre, à faire face, à s'en sortir. Le but principal de la relation d'aide est que le jeune s'exprime et ne passe pas à l'acte.

Dans cette partie de mon travail, je parlerai de l'aidant pour désigner l'interlocuteur de l'adolescent.

Celui-ci doit diriger l'entretien, dont le point de départ est de l'ordre de l'accueil, de l'écoute et de l'observation. Peu à peu, une relation de confiance et de sécurité doit être instaurée afin de favoriser la communication entre l'adolescent et l'aidant. Une relation dialectique va par la suite se mettre en place. C'est-à-dire que le jeune s'exprime, tandis que l'aidant comprend et facilite la compréhension de l'adolescent. Ce système de feedback nécessite donc un effort de formulation et de clarification de la part de l'adolescent et un effort de compréhension de la part de l'aidant. Pour cela, certaines conditions doivent être réunies.

III.2. LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN SELON CARL ROGERS (30)

La relation d'aide nécessite la compréhension du problème de l'adolescent. Pour cela, le type de relation ne doit pas comporter le moindre jugement de la part de l'aidant (il doit donc maintenir un effort continu pour rester objectif) et sous-entend de saisir la signification que la situation problématique a pour l'adolescent.

L'entretien doit être non-directif c'est-à-dire que l'adolescent a l'initiative complète dans la présentation du problème et l'aidant fera preuve de disponibilité et d'encouragement à l'expression spontanée.

Carl ROGERS a mis en évidence des impératifs de la bonne attitude de l'aidant: *L'accueil* est primordial car c'est cette première mise en contact qui va influencer les rapports de confiance et permettre ou non la disposition de l'adolescent à se confier. Il est nécessaire pour l'aidant d'être centré sur ce qui est *vécu* par

30 L'entretien de face à face dans la relation d'aide - MUCCHIELLI (Roger) - Editions ESF - 1989 – 84 p.

l'adolescent et non sur les *faits* qu'il évoque, ceci afin d'en faire ressortir l'individualisation de l'aide. Dans le même registre, l'aidant doit s'intéresser à la *personne* de l'adolescent et non au problème lui-même, dans le but d'obtenir le *point de vue* de celui-ci et non un problème en soi objectif. Il est bien entendu que l'aidant fera preuve de *respect* vis-à-vis de l'adolescent et manifestera une *considération* réelle pour celui-ci afin de l'aider à avoir confiance et afin de faciliter la communication.

- La reformulation comme technique de base :

La reformulation consiste à redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite, ce que l'adolescent vient d'exprimer. Cette technique donne les résultats suivants: il n'y a pas de risques d'induction (c'est-à-dire que la réponse ne sera pas implicitement orientée) ; l'adolescent se sent en bonne voie de se faire comprendre et l'aidant montre ainsi qu'il a compris et qu'il a écouté.

Voici quelques exemples qui illustrent la technique de reformulation :

« Ainsi, selon vous... »

« En d'autres termes. ... »

« Vous voulez dire que... »

III.3. LE LIEU D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE

III.3.1. Les points forts

La qualité d'écoute est soumise aux variables **extérieures** de l'entretien, qui sont:

Le temps: L'entretien serait efficace s'il dure plus d'une heure.

Le lieu: Un local sans bruit parasite, permettant une position d'égal à égal entre l'aidant et l'adolescent.

Le cadre: Une pièce ni vide, ni trop meublée, confortable et d'ambiance chaleureuse.

Des variables **d'appartenance** entrent aussi en jeu tels le statut et le rôle social (je pars de la supposition qu'une infirmière serait moins impressionnante qu'un médecin par exemple), l'âge ou bien le sexe. En effet, certains adolescents seront certainement plus disposés à s'entretenir avec une personne du même sexe ayant un âge similaire à celui des parents. Je pense que cela aiderait l'adolescent à avoir une référence au monde adulte, par l'intermédiaire d'une relation de confiance, basée sur la considération et le respect de chacun.

Des variables d'ordre **historique** sont également à prendre en compte: par exemple, le premier entretien est important parce qu'il prend valeur de modèle pour les suivants et l'idée que l'adolescent s'en fera à l'avance peut être décisif dans sa façon d'aborder la relation. La réaction affective immédiate est un autre facteur de variabilité qui intègre tous les processus d'identification en rapport avec la morphologie de l'aidant, sa présentation physique et son attitude générale.

La réflexion et l'aide à la décision sont les principes qui permettront à l'adolescent de mettre en place des solutions aux situations conflictuelles qu'il vit. Par ce biais, l'aidant est en quelques sortes l'instigateur des différentes orientations proposées à l'adolescent qui lui permettront d'adapter les solutions à ses capacités, ses

besoins, ses désirs et aux situations. L'aidant joue alors le rôle de la «lueur au bout du tunnel» qui guide l'adolescent vers la sortie. Il est cependant important que le jeune reste acteur principal de sa prise en charge.

La confidentialité, en lien avec le secret professionnel est le principe qui permet à l'adolescent d'être accueilli en toute confiance et de n'avoir aucune crainte quant aux propos tenus.

III.3.2. Proposition du lieu d'accueil et d'écoute

Ma motivation à vouloir donner naissance à un lieu d'accueil et d'écoute à l'extérieur du milieu scolaire s'explique par le besoin qu'ont les adolescents en mal-être à rencontrer des personnes compétentes pour entendre leur détresse. Or, je pense que la compétence ne signifie pas pour autant que les seules personnes adaptées soient des professionnels de la Santé, mais surtout des acteurs de proximité auprès des adolescents.

De ce fait, je pense qu'un infirmier, une assistante sociale et un conseiller principal d'éducation seraient des professionnels compétents dans leur domaine, tout en étant formés à la relation d'aide et au travail auprès des adolescents.

En effet, l'infirmier serait indiqué parce qu'il aurait la possibilité d'aiguiller le jeune vers un professionnel spécialisé tel un psychiatre ou un psychologue s'il le juge nécessaire.

L'assistante sociale serait présente pour répondre aux situations de ruptures sociales plus spécifiques, telles les difficultés pour trouver un logement, les recours à la justice pour des différends familiaux tout en permettant à l'adolescent de verbaliser son mal-être face à une problématique qui engendre un stress important.

Le conseiller principal d'éducation, quant à lui, serait le recours nécessaire pour apporter une aide dans les difficultés scolaires, le projet professionnel et dans le domaine du relationnel avec les enseignants.

La population concernée par ce lieu d'accueil et d'écoute serait les jeunes de quinze à vingt ans. Il serait aussi intéressant d'ouvrir ce lieu aux familles (parents, fratrie) afin de les aider dans leur démarche éducative, mais également en terme de conseils voire de suivi qui leur serait certainement bénéfique au niveau de la problématique adolescente.

Les principaux objectifs de ce lieu d'accueil et d'écoute seraient de permettre la verbalisation du mal-être adolescent pour prévenir le passage à l'acte vers les conduites à risque et les tentatives de suicide, tout en apportant des réponses, conseils et informations en lien avec les démarches sociales, familiales et scolaires ainsi que la promotion de la Santé, physique et morale. Tout ceci induirait alors une évaluation et un dépistage au niveau du bien-être et des troubles psychosociologiques et la possibilité de maintenir le jeune dans la dynamique familiale et sociale en favorisant la communication. Les professionnels pourraient aussi prendre en compte les situations d'urgence en apportant une prise en charge immédiate, avec la mise en place d'un relais auprès des structures adéquates s'ils le jugent nécessaire.

En terme d'actions, la prise en charge serait axée sur l'organisation d'entretiens basés sur la relation d'aide afin d'étayer les raisons de la demande, d'en établir une

démarche d'accompagnement par le biais d'un suivi sur le lieu même ou d'en permettre le relais vers le réseau de partenaires adaptés. Ces entretiens seraient planifiés par des rendez-vous réguliers en fonction de la situation et de la demande du jeune ou de la famille. Il serait aussi possible de traiter une situation relevant de l'urgence.

Les garanties proposées par le lieu d'accueil et d'écoute seraient le respect de l'anonymat et la confidentialité des entretiens, la disponibilité des différents professionnels et un accueil chaleureux facilité par la possibilité pour les jeunes de profiter d'une salle de détente pour se rencontrer entre eux s'ils le souhaitent, sous le couvert d'un règlement instaurant des limites.

IV.1. CHOIX DE L'OUTIL

Pour explorer la prévention primaire sur le terrain, j'ai choisi de rencontrer des professionnels par le biais de l'entretien semi-directif. Cette méthode m'a permis de cibler les points importants que je souhaitais aborder, tout en laissant une large liberté de réponse à mon interlocuteur.

Ainsi, il pouvait m'expliquer, le rôle qu'il joue en matière de Santé Publique, tout en me faisant rebondir sur de nouvelles questions qui approfondissaient le sujet. Je prenais donc quelques notes afin de pouvoir revenir dessus, sans interrompre le professionnel.

J'étais aussi munie d'un dictaphone qui m'a permis de faire l'analyse de l'entretien en intégralité, tout en respectant l'anonymat et la confidentialité des propos tenus.

IV.2. POPULATION CIBLÉE

Je me suis entretenue avec quatre infirmiers scolaires, de lycées publiques et privés. J'ai également rencontré deux conseillers principaux d'éducation de lycées publiques et deux assistantes sociales de lycées publiques. Chaque entretien durait entre trente minutes et une heure. Je prenais rendez-vous quelques jours à l'avance et le professionnel me recevait dans son bureau sur le lieu de son travail.

J'ai choisi de connaître par ailleurs l'afflux d'élèves en passage à l'infirmerie pour évaluer le pourcentage approximatif d'adolescents avec lesquels l'infirmier scolaire est susceptible de créer une relation d'aide (31).

IV.3. OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

IV.3.1. L'entretien avec l'infirmier scolaire (32)

D'une part, les entretiens que j'ai eus avec les infirmiers m'ont permis de déterminer les conditions optimales pour amorcer une relation d'aide avec l'adolescent

31 cf. ANNEXE 5

32 cf. ANNEXE 6

en milieu scolaire. Il me semblait qu'il serait difficile de mettre un adolescent en confiance au sein du lycée, alors que d'autres camarades de classe peuvent être présents et rendre de ce fait le méfiant jeune, qui aurait peut-être peur du jugement de ses pairs. C'est ainsi que j'ai souhaité apprendre si l'infirmière se sentait démunie face à la limite de ses compétences et face à un adolescent qui est parfois très demandeur en terme d'attention, de compréhension et de considération.

D'autre part, j'ai abordé la prise en charge de la famille de l'adolescent, puisque celle-ci se retrouve souvent démunie face au mal-être du jeune. Je me demandais si les parents avaient conscience des attentes de leur enfant et s'ils étaient volontaires pour travailler à l'amélioration de la santé de celui-ci en partenariat avec l'infirmier scolaire.

Enfin, j'ai voulu mettre en évidence le besoin de structures extérieures dans lesquelles interviendraient d'autres professionnels ainsi qu'un infirmier, sans pour autant que cela soit connoté en tant que structure spécialisée.

IV.3.2. L'entretien avec l'assistante sociale (33)

En rencontrant l'assistante sociale du milieu scolaire, j'ai souhaité en savoir plus sur son rôle auprès de la population adolescente et si elle parvenait à mettre en place une relation de confiance permettant de prévenir les conduites à risque.

Dans le même temps, il m'a semblé évident de savoir si la famille venait à rencontrer l'assistante sociale et s'il était possible de l'associer à la prise en charge de l'adolescent.

Enfin, j'ai essayé d'approfondir la relation qu'entretient ce professionnel avec l'infirmière scolaire et les autres partenaires extérieurs, tout en voulant découvrir si cela était satisfaisant.

IV.3.3. L'entretien avec le conseiller principal d'éducation (34)

Lorsque j'ai rencontré le conseiller principal d'éducation, j'ai tenté de savoir s'il parvenait à jouer un rôle dans le domaine du dépistage du mal-être de l'adolescent. Je me demandais si son statut ne l'empêchait pas d'entretenir une relation privilégiée avec le jeune, compte-tenu de sa capacité à la répression si l'élève est en tort par rapport au règlement intérieur de l'établissement.

J'ai tenu à connaître aussi son rôle face à la famille du jeune et ce qu'il pouvait effectuer comme travail de sensibilisation concernant l'éducation des enfants.

Enfin, je souhaitais mettre en évidence la nécessité du partenariat au sein de l'établissement entre les différents professionnels, mais aussi avec les structures d'accueil et d'écoute extérieures.

IV.4. RECUEIL DE DONNÉES

IV.4.1. Rencontre avec les infirmiers scolaires

Lorsque j'ai demandé à ces professionnels de la Santé leur conception de leur rôle, ils m'ont surtout répondu en terme de « personne qui dépiste, aide et oriente les jeunes ». Il s'agit d'un « conseiller et d'un éducateur de Santé ». Le principe de base est

33 cf. ANNEXE 6

34 cf. ANNEXE 6

« l'accueil, l'écoute et le soin ». D'ailleurs, l'adolescent sait que cette catégorie de professionnels est «qualifiée pour les aider» et considère cela comme un «plus au sein de l'établissement».

En ce qui concerne le premier entretien entre l'élève et l'infirmier scolaire, c'est bien souvent l'adolescent lui-même qui le sollicite et choisit le moment pour se confier. Il peut alors venir seul ou accompagné d'un camarade, qui sera une aide à la verbalisation du mal-être.

Mais il arrive parfois que l'infirmier s'aperçoive des nombreuses visites que lui rend le jeune pour des problèmes d'ordre somatique. C'est alors qu'il va essayer d'entamer la discussion avec l'adolescent pour savoir s'il y a autre chose qui ne va pas:

«Qu'est-ce qui se passe? Est-ce que je peux t'aider? ». Il semble important de poser directement la question.

D'autres fois, ce seront des enseignants ou bien le conseiller principal d'éducation qui signaleront un élève en difficulté et l'infirmier sera alors plus attentif au passage de celui-ci à l'infirmerie.

Lors des entretiens, l'accueil est primordial. Il s'agit de mettre l'adolescent à l'aise, ne serait-ce que par un simple sourire. L'amener à se confier est le plus difficile, aussi l'infirmier scolaire essaie de lui faire formuler le problème, sans pour autant lui dire ce qu'il en pense afin de préserver une objectivité des propos. Les thèmes abordés pour le mettre à l'aise peuvent être tout d'abord les résultats scolaires, les camarades ou la famille. Il ne faut pas hésiter à se rapprocher physiquement de l'adolescent, à respecter ses silences et à le laisser extérioriser sa souffrance par les larmes, en lui disant que justement cela lui fera du bien et « qu'on ne peut pas toujours être fort ».

Pour lui montrer la disponibilité à recevoir sa souffrance, être présent physiquement n'est pas suffisant. Il faut être attentif et savoir s'isoler avec lui. Bien qu'il le sache la plupart du temps, le secret professionnel est rappelé: «Ce que tu vas me dire là, ça reste entre nous. Je n'en parlerai qu'avec ton accord ». Mais l'adolescent est souvent effrayé par l'adulte, car il a peur que ses problèmes ne soient pas pris au sérieux. C'est pourquoi il va tester l'infirmier. Il veut savoir s'il est capable de recevoir ce qu'il veut lui dire. Aussi, il arrive que plusieurs entretiens soient nécessaires pour mettre le jeune en totale confiance.

Selon la gravité des difficultés et la présence ou non d'autres élèves dans la salle d'attente de l'infirmerie, il se peut que l'entretien soit reporté dans le temps. Mais il n'est pas certain que le jeune soit plus réceptif à la discussion à un autre moment. C'est pourquoi il semble plus bénéfique de travailler en binôme, c'est-à-dire avec deux infirmiers à certaines heures. Cela permettrait de prendre plus le temps avec l'adolescent.

Durant l'entretien, l'infirmier scolaire se renseigne sur l'environnement familial, afin de savoir s'il existe une personne ressource: «Est-ce que tu en as parlé à la maison? ». Mais l'adolescent semble vouloir protéger ses parents de la souffrance qu'il vit et il ne se rend pas toujours compte de qu'ils font pour lui. Ou encore, c'est la famille qui est génératrice des difficultés du jeune. C'est pourquoi il montre d'abord un refus catégorique à l'éventualité que l'infirmier scolaire les contacte. En fait, la plupart des malaises de l'adolescence proviendrait d'un manque de dialogue au sein de la famille. Parce que les deux parents travaillent, parce que l'adolescent vit son indépendance avec les camarades à l'extérieur du domicile familial etc...

Il peut être alors nécessaire de restaurer le lien entre les parents et leur enfant pour diminuer le conflit et éviter certaines situations de rupture. Or, les parents sont les premières personnes à associer à la prise en charge. L'infirmier scolaire travaille donc avec l'accord du jeune et doit l'amener vers une compréhension de sa part : « sans les parents, on n'avance pas ». Il prendra contact avec les parents en sa présence pour lui signifier qu'il ne trahit pas sa confiance. Il s'adresse à eux en terme d'inquiétude pour le jeune et « demande si à la maison, c'est pareil ».

Les parents pensent souvent que c'est un problème banal d'adolescent et que cela passe avec le temps. D'autres se déchargent complètement sur l'infirmier. Certains souhaitent le rencontrer pour en discuter. Bien souvent, c'est la mère de l'adolescent qui se déplace.

Concernant la limite des compétences, l'infirmier estime qu'il « faut savoir se les imposer, se les créer » afin de se préserver, mais aussi de rester dans le thérapeutique. L'orientation se fait alors vers les partenaires de l'établissement comme l'assistant social, le médecin scolaire, le psychologue, mais aussi vers des structures extérieures tels les lieux d'accueil et d'écoute, les psychologues et psychiatres libéraux. Mais ce partenariat n'est pas systématique. De ce fait, il est nécessaire d'expliquer au jeune que la solution n'est pas toujours immédiate et « qu'on va chercher ensemble ». Tout ceci avec son accord bien évidemment. Et il est important de lui signifier « qu'on l'a entendu dans sa souffrance ». Cela permet à l'adolescent de repartir avec « une notion de recul » et de savoir que quelqu'un va l'aider.

Le retour d'information de la part des relais intervenant dans la prise en charge est en général bien effectué. Cependant, il est constaté que les moyens d'accueil et d'écoute extérieurs soient insuffisants, parce que débordés par les demandes d'adolescents en malaise. De plus, il y aurait une difficulté de prise en charge en lien avec les limites d'âges imposées à ces structures.

Heureusement, ces partenaires parviennent à mener des actions de prévention et d'information dans les lycées, ce qui sensibilise beaucoup de jeunes et leur famille.

Au sein de l'établissement, l'infirmier scolaire essaie d'assister aux conseils de classe. Cela permet d'aller au-devant des élèves, mais aussi des enseignants. « On ne dit plus : il y a un infirmier, un conseiller principal d'éducation, un enseignant... On dit : il y a une équipe éducative et on est tous partie prenante ». Il est de la volonté des infirmiers de développer ce partenariat au sein du lycée, afin de permettre à chacun d'être acteur de prévention des déviances et du mal-être de l'adolescence.

IV.4.2. Rencontre avec les assistants sociaux

L'assistant social est souvent amené à rencontrer l'adolescent pour un motif conséquent d'une difficulté sous-jacente. Par exemple, un élève prendra rendez-vous pour quitter le domicile familial et connaître les moyens financiers pour subvenir à ses besoins. « Il ne s'agit pas de répondre simplement à la demande formulée ». L'assistant social cherche alors la raison de la demande pour l'évaluer et agir directement en fonction de la difficulté ressentie. Dans cet exemple, il peut s'agir d'un conflit avec les parents, propre à l'adolescence.

Dès le premier entretien, l'assistant social pose un cadre rassurant en rappelant le secret professionnel auquel il est tenu, afin de mettre l'adolescent en confiance. Pour

définir son rôle et permettre la relation de confiance, l'assistant social se considère comme une «personne qui est à l'écoute, qui offre une neutralité, une absence de jugement, une bienveillance et une impartialité ».

En général, l'adolescent vient de lui-même rencontrer l'assistant social, mais certains professeurs servent également de relais entre le jeune et l'assistant social. La rencontre se fait toujours sous une forme de proposition.

Il aide par la suite le jeune à mettre en mot sa souffrance. «Il est important de verbaliser le mal-être ». Ils réfléchissent ensemble au problème abordé et l'assistant social amène l'élève à trouver lui-même une solution et l'aide à construire son «projet de vie », tout en le rassurant. Il faut prendre le temps de discuter, car chaque personne est unique. Bien souvent, l'adolescent est surpris de constater qu'un adulte puisse s'inquiéter pour lui.

Concernant la relation avec les parents, l'assistant social est au début un «porte-parole» de l'adolescent. Il les rencontre avec l'accord de celui-ci. Il peut ensuite être amené à rencontrer les parents et le jeune, simultanément, afin de les aider dans la recherche de leur place au sein de la famille, en reprenant les éléments significatifs de l'adolescence. Bien souvent, les parents ont du mal à accepter que l'adolescent s'autonomise et ils vivent eux aussi très mal l'adolescence de leur enfant. L'objectif de ces rencontres est de maintenir le lien familial et de préserver la communication. Le fait d'établir ce rendez-vous au sein de l'établissement facilite la neutralité de la rencontre.

Le principe de base dans l'activité de l'assistant social est le « travail en cohérence », c'est-à-dire qu'il est nécessaire de mettre en place un partenariat au sein de l'établissement avec les différents professionnels, mais aussi avec les structures extérieures. D'une manière générale, le relais et l'échange d'informations concernant un jeune en difficulté sont positifs. «Il est important de faire le point avec le médecin scolaire, l'infirmière scolaire, les collègues de secteur... » Avec l'infirmier scolaire, la relation va dans les deux sens, afin de travailler sur les différentes composantes du problème, ce qui permet de «s'intéresser à la personne dans sa globalité».

Cependant, l'assistant social met en évidence quelques lacunes concernant la formation des enseignants, qui ne se considèrent pas toujours comme des acteurs de prévention.

IV.4.3. Rencontre avec les conseillers principaux d'éducation

Le rôle du conseiller principal d'éducation est avant tout un rôle relationnel entre l'élève, sa famille, les professeurs et l'administration. Il s'occupe en outre de l'orientation professionnelle de l'élève et se charge d'inculquer les valeurs de la vie en société telle respect, l'assiduité, la ponctualité et bien d'autres...

Dans la relation avec l'adolescent, le conseiller principal d'éducation n'a pas une implication directe concernant son mal de vivre. En effet, il peut être amené à intervenir auprès des professeurs rencontrant des difficultés avec un adolescent et fera alors le lien avec ce dernier. Il est cependant difficile de mettre l'adolescent en confiance, car celui-ci sait que le conseiller fait de nombreuses démarches auprès des familles et des enseignants. Le jeune peut alors ressentir une certaine peur concernant la confidentialité de ses propos.

Cependant, s'il lui arrive d'être témoin d'une difficulté chez un élève (par exemple, un adolescent qui pleure dans la cour), le conseiller principal d'éducation va spontanément aller à sa rencontre et établir un premier contact avec le jeune, ceci afin de lui montrer qu'il n'est pas seul et qu'il peut se référer à un adulte au sein de l'établissement.

Par ailleurs, le conseiller, même s'il a envie d'aider l'adolescent, a le sentiment parfois de dépasser le champ de ses compétences et va alors privilégier le relais vers l'infirmier scolaire ou/et l'assistante sociale. Par son rôle, il aborde surtout les résultats scolaires et la présence de l'élève aux cours et est susceptible d'apporter un certain nombre d'informations sur ces données, qu'il peut ensuite confronter aux informations de l'infirmier scolaire et de l'assistante sociale. Cela permet alors de faire un travail «en globalité» sur l'adolescent.

Dans la relation avec les parents de l'adolescent, le conseiller remarque qu'ils sont le plus souvent «désorientés », mais «soulagés qu'une personne extérieure au milieu familial voie certaines choses », qu'eux-mêmes ne perçoivent pas toujours. Certains parents semblent se décharger totalement de leur rôle et estiment qu'il est du ressort principal de l'école d'éduquer le jeune. D'autres sont plus sensibilisés face aux difficultés de leur enfant.

Dans un des lycées concernés par ma recherche, il a été mis au point un Forum-Santé pour les élèves de seconde, avec la participation de partenaires extérieurs afin de sensibiliser les jeunes ainsi que leur famille aux divers problèmes de santé, telle la contraception ou les conduites à risque. Cette action est menée grâce aux professionnels de Santé présents au sein de l'établissement et le conseiller se charge de la programmer en fonction des emplois du temps et d'en informer la population ciblée. Malheureusement, il y a encore peu de parents qui souhaitent y assister.

Par la suite, une plaquette informative sur les structures existant sur La Rochelle a été distribuée à ces mêmes élèves pour mettre en évidence les professionnels disponibles et leurs coordonnées. D'autres lycées travaillent à mettre en place ce genre de support.

V.1. RETOUR SUR LA PROBLÉMATIQUE

Grâce aux entretiens que j'ai effectués et grâce aux professionnels de terrain que j'ai rencontrés, j'ai pu mettre en évidence les difficultés de la prise en charge d'un adolescent en mal-être.

Je pense qu'il faut tout d'abord prendre en compte la problématique de l'adolescence, qui pousse souvent le jeune à intérioriser son mal-être et à ne pas toujours savoir que des adultes peuvent lui venir en aide. Il est alors important de faire connaître le réseau de professionnels qui peut accompagner l'adolescent dans sa souffrance et le guider vers des solutions.

Cependant, il semble primordial de reconnaître que chaque professionnel proche des adolescents dans son domaine (enseignants, agents, personnel administratif, personnel de cantine etc...) peut observer le malaise et être choisi par le jeune pour en parler. Leur formation quant au dépistage des signes précurseurs et quant à la manière de les orienter vers des professionnels de Santé compétents pour une prise en charge globale, pourrait faciliter leur acceptation en tant qu'acteur de prévention. C'est d'ailleurs une des actions élaborées dans le Programme Régional de Santé Poitou-Charentes.

Ces différentes actions permettraient un dépistage précoce du mal-être de l'adolescent, ce qui réduirait considérablement le passage à l'acte, que ce soit vers les conduites à risque ou les tentatives de suicide.

Le principal objectif serait de valoriser le dialogue, notamment au sein des familles, car il est évident qu'il existe un manque à ce niveau pour certains jeunes, qui tentent alors de se faire entendre à l'extérieur du domicile familial.

A tous les stades de la prise en charge, il est bénéfique d'associer la famille pour les accompagner dans la compréhension de la dynamique adolescente, mais aussi pour les soulager de tout ce que leur enfant leur renvoie. Il semble nécessaire de restaurer le lien familial, pour éviter les situations de crises trop importantes, les ruptures, qui ne font que déstabiliser encore plus l'adolescent et sa famille.

Par les personnels de Santé présents dans l'établissement scolaire, l'adolescent a les moyens de trouver une première personne référente et compréhensive de son mal-être. Cela signifie qu'il est totalement bénéfique que ceux -ci conservent leur rôle au sein

du lycée et qu'ils sont tout à fait compétents pour mettre l'adolescent en confiance et établir ainsi une relation d'aide adaptée.

Cependant, ces professionnels ne peuvent consacrer tout le temps qu'ils souhaiteraient à l'adolescent. En effet, leur charge de travail concernant les autres élèves, que ce soit d'ordre somatique ou psychologique risquerait d'en pâtir, d'où l'intérêt de savoir faire le relais vers une structure extérieure. Cette structure doit avoir les moyens d'accueillir le jeune, et de faire un autre relais si nécessaire, tout en conservant un échange, afin de rester référent de l'adolescent.

Malheureusement, les structures existant sur La Rochelle semblent connaître une grande demande et les moyens en temps et en personnel n'apparaissent pas toujours suffisants pour établir un suivi régulier et thérapeutique. Il serait par conséquent nécessaire d'apporter des moyens supplémentaires, telle la création peut-être, de nouveaux postes pour améliorer la prise en charge des jeunes en malaise et ce dès le début de leur adolescence, c'est-à-dire douze ans environs.

V.2. RESENTI

Le premier entretien m'a semblé le plus difficile, parce que j'avais quelques difficultés pour exprimer clairement les nouvelles questions qui me venaient à l'esprit. Le trac sans doute !

J'ai été très bien reçue par les professionnels qui semblaient intéressés par mes démarches. Les conditions étaient réunies pour que nous soyons dans un endroit calme et isolé, mais les infirmiers étaient souvent interrompus par des élèves.

Je me suis sentie tout de suite très à l'aise avec les différents intervenants. J'ai toujours réussi à obtenir une certaine compréhension de la part de mon interlocuteur vis-à-vis des demandes que je formulais.

Enregistrer les différents entretiens avec le dictaphone, tout en garantissant l'anonymat a été accepté par chacun des professionnels. Cependant, j'ai préféré certaines fois prendre de simples notes écrites. Bien que l'on m'ait conseillé d'utiliser l'appareil enregistreur, j'ai trouvé plus aisé de prendre en notes les entretiens, sans aucune difficulté pour les mettre à profit dans ma recherche.

J'ai pris conscience que chacun des intervenants rencontrés, en entretiens ou sur mon terrain de stage, a une réelle envie de faire évoluer la prise en charge des adolescents et j'ai beaucoup appris concernant les moyens de mettre en place une relation d'aide.

Mon travail de recherche m'a été très bénéfique par rapport à certains faits que j'avais soupçonnés, et qui m'ont été confirmés tels le manque de dialogue, la difficulté à comprendre la problématique de l'adolescence parfois et la possibilité de se retrouver impuissant face à certaines situations de détresse qui n'ont pas été dépitées à temps.

CONCLUSION

J'ai la conviction que ce travail de fin d'études m'a permis de pouvoir approfondir mon questionnement par rapport à l'adolescence et son mal-être.

D'une part, j'ai ainsi abordé avec du recul, ma propre adolescence et par conséquent, je pense être plus au claire avec mon histoire de vie et les raisons qui m'ont poussée à vivre de cette manière ma crise d'adolescence.

D'autre part, j'ai pris conscience que le mal-être des jeunes est la préoccupation de tous, mais qu'il existe un manque dans les moyens de prendre en charge leur souffrance morale.

Cependant, il est important de préciser que l'adolescence sera toujours un « cap » difficile à passer et obligatoire, ceci dans le but de la construction de chaque personne et de son identité. Il incombe pourtant à la société de faire évoluer les mentalités pour reconnaître à tout un chacun le droit d'être mal dans sa tête et le droit d'en parler afin de trouver des solutions excluant le passage à l'acte vers la destruction de soi.

ANNEXE 1

IVRE

J'ai connu des sensations
Trop belles pour les revivre
Je me fais une raison
J'ai envie de mourir ivre
De joie.

ANNEXE 1

GOUFFRE

Dans les caves profondes
Où les cauchemars abondent
J'entends la vie qui se meurt
J'entends les cris de l'horreur

Ici les âmes s'entassent
De tous ces gens qui, trop las
Ont préféré le suicide
A tout autre génocide

Pourquoi toujours la misère
Vient nous enfoncer sous terre ?
Et pourquoi dès que je souffre
Je me brise dans le gouffre ?

ANNEXE 1

C'EST VRAIMENT N'IMPORTE QUOI

Où va le monde
Dirigé par des incompetents ?
Dans la pénombre
On ne voit que le sang

Mais où est cachée la joie?
On a soif d'insouciance
C'est vraiment n'importe quoi
On sombre dans la démence

Abrutis par la télé
Il n'y a plus de communication
Besoin de fric exagéré
Cette chute me donne des frissons

L'amour devient la haine
On ne croit plus qu'en soi
Nos âmes se démènent
C'est vraiment n'importe quoi

Quand le calme sera revenu
En mémoire, on gardera
La folie du temps déchu
Cette vie de n'importe quoi

ANNEXE 1

BARBITURIQUES

Comme un couteau tranchant dans sa main,
Elle avance seule, l'air serein
Mais a-t-elle vraiment réfléchi?
C'est le dernier souffle dans sa vie

Un monde ennuyeux et détestable
Pour une réponse redoutable
Les barbituriques dans ses veines
Sont les vrais démons qui la déchaînent

ANNEXE 2

PROPORTION D'ADOLESCENTS RAPPORTANT DES CONDUITES SUICIDAIRES EN FRANCE

Age	Garçons				Filles			
	<13 ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et plus	<13 ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et plus
Ont des idées suicidaires	16	17	22	25	16	29	33	36
Ont fait une tentative de suicide	6	5	4	5	4	8	9	12
Rapport idées suicidaires/ tentatives de suicide	2.7	3.4	5.5	5	4	3.6	3.7	3

Sources: Adolescents: enquêtes nationales par M. CHOQUET et S. LEDOUX, 346 pages, Paris : la documentation française, INSERM 1994

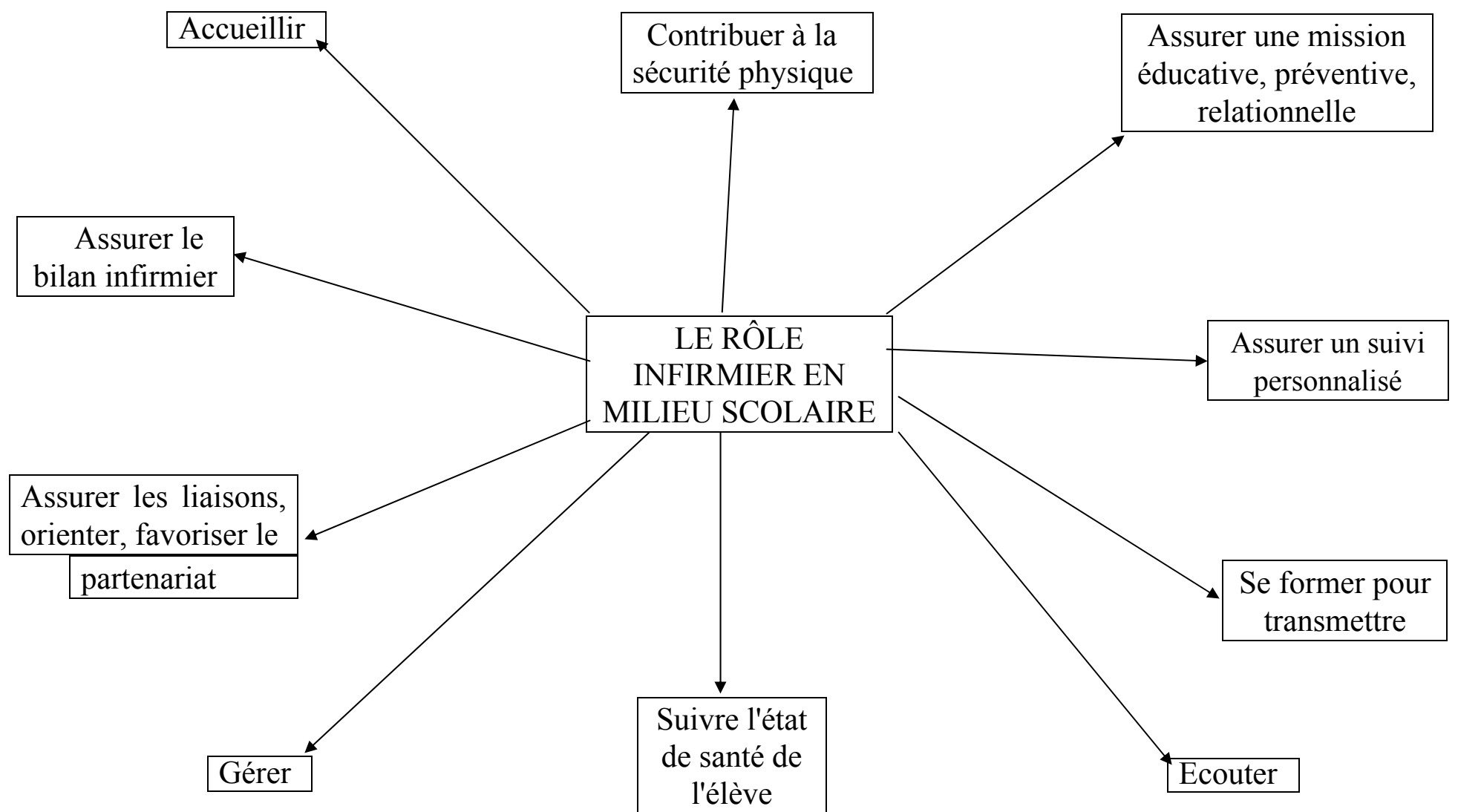
ANNEXE 3

LES DIFFERENTES STRUCTURES D'ACCUEIL ET D'ECOUTE DE LA ROCHELLE

	USEJAA : Unité de suivi et d'écoute des Jeunes Adultes et Adolescents	UNITE D'ECOUTE DE LA MISSION LOCALE	POST-URGENCE	POINT -JEUNES
Année d'ouverture	1996	1997	1996	1990
Statut	Service public, dépendant du Centre Hospitalier Saint-Louis	Association Loi 1901, financée par l'Etat et les collectivités locales	Service du Centre Hospitalier Saint-Louis	Centre d'accueil dépendant de l'APAPAR (Association de Promotion des Actions de Prévention sur l'Agglomération Rochelaise)
Personnels	<ul style="list-style-type: none"> . Quatre infirmiers . Un médecin psychiatre . Une secrétaire . Une assistante sociale et un psychologue prochainement 	<ul style="list-style-type: none"> . Une psychologue 	<ul style="list-style-type: none"> . Un médecin psychiatre . Douze infirmiers . Cinq ASH (en parallèle avec la Post-Cure) 	<ul style="list-style-type: none"> . Six éducateurs . Une secrétaire d'accueil . Un stagiaire en formation
Population ciblée	Jeunes de 12 à 18 ans	Jeunes de 16 à 26 ans	A partir de 16 ans sans limite d'âge	Jeunes de 14 à 25 ans, ainsi que des parents d'adolescents
Mode d'adressement	Infirmière scolaire ou assistante sociale	Les interlocuteurs de la Mission Locale ou les structures	Après évaluation par les urgences, ou bien sur demande	Amis, infirmière scolaire, assistante sociale, conseiller

		extérieures	téléphonique d'un jeune déjà suivi afin d'obtenir un entretien.	principal d'éducation
Méthode de travail	Sous forme d'entretiens d'une durée d'une heure environ. Travail en continu, sur rendez-vous. Possibilité de relais vers le psychiatre ou d'autres partenaires du réseau.	Sous forme d'entretiens d'une heure, après prise de rendez-vous. Travail en continu. Possibilité de relais vers des professionnels extérieurs.	Hospitalisation de 72 heures (11 : observation et recueil de données ; 12 : évaluation et 13 : orientation), avec mise en place d'entretiens et plus ou moins un traitement médical. Approche avec l'entourage et la famille du jeune. Suivi psychologique si nécessaire à la sortie voire hospitalisation en psychiatrie.	Sous forme d'échanges entre jeunes et éducateurs ou bien d'entretiens individuels. Travail en terme de soutien, d'accompagnement et d'écoute, plus ou moins ponctuel avec relais vers d'autres structures si nécessaire.
Niveau de prévention	Primaire et secondaire	Primaire, secondaire et tertiaire	Secondaire et tertiaire	Primaire, secondaire et tertiaire
Objectifs de travail	ion et l'élaboration de solutions du mal-être	Accueillir, écouter et informer	La disparition des idées suicidaires	La réinsertion sociale, familiale, scolaire. . .
Locaux	<ul style="list-style-type: none"> . Une salle de réunion . Trois salles d'entretien (fauteuils et table) . Un bureau pour le psychiatre . Un bureau pour les infirmiers . Un espace d'attente 	Une salle de bureau	<ul style="list-style-type: none"> . Dix chambres individuelles . Une salle de télévision aménagée pour les fumeurs 	<ul style="list-style-type: none"> . Deux salles d'accueil . Deux salles d'entretien . Une cuisine équipée . Un local pour laver le linge

LE RÔLE INFIRMIER EN MILIEU SCOLAIRE



ANNEXE 5

POPULATION CIBLE DE LA RELATION D'AIDE

	Statut de l'établissement	Nombre d'élèves total	Nombre d'internes total	Nombre d'élèves reçus à l'infirmerie par jour	Professionnels présents
Lycée A	Privé	1600	80	80	Une infirmière et un psychologue
Lycée B	Publique	1228	102	70	Deux infirmiers et un assistant social
Lycée C	Publique	1300	180	80	Deux infirmières et une assistante sociale
Lycée D	publique	720	300	60	Deux infirmières et une assistante sociale

- Pour le lycée A : 5 %
- Pour le lycée B : 5,70 %
- Pour le lycée C : 6,15 %
- Pour le lycée D : 8,33 %

ANNEXE 6

ENTRETIEN AVEC L'INFIRMIER SCOLAIRE

Premier objectif: Identifier les conditions optimales pour établir une relation d'aide avec l'adolescent.

- Pouvez-vous expliquer votre stratégie pour mettre l'adolescent en confiance?
- Quelles sont pour vous les conditions optimales pour amorcer une relation d'aide avec l'adolescent?
- Pouvez-vous donner les critères de qualité d'une prise en charge psychologique d'un adolescent?
- Quelles sont pour vous les limites du champ professionnel? Rencontrez-vous des difficultés ?

Deuxième objectif: Mettre en évidence la nécessité d'associer l'entourage dans la prise en charge de l'adolescent.

- Dans quelle mesure l'association de l'entourage dans la prise en charge peut-elle être bénéfique?
- Comment procédez-vous pour sensibiliser l'entourage?

Troisième objectif: Mettre en évidence la nécessité d'établir la relation d'aide à l'extérieur du contexte scolaire, sans connotation spécialisée.

- Pensez-vous que le milieu scolaire puisse exercer une influence sur la relation d'aide?
- Pensez-vous que les moyens mis en œuvre à l'extérieur du milieu scolaire soient suffisants?

ANNEXE 6

ENTRETIEN AVEC L' ASSISTANTE SOCIALE

Premier objectif: Mettre en évidence la nécessité d'associer l'Assistante sociale au dépistage du mal-être des adolescents.

- Comment concevez-vous votre rôle auprès des adolescents ?
- Pensez-vous que l'adolescent face confiance à l'assistante sociale?
- Comment procédez-vous pour établir une relation de confiance avec l'adolescent?

Deuxième objectif: Démontrer l'intérêt de rencontrer la famille de l'adolescent.

- Pensez-vous que l'association de l'entourage dans la prise en charge de l'adolescent soit nécessaire?
- Comment procédez-vous pour sensibiliser la famille au mal-être de l'adolescent?

Troisième objectif: Démontrer la nécessité du travail en partenariat entre les différents professionnels du milieu scolaire.

- Etes-vous souvent amenés à rencontrer l'infirmière scolaire?
- Rencontrez-vous les partenaires sociaux ou médicaux extérieurs à l'établissement?

ANNEXE 6

ENTRETIEN AVEC LE CONSEILLER PRINCIPAL D'EDUCATION

Premier objectif: Mettre en évidence la nécessité d'associer l'Education Nationale au dépistage du mal-être des adolescents.

- Comment concevez-vous votre rôle auprès des adolescents ?
- Pensez-vous que l'adolescent fasse confiance au Conseiller Principal d'Education?
- Comment procédez-vous pour établir une relation de confiance avec l'adolescent?

Deuxième objectif: Démontrer la nécessité du travail en partenariat entre les différents professionnels du milieu scolaire.

- Pensez-vous qu'un Conseiller Principal d'Education aie sa place dans la prise en charge psychologique de l'adolescent?
- Êtes-vous souvent amenés à rencontrer l'infirmière scolaire?

Troisième objectif: Démontrer l'intérêt de rencontrer la famille de l'adolescent.

- Pensez-vous que la famille doit être associée à la prise en charge du mal-être de l'adolescent ?
- Comment procédez-vous pour sensibiliser la famille au mal-être de l'adolescent?

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- ▶ Adolescence et psychopathologie - MARCELLI (D) et BRACONNIER (A) - 1996 - Editions Masson - Collection Abrégés - 559 p.
- ▶ Adolescents à problèmes - Delaroche (Patrick) - édition Albin Michel - octobre 2000 - 227 p.
- ▶ Adolescents enquête nationale- analyse et prospective - CROQUET (M), LEDOUX (S) - édition INSERM - décembre 1998- 346 p.
- ▶ Dépression et... adolescence - Constant (Jacques) - édition Ardix médical - février 1999 - 54 p.
- ▶ Dépression et suicide - POMMEREAU (Xavier), BOUIC (José), COURDURIER (Véronique), CLERMONT (Nadine) - Editions Smith Kline Beecham - 2000 - 64 p.
- ▶ Encyclopédie de la vie sexuelle de la physiologie à la psychologie 17/18 ans TORDJMAN (G), VERDOUX (C), COHEN (J), KAHN-NATHAN (J) - éditions Hachette 1985 - 185 p.
- ▶ La cause des adolescents - Dolto (Françoise) - éditions Robert Laffont - octobre 1988 - 273 p.
- ▶ Le tempérament suicidaire – Risques, souffrances et thérapies - SCHNEIDMAN (Edwin) traduit par Gottschalk (Michel) - édition De Boeck et Belin 1999 - 168 p.

ARTICLES DE PRESSE

- ▶ Enseignement catholique actualités - « Santé : l'école à l'écoute des jeunes» DU CLOSEL (Elisabeth) – n°241 novembre 1999 - pp. 13-25.
- ▶ La santé de l'homme Education pour la santé pour mieux vivre – n°342 juillet-août 1999 - CFES - dossier « quelle prévention du suicide? » pp. 13-44
- ▶ Le Figaro Magazine – n°17350 - samedi 3 juin 2000 - « Les secrets des ados: ce qu'ils cachent à leurs parents» - pp. 64-74.
- ▶ Panorama du médecin - n°3933 - GASQUET (Isabelle) - BRUET-FERREOL (Chantal) -lundi 17 janvier 1994 - p. 81.
- ▶ Revue de l'infirmière – n°16 octobre 1992 - pp. 25-30.
- ▶ Revue du Comité de la Charente d'Education pour la Santé - La santé de l'écolier et de la famille - n0164, « suicidants: que faire pour eux» - adapté d'une étude du Dr Xavier POMMEREAU p. 18.
- ▶ Shopi tout un état d'esprit - rubrique psycho - « Sachez leur dire non » p .11.

DIVERS

- ▶ Circulaire n°91-148 du 24 juin 1991 : missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves
- ▶ Des racines et des ailes - 29 novembre 2000 - 20h50 - France 3 - « Ado, au secours la vie »
- ▶ Des racines et des ailes - 18 avril 2001 - 20h55 - France 3 - «Jeunes et alcool : les liaisons dangereuses»
- ▶ Drogues et adolescents - Palais des Congrès - Rochefort - 5 octobre 1995
- ▶ La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge - ANAES - Conférence de Consensus - La Salpêtrière - Paris - 19 et 20 octobre 2000
- ▶ Le cercle des poètes disparus - Film réalisé par Peter WEIR
- ▶ L'entretien de face à face dans la relation d'aide - MUCCHIELLI (Roger) - Editions ESF - 1989 - 84 p.
- ▶ Les familles face à la tentative de suicide et au suicide des jeunes - AGNIER (Thérèse) - La Rochelle - 29 mars 2001
- ▶ Le suicide des jeunes : de la tentation à la tentative... le problème de tous - samedi 27 novembre 1999 - Palais des Congrès - La Rochelle
- ▶ Programme régional de santé Poitou-Charentes : « suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune, ce qu'il faut retenir» - le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DRASS POITOU-CHARENTES 23 p.
- ▶ Santé des adolescents et des jeunes - fascicule 1 «l'adolescent: modes de vie et besoins de santé» - Université de Nancy 1 - faculté de médecine - école de Santé Publique - année universitaire 1992-1993 - 173 p.
- ▶ Sortie de secours - Prévention du suicide chez les adolescents - DES:MEUZES (Marie) - Le Ministère de l'Education Nationale - 1994
- ▶ Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune - CHAVAGNAT/POUPIN/DADU - Premier colloque du Programme Régional de Santé de la Vienne - 7 février 2000
- ▶ Une camarade narcissique - CORNUAULT (Denis) - Programme Régional de Santé - lundi 29 janvier 2001 - Rochefort