



La prévention du suicide en milieu scolaire est-elle possible ?

Rev Med Suisse 2006 ; 2 : 1518-21

P.-A. Michaud
J. Laget

Pr Pierre-André Michaud
Unité multidisciplinaire de santé
des adolescents
CHUV, 1011 Lausanne
Pierre-Andre.Michaud@chuv.ch

Dr Jacques Laget
Service universitaire de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent
Bugnon 23A, 1005 Lausanne
Jacques.Laget@chuv.ch

Is it possible to run suicide prevention interventions within the school setting ?

Suicide represent the second cause of death in Switzerland and, between 15 and 20 years of age, 8% of girls and 4% of boys have attempted suicide at least once in their life. «Universal» primary prevention in schools is usually run through courses dealing with the issue of suicide and which are systematically provided to all pupils. There is no evidence that they have any positive effect and even they may be in some instances harmful. The training of professionals working in the school setting to better identify and refer adolescents facing risky situation is probably effective. Another promising approach is the one which aims at improving the school climate in increasing social connectedness and the pupils' life skills. Finally, the school which faces a suicide should set up debriefing activities, thus deterring vulnerable pupils to engage in violent acting as a result of a contamination process.

Le suicide constitue en Suisse la deuxième cause de décès chez les adolescents entre 15 et 20 ans. La prévention primaire «universelle» du suicide dans les écoles, sous forme de cours couvrant systématiquement cette thématique n'a pas fait ses preuves et pourrait même s'avérer risquée. La sensibilisation des professionnels travaillant en milieu scolaire à l'identification de situations de crise constitue une forme de prévention efficace. Un type d'intervention prometteuse est celui qui vise un meilleur climat scolaire, à travers une amélioration des relations entre maîtres et élèves et une formation de ces derniers à la résolution de diverses situations difficiles. Enfin, les écoles confrontées à un suicide devraient mettre en place une démarche visant à diminuer le risque d'actes similaires résultant d'une forme de contamination.

INTRODUCTION

Dans la majorité des pays développés, le suicide est une cause importante de décès;¹ en Suisse, il constitue la seconde cause de décès dès l'âge de 15 ans et excède même le nombre d'accidents de la circulation dès l'âge de 20 ans.² A l'évidence, les décès par suicide ne représentent que le sommet d'un iceberg dont la partie immergée est formée de tentatives de suicide.

Dans l'enquête SMASH-02³ réalisée auprès d'un échantillon d'environ 8000 apprentis et lycéens de toute la Suisse, 8,2% des filles et 3,2% des garçons indiquaient avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, et 3,4% des filles et 1,6% des garçons disaient avoir commis une tentative au cours des douze mois précédant l'enquête. Même si, fort heureusement, la majorité des jeunes commettant de tels gestes ne se suicident pas, il reste que toute tentative doit être considérée comme un risque potentiel de nouveau passage à l'acte : c'est dire l'importance de prendre au sérieux de telles situations et la nécessité de développer des stratégies de prévention.⁴ Il faut aussi tenir compte du fait que de telles tentatives permettent de dépister et traiter certains troubles psychiques parfois sévères et qui se manifestent par un comportement suicidaire : dépressions, troubles anxieux, abus de substances. Plus qu'un vrai désir de mort, la tentative de suicide chez un adolescent est une protestation contre la vie, une nécessité pour échapper, fuir ou sortir d'une souffrance ; un ultime moyen pour résoudre des tensions insupportables, une façon de montrer ou dire qu'il va très mal. L'objectif de cet article est de mettre en lumière l'intérêt, mais aussi les limites de la prévention des conduites suicidaires en milieu scolaire.

Comme illustré dans la **figure 1**, le thème de la prévention du suicide en milieu scolaire pose un certain nombre de problèmes qui méritent un bref détour méthodologique.⁵⁻⁸ Tout d'abord, il importe de savoir si l'on souhaite prévenir les décès par suicide, les tentatives de suicide ou si l'on s'attaque plutôt à des situations ou facteurs de risque précédant parfois un tel geste, comme la dépression par exemple. Comme les profils de jeunes susceptibles de se trouver dans ce genre de situation ne sont pas totalement superposables, les stratégies de préventions peuvent, elles aussi, différer. Il est habituel de distinguer trois formes de prévention : la *prévention universelle*, qui vise l'ensemble des individus d'une

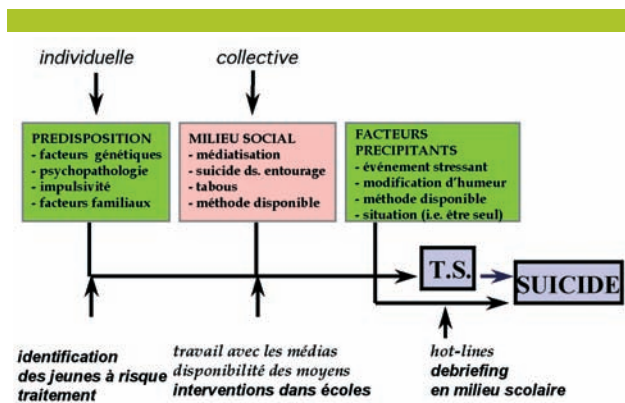


Figure 1. prévention universelle, sélective et sur indication du suicide

communauté donnée (dans le cas précis une école), la *prévention sélective*, qui s'adresse à des personnes ayant un profil à risque (par exemple les élèves à fort taux d'absentéisme ou ayant une dépendance aux drogues). Enfin, la *prévention sur indication*, que l'on peut aussi qualifier de dépistage précoce, qui s'adresse à des jeunes ayant manifesté des idées suicidaires claires mais qui n'ont pas commis de geste suicidaire.⁵ Ces trois types d'approche, valables pour toute forme de prévention, s'appliquent notamment à la prévention du suicide à l'école.

COMMENT ÉVALUER LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DU SUICIDE ?

Il existe une littérature assez abondante sur la thématique de l'évaluation des activités de prévention : on s'intéresse de plus en plus à connaître les effets de diverses interventions ainsi que la manière dont elles ont été menées. Dans le domaine du suicide des jeunes, force est de constater que si nous avons de nombreux exemples d'interventions de diverses natures, les preuves que ces interventions ont un impact manquent encore passablement. L'un des problèmes est qu'il n'existe pas de consensus sur les objectifs à atteindre et comment les mesurer. S'agit-il en effet de diminuer les pensées suicidaires, ou de faciliter l'accès à des structures de soins à des jeunes en danger, ou enfin de faire diminuer le taux de suicide ou de tentatives de suicide ? La prudence commande de rester modeste quant à la mesure des objectifs et la majorité des études disponibles se centrent plutôt sur des résultats intermédiaires, comme la présence d'affects dépressifs, plutôt que sur les chiffres de suicide eux-mêmes. Ces remarques ne devraient pas décourager d'aller de l'avant. Il n'est pas toujours indispensable d'avoir des preuves pour essayer. Mais il faudrait dans la mesure du possible s'abstenir de mettre sur pied des interventions dont on sait qu'elles peuvent être nuisibles.

PRÉVENTION UNIVERSELLE

Dans ce domaine, trois stratégies ont été utilisées.

Des stratégies centrées sur le bien-être et la promotion de la santé, comme le programme *Gatehouse* de Mel-

bourne⁹ visent à promouvoir un climat scolaire positif, à encourager la création de liens significatifs entre maîtres et élèves ou à proposer aux élèves des stratégies concrètes de résolution des problèmes (*lifeskills*) et à créer des lieux dans lesquels ils peuvent s'exprimer et participer activement à la vie de l'école. Même si nous n'avons pas actuellement de preuves de l'impact de telles approches sur les conduites suicidaires elles-mêmes, elles méritent d'être poursuivies car elles ont déjà donné des résultats dans d'autres domaines comme l'usage de drogue et la santé mentale. C'est d'ailleurs la direction prise en Suisse, notamment dans le canton de Vaud, dans la perspective des *healthy schools*, les « Ecoles en santé » selon le concept développé par l'Organisation mondiale de la santé.¹⁰

De façon similaire se sont développés des programmes visant au renforcement des compétences de vie des élèves. Beaucoup de ces programmes ne visent pas explicitement la diminution de problématiques spécifiques mais l'amélioration du bien-être des élèves. Dans certains domaines comme celui de la consommation de drogue, ou des comportements protecteurs en matière de sexualité, on a la preuve qu'ils ont parfois des effets durables, et une étude a démontré une diminution significative des idées suicidaires dans un groupe d'élèves bénéficiant de telles approches par rapport à un groupe contrôle.¹¹

La mise en place systématique dans les écoles de discussions sur le thème du suicide et de risque suicidaire a aussi été tentée et est prônée par certains professionnels nord-américains. En dépit du caractère apparemment gêné de ces tentatives, la majorité des auteurs s'accordent pour dire qu'elles n'ont pas prouvé une efficacité quelconque et qu'elles pourraient même s'avérer pathogènes dans certaines situations en incitant des jeunes fragiles à passer à l'acte.^{12,13}

LA PRÉVENTION SÉLECTIVE ET SUR INDICATION

Une prévention sélective auprès d'élèves considérés comme « à risque » (élèves déprimés, manquant fréquemment l'école, violents) pourrait s'avérer profitable.^{14,15} Ainsi, des collègues américains ont tenté de démontrer l'efficacité du dépistage systématique de jeunes à risque et pensent qu'il est possible d'identifier des jeunes présentant un risque suicidaire et de les référer à un centre compétent.^{11,16} Bien que l'on ait la conviction que cette approche n'est pas iatrogène,¹⁴ force est d'admettre qu'un dépistage systématique parmi les élèves de jeunes considérés comme à risque se heurte à des obstacles éthiques et pratiques dans la mesure où, l'état psychologique des adolescents fluctuant rapidement, il faudrait répéter ces dépistages très fréquemment pour que l'intervention puisse avoir lieu au bon moment. On voit aussi à quel état de saturation les services de santé mentale se trouveraient confrontés si, comme le suggèrent les statistiques SMASH-02 citées plus haut, 5 à 10% de la population des jeunes leur était adressés.

De nombreuses écoles ont mis sur pied des formations à l'intention des maîtres ou des infirmières scolaires : elles visent à augmenter la sensibilité de ces intervenants à des



situations de crise chez leurs élèves et à leur donner des outils pour favoriser leur repérage. Il ne s'agit donc pas dans de telles situations de faire du dépistage systématique, mais de donner au personnel scolaire les moyens d'intervenir en cas de crise, auprès de jeunes qui donnent des messages de détresse et de souffrance manifestes. Un tel programme a été mené dans des centres professionnels du Tessin il y a quelques années.¹⁷ Dans d'autres cantons, les infirmières scolaires ont aussi bénéficié d'une telle sensibilisation. Dans le canton de Vaud, un groupe de réflexion à l'échelon cantonal réfléchit actuellement aux moyens de former progressivement l'ensemble des professionnels de la santé concernés par cette problématique, y compris en dehors des lieux de soins (écoles, foyers et centres pour jeunes). En tout état de cause, les équipes pédagogiques doivent pouvoir repérer les signes scolaires du mal-être des adolescents: fléchissement, désinvestissement, rupture, absentéisme, réorientation brutale qui peuvent témoigner d'un état dépressif et d'une vulnérabilité aux conduites suicidaires. Il y a une corrélation entre conduites suicidaires et échec, rupture ou éviction scolaire: un jeune déscolarisé est cinq fois plus exposé à un risque de suicide.¹⁸

Aux Etats-Unis et en France voisine, certaines écoles mettent à contribution de jeunes élèves eux-mêmes: ceux-ci sont invités à repérer parmi leurs camarades ceux qui exprimeraient une souffrance psychique particulière et à les inciter, les aider à consulter. Ces programmes sont assez lourds à mettre en place et à maintenir. Outre qu'ils n'ont pas apporté de preuves convaincantes de leur efficacité, ils posent, en confiant de telles responsabilités à des mineurs, des questions psychologiques et éthiques importantes qui ne doivent pas être mésestimées.^{4,19}

LA «POSTVENTION»

Divers chercheurs ont montré que lorsqu'un suicide intervient dans une communauté, il existe un risque de contamination, de tels événements pouvant inciter des jeunes fragiles à passer à l'acte. Certaines écoles ont développé des procédures spécifiques de *debriefing* pour faire face à de telles situations, regroupées sous le terme de «postvention» (par opposition à prévention). Plusieurs cantons ont mis sur pied des équipes spécialisées qui peuvent in-

tervenir pour soutenir le corps enseignant dans ces circonstances. L'Office des écoles en santé vaudois a ainsi créé sous le vocable de «GRAFIC» (groupe d'appui et de formation en cas d'incident critique), une cellule de professionnels de la santé qui a sensibilisé durant ces 2-3 dernières années plusieurs dizaines d'enseignants dans divers établissements scolaires, ces derniers pouvant dès lors réagir de façon autonome lorsqu'ils affrontent des événements bouleversants comme un accident majeur, un décès par mort violente ou par suicide.

A l'issue de cette brève revue, force est de constater qu'il reste encore un gros travail à accomplir pour trouver, à l'échelle de nos régions, des stratégies de prévention adaptées, dont on soit sûr qu'elles ne présentent aucun danger et dont on puisse espérer un effet à court ou moyen terme. Une question qui a été très peu abordée dans la littérature est celle du rôle des parents dans tous ces dispositifs, ainsi que du lien de l'institution scolaire avec la communauté environnante. Comme l'ont démontré les mesures prises à large échelle par plusieurs pays,^{16,20} il est important que les mesures préventives ne se limitent pas au milieu scolaire mais s'insèrent dans des stratégies plus larges, mobilisant les professionnels de la santé, la police, le secteur de l'aide sociale et les politiciens. Puisse la Suisse connaître un tel essor à l'avenir!

Implications pratiques

- La prévention primaire du suicide dans les écoles sous forme de cours couvrant systématiquement cette thématique est inutile
- La sensibilisation et la formation des professionnels travaillant en milieu scolaire à l'identification de situations de crise constituent sans doute une forme de prévention utile
- Une amélioration des relations entre maîtres et élèves et une formation de ces derniers à la résolution de diverses situations difficiles peuvent s'avérer prometteuses
- Les écoles confrontées à un suicide devraient mettre en place une démarche visant à diminuer le risque d'autres actes similaires parmi les élèves

Bibliographie

- 1 Shaffer D. The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *J Clin Psychiatry* 1988;49 (Suppl.):36-41.
- 2 Schlueter V, Narring F, Münch U, Michaud PA. Trends in violent deaths among young people 10-24 years old in Switzerland 1969-1997. *Europ J Epidemiol* 2004;19:291-7.
- 3 Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, et al. Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002. Lausanne. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Bern: Institut für Psychologie; Bellinzona: Sezione sanitaria, 2003.
- 4 ** Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
- 5 Bowen P, Choquet M, Ladame F, Kjellberg G, Perret-Catipovic M. Youth suicide prevention programs: Review of literature published in English or French between 1990 and 1999. Geneva and Paris: Etudes et prévention du suicide et INSERM, 2001.
- 6 Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* Spring 2001;31 (Suppl.):6-31.
- 7 Ploeg J, Ciliska D, Dobbins M, Hayward S, Thomas H, Underwood J. A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Can J Public Health* 1996; 87:319-24.
- 8 Shaffer D, Garland A, Gould M, Fisher P, Trautman P. Preventing teenage suicide: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:675-87.
- 9 * Patton GC, Glover S, Bond L, et al. The Gatehouse Project: A systematic approach to mental health promotion in secondary schools. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:586-93.
- 10 World Health Organisation. The European Network of Health Promoting Schools. Copenhagen: World Health Organisation, 1993.
- 11 Thompson EA, Eggert LL, Randell BP, Pike KC. Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health* 2001;91:742-52.
- 12 ** Shaffer D, Garland A, Vieland V, Underwood M, Busner C. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:588-96.
- 13 Vieland V, Whittle B, Garland A, Hicks R, Shaffer D. The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:811-5.
- 14 Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, et al. Eva-



luating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. JAMA 2005;293:1635-43.

15 Eggert LL, Thompson EA, Randell BP, Pike KC. Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide--risk behaviors, depression, and drug involvement. J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2002;15:48-64.

16 McArt EV, Shulman DA, Gajary E. Developing an educational workshop on teen depression and suicide:

A proactive community intervention. Child Welfare 1999;78:793-806.

17 Michaud PA. Prévention du suicide des adolescents dans le canton du Tessin: rapport d'évaluation. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.

18 Michaud PA, Ferron C, Piot-Delbos I, Cordonier D, Narring F, Schalbetter P. La santé des adolescents exclus du système de formation: une étude menée dans deux cantons suisses. Rev Med Suisse Romande 1997;

117:783-91.

19 Lewis M, Lewis A. Peer helping programs: Helper role, supervisor training, and suicidal behavior. J Couns Dev 1996;74:307-13.

20 * Beautrais AL. National strategies for the reduction and prevention of suicide. Crisis 2005;26:1-3.

* **à lire**

** **à lire absolument**