



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Mesures de postvention en milieu scolaire:
une étude qualitative au sein de lycées du département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 21/10/2020 à 19h
au Pôle Formation
par **Cécile BOONE**

JURY

Président:

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs:

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Nicolas GAUD

Co-Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Olivier PRUDHOMME

AVERTISSEMENT

«La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.»

Liste des abréviations utilisées

CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté

CMP : Centre Médico Psychologique

CPE : Conseiller Principal d'Education

CVL : Comité de Vie Lycéenne

CUMP : Cellule d'Urgence Médico Psychologique

DSDEN : Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale

F2RSM Psy : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

GPDS : Groupe de Prévention du Décrochage Scolaire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPPI : Intervention Psychothérapeutique Post Immédiate

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Table des matières

<u>Introduction</u>	p1
<u>I/ Suicide et conséquences du suicide</u>	p1
<u>A/ Définition et données épidémiologiques</u>	p1
<u>B/ Conséquences du suicide en milieu scolaire</u>	p1
1) <i>Conséquences individuelles</i>	p2
a. Réaction de deuil	p2
b. Réaction de stress	p3
c. Réactions de crise	p4
d. « Contagion suicidaire »	p5
2) <i>Conséquences collectives</i>	p6
<u>II/ La postvention :</u>	p7
<u>A/ Définition et objectifs</u>	p7
<u>B/ Déploiement d'action de postvention en milieu institutionnel</u>	p8
<u>III/ Définition de la problématique et de l'objectif de l'étude</u>	p10
<u>Matériel et Méthode</u>	p12
<u>I/ Choix de la méthode de recherche</u>	p12
<u>II/ Elaboration du guide d'entretien</u>	p12
<u>III/ Recrutement des participants</u>	p13
<u>A/ Critères d'inclusion et d'exclusion</u>	p13
<u>B/ Choix de la taille de l'échantillon</u>	p14
<u>C/ Constitution de l'échantillon</u>	p14
<u>D/ Déroulement des entretiens et recueil des données</u>	p16
<u>E/ Analyse des résultats</u>	p17

<u>Résultats</u>	p19
<u>I/Données générales</u>	p19
<u>A/ Personnes rencontrées</u>	p19
<u>B/ Antécédent de décès par suicide d'un élève de l'établissement</u>	p19
<u>C/ Antécédent de décès d'élève par suicide au cours de la carrière de l'interrogé.e</u>	p19
<u>D/ Autres expériences</u>	p20
<u>II/ Fonctionnement institutionnel</u>	p20
<u>A/ Protocolisation d'une conduite à tenir en cas d'occurrence d'un suicide d'élève</u>	p20
1) <i>Globalement une absence de connaissance de protocoles spécifiques</i>	p20
2) <i>Un appui possible sur des protocoles généraux ou de gestion de crise</i>	p21
3) <i>Des interrogations sur la nécessité des protocoles</i>	p21
<u>B/ Ressources internes</u>	p22
1) <i>Infirmière et psychologue scolaires</i>	p22
2) <i>Services académiques</i>	p24
3) <i>Spécificités des établissements privés</i>	p24
<u>C/ Ressources médicales et paramédicales extérieures</u>	p25
1) <i>Dispositifs cités pouvant être interpellés suite au suicide d'un élève</i>	p25
2) <i>Attentes vis-à-vis de ces dispositifs</i>	p26
<u>D/ Dispensation de formations spécifiques</u>	p26
1) <i>Place importante des formations de type gestion de crise</i>	p26
2) <i>Formations sur le deuil, le psychotraumatisme et le suicide</i>	p27
<u>III/ Mise en place de mesures postventives au sein des établissements scolaires</u>	p28
<u>A/ Mesures immédiates (première heure) :</u>	p28
1) <i>Mesures de communication</i>	p28
2) <i>Mesures de gestion</i>	p29
a. <i>Isoler le lieu et protéger le corps des regards</i>	p29
b. <i>Gestion des flux d'élèves</i>	p30

<u>B/ Mesures post-immédiates (premières 48h)</u>	p31
1) <i>Etablissement d'une cellule de crise</i>	p31
2) <i>Fermeture de l'établissement</i>	p32
3) <i>Prise en charge des témoins</i>	p34
<u>C/ Mesures à court terme (première semaine) et moyen terme (premier mois)</u>	p36
1) <i>Communication autour du suicide</i>	p36
a. Lignes de conduite	p36
b. Des annonces différentes selon les interlocuteurs	p38
i. Annonce aux autres élèves	p38
ii. Communication aux familles	p40
iii. Relations avec les médias	p41
iv. Réseaux sociaux	p43
c. Résumé : Mesures de communications autour du suicide	p44
2) <i>Repérages des individus à risque</i>	p44
a. Personnels en charge du repérage	p44
b. Identification des personnes à risque	p45
c. Prise en charge et orientation des personnes repérées	p46
d. Cas particulier du personnel « à risque »	p47
e. Résumé : Mesures rapportées pour le repérage des individus à risque	p48
3) <i>Mesures d'accompagnement psychologique</i>	p48
a. Cellule d'écoute	p48
b. Diffusion de messages de prévention et de sensibilisation	p49
4) <i>Participation de l'établissement aux funérailles</i>	p51
5) <i>Soutien au personnel de l'établissement</i>	p52
a. Personnes et structures mobilisables	p52
b. Mesures générales de soutien pouvant être mises en place	p54
<u>D/ Mesures à plus long terme (après le premier mois)</u>	p56
1) <i>Organisation d'un debriefing technique</i>	p56
2) <i>Actions commémoratives</i>	p58

<u>IV/ Evaluation de la demande</u>	p60
<u>A/ Demande en postvention</u>	p60
1) <i>Mesures postventives pour lesquelles une demande d'étayage est citée</i>	p60
2) <i>Mesures attendues</i>	p61
<u>B/ Demandes générales de collaborations</u>	p62
<u>Discussion</u>	p65
<u>I/ Forces et limites de l'étude</u>	p65
<u>A/ Forces de l'étude</u>	p65
<u>B/ Limites de l'étude</u>	p65
<u>II/ Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature</u>	p67
<u>A/ Concordance des mesures postventives jusqu'à moyen terme avec les recommandations de la littérature</u>	p67
1) <i>Mesures immédiates et post-immédiates</i>	p67
2) <i>Mesures postventives en lien avec la communication</i>	p68
3) <i>Mesures postventives en lien avec le repérage des individus à risque</i>	p69
4) <i>Mesures postventives en lien avec la participation aux funérailles</i>	p70
5) <i>Mise en place d'actions de soutien au personnel</i>	p71
6) <i>Mesures de soins et d'accompagnement psychologique</i>	p71
<u>B/ Des actions sur le long terme plus difficilement envisagées</u>	p72
<u>C/ Un défaut d'anticipation des actions de postvention</u>	p72
<u>D/ Une demande générale d'étayage par les professionnels de santé mentale</u>	p74
<u>III/ Analyse et perspectives</u>	p75
<u>A/ Déploiement d'actions de postvention</u>	p76
<u>B/ Analyse de la demande</u>	p77
<u>C/ Perspectives</u>	p78
<u>Conclusion</u>	p81
<u>Bibliographie</u>	p83
<u>Annexes</u>	p92

Introduction

I] Suicide et conséquences du suicide.

A/ Définition et données épidémiologiques :

Le suicide, du latin « sui » (se, soi-même) et « caedere » (tuer), est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « l'acte de se donner délibérément la mort »¹. L'OMS estime à plus de 800 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, soit l'équivalent de la 15^e principale cause de mortalité¹. La France présente, au sein des pays européens, l'un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique ; et l'on estime qu'en 2014 la part du suicide dans le total des décès en France était de 1,6%³. Le décès par suicide touche en France davantage les hommes (6661 décès en France en 2014) que les femmes (2224 décès en France en 2014)^{2,3}, et constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans dont il représente 16,2% des causes de décès en 2014³.

Chez les adolescents décédés d'un suicide, le sex-ratio est identique à celui des adultes et est de l'ordre de trois garçons pour une fille⁴. Les moyens employés pour le suicide sont, dans 70 à 80% des suicides d'adolescents, des moyens violents⁴. A titre d'exemple, chez les garçons de 14 à 19 ans les principaux modes de suicide sont la pendaison (54 %), l'utilisation d'armes à feu (16 %) et le saut d'un lieu élevé (7 %) ; tandis que chez les filles de 14 à 19 ans on retrouve la pendaison (40 %), le saut d'un lieu élevé (20 %), les intoxications (18 %), et l'utilisation d'armes à feu (9%)⁵.

B/ Conséquences du suicide en milieu scolaire :

Au-delà de la perte d'une vie humaine et des coûts économiques engendrés^{6,7}, les conséquences d'un suicide sur « ceux qui restent » sont, comme nous allons le voir, également considérables.

Nous nous attacherons ici à évoquer les conséquences du suicide en milieu scolaire - dans lequel les jeunes passent en général plus de temps que dans tous les autres milieux extérieurs à la maison - car lorsqu'un jeune d'une école se suicide cet événement va y entraîner des répercussions importantes sur l'ensemble de la communauté scolaire⁸.

1) Conséquences individuelles

En milieu scolaire, les conséquences individuelles d'un suicide vont toucher les membres de la communauté, à différents degrés et niveaux selon les liens entretenus avec le défunt, l'existence de vulnérabilité sous-jacente, ou encore le fait d'avoir été témoin du geste. Les réactions vont être classiquement de trois types : deuil, stress et crise, et peuvent coexister chez un même individu⁸.

a) Réactions de deuil :

Les réactions de deuil vont concerner les personnes proches ou ayant développé un lien d'attachement avec la personne décédée⁸ : amis, camarades de classe, membres d'un club optionnel, etc...

Le deuil dans les suites d'un suicide est un deuil particulier⁹, qui peut se révéler plus difficile à surmonter en particulier chez les jeunes présentant une vulnérabilité préalable¹⁰, et dont l'intensité particulière est largement évoquée dans la littérature.

Les études retrouvent en effet une symptomatologie plus intense chez les endeuillés par suicide au cours des premiers mois de deuil, notamment en ce qui concerne les réactions initiales de choc et de déni⁸, et les manifestations dépressives¹¹. Après les premiers mois, l'intensité du deuil après un suicide redevient similaire à celle d'un deuil après une autre cause de décès¹².

Au-delà de cette intensité particulière des symptômes du deuil, les endeuillés par suicide peuvent faire face à des questionnements douloureux, tels que la question du sens et/ou de la

raison du passage à l'acte^{8,13}, mais également de la responsabilité et de l'implication personnelle dans celui-ci¹³, pouvant faire naître des sentiments de culpabilité ou d'autoaccusation surtout si le suicide a eu lieu à la suite d'un conflit avec la personne décédée⁸.

Ce type de deuil impacte également les systèmes familiaux, en perturbant les relations et la communication¹³; ainsi que le fonctionnement social au travers du risque de stigmatisation¹³, de rejet ou encore de manque de soutien social^{13, 14, 15}.

Enfin, un des risques particuliers dans le deuil après suicide est de développer des complications du deuil¹⁶, en particulier un deuil complexe persistant⁷¹ (Annexe 4) dont la prévalence est plus importante chez les personnes endeuillées par une perte violente telle un suicide que chez les personnes endeuillées par une perte non violente⁷².

b) Réactions de stress :

Plusieurs types de réactions liées au stress peuvent survenir en milieu scolaire après le suicide d'un élève de l'établissement.

Tout d'abord, il peut exister des réactions physiologiques et adaptées au stress (état de stress temporaire), lorsque la nouvelle du suicide d'un pair est apprise : on peut alors constater des réactions de choc, de stupeur, une difficulté pour les élèves et/ou les professeurs de mener à bien leurs tâches habituelles, une atmosphère de fébrilité gagnant l'école voire un début de désorganisation⁸.

Cependant, si certains ont été confrontés au geste ou à la vision du corps du défunt, peuvent apparaître des réactions psychotraumatiques, dont la caractérisation dépendra de la temporalité par rapport à l'évènement. Il peut donc s'agir d'un état de stress dépassé dans les 48 premières heures, trouble de stress aigu entre le deuxième jour et un mois, puis trouble de stress post-traumatique^{8, 16}. Les critères diagnostiques selon le DSM-5⁷¹ pour ces deux derniers troubles

sont rappelés en Annexe 5. L'état de stress dépassé est quant à lui caractérisé par différents types de réactions⁷³ : sidération, agitation stérile, fuite panique, actions automatiques.

c) Réactions de crise :

Le troisième type de réaction possible est la réaction de crise. Caplan en 1961¹⁷ définissait la crise ainsi : « *Un état de crise se produit quand une personne fait face à un obstacle, à un des buts importants de sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit, qui peut ou ne peut pas être dans le meilleur intérêt de la personne et de ses proches.* ».

La *Figure 1* ci-dessous est tirée de la publication de Seguin *et al.*⁸ et schématise le continuum d'un individu de son état d'équilibre vers un état de crise.

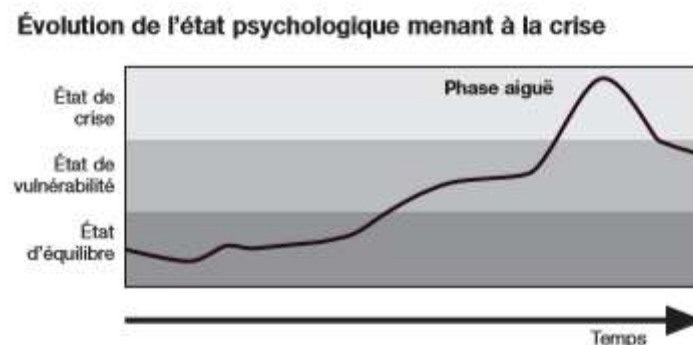


Figure 1. Continuum de l'évolution de l'état d'équilibre à l'état de crise.⁸

Chaque individu fait face de manière habituelle à des événements stressants. Face à ceux-ci, il va déployer un ensemble de stratégies d'adaptation, permettant de maintenir son état d'équilibre psychologique. Lorsque, face à un événement rompant cet état d'équilibre, les stratégies d'adaptation ne sont pas efficaces, il atteint alors un état de vulnérabilité avec, s'il ne parvient pas à revenir à l'état d'équilibre, le risque d'une évolution vers un état de crise. Ce dernier est

caractérisé par trois étapes : la phase de désorganisation, la phase aiguë -qui constitue le moment où le risque de passage à l'acte est le plus important- et la phase de récupération⁸.

Certains symptômes chez les adolescents sont évocateurs de l'existence d'un état de crise : l'absentéisme ou le décrochage scolaire, la baisse des résultats scolaires, de l'irritabilité ou des comportements agressifs¹⁸, et doivent être des signes appelant à la vigilance et à la recherche d'éventuelles idéations suicidaires, d'autant plus s'ils apparaissent à la suite du suicide d'un pair. Le risque dans les réactions de crise est la survenue d'un passage à l'acte au moment de la phase aiguë de l'état de crise.

d) « Contagion suicidaire »

En parallèle des réactions de deuil, de stress et de crise que nous venons de détailler, une des craintes principales est que d'autres personnes en viennent à se donner la mort. Bien que le phénomène de « contagion suicidaire » soit décrit depuis longtemps¹⁹, la littérature s'est diversifiée à ce sujet au XXe siècle, et le concept de « grappes de suicides » (traduction de « suicide clusters ») n'apparaît que dans les années 1970²⁰. Une grappe de suicide peut être définie par « un groupe de suicides et / ou de tentatives de suicide se produisant de manière proximale dans le temps et l'espace, et dont l'occurrence dans une communauté excède les probabilités. »²¹. En fonction des études, la proportion de suicides appartenant à des grappes varierait entre 1% et 23%^{22,23,24}.

Deux types de grappes de suicides sont distinguées :

- les grappes de masse, qui correspondent à une augmentation des taux de suicides non circonscrite dans l'espace, en lien avec la diffusion trop peu précautionneuse d'un fait suicidaire par les médias (effet Werther) ou sur les réseaux sociaux¹⁶. Les suicides sont rapprochés dans le temps (généralement une grappe se manifeste dans les sept jours suivant la présentation de l'histoire dans les médias) plutôt que dans l'espace²⁵ ;

- les grappes localisées, qui correspondent à la survenue d'un nombre inhabituel de suicides dans un espace-temps limité^{16,25}. Plusieurs études ont attesté de l'existence de grappes de suicides localisées en collectivité, dont certaines en milieu scolaire^{26,27,28,29}. On estime qu'il y aurait trois fois plus de risque de survenue d'un autre suicide dans l'école que fréquentait une personne décédée d'un suicide (Lamartine 1985³⁰ cité dans Seguin *et al.*⁸).

Plusieurs études^{22,29,31,32} mettent en évidence que les grappes de suicides semblent se produire principalement chez les adolescents et les jeunes adultes. D'autres facteurs de risque de développement du phénomène de « contagion suicidaire » sont rapportés dans la littérature scientifique^{8,31,33}, et il importe de les détecter et de les prendre en compte afin de prévenir l'apparition de ce type de phénomène :

- facteurs individuels : sexe masculin, vulnérabilité antérieure (idées suicidaires, tentative de suicide, syndrome dépressif) , instabilité familiale, identification à la personne décédée, présence d'une situation de crise ou de crise suicidaire, sentiment de culpabilité, rupture ou perte récente, toxicomanie ;
- facteurs sociaux : crédibilité du défunt, désinformation et banalisation du geste, glorification, romantisation ou dramatisation du suicide.

2) *Conséquences collectives*

Sur le plan collectif et institutionnel, le suicide d'un individu tend à générer un climat confusionnel, altérant le fonctionnement habituel, la cohésion du groupe et le sentiment d'appartenance à la communauté¹⁶. Le risque est alors la fragilisation et la majoration de la détresse des membres de la communauté¹⁶, ainsi que l'émergence de conflits, de réactions de revendications et de recherche de responsables, notamment si la hiérarchie adopte une position « évitante » face à cet événement³⁴.

III La postvention

A/ Définition et objectifs :

Les premières mesures cliniques destinées aux personnes endeuillées par suicide sont apparues au début des années 1960 en Amérique⁸, et Shneidman propose en 1973 le terme de « postvention » pour les définir³⁵.

On peut définir la postvention comme le domaine de la suicidologie qui s'intéresse aux mesures d'accompagnement, de soutien et d'intervention pouvant être apportées aux personnes ayant été exposées au suicide d'un membre de leur entourage plus ou moins immédiat^{12,36}.

Les objectifs des activités de postvention sont multiples et ont pour but de limiter les conséquences du suicide ainsi que nous les avons présentées ci-dessus. Il va donc s'agir de limiter les complications psychopathologiques du suicide et de favoriser le retour au fonctionnement antérieur^{16,35}, mais également de prévenir l'effet de « contagion suicidaire »^{8,32}.

Depuis les années 1970, l'intérêt accru pour les activités de postvention, notamment dans les pays occidentaux, a donné lieu à la publication de nombreux articles³⁷. Cependant, il s'agit essentiellement d'articles de nature explicative et il existe un manque d'études évaluant les effets des programmes de postvention, notamment en milieu scolaire^{8,38}. Les seules études disponibles évaluant l'efficacité du déploiement d'un plan de postvention en milieu scolaire^{27,39,40} ne démontrent pas d'efficacité significative des plans de postvention déployés¹⁶. Malgré cela, de nombreux auteurs suggèrent de poursuivre tout de même les interventions de postvention, du fait de l'importance de prévenir les conséquences liées au suicide⁸.

B/ Déploiement d'actions de postvention en milieu institutionnel:

Dans une revue récente de la littérature des programmes et recommandations de postvention, Nicolas *et al.*¹⁶ ont recensé les différentes catégories de mesures de postvention pouvant être déployées en milieu institutionnel. Il s'agit de mesures :

- visant à la coordination des actions de postvention ;
- visant à traiter l'urgence de la situation, par exemple en cas de suicide se produisant à l'intérieur d'un établissement scolaire ;
- de traitement logistique pur, par exemple garantir l'accès à des locaux dédiés pour les intervenants en postvention ;
- de communication, d'information, et de sensibilisation auprès des élèves, des parents d'élèves, de la communauté scolaire et des médias ;
- de repérage des personnes pouvant être à risque de développer des complications psychopathologiques (*cf. supra*) ou de « contagion suicidaire » ;
- visant à dispenser des soins psychologiques et de psychothérapie ;
- concernant le positionnement sur la participation aux funérailles et à d'éventuelles commémorations ;
- de soutien au personnel étant intervenu ;
- visant à faire le bilan de la postvention.

Il n'y a pas de « moment-type » pour commencer une intervention de postvention, les données de la littérature recommandent plutôt de raisonner en fonction des réactions à prévenir. Par exemple, la prise en charge des réactions de stress ou de crise doit se faire le plus rapidement possible afin de limiter le risque de développement de complications de ces réactions telles

qu'évoquées ci-dessus, ou d'un phénomène de « contagion suicidaire »⁴¹. Les réactions de deuil quant à elles peuvent être traitées de manière différée⁴², afin de traiter uniquement les complications du deuil sans interférer avec le processus normal de celui-ci.

Afin de déterminer les actions à déployer et leurs publics-cibles, Seguin *et al.* (2005), repris par Nicolas *et al.*¹⁶ ont proposé une catégorisation des individus selon trois groupes de niveaux de risque :

- 1er Groupe : individus ayant une proximité immédiate par rapport au suicide (témoins) et/ou au défunt (proximité affective), susceptibles de développer des réactions de crise, de stress, ou de deuil. Ce sont ceux qui ont une probabilité de décompensation critique avec risque de passage à l'acte la plus élevée. A moyen et long terme, le risque est l'apparition de complications psychopathologiques à type de troubles anxiodépressifs ou de dépendance à une substance.

- 2nd Groupe : Individus présentant une vulnérabilité préalable (trouble psychiatrique, dépendance à une substance, antécédents traumatiques, antécédents d'idées suicidaires ou de tentative de suicide). Le risque de décompensation à court terme est plus faible que pour les individus du 1er groupe, et l'évolution à moyen et long terme leur est identique.

- 3e Groupe : individus n'ayant aucune proximité par rapport au suicide et/ou au défunt, et ne présentant pas de vulnérabilité préalable. Le risque de décompensation à court, moyen et long terme est plus faible que les individus des premier et second groupes mais non nul.

En partant de cette typologie, Nicolas *et al.*¹⁶ ont proposé plusieurs niveaux d'intervention. La *Figure 2*, reprise ci-dessous, est tirée de leur publication et reprend les différentes actions de postvention pouvant être déployées au niveau individuel en fonction du niveau de risque et de la temporalité. Nous constatons ainsi que les individus du premier groupe sont ceux pour lesquels il est nécessaire de mettre en place un repérage et une prise en charge psychologique

précoce et adaptée vis-à-vis des réactions présentées, tandis que ceux du second groupe ne nécessitent, après leur repérage, qu'une surveillance avec la mise en place d'un soutien psychologique au cas par cas. Concernant la prise en charge du troisième groupe, elle ne se fait pas en urgence et il convient essentiellement de les sensibiliser sur les signes devant les amener à consulter.

Il est également proposé une stratégie de déploiement temporelle des actions de postvention listées ci-dessus au niveau institutionnel, en anticipation, en post immédiat et à court, moyen et long terme.

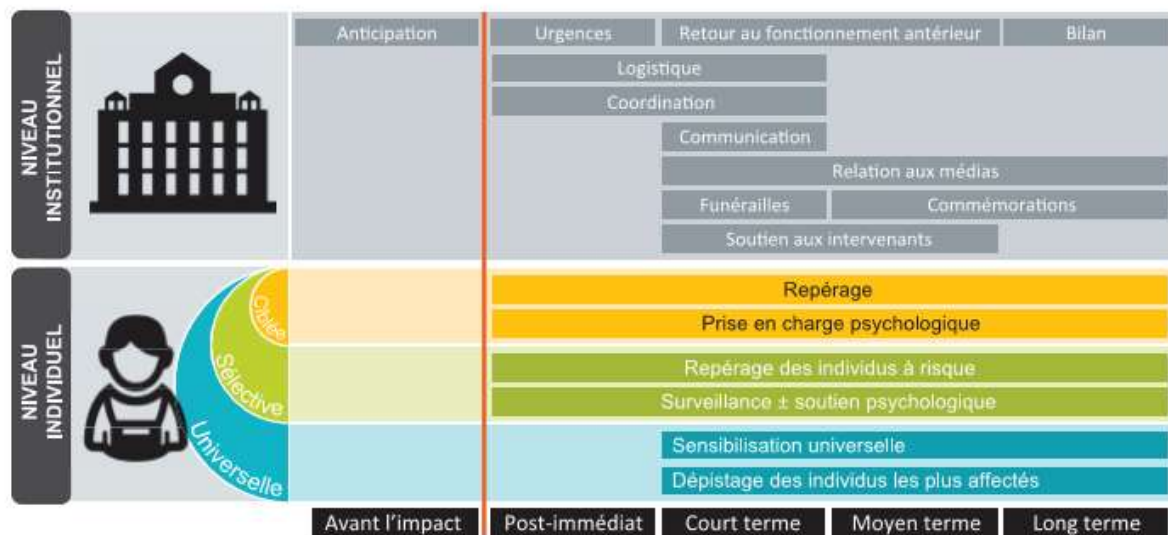


Figure 2. Proposition de déploiement d'action de postvention en milieu scolaire¹⁶

III] Définition de la problématique et de l'objectif de l'étude :

Ainsi que nous venons de le voir, le suicide des adolescents est une des principales causes de décès dans cette classe d'âge et a d'importantes répercussions notamment chez les pairs. Le champ de la postvention en milieu scolaire est essentiellement abordé dans la littérature sous un angle explicatif et de recommandations d'application de plans de

postvention. Nous avons rapporté ci-dessus un manque d'études évaluant l'efficacité de la postvention en milieu scolaire, mais il existe également un manque d'études menées directement en milieu scolaire auprès des professionnels de l'Education Nationale et notamment des Chefs d'Etablissements, alors que ce sont eux qui vont être en partie garants de la bonne application des plans de postvention au niveau de l'établissement scolaire. Il semble alors intéressant de pouvoir avoir une idée plus précise des représentations que se font les responsables d'établissements sur les mesures de postvention pouvant être déployées en milieu scolaire à la suite du suicide d'un de leurs élèves.

L'objectif principal de notre étude est donc d'obtenir un panorama des différentes mesures postventives pouvant être déployées en milieu scolaire à la suite du suicide d'un élève, selon les responsables d'établissements. L'objectif secondaire de notre étude est de tenter de discerner auprès de ces mêmes personnes s'il existe une demande d'étayage supplémentaire en milieu scolaire par les services publics de santé mentale, dans le champ de la postvention et de manière plus large dans le champ de la santé mentale.

Matériel et Méthode

La méthodologie de cette étude a été définie avec l'aide de la consultation méthodologique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM Psy).

I] Choix de la méthode de recherche :

Les deux grandes méthodes de recherche, quantitative et qualitative, ne sont pas opposées mais complémentaires, et permettent chacune d'explorer des champs différents de la connaissance. Là où la première permet de quantifier et mesurer des données objectives, la seconde est plus particulièrement appropriée lorsque les éléments observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer, et consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative⁴³. Notre travail ayant pour objectif de recueillir et d'explorer des opinions, des représentations et des pratiques autour de la thématique de la postvention en milieu scolaire, un abord qualitatif paraissait donc plus pertinent et c'est pourquoi nous nous sommes tournés vers ce type d'étude.

II] Elaboration du guide d'entretien :

Afin de mener à bien cette étude, nous avons alors rédigé un guide d'entretien (*Annexe I*), volontairement long et détaillé, s'articulant toujours autour de questions ouvertes afin de permettre la libre expression de la personne interrogée.

Ce guide est composé de cinq parties :

- la première partie est un recueil quantitatif de données générales, permettant une prise de contact avec l'interlocuteur, et une caractérisation de l'échantillon ;
- la seconde partie met l'accent sur les antécédents connus de décès par suicide d'un élève au cours de la carrière de la personne interrogée et au sein de l'établissement où celle-ci exerce ;
- la troisième partie a pour but d'appréhender au mieux le fonctionnement institutionnel de l'établissement rencontré ;
- la quatrième partie explore les mesures postventives applicables dans un établissement scolaire en cas de suicide d'un élève, selon la personne rencontrée. Pour rédiger cette partie, nous nous sommes appuyés sur l'étude de Nicolas *et al.*¹⁶ en reprenant les grandes catégories de mesures postventives recensées dans les programmes et recommandations de postvention mises en évidence dans leur publication ;
- enfin la dernière partie permet l'investigation autour d'une demande d'étayage par les services publics de santé mentale, dans le champ de la postvention et de manière générale en santé mentale.

III] Recrutement des participants :

A/ Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion étaient :

- être un établissement scolaire proposant le second cycle des études secondaires ;
- être un établissement public ou privé en contrat avec l'Etat ;
- situé dans le département du Nord ;
- pouvant proposer une rencontre avec le proviseur de l'établissement ou son adjoint ;

- existence ou non d'un antécédent de suicide d'un élève de l'établissement rencontré ;
- existence ou non d'un antécédent de suicide d'élève au cours de la carrière de la personne rencontrée.

Les lycées privés hors contrat et les établissements scolaires ne proposant pas le second cycle d'enseignement secondaire ont été exclus, de même que les établissements proposant des rencontres avec des membres du personnel autres que le proviseur ou le proviseur adjoint.

B/ Choix de la taille de l'échantillon :

En recherche qualitative, le nombre de participants à inclure est défini par la saturation des données. Celle-ci est atteinte lorsqu'aucune nouvelle notion n'apparaît lors des entretiens⁴³.

Pour cette étude, après concertation avec la F2RSM Psy, nous avons préalablement estimé l'atteinte de la saturation de données entre dix à quinze entretiens. Partant de ce postulat, nous avons décidé d'inclure treize établissements scolaires, situés sur chacun des treize intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département du Nord⁴⁸ ceci afin de permettre une distribution sur l'ensemble du territoire.

La saturation des données a finalement été atteinte au bout de dix entretiens, et a été confirmée par les deux entretiens suivants.

C/ Constitution de l'échantillon :

Nous nous sommes appuyés sur la liste officielle des lycées du départements du Nord, disponible sur le site internet du Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse⁴⁵.

Ces lycées ont été ensuite classés manuellement en fonction de leur intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de rattachement, de manière à obtenir treize groupes de lycées répartis sur l'ensemble du département du Nord. Le *Tableau 1* ci-dessous représente cette classification :

Total des lycées du département : n=172													
Secteur	I01	I02	I03	I04	I05	I06	I07	I08	I09	I10	I11	I12	I13
Lycées	<u>n=18</u>	<u>n=9</u>	<u>n=16</u>	<u>n=27</u>	<u>n=8</u>	<u>n=11</u>	<u>n=13</u>	<u>n=18</u>	<u>n=14</u>	<u>n=6</u>	<u>n=9</u>	<u>n=20</u>	<u>n=3</u>

Tableau 1. Répartition des différents lycées du département du Nord en fonction de leur intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de rattachement.

Un tirage au sort au moyen d'un logiciel en ligne nommé dCode⁴⁶ a ensuite été effectué, afin d'inclure un lycée pour chacun de ces treize groupes.

Les proviseurs des établissements tirés au sort ont été contactés par email, en utilisant l'adresse mail officielle du lycée lorsqu'elle était disponible sur le site internet de l'Académie de Lille. Dans les cas où celle-ci n'était pas renseignée, l'accueil de l'établissement scolaire concerné était contacté par téléphone afin de l'obtenir.

Le mail envoyé (Annexe 2) présentait succinctement l'étude réalisée et l'enquêteur, et proposait une prise de rendez-vous individuel. Les coordonnées de l'enquêteur étaient laissées dans le mail pour permettre un recontact.

En cas de réponse favorable, une date de rendez-vous était fixée à l'endroit et à la date convenant à la personne rencontrée. En cas de réponse défavorable, un nouveau tirage au sort pour le groupe de lycées concerné était réalisé. En cas d'absence de réponse deux à trois semaines après l'envoi d'email, un email de relance était envoyé. En cas d'absence de réponse après relance, un nouveau tirage au sort était réalisé pour le groupe de lycées concerné. Une limite de cinq établissements tirés au sort par secteur était fixée.

Au total, vingt-huit établissements ont été sollicités. Parmi ceux-ci, douze ont donné une réponse favorable à la proposition d'entretien et ont été inclus. Parmi les seize établissements

n'ayant pas été inclus, trois ont décliné la proposition d'entretien et treize n'ont pas donné de réponse aux emails envoyés. Pour un des secteurs aucun établissement n'a pu être inclus (secteur 59i03), en l'absence d'une réponse favorable des cinq établissements du secteur successivement sollicités. Le schéma détaillant l'inclusion des différents établissements est présenté en Annexe 3.

D/ Déroulement des entretiens et recueil des données :

En recherche qualitative, les entretiens sont le plus souvent soit des focus-group soit des entretiens individuels, ces derniers sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus sensibles⁴³. Au vu de la thématique de notre étude et du fait que les personnes rencontrées n'étaient pas des professionnels de santé mentale, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels afin de contribuer au mieux à leur libre expression.

Un seul de nos entretiens s'est déroulé en présence de cinq personnes, de manière imprévue pour l'enquêteur, ce qui fait un total de seize personnes rencontrées.

La durée des entretiens réalisés s'étendait de vingt-cinq minutes à une heure trente minutes, avec une durée moyenne d'une heure.

Les entretiens se sont déroulés entre novembre 2018 et mars 2019. Ils ont eu lieu au sein de l'établissement scolaire dans lequel exerçait la personne rencontrée, selon les dates et horaires qui lui convenaient le mieux. Il n'y avait aucun lien préalable entre l'enquêteur et les participants à l'étude. L'accord du Directeur Académique de l'Académie de Lille avait préalablement été recueilli.

Les entretiens étaient des entretiens semi-dirigés, enregistrés sur dictaphone après accord de la personne rencontrée. L'enquêteur veillait à intervenir le moins possible en dehors des questions présentes dans le guide d'entretien et des relances.

A l'issue des entretiens, une retranscription intégrale mot pour mot était effectuée le jour même ou le lendemain par l'enquêteur, de manière à obtenir des verbatims exploitables pour l'analyse des résultats. La retranscription inclut également les temps d'hésitation, les émotions exprimées par l'interlocuteur, et les interruptions temporaires.

Ces verbatims étaient ensuite renvoyés par email aux personnes rencontrées, afin qu'elles puissent vérifier la véracité des propos, et y apporter des modifications si nécessaire. Il est à noter qu'aucune modification n'a été suggérée ou apportée sur les verbatims après cette relecture.

Pour des raisons pratiques et écologiques l'ensemble des verbatims ne figure pas dans les annexes de ce document, mais est disponible sur demande auprès de la Faculté de Médecine de Lille.

E/ Analyse des résultats

Nous avons opté pour une analyse de nos résultats effectuée au moyen du logiciel 'N'Vivo 12 Plus' selon la méthode de la théorisation ancrée. Il s'agit d'une méthode d'analyse *«visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives»*⁴⁷. Cette méthode d'analyse se décompose théoriquement en six étapes interdépendantes rapportées ci-dessous⁴⁴ :

- 1. la codification : consiste à rapporter dans la marge des verbatims l'essentiel du discours tenu par la personne interrogée, en restant au plus près de ses propos tenus ;
- 2. la catégorisation : consiste à classer les éléments codés à la première étape en sous-ensembles d'éléments de même nature nommés catégories;
- 3. la mise en relation : établissement de liens entre les différentes catégories ;

- 4. l'intégration : permet, au regard des mises en relation effectuées, de voir émerger une dynamique générale de l'étude ;
- 5. la modélisation : consiste à représenter schématiquement les processus mis à jour au cours des opérations précédentes;
- 6. la théorisation : au terme des étapes précédentes, il s'agit là de proposer finalement une théorisation des données recueillies sur le terrain.

Au terme de cette analyse, nous avons pu proposer le corpus de résultats présenté ci-après. Pour la présentation des résultats, nous avons opté pour un plan suivant celui de notre questionnaire, en dehors de la partie propre aux mesures postventives pouvant être appliquées qui a été réorganisée en suivant une séquence temporelle (immédiat, post-immédiat, court, moyen, long terme).

Résultats

II Données générales :

A/ Personnes rencontrées :

Au total neuf Proviseur(e)s, trois Proviseur(e)s Adjoint(e)s, deux Conseillères Principales d'Education (CPE), et une Infirmière Scolaire ont été rencontrés.

Parmi ces participants, quatre avaient une expérience à leur poste comprise entre zéro et neuf ans, huit entre dix et dix-neuf ans, et un entre vingt et trente ans. Ces données sont manquantes pour une des CPE et l'infirmière scolaire.

Le nombre d'années en poste dans l'établissement rencontré variait entre trois mois et neuf ans, avec une durée moyenne de trois ans et 4 mois. Ces données sont manquantes pour une des CPE et l'infirmière scolaire.

B/ Antécédent de décès par suicide d'un élève de l'établissement :

Deux des personnes interrogées (E11, E12) avaient connaissance d'un antécédent de décès par suicide d'un élève de leur établissement. Aucune de ces personnes n'étaient ni présentes ni en fonction dans l'établissement au moment de l'occurrence de ces suicides, qui ont eu lieu pour l'un trois ans auparavant et pour l'autre il y a un peu plus de vingt ans.

C/ Antécédent de décès d'élève par suicide au cours de la carrière de l'interrogé(e) :

Quatre des personnes interrogées (E04, E06, E11, E13) avaient connaissance d'un antécédent de décès par suicide d'un élève scolarisé dans un de leurs précédents établissements. Parmi ces suicides, trois ont eu lieu en dehors de l'établissement, un à l'intérieur de celui-ci. Pour ce dernier la personne interrogée n'était pas présente dans l'établissement à ce moment. Trois des suicides se sont produits il y a plus de dix ans, et le dernier neuf mois auparavant.

D/ Autres expériences :

En dehors du suicide d'un élève de l'établissement, certaines des personnes interrogées ont rapporté avoir eu à faire face à d'autres événements difficiles au cours de leur carrière. Nous l'évoquons ici car leur survenue a parfois eu un impact important sur la communauté scolaire et a pu générer des prises en charge spécifiques. De plus, pour les personnes n'ayant pas connu de suicide d'élève, la connaissance de ces expériences a pu servir d'appui à la réflexion pendant les entretiens.

Ces événements pouvaient être des décès d'élèves d'une cause autre que le suicide (maladie, accident ou agression) pour cinq des personnes interrogées, ou des décès par suicide d'un membre de la famille d'un élève, ou d'un membre du personnel pour deux des personnes interrogées.

II/ Fonctionnement institutionnel

Cette partie vise à identifier quelles sont, dans les différents établissements rencontrés, les ressources médicales et paramédicales pouvant être sollicités à la suite du suicide d'un élève ainsi que leurs rôles ; les protocoles existants pour la conduite à tenir en cas de suicide d'un élève ; et les formations pouvant être proposées au sujet de la gestion de crise, du suicide, du psychotraumatisme et du deuil.

A/ Protocolisation d'une conduite à tenir en cas d'occurrence d'un suicide d'élève:

1) Globalement, une absence de connaissance de protocoles spécifiques :

Huit des personnes interrogées rapportent une absence de connaissance d'un protocole spécifique définissant une conduite à tenir en cas de suicide d'un élève de leur établissement (E02, E04, E06, E07, E10, E11, E12, E13), deux ne se prononcent pas (E01, E05, E09). Seule une des personnes rencontrées (E08) a connaissance de protocoles spécifiques.

« Je n'ai pas connaissance de protocoles dans le cas du suicide d'un élève (...) Il y a des documents généraux mais je ne suis pas sûre qu'il y ait un protocole précis. » E10 ;

« Je n'ai pas de protocoles, ou alors j'ai loupé un texte officiel, mais il n'y a pas de protocoles, enfin moi je n'en ai pas connaissance » E13.

2) Un appui possible sur des protocoles généraux ou de gestion de crise :

Pour un tiers des personnes interrogées (E04, E05, E07, E10) la gestion de la survenue d'un évènement tel que le suicide d'un élève de l'établissement, relève essentiellement de la gestion d'une situation de crise.

3) Des interrogations sur la nécessité des protocoles :

Un tiers des personnes interrogées se questionne quant à la nécessité de création de protocoles spécifiques en cas d'occurrence du suicide d'un élève.

La survenue d'un suicide d'élève au sein ou non de l'établissement, est une situation imprévisible, comportant de nombreux aléas tant au niveau du lieu et du moment de sa survenue, que des personnels présents, de la configuration des lieux, etc... Pour une des personnes interrogées (E13), cela pourrait être un frein à la création de protocoles spécifiques.

« Je me demande si un tel protocole serait utile ou pas, parce que je vous dis ça va dépendre à quel moment ça se passe, où ça se passe, est-ce qu'on est, mon adjointe, moi, la CPE, présents tous les trois et donc on répartit les tâches, est-ce qu'il y en a qu'un sur les trois ce qui peut arriver (...) Moi je dis en fonction de notre état d'esprit, de notre fatigue, de ce qu'on est nous, parce qu'on est humains moi je ne suis pas un robot... » E13

Pour une autre des personnes interrogées (E07), la survenue du suicide d'un élève de l'établissement ne requiert pas de protocole spécifique, ce genre d'évènement restant très ponctuel.

Enfin, pour deux autres personnes la survenue du suicide d'un élève de l'établissement peut être jugée non prioritaire vis-à-vis d'autres situations de crise (E04, E06), à la fois parce que certains évènements d'actualité telles que la menace terroriste ont mis en avant d'autres types de protocoles (E06), mais aussi lorsque pour la personne interrogée il est difficile de concevoir qu'un tel évènement puisse se produire pour un de ses élèves (E04).

Pour un autre tiers des personnes interrogées, il existe un intérêt quant à la possibilité de création de protocoles spécifiques, à la fois dans un but d'amélioration des pratiques, et pour donner de grandes lignes directrices aux personnels (E06, E10, E11, E12).

« On se dit que ça serait intéressant, un protocole. On imagine un jeune personnel de direction, stagiaire, c'est sa première année, son chef est à l'extérieur pour une raison X ou Y... Je ne suis pas sûre que moi ma première année j'aurais su d'abord qui prévenir, pas seulement que faire mais qui prévenir, alors que maintenant je le sais... Je ne suis pas sûre que ma première année j'aurais été en capacité de réagir, de prévenir les bonnes personnes. Même si c'est qu'une petite feuille, mais avec au moins qui prévenir tout de suite, les premières actions à mener dans l'urgence... ça ne me paraît pas inutile » E06

B/ Ressources internes :

1) Infirmière et psychologue scolaire :

L'infirmière scolaire peut avoir plusieurs rôles en cas de suicide d'un élève de l'établissement :

→ Un des rôles les plus cités est celui du soutien auprès des élèves et du personnel (E01, E02, E04, E05, E06, E09, E10) :

« A l'instant T (...) on va être vraiment sur gérer les crises émotionnelles, écoute, dialogue. Les enseignants et les CPE vont gérer la masse, les infirmières, assistantes sociales etc... vont plus aller chercher les copains, les copines, les élèves proches, et vont peut-être les extraire. » E05

→ Elles ont également un rôle de conseil, d'aiguillage sur la conduite à tenir auprès du Chef d'Etablissement (E04, E05, E07, E08, E10, E12)

→ Elles peuvent également faire le lien avec les ressources médicales internes et extérieures (E01, E06, E07, E10), ou les services de secours (E01, E04) :

« Elles sont une cellule d'écoute au sein de l'établissement, clairement. Les élèves, quand ils ne vont pas bien c'est vers les infirmières qu'ils se tournent en premier, ce qui leur permet de parler et ce qui permet aux infirmières d'alerter, et d'orienter l'élève vers quelque chose qui va lui apporter du positif, que ce soit CMP, psychiatre... toutes les structures qui peuvent exister. » E06

→ Enfin, elles peuvent également participer à la réflexion autour de la mise en place d'actions préventives et postventives (E04, E05) :

« L'infirmière et la psychologue on resterait plus sur l'interne, la gestion des élèves, le suivi au niveau des classes, « Est-ce qu'il faut qu'on en reparle, est-ce qu'il ne faut pas qu'on en reparle » ça c'est le court terme. Après on a le moyen terme : « Quelles sont les actions de prévention qu'il faudrait mettre en place au niveau de l'établissement ? » » E05

Les données de cette étude suggèrent que le Psychologue de l'Education Nationale a des missions souvent superposables à celle de l'infirmière scolaire et peut, au même titre que celle-ci, intervenir dans plusieurs champs en cas de survenue du suicide d'un élève de l'établissement :

→ Soutien auprès des élèves et du personnel éventuellement via la mise en place d'une cellule d'écoute : E01, E05, E10

→ Conseil auprès du chef d'établissement : E05, E12

→ Réflexion quant à la mise en place d'action de prévention ou de postvention : E05

2) Services Académiques :

La quasi-totalité des personnes interrogées (E01, E04, E05, E06, E07, E08, E09, E10, E11, E13) font état de dispositifs pouvant être déployés par le Rectorat ou la Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale (DSDEN) consécutivement au suicide d'un élève en fonction de leur évaluation de la situation, sans pour autant définir exactement la nature des moyens qui seront déployés. Les attentes vis-à-vis de ces dispositifs peuvent être un renfort et un soutien dans la gestion de la situation (E05, E11), mais également la possibilité de mise en place d'une écoute et d'un accompagnement psychologique des élèves et/ou du personnel (E01, E07 E13).

« La deuxième phase c'est contact avec l'Inspection Académique et le cabinet du Recteur pour informer de la situation, et après eux automatiquement ils nous envoient des équipes en appui, en renfort, ils vont nous envoyer soit l'équipe mobile de sécurité, soit le psychologue qu'on a au niveau du rectorat. Eux ils vont tout de suite mettre ça en place et ils vont gérer la situation de crise de par l'extérieur. » E05

3) Spécificités des établissements privés :

Les deux établissements privés rencontrés (E02,E11) font part de spécificités propres au secteur privé qui sont la cellule psychologique diocésaine, dont le rôle est superposable à celui de l'infirmière scolaire ; et la direction diocésaine qui intervient de manière parallèle au Rectorat et à la DSDEN.

« Dans le privé, on a une cellule qui est le service de psychologie de la Direction Diocésaine, qui est là en appui dans toute situation de crise, dont ce type de crise (...) Son rôle serait de mettre en place, avec moi, tout l'accompagnement autour de la situation. Donc on se verrait, on créerait une cellule ici pour essayer de gérer la situation. » E02

C/ Ressources médicales et paramédicales extérieures :

1) Dispositifs cités pouvant être interpellés suite au suicide d'un élève :

Les différentes personnes interrogées évoquent plusieurs dispositifs médicaux ou paramédicaux extérieurs à l'Education Nationale pouvant être sollicités à la suite du suicide d'un élève. Il peut s'agir des Centres Médico-Psychologiques (CMP) (E01, E02, E04, E06, E07, E10, E11, E12), des services de secours et d'urgence (SAMU, Sapeurs Pompiers) (E01, E04, E05, E07, E08, E09, E13), des services d'urgences psychiatriques (E07, E10), des services d'hospitalisations psychiatriques (E01, E07, E09) ou encore de ressources libérales (E08, E11). Une des personnes rencontrées, ayant eu à faire face au suicide d'un élève de son établissement (E13), nous exprime qu'il n'a pas été nécessaire pour elle de faire appel à des ressources médicales ou paramédicales extérieures.

Ces dispositifs peuvent être interpellés par les personnels exerçant à l'intérieur de l'établissement (E10, E11), en y présentant directement la personne concernée (E11) ou via la DSDEN (E05, E10).

« Je pense que je m'appuierais sur les infirmières parce que c'est elles qui sont en lien direct avec les services, avec les CMP, avec les services de psychiatrie. » E10

2) *Attentes vis-à-vis de ces dispositifs :*

Les personnes interrogées attendent de ces dispositifs :

→ Une aide téléphonique, un regard professionnel sur la situation (E01, E07, E09, E12) :

« Une écoute, et puis éventuellement de l'aide, forcément, pour gérer la situation immédiate. » E09

→ La possibilité de mise en place d'une cellule d'écoute sur place pour les élèves et les adultes (E01, E04) :

« Qu'ils puissent venir sur place pour peut-être monter une cellule d'écoute auprès de nos élèves, auprès des adultes aussi parce que voilà on parle des élèves, il faut, mais il faut pas non plus oublier les adultes » E01

→ Assurer les mesures de réanimation de l'élève (E04 / cas des services de secours et d'urgences)

→ Une possibilité d'adressage en consultation (E06)

D/ Dispensation de formations spécifiques :

1) *Place importante des formations de type « gestion de crise » :*

Huit des personnes interrogées (E01, E02, E04, E05, E07, E08, E10, E12) évoquent l'existence de formations en « gestion de crise », plutôt destinées aux chefs d'établissements. Les crises y sont abordées au sens large, et ne concernent pas spécifiquement le suicide :

« Il y a des choses qui sont mises en place dans l'Education Nationale, pas spécifiquement sur le suicide d'un élève, mais d'une manière générale sur les crises que peut vivre un établissement scolaire. » E01 ;

« Pour devenir chef d'établissement on a des formations en gestion de crise. Ça peut inclure ce genre de choses, ça va nous apprendre à communiquer, à prendre des mesures d'urgence à court terme, moyen terme, long terme, à gérer les intrusions, les émotions des personnels, les relations avec la hiérarchie. Donc on va avoir des formations gestion de crise, mais pas en particulier sur ce thème-là, ça peut être une violence autre. » E07.

2) Formations sur le deuil, le psychotraumatisme et le suicide

Les infirmières scolaires semblent être les plus concernées par ces formations et les personnes interrogées rapportent des formations pouvant leur être dispensées sur :

- la prise en charge du deuil : E01, E04, E05, E08, E10, E13 ;
- le suicide: E01, E04, E05, E07, E08, E10, E13 ;
- le psychotraumatisme: E04, E05, E07, E08, E13 ;

D'autres membres du personnel peuvent également être concernés par ce type de formations comme les CPE (E01, E05, E08, E09, E10), les Chefs d'Etablissements (E02, E07, E09), et les Psychologues Scolaires (E05, E09), mais les réponses sont plus incertaines à ce sujet.

« Les CPE sont formés aussi, de mémoire j'ai déjà vu passer, pas là cette année, des formations sur les risques suicidaires des ados. Alors après c'est parfois un peu plus ouvert, c'est les comportements à risque, qui peuvent flirter avec le risque suicidaire, la scarification qui parfois peut être un des premiers éléments d'autodestruction, enfin voilà. » E05

III / Mises en place de mesures postventives au sein des établissements scolaires :

A/ Mesures immédiates (Première heure)

Les mesures postventives nécessitant une mise en place immédiate sont évoquées lorsque le suicide de l'élève a lieu à l'intérieur de l'établissement, et visent à endiguer les phénomènes individuels et collectifs liés à des réactions de crise, à prévenir le risque d'effraction psychotraumatique et de « contagion suicidaire ».

En cas de suicide à l'intérieur de l'établissement, près de la moitié des personnes interrogées (E05, E07, E08, E11, E13) fait état de la nécessité d'une réaction la plus rapide possible, en prenant garde au risque de désorganisation inhérent à cette situation de crise (E05, E07) :

« La réactivité est hyper importante dans ces cas-là et on sait qu'on ne doit pas tergiverser sur ce qu'il y a à faire donc là-dessus on est bien alertés sur le fait que la rapidité de notre travail, notre intervention, est quand même primordiale » E11 ;

« Le problème c'est qu'en cas de crise on sait pas comment on réagit, les gendarmes appelaient ça l'effet tunnel, on est complètement coupé, on a la vision complètement obscurcie et du coup y réfléchir de manière anticipée sur qu'est-ce qu'on fait en cas de crise, ça nous permet d'échapper à ce malheureux effet tunnel qui nous fait squeezer des pans complets de la prise en charge par exemple ou de la réaction. » E07.

1) Mesures de communication :

Trois services sont contactés de manière immédiate :

- les services de secours (Sapeurs-Pompiers, SAMU), évoqués par un peu plus de la moitié des personnes interrogées (E01, E04, E05, E07, E08, E09, E13) :

« Si j'avais un suicide au sein de l'établissement j'appelle les secours, j'appelle immédiatement le cabinet du recteur, et après je pense que je mets une cellule de crise, d'abord je m'appuie sur l'infirmière, et après on appelle le SAMU » E04 ;

- les forces de l'ordre, évoquées par la moitié des personnes rencontrées (E01, E02, E09, E10, E11, E13) :

« J'isole le lieu, je demande à mon personnel d'évacuer toute personne du lieu, j'établis un périmètre suffisamment large pour qu'il n'y ait pas un jeune qui soit au contact, et après j'appelle les autorités. » E02 ;

- la hiérarchie, évoquée par la quasi-totalité des personnes interrogées (E04, E05, E06, E07, E08, E09, E10, E11, E12, E13):

« D'abord on met en sécurité, on appelle les secours etc... Ça c'est la première phase. Et ensuite la deuxième phase c'est contact avec l'Inspection Académique et le cabinet du Recteur pour informer de la situation, et après eux automatiquement ils nous envoient des équipes en appui, en renfort, ils vont nous envoyer soit l'équipe mobile de sécurité, soit le psychologue qu'on a au niveau du rectorat. Eux ils vont tout de suite mettre ça en place et ils vont gérer la situation de crise de par l'extérieur. » E05.

2) Mesures de gestion

a) Isoler le lieu et protéger le corps des regards

Toutes les personnes interrogées évoquent le réflexe d'isoler la partie de l'établissement dans laquelle le suicide s'est produit, à la fois pour permettre l'intervention des services médicaux et de police, mais également pour limiter l'impact psychotraumatique. Deux des personnes interrogées (E08, E11) envisagent également la possibilité de recouvrir le corps de l'élève décédé par des draps ou des vêtements afin de le préserver des regards.

« C'est vraiment imposer aux gens tant que la situation et l'évènement n'est pas traité, sur le plan localisation, d'éviter qu'il y ait quoi que ce soit en terme de passage, ça c'est super important » E08 ;

« C'est assez des choses encore une fois de bon sens, ici on peut imaginer emmener tout le monde à la salle de sport à côté pour vider tout le lycée ou une aile du lycée, le temps que les services d'intervention fassent leur travail, ou on met tout le monde dans un coin de la cour... L'idée c'est de séparer bien sûr, pour qu'il n'y ait pas de traumatismes postérieurs. » E12 ;

« Protéger comme on peut faire quand on voit à la télé avec des draps des choses comme ça, pour faire en sorte que le moins de personnes possible soient choquées par la vision de la scène. » E08.

b) Gestion des flux d'élèves :

Parmi les mesures de gestion à mettre en place de manière immédiate en cas de suicide d'un élève à l'intérieur de l'établissement, un quart des personnes interrogées (E05, E08, E11) estime qu'il est également nécessaire d'assurer la gestion des flux des autres élèves. Elles évoquent ainsi la possibilité de bloquer les sonneries afin que les élèves restent en classe (E08), de passer dans les classes pour demander aux professeurs de maintenir les élèves en cours (E11), ou de positionner des membres du personnel aux sorties de cours afin de guider les élèves vers les sorties (E08). Deux des personnes interrogées (E05, E11) évoquent la possibilité de maintenir uniquement la classe de l'élève et ses amis proches à l'intérieur de l'établissement, de manière à intervenir plus précocement auprès d'eux.

« Je pense qu'il faut demander à un des adjoints de passer, si les profs sont en cours – parce que ça dépend de à quel moment ça se passe dans la journée – de passer dans chaque salle discrètement en disant « Voilà on a eu ça, attention il peut y avoir du mouvement gardez

vos élèves dans les classes jusqu'à nouvel ordre » en attendant que la situation soit rétablie, en tout cas qu'on n'ait plus de mouvement dans l'établissement. » E11 ;

« Là comme ça je dirais la bonne solution ça serait de maintenir les élèves proches et la classe concernée au sein de l'établissement, pour qu'ils puissent bénéficier tout de suite de la cellule psychologique, qu'on soit sûrs qu'ils soient pris en charge, les autres élèves c'est aux parents de juger et de jauger s'ils doivent d'abord passer par le médecin de famille ou bien si leur enfant est trop fragile pour gérer ça. » E05.

B/ Mesures post immédiates (Premières 48h):

1) Etablissement d'une cellule de crise :

Pour deux tiers des personnes interrogées, il n'y a pas d'anticipation de la cellule de crise (E02, E04, E05, E06, E07, E09, E10, E13), celle-ci se crée au moment où elle est nécessaire. Pour le tiers restant (E01, E08, E11, E12) elle a une existence prédéfinie, et peut être déclenchée en cas de besoin :

« La composition est définie. Malgré tout ça reste au besoin, enfin selon la disponibilité de chacun ce moment-là » E12 ;

« On sera sur du réflexe, contacter la psychologue scolaire, l'infirmière, informer l'équipe de direction, contacter la direction diocésaine, et puis à partir de là mettre en place une cellule. Mais on n'a pas de protocole prédéfini dans ces situations-là. » E02.

La composition de cette cellule de crise est variable et peut comprendre l'équipe de direction (systématique), les personnels paramédicaux internes (quasi-totalité des cas : E01, E02, E04, E05, E06, E08, E09, E10, E11, E12), les CPE (50% des cas : E01, E05, E06, E08, E09, E10,

E12), du personnel administratif et des agents divers (40% des cas : E01, E04,E07,E08,E10), des professeurs (E08, E10) ou encore l'assistante sociale de l'établissement (E05).

La moitié des personnes interrogées (E02, E04, E06, E07,E12, E13) rapporte, comme mission de la cellule de crise, la répartition des rôles entre ses différents intervenants, et un tiers (E07, E08, E10, E12) l'envisage également comme un espace de réflexion, d'échange d'informations, d'évaluation et de réponse aux besoins de la communauté scolaire :

« On définit qui s'occupe de la communication externe avec les secours, qui fait la communication interne, qui s'occupe des élèves. » E04 ;

« On se réunit, on fait le point, on se transmet les informations, on prend les décisions et 'boum' chacun repart dans son secteur le faire » E07 ;

« C'est la cellule de crise qui dirait « bon ben voilà faudrait qu'on mette en place une cellule d'écoute qui va être mobilisable, à quel moment, est-ce qu'il faut que ce soit tout le temps ouvert... » Donc à la fois tout ce qui est communication, diagnostic un peu plus précis des besoins des uns et des autres... » E12.

2) Fermeture de l'établissement :

Deux tiers des personnes interrogées (E01, E02, E05, E07, E08, E09, E11, E13) s'opposent à une fermeture de leur établissement à la suite du suicide d'un élève.

Pour un tiers des personnes interrogées, des cas particuliers peuvent cependant justifier la fermeture de l'établissement : décision de fermeture par les forces de l'ordre (E02, E13), occurrence de plusieurs suicides simultanément (E12), rôle déclencheur identifié de l'établissement scolaire dans le passage à l'acte (E11) :

« Je suis pour un souci d'équité, aussi pour un souci que chaque jeune puisse être bien pris en charge, et je pense que l'école c'est un lieu où ils se retrouvent, donc non... Sauf si le

traumatisme vient d'une sorte de pression qui s'est exercée de l'établissement, des camarades etc... Encore une fois ça dépend de la situation initiale, si c'est un problème familial, un problème de cœur... Si c'est purement lié à l'école, si l'origine est identifiée établissement scolaire la question se pose différemment. » E11 ;

« Il y a des trucs tu te poses pas la question, à un moment donné si on imagine qu'il y a une épidémie de suicide dans une classe d'un coup et qu'il y a dix gamins qui sautent au-dessus d'une rambarde le même jour, tu fermes, c'est tout, point. Après voilà tu expliques : « J'ai dû fermer parce que c'était le collège des morts-vivants quoi ». » E12.

Le principal argument avancé pour justifier d'une ouverture maintenue de l'établissement est la nécessité d'un lieu d'accueil et de soutien pour tous les élèves (E01, E02, E05, E07, E11), en particulier pour ceux ne pouvant pas trouver ce soutien au domicile (E05, E07, E11). Une autre personne interrogée (E13), évoque quant à elle la nécessité de ne pas alimenter la rumeur, et de pouvoir continuer à repérer les personnes pouvant être fragilisées par la situation :

« Tout ce qu'on veut mettre en place pour faire face il faut que ça se fasse ici, plutôt que de renvoyer chacun dans ses pénates tout seul avec ses questions, son mal être etc... Donc j'ai presque envie de répondre « non surtout pas ». » E01 ;

« Une fermeture non. Parce qu'il faut un accueil des élèves. Dans le sens qu'on a des élèves, c'est des familles de « taiseux » comme on dit dans le Nord. On a plein d'enfants qui rentrent « ça a été ? » « ouais » « il s'est rien passé ? » « non », (...) Dans ce type de famille, on dit rien, le gamin il rentre chez lui, il parle pas avec ses parents, il n'exprime pas ce qui s'est passé... Donc c'est nécessaire que l'établissement soit ouvert pour accueillir les jeunes. » E05 ;

« Je ne pense pas, mais c'est un avis perso, sans avis hiérarchique, je ne pense pas dans une situation comme celle-ci que la fermeture d'un établissement serait une bonne chose.

Parce que justement, ça renvoie les gamins chez eux, on ne les a plus sous la main pour regarder un peu ce qui se passe, ça veut dire que c'est un lieu de mort, je vais l'appeler comme ça volontairement. » E13.

Plutôt qu'une fermeture de l'établissement, certains proposent la mise en place de mesures temporaires d'adaptation du fonctionnement scolaire habituel, telles que la suspension des cours (E01, E05, E10, E12) qui pourraient être remplacés par des temps de parole (E01, E10, E12) ; ou une plus grande liberté sur les autorisations d'absence des élèves (E07) :

« Par exemple on ferme pas l'établissement mais on annule les cours et on prend ce temps là pour en parler, que les profs en parlent aux élèves, que les élèves en parlent entre eux... On organise la parole quoi, par exemple ça pourrait être ça aussi. » E10 ;

« J'autoriserai bien sur les élèves qui sont pas bien à s'absenter, on n'est pas des tyrans à les faire venir de force et les sanctionner bien sûr, il y aurait tout un temps de latence et de souplesse, d'adaptation. » E07.

3) Prise en charge des témoins :

La quasi-totalité des personnes interrogées (E01, E02, E06, E07, E08, E09, E10, E11, E12, E13), rapporte que la prise en charge des témoins du geste en cas de suicide à l'intérieur de l'établissement requiert une attention particulière et une prise en charge rapide :

« Je pense qu'il faut être vigilant sur les réactions des autres élèves, c'est-à-dire si des élèves ont été témoins il faut qu'ils soient pris en charge le plus vite possible. On sait qu'il y a le choc, et après derrière il y a tout ce qui peut se passer, il y a le choc des images qui sont à gérer, là c'est encore autre chose. Il y a ces gamins qui vont être affectés et qui vont prendre les images très choquantes en live. » E13.

Les premières mesures à prendre sont leur identification (E02) et leur mise à l'écart (E07, E08, E09, E10) afin de permettre un accompagnement à part des autres membres de la communauté scolaire. Pour un tiers des personnes interrogées (E06, E07, E10, E12), il est également nécessaire d'informer les parents de l'élève qui aurait été témoin de l'évènement, et de les inviter à venir rechercher leur enfant :

« Les témoins ceux-là ils sont pris pour moi à part, et peut être que, j'ai deux infirmières, et il y en a une qui va les prendre à part accompagné d'un CPE, parce que ceux-là sont pour moi et par définition en état de choc. » E08 ;

« J'imagine justement en sollicitant CPE, infirmière, les enseignants qu'on estime suffisamment solides pour les accompagner, les éloigner du reste des élèves, leur permettre de parler, prévenir leurs parents et les faire venir. Je pense à une prise en charge individuelle et/ou collective ça dépend du contexte, par exemple si c'est une classe entière qui a été témoin, eh bien prise en charge de la classe entière... A plusieurs parce qu'on ne peut pas faire ça tout seul pour prendre en charge. » E10 ;

« Je pense que j'appellerais ses parents pour qu'ils l'emmènent dans un premier temps, et de le revoir ensuite avec ses parents pour voir s'il est en capacité de parler, ou d'expliquer » E06.

La nécessité d'un accompagnement particulier de ces témoins est souvent évoquée (E01, E02, E06, E07, E08, E09, E10, E11, E12). Celui-ci peut se faire par différents membres du personnel, intervenants seuls ou en binôme mais est principalement dévolu à l'infirmière et/ou au psychologue scolaire (E07, E09 E08, E10 E01, E11) :

« Les éventuels témoins je les mettrais dans un lieu sécurisé, avec un adulte qui est habilité à les écouter, comme l'infirmière, comme des gens qui sont assez proches comme les

surveillants qui ont un peu de bouteille, qui ont l'habitude etc... Et bien sûr je communiquerai avec les familles très rapidement » E07 ;

« C'est moi qui évalue l'état, à ce moment-là et dans ce cadre-là je serais pas seul pour les recevoir, quand je dis moi c'est pour dire que c'est moi qui piloterai l'entretien, mais il y aurait soit la psy EN soit une infirmière à mes côtés pour qu'on évalue ensemble, c'est toujours moins accidentogène d'être à deux à parler dans ce cadre-là, ça permet de réguler pas mal les bêtises qu'on peut dire. » E12.

Deux des personnes interrogées soulignent quant à elles la particularité et la difficulté de la prise en charge des membres du personnel qui auraient été témoins (E11, E12) :

« Pour les personnels c'est un peu plus compliqué (...), on peut rien imposer dans ce cadre-là et puis chacun vit ça dans sa temporalité, avec son ressenti, et on peut pas être trop intrusif parce qu'il y a certaines personnes qu'on va hyper gêner quand on essaye trop d'aller chercher dans l'intime, au sens un peu large, et d'autres au contraire qui vont nous trouver complètement inhumains si on va pas un peu les chercher... C'est vraiment des gestions au cas par cas. » E12.

C/ Mesures à court terme (première semaine) et moyen terme (premier mois) :

1) Communication autour du suicide :

a) Lignes de conduite :

Pour la moitié des personnes interrogées (E01, E05, E08, E10, E12, E13), il est nécessaire de communiquer de manière claire sur le suicide de l'élève, de manière à lutter contre les rumeurs :

« Le flou et la non-réponse amènent la rumeur, et amènent la déformation de la réalité » E05 ;

« Le pire à mon sens c'est de dire « Bon on n'en parle pas », parce que là ça génère les rumeurs, « On nous cache quelque chose », enfin voilà . » E13.

Certains proposent à ce titre de nommer clairement le suicide (E01, E10) voire le moyen utilisé (E01) :

« C'est pas la peine d'en dire trop, mais de les dire (NDLR : les choses) telles quelles sont. Si par exemple l'élève s'est pendu : mort par pendaison. On va pas non plus aller... Mais ça doit être clair » E01.

D'autres insistent sur la nécessité de vérifier la véracité des informations -surtout en cas de suicide à l'extérieur de l'établissement- avant toute communication (E08, E10), et d'obtenir préalablement l'accord de la famille de l'élève décédé (E02, E10) :

« Je demanderai au CPE de pouvoir vérifier, d'avoir des informations, de voir aussi les camarades proches, les parents et de voir avec eux aussi comment ils souhaitent qu'on communique, parce que les parents de l'élève c'est important aussi de les associer. »E10

Un tiers des personnes interrogées (E02, E04, E12, E13) évoque une crainte des conséquences d'une mauvaise gestion de l'annonce :

« On prend un risque, le risque c'est que ça parte en pugilat avec l'effet de groupe. » E04 (NDLR : en évoquant la possibilité d'une annonce à l'ensemble de la communauté scolaire réunie) ;

« Il faut faire attention à ce qu'on écrit, parce qu'on peut toucher à l'intime, dans le cadre d'un suicide on ne sait pas trop quelles sont les vies des gens, on est tous porteurs de nos sacs à dos et il faut être très vigilant avec ça. » E12.

b) Des annonces différentes selon les interlocuteurs :

i. Annonce aux autres élèves

Les personnes se prononçant sur les modalités de l'annonce évoquent essentiellement une annonce en collectivité restreinte, classe par classe (E01, E02, E04, E09, E12) ou auprès des cercles de proximité qu'avait la personne décédée (E12, E07, E06).

Toutes les personnes interrogées évoquent que ce rôle revient au chef d'établissement, mais un tiers souligne également la possibilité d'être accompagné par un ou plusieurs membres du personnel au moment de l'annonce : infirmière scolaire (E01, E02), psychologue scolaire (E01, E02), professeur principal (E02, E07), proviseur adjoint (E09), CPE (E09), ceci dans le but d'être au maximum à l'écoute des élèves, pour venir en soutien ou pour modérer les propos de la personne faisant l'annonce :

« J'irais avec quelqu'un parce que j'ai besoin de ... Comment on pourrait dire, pas quelqu'un qui me cadre mais un modérateur, un regard extérieur, parce que des fois quand on parle on se rend pas compte du choix des termes, qu'on va trop loin dans un sujet ou qu'on a oublié quelque chose. » E07 ;

« On accueille les plus proches amis, parce que là il y a le danger de la contagion. Informer la famille des proches et après le cercle de la classe, donc communiquer avec la classe, expliquer les choses etc... Et communiquer aussi avec les familles de la classe parce que l'enfant va rentrer bouleversé. Et après il y a aussi au niveau de l'établissement parce que là pour le coup, m'adresser à l'ensemble des 370 élèves ça serait compliqué donc je demanderai aux professeurs de faire un relais s'ils s'en sentent capables, et s'ils s'en sentent pas capables qu'ils me le disent pour que je puisse trouver une solution alternative. » E07 ;

« La question se pose quand même de « est-il indispensable d'informer l'ensemble des élèves ? » ... Je sais pas... Prévenir la classe c'est sûr, parce que de toute façon ça se saura et

il vaut mieux que ça soit dit d'une façon uniforme et la moins pénible possible par un adulte. Après le dire à tout l'établissement je sais pas. » E06.

Trois des personnes interrogées (E01, E08, E10) évoquent la possibilité de l'anticipation du message à délivrer aux élèves, l'une d'entre elles envisage la création d'un texte écrit, utilisable par les membres du personnel pour les aider dans la gestion de l'annonce :

« Je pense qu'on se réunirait pour savoir ce qu'on dit et ce qu'on dit pas aux élèves, pour leur dire la même chose et essayer d'avoir une cohérence, une réponse commune » E01 ;

« Si par exemple il fallait délivrer un message à tous les élèves... Je pense que je l'écrirais et je demanderais aux gens s'ils sont à l'aise ou pas, et ceux qui sont à l'aise ils le font comme ils sentent, et ceux qui se sentent pas à l'aise utilisent un écrit par exemple qu'on travaillerait en équipe.» E10.

Le message délivré aux élèves vise à expliquer la situation (E01, E09), informer des mesures mises en place comme l'existence d'une cellule d'écoute (E05), rappeler que le personnel est à l'écoute (E09), et rassurer les élèves sur les émotions qu'ils peuvent ressentir (E13) :

« Ça serait une information comme quoi on a une cellule psychologique qui se met en place dans l'établissement pour répondre à cet évènement. C'est pas une annonce de « Il s'est passé ça », non, on apporte déjà une réponse à ce qui s'est passé, je trouve que c'est plus naturel, parce que c'est comme ça que ça se passe, les gens sont au courant souvent même avant nous... Et nous on n'est pas là pour informer du drame de la vie des gens, on est là pour apporter une réponse à cette situation. » E05 ;

« Pour les autres élèves aussi, c'est extrêmement important de leur montrer que l'on gère au mieux la situation, sans enlever un quelconque affect ou une quelconque émotion. Je leur ai dit « Oui vous êtes triste vous êtes en colère etc... Vous avez raison d'être triste, en

colère, de pas comprendre, vous avez raison d'être dans un état... C'est normal. Maintenant on va avancer ensemble. » »E13.

ii. Communication aux familles

La communication aux familles peut se faire par divers moyens : courrier (E01, E11), SMS (E01), mail (E02), appels téléphoniques (E04), Espace Numérique de Travail de l'établissement (E08, E12), réseaux sociaux (E08). Certains évoquent également la possibilité de faire passer un message à l'ensemble des parents d'élèves via les représentants des parents d'élèves ou les fédérations de parents d'élèves (E04, E08).

Le message délivré lors des communications aux familles a pour but d'avertir les parents des faits, en leur demandant de rester vigilants à l'égard de leurs enfants, de rappeler les mesures mises en œuvre au sein de l'établissement dans l'accompagnement de la communauté scolaire, et de couper court aux rumeurs (E01, E11, E13) :

« Je pense à un communiqué, un petit courrier que je ferais aux familles, qu'on mettrait sur la plateforme internet du lycée, en disant « Voilà attention à votre enfant, on a eu ceci dans l'établissement etc... Nous mettons tout en œuvre pour que votre enfant soit accompagné etc... Si vous avez besoin ou si vous êtes inquiet pour votre enfant etc... » » E11 ;

*« Communiquer au niveau hiérarchique c'est obligatoire, mais aussi avec les parents, c'est-à-dire « Voilà il s'est passé ça, telles informations, on organise un espace de témoignage, recueillement etc... Il y a un enterrement qui est fixé tel jour, si vous voulez nous rencontrer il y a ça, si votre gamin ne va pas bien surtout vous parlez avec lui, vous nous en parlez etc... » (...)
« Soyez vigilants avec vos gamins, si vos gamins ne vont pas bien vous nous le dites ou vous voyez votre médecin traitant etc... » » E13.*

En ce qui concerne la communication à la famille de l'élève décédé, des craintes et considérations particulières sont émises par un tiers des personnes interrogées (E01, E05, E07, E08) :

« Là clairement j'aimerais être formée, parce que je ne vois pas comment je peux annoncer ça... Quels mots choisir, que dire... Moi je me vois pas annoncer au téléphone « Venez, votre fils il a sauté par la fenêtre » (...) J'imagine que je ferais venir la famille en disant « Il y a un souci avec votre fils est-ce que vous pourriez passer au plus vite ? », mais sans le dire au téléphone... » E07 ;

« Recevoir un bulletin alors que son gamin ça fait deux mois qu'il est décédé... ça le fait pas. Et se voir rayer des listes son gamin du jour au lendemain, sans en être informé avant... ça le fait pas. Donc il y a toute une gestion comme ça, de dialogue avec les parents, à mettre en place, à faire, à les soutenir, pour éviter de faire des boulettes, et respecter ces personnes » E05.

iii. Relations avec les médias :

Les personnes interrogées s'accordent pour dire que s'il y a une communication aux médias, celle-ci revient exclusivement au Chef d'Etablissement (E01, E02, E06, E07, E08, E11).

Un peu plus de la moitié évoquent la nécessité d'en référer initialement au Rectorat ou à la DSDEN, soit pour obtenir leur accord pour une communication auprès des médias (E01, E07), soit pour leur déléguer cette communication (E04, E05, E10, E12, E13) :

« Je pense que j'aurais des consignes strictes de ne pas communiquer... Enfin j'imagine que ça serait le rectorat qui prendrait la main sur la communication (...) Nous les consignes qu'on a c'est qu'on prévient directement et que c'est une discussion avec le Directeur

Académique, qui me dirait oui ou non sur la communication avec les médias. Mais de mon propre chef je ne communiquerai pas » E10 ;

« La première chose c'est contacter la cellule communication du Rectorat en disant « Ben voilà il est arrivé ça, qu'est-ce que je peux dire? », pour éviter de dire des bêtises. Donc là on peut toujours s'abriter derrière la hiérarchie (...) Ça protège. » E12.

Lorsqu'un message est délivré par l'établissement, celui-ci doit contenir des informations factuelles et contrôlées (E02, E07, E11), de manière à couper court aux rumeurs (E05, E07). Il doit également permettre de véhiculer des informations sur les mesures mises en place, et transmettre le soutien de l'établissement :

« Pour les médias... des faits, rien que des faits. Pas d'interprétation, pas de commentaires, pas de supposition. » E02 ;

« Quel que soit l'évènement dramatique faut pouvoir communiquer sans que les propos soient flous, interprétables, faut être clair, pas semer la panique avec des phrases malheureuses comme « Pour qu'il n'y ait pas de contagion de suicide nous avons informé... » là tout de suite on entend « Contagion de suicide ça veut dire qu'il y a une vague de suicide au lycée »... Donc il faut vraiment choisir et bien préparer son discours, et même comme ça malheureusement... on peut encore dérapier et dire une bêtise (...) » E07 ;

« Donner les informations élémentaires et puis aussi adresser un message de soutien chaleureux à toutes les personnes qui sont peinées par ce drame. » E07.

Les personnes interrogées font part d'une méfiance par rapport aux médias (E02, E07, E11, E13), à qui ils peuvent reprocher d'être trop inquisiteurs dans ce type de situation (E04, E05, E09), et expriment la crainte que la nouvelle du suicide soit déformée dans les médias (E02, E05, E07, E13), soit par les médias eux-mêmes (E13), soit par une personne mal intentionnée qui leur délivrerait des informations erronées (E05, E07) :

« Les médias forcément c'est eux qui seront les plus compliqués à gérer parce qu'ils sont assez inquisiteurs. » E09 ;

« On n'est jamais à l'abri d'un irresponsable qui irait appeler la presse écrite pour dire « Voilà ce qui se passe au lycée, j'y enseigne, les élèves sont pas écoutés, les élèves sont brutalisés, l'élève qui s'est suicidé il s'était passé des choses avec son prof »... Enfin je l'ai vu moi dans la presse des propos très diffamants, sous couvert de l'anonymat c'est bien pratique. » E07.

iv. Réseaux sociaux

Enfin, trois des personnes rencontrées accordent une vigilance particulière aux réseaux sociaux, à la fois en ce qui concerne la diffusion des informations autour du suicide (E10, E13), mais également pour le repérage des personnes à risque (E08) :

« Les autres (...) qui vont sortir leur portable et mettre ça en ligne sur Facebook. Et ça, quand j'en avais parlé avec mon collègue de XXX, c'était ça le plus dur à gérer, enfin pas le plus dur dans l'organisation, mais c'est de se dire qu'on a là des gamins qui sont en train de filmer une situation dramatique quoi, sans affects, en se disant « Trop bien je vais pouvoir mettre ça sur internet » » E13 ;

« Je pense qu'après il faut vite se poser la question des autres élèves car les nouvelles vont vite, et avec les réseaux sociaux les portables ça file vite donc je pense qu'il faudrait tout de suite se préoccuper du reste des élèves et de savoir s'ils ont été informés, et s'ils ne l'ont pas été, eh bien prendre la main sur l'info parce que ça va vite... Un des premiers réflexes serait de maîtriser l'information auprès des élèves donc de prendre la main . » E10.

c) Résumé : Mesures de communication autour du suicide



2) Repérage des individus à risque :

a) Personnel en charge du repérage :

Quatre personnes parmi celles interrogées soulignent que le repérage des individus à risque nécessite une mobilisation de tous les personnels de l'établissement (E01, E07, E08, E13). Ce rôle est le plus souvent attribué au personnel éducatif (E02, E05, E06, E07, E09, E10, E12) et aux professeurs (E02, E04, E05, E06, E07, E08, E09), mais peut également concerner les personnels paramédicaux internes (E05, E11), des agents divers (E01, E06, E07) ou encore les parents (E05) :

« Parmi les élèves, incontestablement les enseignants et les CPE, qui déjà de façon régulière sont ici très attentifs, ils signalent facilement quand ils repèrent un dysfonctionnement ou un comportement pas classique chez un élève, c'est fait assez rapidement. » E06 ;

« C'est très important les surveillants, c'est les plus proches des élèves, donc quand un élève va pas bien, ou quand un élève voit que son camarade va pas bien, le premier confident c'est souvent le surveillant. » E07 ;

« On dit, dans la communication aux autres parents « Attention, votre enfant peut, même s'il connaît pas, il peut ! Donc si vous avez un doute, vous voyez avec votre médecin généraliste, vous en parlez avec lui », on remettrait peut-être les numéros de téléphone utiles qui sont dans le cahier de correspondance. » E05.

b) Identification des personnes à risque :

Les personnes à risque peuvent être préalablement identifiées, il peut s'agir d'élèves proches de la personne décédée (E05, E11, E13), appartenant à la même classe (E13) ou rencontrant des difficultés personnelles (E10) :

« Il y a déjà des élèves qui sont identifiés comme étant fragiles, situation familiale compliquée, etc... Donc ces élèves là je pense qu'on leur porterait une attention particulière » E10 ;

« On avait une vigilance autour de la classe spécifiquement, de ses camarades qu'on avait identifiés, on était vigilant, sans en rajouter non plus. » E13.

Trois personnes (E01, E04, E10) évoquent également l'existence au sein de leurs établissements d'une « cellule de veille », constituée sur le long terme, et recensant les cas d'élèves en difficulté (mal-être, difficulté d'intégration, décrochage scolaire). Pour ces personnes, un appui sur cette cellule de veille est envisagé pour aider au repérage des individus à risque :

« Je pense que s'il y avait une situation de crise, elle (N.B : la cellule de veille) se réunirait de façon justement à organiser la veille et prendre des infos un peu partout sur quels seraient les individus à suivre, à orienter, et pour faire le lien. » E10.

Parmi les comportements nécessitant une vigilance accrue, trois des personnes interrogées évoquent l'absentéisme scolaire (E07, E11, E13), un intérêt particulier est également porté sur les changements de comportements chez les élèves (E02, E06, E12, E13) :

« Les professeurs recueillent, repèrent, vont à la pêche aux infos. « Tiens untel est pas là ce matin, et hier j'ai vu qu'il allait pas bien qu'est-ce qu'il se passe... ». »E07 ;

« On redéfinit tout ce qui est du domaine du micro-signal, les élèves qui d'habitude sont pas isolés et qui là vont s'isoler d'un coup, ceux qui vont être dans l'exubérance. » E12 ;

« On est vigilant sur des différences de fonctionnement dans la vie de tous les jours, dans l'établissement, dans les cours, de l'agressivité, des pleurs, de la passivité, des choses qui sont différentes, tout le monde est vigilant. » E13.

c) Prise en charge et orientation des personnes repérées :

La prise en charge et l'orientation des personnes repérées revient à l'infirmière scolaire pour une majorité des personnes interrogées (E01, E02, E04, E05, E06, E07, E08, E10, E12, E13), mais parfois ce rôle peut également être dédié au Chef d'Etablissement, qui peut rencontrer l'élève, contacter les parents et faire le lien avec l'extérieur (E02, E09, E12). Les parents peuvent également être sollicités pour orienter eux-mêmes leur enfant après avoir été avertis (E06, E09, E13) :

« Les cas repérés ils finiront au dialogue avec l'infirmière généralement. On dit aux élèves « Ecoute t'as pas l'air super bien, va voir l'infirmière et discutes-en ». C'est l'infirmière qui là est pour le coup complètement dans son rôle, qui appelle les parents et qui dit « Là il y a un vrai souci, il faudrait... ». » E12 ;

« Moi (N.B Chef d'Etablissement) je demande à voir l'enfant puis j'appelle la maman ou le papa et je leur dis « Ecoutez voilà, on a discuté avec votre enfant, je ne suis pas spécialiste mais je pense qu'il faut consulter... ». » E09 ;

« Ça peut être d'abord un contact avec les parents pour voir ce que pensent les parents, s'ils ont remarqué et si eux-mêmes peuvent assurer une prise en charge. Après il y a des parents qui sont dépassés ou qui voient pas, donc dans ces cas-là on peut faire appel à nos infirmières, à notre cellule d'écoute pour après orienter vers le CMP ou vers un spécialiste. » E06.

d) Cas particulier du personnel « à risque » :

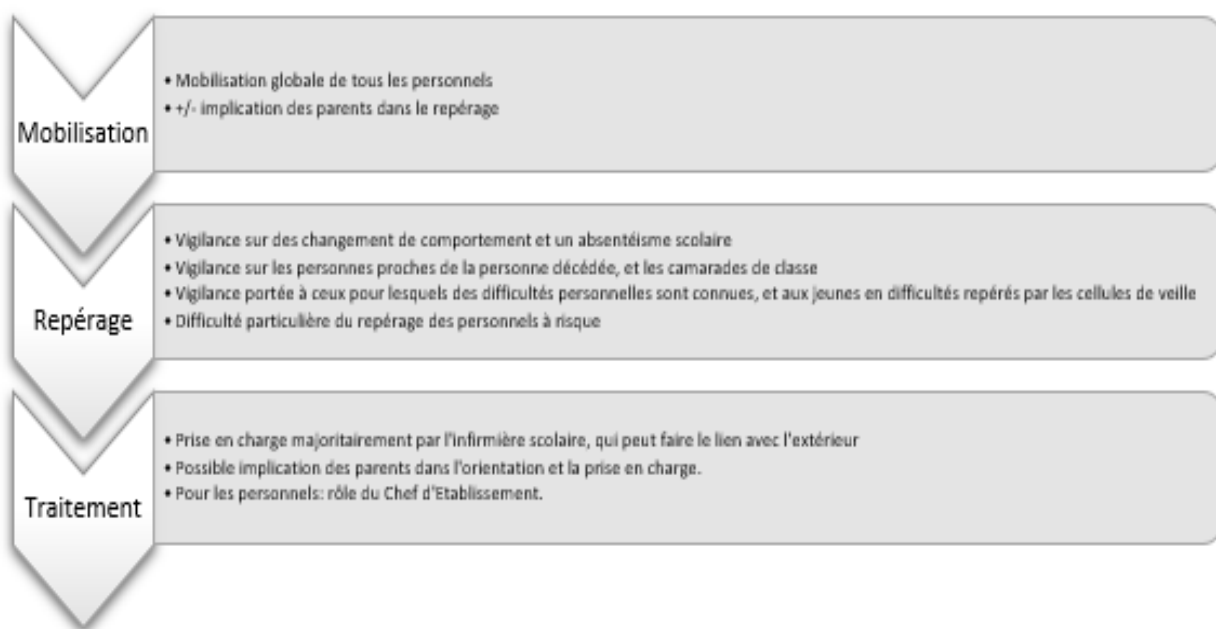
Lorsque la personne qui est repérée comme étant « à risque » fait partie des membres du personnel, sa prise en charge est sensiblement différente. La partie « soutien au personnel de l'établissement » qui vient ci-après, la détaille de manière plus approfondie.

Le repérage de ces personnes peut se faire par les autres membres du personnel (E06, E07), et ils peuvent être pris en charge par le Chef d'Etablissement qui les orientera vers des soins si nécessaire (E06, E07, E12). Une vigilance est portée en particulier sur l'apparition de difficultés dans la gestion des classes (E12). Une des personnes interrogées (E06) évoque une plus grande difficulté à repérer les personnes à risque parmi le personnel, par rapport aux élèves:

« Je pense qu'au niveau des adultes c'est peut-être plus compliqué, parce qu'un adulte va peut-être cacher plus sa réaction, et qu'il faudra peut-être creuser plus pour savoir. (...) Il faudrait déjà compter sur la solidarité des personnels adultes, pour qu'eux-mêmes, se connaissant bien, puissent repérer que tel ou tel personnel a été plus affecté, et venir nous le dire ; (...) pour évaluer tant qu'on le peut la gravité de la chose. Après on peut contacter, ce qu'on fait dans d'autres circonstances, le service médical du Rectorat pour avoir des conseils et orienter à ce moment-là le personnel vers les services médicaux du rectorat. » E06 ;

« L'idée c'est d'être un peu plus attentif à ce moment-là, de passer un peu plus boire un café en salle des profs ou dans les labos, de redescendre un peu plus sur le terrain, d'être attentif encore une fois dans les moments qui suivent à ce qu'on pourrait appeler un faisceau de micro-signaux, les profs pour lesquels généralement ça se passe bien avec leur classe et là d'un coup on a plein de rapports d'incidents, quand on passe dans les couloirs et que ça crie, ou au contraire les classes sont super calmes alors que c'est pas l'habitude... enfin voilà tout ce qui est dans le domaine du changement il faut être attentif. » E12.

e) Résumé : mesures rapportées pour le repérage des individus à risque



3) Mesures d'accompagnement psychologique :

a) Cellule d'écoute

Un peu plus de la moitié des personnes interrogées (E01, E06, E07, E09, E10, E11, E12) évoquent la possibilité de mettre en place une cellule d'écoute au sein de l'établissement scolaire :

« C'est la cellule de crise qui dirait « Bon ben voilà faudrait qu'on mette en place une cellule d'écoute qui va être mobilisable, à quel moment, est-ce qu'il faut que ce soit tout le temps ouvert... ». » E12.

Le but de cette cellule d'écoute serait de favoriser la verbalisation des émotions et ressentis (E09, E11), et de communiquer autour du suicide (E01).

Les personnes faisant partie de cette cellule d'écoute peuvent être des membres du personnel de l'établissement (E10, E11) ou des personnels délégués par les services académiques (E10).

b) Diffusion de messages de prévention et de sensibilisation :

Pour rappel, les mesures de sensibilisation universelle visent à informer la communauté scolaire des ressources existantes, mais également des réactions psychologiques possibles après un suicide¹⁶.

La diffusion de ces messages revient à l'infirmière (E04, E05, E07, E08, E10) de manière prédominante, mais également au CPE (E04, E08, E10), au chef d'établissement (E08, E09, E11) éventuellement en lien avec le psychologue (E11), ou les professeurs principaux (E08, E10). Deux personnes interrogées (E09, E12) évoquent quant à elles l'existence à l'échelon local de dispositifs particuliers pouvant être sollicités pour la diffusion de ces messages :

« De par la fonction c'est les infirmières, ou le CPE, ou le chef d'établissement. Après les professeurs principaux, plus les uns que les autres, d'autres pas du tout. (...) Mais c'est pas... il y a rien d'écrit par rapport à ça. Ça sera en fonction de chaque situation » E08 ;

« Il y a une instance qui existe pour ça c'est le CESC, c'est le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté, qui ici est piloté par l'infirmière pour toute la cité. » E12.

Les messages diffusés ne semblent pas être prédéfinis. Une des personnes interrogées envisage de rechercher leurs contenus sur des sites spécialisés (E04), pour une autre ces messages pourraient faire partie de documents fournis par la DSDEN (E10)

« J'irais chercher sur internet des messages qui existent sur vos sites, j'invente rien, donc je connais pas les contenus, mais on aura du contenu forcément. C'est l'infirmière qui se renseigne, je lui dirai « Vous avez les compétences pour savoir ce qu'il faut dire ou pas, mais appuyez-vous sur des compétences autres que les vôtres, authentifiées », voilà. » E04 ;

« Ça peut être quelque chose qu'on délègue par exemple aux IDE (...) à quelqu'un d'autre que le chef d'établissement, ou à la DSDEN s'ils peuvent envoyer des choses toutes faites ça peut être utile. » E10.

Certaines des personnes rencontrées (E02,E04,E05,E06,E13) font état de craintes quant à la diffusion de messages de prévention et de sensibilisation sur le suicide, a fortiori après la survenue du suicide d'un élève de l'établissement :

« Moi je suis assez favorable à la prévention, maintenant on sait que la notion de suicide est particulière chez les adolescents, elle est différente de chez un adulte. Et c'est une crainte je pense infondée, mais on n'a pas non plus envie de leur parler de suicide alors que tout va bien pour eux, en ayant peur qu'il y en ait un qui prenne une idée quoi. Je pense que c'est infondé cette crainte, mais elle est là. » E02 ;

« C'est compliqué, parce que si on revient sans arrêt, de manière insistante sur le suicide de l'adolescent, en faisant peut être à un moment penser que tous les adolescents sont des suicidés en puissance, des futurs suicidés en puissance, ça ne fait qu'alimenter ça, ça ne fait qu'alimenter la peur, l'inquiétude chez les parents (...) Non c'est plutôt « Soyons vigilants, on est à votre écoute, on en parle », voilà. On n'en rajoute pas, on n'en fait pas des tonnes pendant des semaines parce que ça alimente le stress et l'inquiétude de tout le monde. » E13.

Il semble exister un tabou autour du suicide, ce que rapporte près de la moitié des interrogés (E04, E05, E07, E11, E12), entravant peut-être la possibilité de diffusion de tels messages :

« Je pense que c'est peut-être l'unique sujet tabou. Parce qu'on parle facilement des autres drames, les agressions, la maltraitance toutes ces choses-là sont pas taboues du tout. » E07 ;

« On en parle très peu, c'est très tabou, donc qu'on puisse nous dire « Ça peut arriver dans votre établissement, et dans ce cas-là vous avez ça, ça, ça... » ça on n'en parle jamais, même nous en formation chef d'établissement... même dans nos formations à nous... » E11.

4) *Participation de l'établissement aux funérailles :*

La quasi-totalité des personnes interrogées (E01, E02, E05, E06, E07, E08, E09, E10, E11, E12, E13) est en faveur d'une participation aux funérailles de l'élève décédé, pour les membres de la communauté scolaire qui le souhaitent.

Certains sont ouverts à une participation de l'ensemble des personnes le souhaitant, sans distinction (E02, E06, E11, E12), tandis que d'autres insistent cependant sur la nécessité de privilégier l'accès aux funérailles aux élèves de la classe, aux amis, aux représentants des élèves, professeurs de la classe, etc... (E08, E09, E10) :

« Je vais pas autoriser mes 1500 élèves à y aller puis de toute façon ça serait ridicule. Mais évidemment qu'au niveau du CVL (NDLR : Comité de Vie Lycéenne), ou des délégués, ou plus particulièrement de la classe concernée ou de ses ami(e)s sportif(ve)s... en clair ça dépend aussi de l'aura de ce jeune au sein de l'établissement. » E08 ;

« Moi je serai présente pour représenter l'établissement, je permettrai au personnel qui le souhaite de pouvoir y assister (...) Aux élèves aussi. Ou au moins aux élèves de la classe par

exemple. Aux élèves de l'ensemble de l'établissement peut être que je communiquerai pas... » E10.

Pour cinq des personnes interrogées (E05, E08, E10, E12, E13), l'établissement se doit d'être représenté par des membres de la communauté scolaire lors des funérailles d'un élève :

« Lorsqu'on a un élève qui est décédé, au niveau des funérailles, l'établissement se doit d'être présent, à plein de titres : personnel parce que c'est mes élèves, ce sont nos élèves, institutionnel parce que c'est le lieu social de l'élève. » E05.

La moitié des personnes interrogées souligne qu'il est nécessaire d'obtenir l'accord de la famille de l'élève décédé avant d'envisager la participation de la communauté scolaire aux funérailles (E01, E02, E07, E10, E11, E13) :

« Il y a quand même la famille à respecter dans tout ça. C'est parfois le plus délicat, il y a des familles qui en veulent énormément à l'école dans ces cas-là, des familles qui savent bien que c'est pas lié, d'autres qui font pas d'amalgame enfin voilà. Donc il faut d'abord voir le positionnement de la famille pour moi, leur proposer l'accompagnement. » E11.

Enfin des mesures annexes aux funérailles peuvent être prises, telles que la possibilité d'un soutien financier à la famille pour l'organisation des funérailles (E06, E08, E11).

5) *Soutien au personnel de l'établissement :*

a) *Personnes et structures mobilisables :*

Parmi les personnes interrogées, deux (E07, E13) soulignent que la prise en charge de la communauté scolaire à la suite du suicide d'un élève est davantage tournée vers l'accompagnement et le soutien des élèves, au détriment du personnel ayant contribué à gérer la crise. Comme l'expriment cependant deux autres des personnes interrogées (E05, E10), les

mesures de soutien aux personnels de l'établissement ayant géré la crise ne doivent pas être négligées:

« Là il y a un petit vide (...) c'est vrai que nous on est à fond sur les élèves, et moins sur le personnel. » E07 ;

« Il y a une évaluation et un accompagnement auprès des personnels, qui eux ont gérés la crise, nécessaire car eux aussi ont besoin d'être accompagnés et ça faut pas l'oublier. » E10.

L'accompagnement et le soutien au personnel de l'établissement ayant contribué à gérer la situation est un rôle qui, d'après les interrogés, revient essentiellement aux Services Académiques (E01, E05, E06, E07, E08, E09, E10, E12, E13). Il peut s'agir d'une intervention sur place de personnels dépêchés par le Rectorat (E01, E05, E07, E10, E13), mais également d'un recours au sein du Rectorat ou de la DSDEN (E06, E07, E08, E09, E12, E13) à la demande des personnels (E06, E07) ou du Chef d'Etablissement pour un personnel qu'il juge en difficulté (E07, E08, E09) :

« C'est le rectorat, c'est la gestion des personnels, il y a une cellule (...), la cellule de psychologie, avec sûrement un déplacement du médecin du travail, parce qu'on a un médecin du travail, on en a un, qui gère tous les profs, donc on a un médecin du travail qui sûrement se déplacerait » E05 ;

« Au rectorat, il y a une médecine préventive, qu'ils peuvent saisir et avec qui ils peuvent demander un rendez-vous.(...) Et il y a aussi une infirmière au niveau du rectorat, une assistante sociale et un psychologue. (...) Moi si besoin je les oriente vers ces personnes-là. (...) Il y a aussi depuis deux ans une équipe de psychologues pour le travail, pour les personnels donc si on a une problématique d'établissement on peut faire appel à eux, et eux ils peuvent venir dans l'établissement pour accompagner les personnels, pour aider à voir clair dans ce qu'il se passe et pour donner des conseils de prise en charge. » E07.

Pour quatre des personnes interrogées (E06, E07, E08, E09), le Chef d'Établissement détient également un rôle d'écoute, de soutien, et d'orientation pour ces personnels :

« Moi mon rôle c'est si vraiment on s'aperçoit que les gens ont besoin, ils vont l'exprimer, et moi alors je renvoie vers les services médicaux. (...) En tant que personnel de direction on doit forcément faire le premier lien, on est en première position. » E09.

Quatre des personnes interrogées évoquent le personnel paramédical exerçant à l'intérieur de l'établissement (E01, E02, E04, E08), et les avis sont divergents quant au recours à l'infirmière scolaire ou au psychologue scolaire pour le soutien au personnel de l'établissement :

« Le psychologue scolaire qui est arrivé cette année, il a pas encore tissé ce lien avec les personnels et j'ai même envie de dire pour le coup que je suis pas sûre que ça fasse partie de ses prérogatives. Lui son cœur de métier c'est vraiment les élèves. Alors évidemment, s'il y a quelqu'un qui vient le voir en disant « ça va pas du tout » il va pas le mettre dehors de son bureau... mais c'est pas le but normalement. » E01.

Deux des personnes interrogées (E06, E13) estiment que leurs personnels peuvent également entamer une démarche personnelle si besoin :

« Ce que j'ai dit aux adultes c'est « Attendez, nous on est adultes, ce n'est pas notre gamine, nous en tant que personnel de l'établissement on a nos familles éventuellement pour évacuer le truc, on a nos médecins traitants, on a possibilité nous aussi de dire « bon allez mercredi après-midi j'ai pas cours je me trouve un psy, ou un rendez-vous à l'hôpital », voilà on a possibilité de se prendre en charge, on est capable nous de faire des liens. » E13.

b) Mesures générales de soutien pouvant être mises en place :

Les mesures pouvant être mises en place peuvent être des mesures d'aide à la gestion du travail, comme rappeler les limites des missions du personnel (E02, E05, E06), la possibilité

de remplacement des professeurs ou d'assistance pendant les cours (E05), l'aide dans la définition du message à délivrer aux élèves (E01, E10), ou encore la possibilité d'informer le personnel des réactions possibles chez leurs élèves dans ce type de situation (E10, E11) :

« J'ai tendance à leur dire « si vous ne savez pas, ne faites pas, dites-moi. » (...) Je préfère que l'on ne fasse rien mais qu'on nous alerte et qu'ensuite il y ait des professionnels qui prennent le relais, parce que l'adulte peut lui aussi être complètement dans l'affect (...) On n'est pas professionnels. On est professionnels de l'éducation, on n'est pas professionnels de la santé, et ça c'est la limite qu'il faut absolument conserver. » E02 ;

« On a également des personnels qui viendraient me dire « Moi je suis pas capable Monsieur, moi je fais pas » et puis on ramasse à la petite cuillère. Il est sûr qu'on va pas aller lui demander d'aller gérer les ados, chacun fait ce qu'il peut avec ce qu'il peut. Donc dans ce cas-là c'est (...) un autre collègue qui va prendre naturellement le relais. » E05 ;

« Les professeurs, certains, ne sont pas armés, donc moi j'avais rédigé un petit texte qui pouvait leur être utile. Certains n'en ont pas besoin, mais certains en ont besoin pour parler aux élèves, délivrer un message aux élèves donc moi je m'étais dit il faut que je fournisse ça au moins dans un premier temps à tous les enseignants. » E10 ;

« On dirait « Voilà vous allez avoir des réactions au sein de la classe... », je pense que dans ma communication aux profs je l'inclurais, en disant « Voilà vous allez avoir dans les mois qui viennent, des jeunes qui... des comportements... », je pense que dans ma communication auprès des équipes je serais assez exhaustif, pour l'avoir vécu. » E11.

Il peut également s'agir d'une aide sur un plan plus personnel, notamment en leur permettant de libérer la parole et de lutter contre le tabou autour de la détresse psychique (E11) et en les tenant informés des recours à leur disposition (E10) :

« Dire : « Voilà s'il y a un problème, si vous n'allez pas bien faut surtout pas rester enfermé avec, il faut en discuter , il y a pas de honte... ». Enlever tout ce qui est tabou, communiquer sur le fait qu'on est tous fragiles,(...) mais on va tous faire face quand même, et leur dire que pour le moment dans l'urgence on tient bon, on tient le cap, on prend sur nos nerfs parce qu'on est référent et adulte, et que après sur le long terme on verra, on les prendra en charge, on les accompagnera. » E11 ;

« Là comme ça je ne sais pas, moi je resterai assez factuelle, et puis tout de suite donner des informations sur à qui on peut s'adresser en cas de difficultés, qu'il y a une cellule d'écoute, une cellule psychologique qui est mise en place... (...) Sur l'information elle-même, je ne sais pas jusqu'où on peut aller sur les notions de culpabilité, des choses comme ça, les réactions connues après un suicide, et sur le deuil etc...» E10.

D/ Mesures à plus long terme (après le premier mois) :

1) Organisation d'un debriefing technique¹ :

Toutes les personnes interrogées s'accordent sur la nécessité d'organiser un temps de debriefing technique a posteriori, mais les modalités d'organisation de ce debriefing varient selon les personnes.

Pour la moitié des personnes interrogées, ce debriefing peut être organisé en interne entre les personnes ayant fait partie de la cellule de crise et/ou participé aux actions mises en place (E04, E05, E07, E09, E10, E13), cependant deux tiers des personnes interrogés ne sont pas opposés à l'idée de convier un intervenant extérieur. Celui-ci pourrait être un membre des services académiques ou du rectorat (E01, E05, E07, E08, E10), un psychologue / psychiatre (E01, E02, E11, E12), un parent d'élève (E12) ou encore un collègue de travail n'ayant pas participé à la

¹ Le terme de debriefing technique utilisé ici est utilisé en synonyme de « retour d'expérience » ou « RETEX »⁶⁹ et ne doit donc pas être confondu avec le terme d'Intervention Psychothérapeutique Post Immédiate (IPPI) qui est un type d'intervention psychothérapeutique utilisé dans la prise en charge du psychotraumatisme⁷⁰.

gestion de la situation (E12). Le rôle de cet intervenant extérieur pourrait être de diriger ce temps de debriefing (E02), d'analyser la situation de crise a posteriori (E05), ou encore rassurer les personnes étant intervenues (E08, E11) :

« Si c'était un suicide à l'interne obligatoirement il y aurait l'autorité qui viendrait de toute manière, peut-être aussi pour rassurer les personnes, remercier les personnes qui ont agi, qui ont travaillé là-dessus et tout ça, voilà. C'est quelque chose d'assez... c'est en termes de gestion. » E08 ;

« Ça dépend comment je sens l'équipe. Mais je pense que oui je ferais quand même appel à un professionnel, à un psychiatre (...) oui je ferais appel à un pro c'est sûr (...) Ça rassure et puis quelque part ça valide un peu tout ce qu'on a pu faire, ça peut aussi créer du lien dans l'équipe d'avoir un professionnel qui les rassure sur le fait qu'on a bien géré la crise, ou mal hein mais dans ce cas-là faut s'en rendre compte. » E11.

Ce temps de debriefing a plusieurs enjeux pour les personnes interrogées :

- analyse a posteriori de la situation et retour d'expérience: causes, actions mises en place pour répondre à la situation, responsabilités (E05, E09, E10, E12) :

« Pourquoi c'est arrivé, comment, où est-ce qu'on est intervenus, où est-ce qu'on n'est pas intervenu, quelle est la part de responsabilité dans tous les sens du terme par rapport à ça... » E05 ;

- soutien / échange / libération de la parole entre les membres ayant géré la situation (E01, E02)

« Je pense notamment à mon équipe de direction que je vais solliciter à ce moment-là, ils vont avoir, et moi aussi, besoin de débriefer. (...) on sera dans le feu de l'action, et quand

l'action va s'arrêter il faut que nous aussi on puisse libérer notre parole, c'est important. »

E02 ;

- clôture du protocole mis en place (E12) :

« il y a trois temps quand tu mets en place un projet, mais là c'en est un finalement, c'est-à-dire qu'il y a la préparation, le projet lui-même, et la clôture, qu'on regarde et qu'on évalue en fait. (...) Il faut absolument que ce troisième temps existe, évaluer notre action regarder si on a été performant ou pas performant, si on a accompagné au mieux, et puis si on peut amender et boucler sur le protocole » E12.

2) Actions commémoratives :

En dehors des funérailles de l'élève décédé, la plupart des personnes interrogées peuvent envisager la mise en place d'actions commémoratives. Il peut s'agir d'un temps de recueillement avec la famille (E02), de l'ouverture d'un lieu temporaire dédié à la mémoire de l'élève décédé (E05, E07, E10), de la rédaction de messages ou d'un livre d'or (E06, E07, E10), ou de la création de montages photos (E13) :

« Permettre aussi aux élèves de la classe, ou aux élèves proches de se réunir, et puis d'écrire ou de dessiner, ou de participer avec quelque chose de personnel pour marquer un signe à la famille et puis pour eux leur faire du bien, parce que je pense que ça peut faire du bien aux élèves de faire ça. » E06 ;

« Mise en place de commémoration là encore c'est à voir avec la famille, les élèves avaient fait un grand panneau avec des photos de la gamine etc... Ils voulaient l'amener au funérarium, la famille était d'accord, on a emmené les élèves amener tout ça. » E13.

Cependant, certains restent prudents quant à la mise en place de ces actions, avançant notamment que celles-ci doivent être limitées dans le temps et dans l'espace (E08, E09), la

difficulté de commémorer un acte intime et personnel (E12), la nécessité de favoriser le retour à l'état de base de la communauté scolaire (E05, E08), ou de ne pas envahir l'espace de deuil de la famille du défunt (E05, E07) :

« Je suis toujours prudent avec les books, avec les livres souvenirs tout ça, les élèves veulent faire un panneau, ils veulent mettre des photos bon voilà... mais je confine ça à un endroit, je veux pas non plus que ce soit un étalage partout, donc je le gère quoi. » E08 ;

« Il faut, il faut qu'il y ait un lieu, il faut qu'il y ait un souvenir, mais pas... il faut pas faire tout les ans... la famille doit le faire mais en tant qu'institution non, on ne peut pas, parce que les enfants tournent. » E09 ;

« Les commémorations c'est compliqué à l'interne de l'établissement et moi j'y suis pas favorable. (...) Parce que le suicide c'est aussi un acte intime, je juge pas moralement, alors là pas du tout, mais commémorer un acte intime ça me paraît pas judicieux.» E12 ;

« Quelle est notre véritable place, quelle place on se donne le droit, quelle place on prend, quelle place on nous donne, quelle place on nous laisse. Et tout ça c'est une alchimie qui est très compliquée, parce qu'on peut très facilement arriver sur une situation, qu'on peut comprendre, et qui serait tout à fait saine des familles : « Vous nous laissez entre nous, les profs on n'en veut pas, c'est trop dur pour nous ». On peut comprendre. Et en même temps, on peut se dire « On va laisser les familles tranquilles », et puis qu'il y ait une attente de la famille, pas forcément formulée, mais se dire : « Mais attendez c'est quoi ce délire, il y a personne du lycée ? ». » E05.

IV/ Evaluation de la demande

A/ Demandes en postvention :

1) Mesures postventives pour lesquelles une demande d'étayage est citée :

Lorsqu'une demande d'étayage par un professionnel de santé mentale en termes de postvention est évoquée, celle-ci concerne :

- le repérage des individus à risque (E01 E02 E09, E10) ;
- le soutien au personnel de l'établissement (E01 E02 E09, E10) :

« Quand il y a une crise comme ça, on fait face, parce qu'on n'a pas le choix, parce qu'on est formaté comme ça, parce que ça fait partie du job. Et bien souvent quelque temps après...voilà... et je pense qu'à ce moment-là on aurait besoin d'un professionnel parce que... (...) On décompense. » E01 ;

- le soutien psychologique aux élèves (E06, E08, E12) ;
- la participation au debriefing technique (E01 E02, E12) :

« Porter un regard aussi parce qu'on est toujours en recherche d'amélioration, donc porter aussi un regard critique constructif sur la manière dont on l'a géré. » E01 ;

- la gestion de l'annonce et de la communication autour du suicide (E07 E10, E11) :

« A titre personnel c'est sur les modalités de l'annonce, ça c'est certain, savoir quoi dire, comment le dire, à qui le dire, quand le dire, enfin tout ça c'est des choses qui ne vont pas de soi. Et que même avec les meilleures intentions du monde on peut se planter complètement. » E07 ;

- l'aide à la gestion du psychotrauma en cas de suicide intra-établissement (E08 E10) ;
- la participation à la cellule de crise (E01, E07) ;

- la diffusion de messages de prévention et de sensibilisation (E09).

2) *Mesures attendues :*

Les attentes des personnes rencontrées et les mesures qu'elles souhaitent voir mettre en place dans ce contexte d'étayage sont les suivantes :

- une présence, une écoute, et une disponibilité pour les élèves et le personnel (E02, E07, E09, E11, E12) :

« Je pense, déjà une présence, des temps et un lieu disponible et ouvert à toute personne qui voudrait parler. Si j'avais une situation de suicide dans l'établissement je pense que je ferais passer dans chaque classe un professionnel, sur un temps où le jeune pourrait libérer la parole. Plus à côté de ça une présence, du temps, de la disposition. » E02 ;

« Une présence, c'est être avec moi, avec l'équipe de direction 24h/24, je vois pas d'autres solutions, vous êtes là avec nous, et puis vous écoutez, vous parlez, vous nous aidez, parce que nous on n'est pas capable, on fait ce qu'on peut » E09 ;

- une délivrance de conseils sur la conduite à tenir (E06, E07, E10, E12) :

« On a besoin de regard de professionnels sur ce qu'on peut dire, ce qu'on ne peut pas dire, quels effets vont produire les mots... » E10 ;

« Pourquoi pas avoir un psy référent hors Education Nationale, auquel on puisse s'adresser en disant « Ben voilà il est arrivé ça ce matin, rappelez-moi de toute urgence, et puis qu'est-ce que vous en pensez, est-ce que vous pensez que je l'annonce, est-ce que c'est une bonne idée... », un partenaire de discussion quoi, le rôle que jouent soit les infirmières soit le psy EN mais encore une fois avec une expertise un peu supérieure. » E12 ;

- anticiper la situation en élaborant des outils et en proposant des mises en situation (E10, E11) :

« Les textes écrits par rapport à des messages je pense que ça pourrait être utile. Et puis après par exemple avec les membres de la cellule de veille, qu'il y ait des échanges un peu comme celui qu'on vient d'avoir, un peu approfondi c'est-à-dire on se met dans une situation on s'y projette et on se dit « Dans une situation de suicide qu'est-ce qu'on fait » ça pourrait être effectivement intéressant. Dans l'anticipation...ça pourrait permettre à chacun de réfléchir et de se dire qu'est-ce qui conviendrait de faire pour nous permettre de nous professionnaliser ça ça pourrait être utile » E10 ;

« S'il y avait un protocole de créé je suis persuadé que ça serait une bonne chose, un courrier type, comment communiquer avec les familles... une sorte de boîte à outils quoi... un référent qui arrive dans l'établissement, là ça serait le summum. » E11.

B/ Demandes générales de collaborations :

La globalité des personnes rencontrées s'accorde à dire qu'il existe un manque de lien, de manière générale, avec les services publics de santé mentale (E01, E07, E08, E10, E12, E13), avec toutefois la possibilité de collaborations sur des situations particulières d'élèves (E02, E05) :

« Il n'y a pas de liens en fait. Il y a une orientation vers eux quand on pense que peut-être il y a une opportunité. Mais il n'y a pas vraiment de travail en collaboration. » E07 ;

« Une incompréhension peut être un peu réciproque, voilà, et puis un manque de travail en commun, de « co-connaissances ». » E12.

Sur le long terme, plusieurs types de collaborations entre les établissements scolaires et les services publics de santé mentale ont été évoquées par les personnes rencontrées :

- mise en place d'actions de prévention sur le suicide et les comportements à risque dans les établissements scolaires (E05,E06, E07, E09, E10) :

« Sur la prévention du suicide, si on n'est pas dans un instant de crise, ça peut être intéressant d'en parler aux élèves. » E06 ;

« Plus sur la prévention. Car c'est vrai que comme je l'ai dit tout à l'heure c'est le sujet tabou (NDLR : le suicide) donc il faut pouvoir le mettre en place sans paniquer les gens. » E07 ;

- organisation de temps de formations ou d'information pour les personnels (E04, E08, E09, E11) sur la psychopathologie adolescente ou le repérage des jeunes en souffrance psychique :

« C'est vrai que si on avait peut-être de temps en temps une forme de mise au point, on pourrait avoir pourquoi pas des services comme ça qui pourraient venir nous aider, alors dans un premier temps au niveau des Chefs d'Etablissement (...) nous donner des conseils sur on a tel type de comportement, on peut contacter tel ou tel service, on peut réagir de telle ou telle manière, enfin vous me direz si ce que je dis est adapté, mais tout au moins avoir, je dis pas un traitement médical de la chose, mais au moins nous aider à dire voilà comment on devrait prendre en charge, ou qu'est-ce qui faut faire ou ne pas faire. » E08 ;

- interventions sur place pour évaluation des élèves en difficultés (E01, E04, E07) :

« Former les professeurs, et puis après avoir une cellule d'écoute au sein du lycée, être sur place, parce que parfois on est complètement dépassés » E04 ;

- superviser et conseiller sur des situations particulières d'élèves (E10, E12) :

« Il y a par exemple dans tous les établissements des GPDS, Groupe de Prévention du Décrochage Scolaire, ex cellule de veille (...), qui permettent de réunir une équipe autour

d'élèves qui sont en difficulté, pas toujours scolaire, c'est réunir les micro signaux et puis croiser les regards : « Ah oui il est toujours à l'écart », « Oui moi il est toujours au fond dans ma classe » ... et puis regarder si on peut pas diagnostiquer quelque chose qui dépasse pas un tout petit peu le cadre purement scolaire. Peut-être de loin en loin la participation de cette personne ressource dans les GPDS juste pour diagnostiquer, dire : « Ben oui là ça me rappelle un autre cas », ou « Oui il faut peut-être vous inquiéter un petit peu parce qu'effectivement ça peut être un peu problématique »... c'est l'endroit où ça pourrait être intéressant. » E12.

Enfin, pour deux des personnes interrogées (E02, E13), il n'y a pas de nécessité à mettre en place d'actions de collaborations sur du long terme :

« Si on avait une situation comme celle-là j'y réfléchirais mais là en fait on est déjà très bien accompagnés. » E02.

Discussion

II Forces et limites de l'étude :

A/ Forces de l'étude :

Bien que la thématique de la postvention en milieu scolaire ait été largement abordée dans la littérature, il s'agit à notre connaissance de la seule étude interrogeant directement « sur le terrain » les responsables d'établissements scolaires sur leurs représentations de la mise en place d'actions de postvention, ce qui lui confère un caractère original et innovant.

Elle a été conduite de manière rigoureuse et systématique, tant au niveau du recueil des données, de la retranscription des verbatims et de l'analyse qualitative.

Enfin, le questionnaire qui a été soumis a été rédigé de manière volontairement exhaustive, ce qui a pu permettre à la fois d'aborder de nombreux points de la postvention auprès de personnes n'étant pas des spécialistes de la santé mentale, mais également d'aider à abaisser certaines résistances et réticences des personnes rencontrées à parler de suicide.

B/ Limites de l'étude :

Notre étude souffre cependant de certaines limites. Tout d'abord, le mode de recrutement des participants, par tirage au sort et sur la base du volontariat a pu induire un biais de sélection. Nous avons ainsi pu constater que parmi les personnes rencontrées certaines faisaient état d'une sensibilisation préalable au suicide et à la santé mentale du fait d'expériences personnelles : l'une d'entre elles a ainsi évoqué un antécédent de décès par suicide dans son entourage, et une autre a évoqué un antécédent familial de pathologie mentale. De plus, près de la moitié des entretiens réalisés a eu lieu en présence de personnes faisant état

soit d'un antécédent de décès par suicide au cours de leur carrière soit au sein de l'établissement actuel, ce qui semble être au-delà des possibilités statistiques.

Nous avons défini comme critère d'inclusion pour le recrutement des participants le fait d'être Chef d'Etablissement ou adjoint au Chef d'Etablissement, le but étant d'entrer en contact avec la personne détenant la responsabilité des établissements scolaires et donc la responsabilité du déclenchement des actions de postvention à l'échelle de l'établissement. Cependant, le choix de cette catégorie professionnelle hors champ sanitaire et hors champ de la santé mentale a pu parfois poser des difficultés. Les participants étaient peu familiers avec certaines notions de postvention, notamment avec les types d'interventions psychothérapeutiques pouvant être proposées dans le cadre de la postvention, raison pour laquelle ce pan de la prise en charge postventive n'apparaît pas dans les résultats de notre étude. La thématique du suicide en elle-même a pu être un sujet difficile à aborder pour certaines des personnes interrogées et reste empreint de tabous pour près de la moitié d'entre elles.

Les entretiens étant réalisés sur le lieu de travail des personnes rencontrées, il a fallu composer avec certains aléas tels que les interruptions téléphoniques, la fatigue des personnes rencontrées, et les contraintes liées à leur emploi du temps qui ont pu impacter le bon déroulement des rencontres.

Enfin, une dernière limite est retrouvée dans la méthodologie de l'étude et repose sur le risque de subjectivité de celle-ci, la collecte, la retranscription, et l'analyse des données n'étant réalisée que par une seule personne.

II / Principaux résultats et confrontation aux données de la littérature :

Nous avons repris ci-dessous les idées principales émises par les personnes interrogées au sujet des mesures de postvention pouvant être appliquées dans leurs établissements scolaires, et les avons confrontées aux données de la littérature.

A/ Concordance des mesures postventives jusqu'à moyen terme avec les recommandations de la littérature :

1) Mesures immédiates et post immédiates:

Les principales mesures immédiates évoquées ont lieu d'être lorsqu'il s'agit du suicide d'un élève à l'intérieur de l'établissement. Les personnes interrogées évoquent alors la nécessité de prendre contact avec les services de secours, les forces de l'ordre, et la hiérarchie ; ainsi que la gestion des lieux et des flux d'élèves. L'ensemble de ces mesures est également rapporté dans la littérature^{49,50,51,52,60} et vise à limiter le risque de désorganisation, de confusion inhérent à cette situation, et de prévenir les réactions de crise et de stress.

En post-immédiat, l'établissement d'une cellule de crise, permettant la répartition des différentes interventions et l'assignation des tâches, est une mesure décrite comme particulièrement importante, et sa constitution doit se faire le plus rapidement possible, dans les premières 24-48h ainsi que le recommandent de nombreux auteurs^{49,53,54,55,56}.

La quasi-totalité des personnes interrogées évoquent la nécessité d'une identification et d'une prise en charge rapide des personnes qui auraient été témoins du suicide ou vu le corps inanimé de l'élève décédé. Le risque pour ceux-ci est celui d'une effraction psychotraumatique ainsi que de la constitution au long cours d'un trouble de stress post-traumatique. Les auteurs s'accordent également à dire que l'identification de ces témoins et leur orientation vers des soins le plus rapidement possible est un élément clé afin de prévenir ces réactions^{49,50,52,56,61}.

2) *Mesures postventives en lien avec la communication :*

En ce qui concerne les mesures postventives en lien avec la communication autour du suicide, les personnes interrogées insistent sur la nécessité d'élaborer une communication à destination des élèves, des parents, et des médias qui soit claire, rassurante, factuelle, limitant le développement de rumeurs et informant sur les ressources disponibles. Certaines d'entre elles envisagent de solliciter préalablement la famille du défunt, pour vérifier l'information du suicide et obtenir leur accord pour toute communication. La plupart s'accordent sur des modalités d'annonces en petits groupes, faites par le chef d'établissement plus ou moins assisté d'un autre membre du personnel, et certaines proposent d'anticiper le message à délivrer.

En ce qui concerne les médias, les règles de communication sont similaires, avec la nécessité de dédier un interlocuteur unique. Un peu plus de la moitié des personnes rencontrées fait état de craintes d'une mauvaise gestion de l'information par les médias.

Nous retrouvons des modalités d'annonce similaires dans la littérature, la communication devant se faire de manière factuelle^{8,21,51,57}, après vérification de la réalité du décès et accord de la famille du défunt^{8,53}, par un membre du personnel connu des élèves -plus ou moins assisté d'un membre de l'équipe d'intervenants en postvention- et par groupes de classes⁸. Jellinek *et al.*⁵⁶ recommandent également d'anticiper les modalités d'annonce et le texte à diffuser.

Selon la littérature, les mesures postventives de communications autour du suicide visent à :

- rassurer la communauté scolaire^{8,49,54,58} ;
- limiter la propagation de rumeurs^{8, 21, 51, 57} ;
- informer sur le déroulement des funérailles^{49,54,58} ;
- informer sur les ressources existantes et la possibilité d'un accompagnement^{8,49,54,58} ;

- demander aux parents d'être vigilants à un changement de comportement chez leur enfant⁸.

Dans la communication aux médias, il est également recommandé de désigner un interlocuteur unique^{8,58}, et d'associer les médias aux actions de postvention en leur demandant par exemple de diffuser des informations sur les ressources existantes^{8,21}.

Enfin, de manière générale, et d'autant plus pour les médias, les auteurs rappellent qu'il est primordial de ne pas dramatiser, romantiser, ou glorifier le suicide^{8,16,21,51,57,61} ceci afin de prévenir un potentiel phénomène de « contagion suicidaire ».

3) *Mesures postventives en lien avec le repérage des individus à risque :*

Sont évoqués comment pouvant être « à risque » par les personnes interrogées : les proches du défunt, ceux qui présentent une vulnérabilité antérieure, ainsi que les personnes ayant été témoins du suicide. Il est rapporté une attention particulière aux changements de comportements de manière générale et à l'absentéisme scolaire en particulier.

Dans la littérature, les mêmes types de sous-groupes de personnes potentiellement à risque sont identifiés :

- ceux qui entretenaient une relation de proximité affective avec le défunt : familles, amis, camarades de classe, etc...^{21,51,56,57,58,59,60}, ou ceux qui étaient en conflit avec celui-ci⁸. Le risque principal est celui du développement de réactions de deuil d'une intensité marquée, voire un deuil complexe persistant ;
- ceux qui ont été témoins du suicide^{51,57,60}. Le risque est là celui de développer des réactions de stress qui pourraient faire le lit de troubles tels que les troubles psychotraumatiques ;

- ceux qui présentent une vulnérabilité antérieure, soit du fait d'antécédents de comportements suicidaires ou d'idées suicidaires^{8,53,57,58}, de l'existence de troubles psychiques^{8,21,53}, ou d'une fragilité psychique en lien avec des événements de vie difficiles^{21,53} ; et qui sont les plus à risque de développer des réactions de crise.

Les comportements devant alerter peuvent être l'apparition de symptômes psychopathologiques : signes cliniques dépressifs, symptômes psychotraumatiques, comportements agressifs ou d'opposition, abus de substance^{56,62}, l'isolement et la mise en retrait^{56,60,62}, la baisse des résultats scolaires⁶² ou encore l'absentéisme scolaire^{8,21}.

Si pour les personnes rencontrées le repérage des individus à risque est essentiellement dévolu au personnel de l'établissement, ce qui est également rapporté par Askland *et al.*⁶², et Séguin *et al.*^{8,60}; ces derniers suggèrent également d'inclure les parents d'élèves ou encore les élèves eux-mêmes grâce à la mise en place de « sentinelles » dans ce repérage des individus à risque. Certains moments semblent plus propices pour le repérage des individus à risque comme le moment de l'annonce du décès⁸ ou encore les funérailles^{8,49}. Il est également suggéré^{49,60} d'établir une liste des individus à risque de manière à pouvoir assurer leur surveillance sur le long terme, le risque d'apparition de complications psychopathologiques pouvant se déclarer pendant encore plusieurs mois⁸.

Les personnes repérées sont orientées ensuite vers l'infirmière scolaire pour être prises en charge, ce qui concorde avec les recommandations selon lesquelles les personnes repérées devraient pouvoir bénéficier d'une aide psychologique adaptée^{49,59,62}.

4) *Mesures postventives en lien avec la participation aux funérailles :*

Les personnes interrogées sont quasi-unanimement favorables à la participation des membres de la communauté scolaire aux funérailles de l'élève décédé, en particulier si les personnes souhaitant y assister appartiennent au cercle de proximité de celui-ci. L'accord

préalable de la famille du défunt est souvent évoqué. S'il est recommandé de prendre les dispositions nécessaires pour que ceux souhaitant participer aux funérailles le puissent⁵⁷, ce moment ne doit toutefois pas être dramatisé outre-mesure^{8,57}. Seguin *et al.*⁸ recommandent également que les élèves souhaitant assister aux funérailles puissent être accompagnés par un adulte, et qu'un membre de l'équipe de postvention puisse être présent sur place pour les accueillir et repérer ceux qui présenteraient des signes importants de détresse.

5) *Mise en place d'actions de soutien au personnel :*

Les membres du personnel de l'établissement et a fortiori ceux étant intervenus dans les activités de postvention peuvent également fortement affectés, il importe donc de leur attribuer des interventions de soutien^{8,58}. Dans notre étude, ce rôle semble plutôt dévolu aux services académiques et au Chef d'Etablissement.

Les mesures rapportées dans la littérature comme dans les résultats de cette étude sont de deux types. Il peut s'agir de mesures en lien avec un accompagnement dans la gestion de la situation : des actions de guidance^{58,59} permettant de rassurer sur le champ des responsabilités et des compétences^{8,58}, d'informer sur les activités de postvention à venir et sur les réactions possibles chez les élèves⁸ ; mais également de la possibilité pour les professeurs en difficulté d'être assistés ou remplacés pour leurs cours^{8,49}. Il peut également s'agir de mesures de soutien psychologique à proprement parler à type de consultations spécifiques^{8,58,63}.

6) *Mesures de soin et d'accompagnement psychologique :*

Les mesures de soins psychologiques et d'accompagnements spécifiques sont très peu évoquées, mais ce résultat est à mettre en lien avec le champ de compétence des personnes rencontrées, qui ne sont pas des professionnels de santé et donc peuvent ne pas avoir connaissance des recommandations en la matière (*cf.* Limites de l'étude). Les deux principaux résultats à ce sujet sont premièrement la possibilité de mettre en place des cellules d'écoute,

que nous retrouvons également chez Dunne Maxim⁵⁸ ; et deuxièmement un recours important à l'infirmière scolaire pour l'organisation du traitement psychologique.

B/ Des actions sur le long terme plus difficilement envisagées :

Nous n'avons que peu de mesures de postvention évoquées sur le long terme, en dehors de la nécessité d'organiser un debriefing technique ce qui est en accord avec les recommandations de différents auteurs^{49,50,54,61} et de l'organisation d'actions commémoratives. Sur ce dernier point, les personnes interrogées restent prudentes mais non opposées quant à leur mise en place. Jellinek *et al.*⁵⁶ insistent sur la nécessité de circonscrire ces actions dans le temps et dans l'espace, et il importe aussi que la nature des actions commémoratives reste empreinte de sobriété de manière à éviter la glorification et la dramatisation du défunt^{8,33}. Enfin, toute action de ce type ne devrait se faire qu'avec l'accord préalable de la famille^{54,61}.

En ce qui concerne le maintien des actions de postvention, plusieurs auteurs interpellent sur la nécessité de le prévoir sur une durée allant au-delà des premières semaines^{8,16, 33,61,64}. A titre d'exemple, Seguin *et al.*⁸ recommandent de continuer les actions de postvention pendant l'année suivant le suicide, pour Nicolas *et al.*¹⁶ le soutien psychologique devrait se maintenir à long terme, de même que le repérage et le suivi des personnes à risque qui, pour Siehl *et al.*⁶⁴, devrait se prolonger pendant un à deux ans.

C/ Un défaut d'anticipation des actions de postvention :

La nécessité de l'anticipation des actions de postvention en cas de suicide d'un élève de l'établissement - qui passe par la planification de la gestion de ce type de situation, par la sensibilisation et la formation des intervenants, et par l'identification préalable des ressources

internes et externes - est rappelée par Seguin *et al.*⁸. Les principaux résultats de notre étude suggèrent que cette anticipation semble ici faire en partie défaut.

Tout d'abord, alors que de nombreuses études font état de la nécessité de pouvoir s'appuyer sur des protocoles anticipés de déploiement d'actions de postvention^{8,21,49,50,51,53,58,60,65}, flexibles selon la situation^{8,50,60}, la majorité des personnes interrogées dit ne pas connaître l'existence de tels protocoles à leur échelle et la demande exprimée quant à la création de protocoles semble être faible. Ce dernier point contraste d'ailleurs avec le fait que les personnes rencontrées évoquent des difficultés qui pourraient être surmontées grâce à l'application d'un protocole : le risque de désorganisation et de confusion dans la communauté scolaire après le suicide d'un élève, les difficultés autour du choix de la communication à adresser à la communauté scolaire ou autour de la diffusion de messages de prévention et de sensibilisation.

En ce qui concerne l'identification des ressources internes et externes, les ressources existantes citées sont nombreuses. Au niveau des ressources extérieures pouvant être interpellées, les principaux dispositifs cités sont les centres classiques de consultation ambulatoires tels que les CMP, sans toutefois faire état de partenariats préexistants pour ce type de situation, et avec des attentes vis-à-vis de ces dispositifs plutôt centrées sur des mesures à mettre en place à court terme. Notons que ces attentes particulières risquent de se heurter au fonctionnement classique des CMP, avec la possibilité in fine de ne pas pouvoir obtenir l'aide escomptée auprès de ces structures. Les dispositifs extérieurs plus à même de pouvoir apporter de l'aide dans le post-immédiat et le court terme, tels que la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) ne sont pas cités et semblent donc être non connus.

En interne, sur place c'est essentiellement l'infirmière scolaire qui apparaît comme personne-ressource dans ce type de situation, et les missions qui lui sont attribuées sont multiples et bien identifiées. Au niveau des services académiques, bien que la quasi-totalité des personnes

interrogées fasse état de moyens supplémentaires pouvant être dépêchés par leur biais, les caractéristiques exactes et le fonctionnement de ceux-ci ne semblent pas connus.

Au niveau interne les ressources à l'échelle de l'établissement sont donc connues et bien identifiées, mais il semble exister quelques lacunes dans la connaissance de la nature et du fonctionnement des aides pouvant être apportées à la fois par les services académiques et par les services externes de santé mentale.

Enfin, pour terminer sur les mesures permettant l'anticipation de la gestion du suicide d'un élève, nous pouvons aborder la question de la dispensation de formations spécifiques aux membres de l'établissement. Nous avons vu que les chefs d'établissements sont plutôt destinataires de formation type « gestion de crise », tandis que les formations sur le deuil, le suicide ou le psychotraumatisme sont essentiellement destinées aux infirmières scolaires. Les données de la littérature à ce sujet sont en faveur d'une plus large diffusion des formations proposées que ce que nous retrouvons dans notre étude : plusieurs articles recommandent de destiner les formations de type « gestion de crise » à l'ensemble des personnels susceptibles d'intervenir en situation de crise^{8,27}, et que des formations spécifiques au repérage des individus à risque soient également dispensées aux différents membres de la communauté scolaire^{66,67,68}.

D/ Une demande générale d'étayage par les professionnels de santé mentale :

La quasi-totalité (11/12) des personnes interrogées expriment au moins une demande d'étayage par les services publics de santé mentale, que cela soit en termes de déploiement d'actions de postvention (9/12 personnes interrogées) ou de mise en place de collaborations à plus long terme (11/12 personnes interrogées).

Concernant le déploiement d'actions postventives, il n'y a pas de demande qui émerge de manière consensuelle, et les demandes formulées concernent essentiellement des mesures à

mettre en place à court et moyen terme (repérage des personnes à risque, soutien au personnel et aux élèves, etc...). Les personnes rencontrées attendent surtout des services de santé mentale une aide « en direct », sur place ou par téléphone.

En ce qui concerne les possibilités d'anticipation, la demande concerne essentiellement la dispensation de formations auprès du personnel sur la psychopathologie adolescente et le repérage des individus à risque, ce qui est un point intéressant car nous avons vu précédemment que les formations sur le sujet de la santé mentale étaient en grande partie destinées aux infirmières scolaires et que les recommandations de la littérature portent sur un élargissement du public destinataire des formations.

Enfin, au sujet des interventions possibles des professionnels de santé mentale à plus long terme, les personnes interrogées se montrent essentiellement demandeuses d'interventions auprès des élèves au sujet de la prévention du suicide et des comportements à risque.

III] Analyse et perspectives :

Nos résultats suggèrent que le déploiement de mesures postventives, s'il n'est pas formalisé et ne s'appuie pas sur des principes théoriques de postvention pour les personnes rencontrées, n'en reste pas moins, de manière générale, cohérent et adapté aux données de la littérature. Les domaines dans lesquels envisager une amélioration des connaissances au regard de la littérature sont celui de l'anticipation de la postvention -à travers des actions de formation et une meilleure connaissance des ressources existantes-, et celui des actions postventives à long terme. Nous allons tenter dans cette partie d'émettre des hypothèses explicatives à ces constatations et d'envisager de nouvelles perspectives d'investigations et de travail.

A/ Déploiement d'actions de postvention :

Nous avons vu précédemment que l'essentiel des mesures de postvention envisagées sont concentrées sur le premier mois post-suicide, au détriment de mesures du plus long terme.

Nous pouvons tenter d'expliquer cette première constatation à travers deux hypothèses. La première est que les personnes rencontrées envisageraient essentiellement le déploiement d'actions postventives sous l'angle de l'intervention de crise et donc n'auraient qu'une vision parcellaire de l'ensemble des mesures pouvant être déployées. Comme nous l'avons vu dans nos résultats, cette vision des choses est exprimée par un tiers des personnes interrogées, et l'existence de formations de type gestion de crise à destination des chefs d'établissements est rapportée par deux tiers d'entre-elles ce qui appuie cette hypothèse.

La seconde hypothèse -corollaire de la première- est que les mesures postventives à long terme seraient hors champ de compétence et de connaissance des personnes rencontrées, et que leur déploiement serait assuré par d'autres professionnels non interrogés dans cette étude, entraînant donc une perte d'information. Pour rappel, ces mesures sont essentiellement des mesures d'interventions et d'accompagnement psychologique et psychothérapeutique, et de maintien de la surveillance des personnes repérées comme « à risque ». Or, nous avons vu dans notre étude que les personnes nécessitant un accompagnement spécialisé et/ou repérées comme étant à risque sont majoritairement dirigées vers l'infirmière scolaire qui prend le relai de la prise en charge, et qui semble avoir des compétences et des formations particulières notamment sur la prise en charge du deuil et du psychotraumatisme. Nous pourrions tester cette seconde hypothèse au travers d'études complémentaires évaluant la connaissance de l'existence des mesures postventives sur le long terme plutôt auprès de ce corps de métier.

Nous avons également constaté un défaut d'anticipation de la gestion d'une crise telle que le suicide d'un élève de l'établissement, notamment au travers de l'absence de protocoles

connus par les personnes interrogées. Nous pouvons imaginer premièrement que cette constatation vient d'un manque de partage des informations : ces protocoles existeraient mais seraient détenus à un autre niveau que celui des personnes rencontrées, par exemple au niveau du Rectorat (qui est systématiquement sollicité pour demander la conduite à tenir), ou au niveau des infirmières scolaires qui sont une des principales personnes-ressources dans ce type de situation. Là encore des recherches complémentaires permettraient de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

La seconde hypothèse pouvant expliquer cette situation est évoquée par certaines des personnes interrogées, et est celle d'un manque d'intérêt quant à la création et à l'application de protocoles spécifiques, soit du fait du caractère imprévisible de ce type de situation, soit par volonté plus ou moins explicitement formulée de considérer le suicide d'un élève comme un évènement « ne pouvant pas survenir » dans un établissement scolaire.

B/ Analyse de la demande :

Les résultats que nous avons obtenus concernant la demande d'aide par les services de santé mentale nous permettent de dégager plusieurs pistes d'analyse.

Tout d'abord, la quasi-totalité des personnes rencontrées formule au moins une demande d'étayage par les services publics de santé mentale, ce qui laisse à penser qu'il existe une volonté partagée de pouvoir à la fois mieux appréhender des situations telles que le suicide d'un élève de l'établissement, mais aussi de travailler en collaboration avec les services de santé mentale pour développer leurs réseaux de partenaires, ce qui ouvre des perspectives de travail intéressantes.

Nous avons constaté que les demandes formulées en termes d'étayage pour le déploiement d'actions de postvention concernent essentiellement des mesures à mettre en place à court et

moyen terme. Or, les mesures postventives les mieux connues par les personnes rencontrées et étant le plus en concordance avec les données de la littérature sont justement ces mêmes mesures. On peut donc poser l'hypothèse que, même si la conduite tenue à court et moyen terme est adaptée au vu des différentes recommandations, les personnes rencontrées pourraient manquer d'assurance, craindre de « mal faire » et auraient besoin que leurs démarches soient validées et approuvées par des professionnels de santé mentale afin de se sentir légitime dans leur application.

A plus long terme, les personnes expriment une demande de partenariat plus conséquent avec les services publics de santé mentale, et il se dégage en particulier une demande d'interventions sur la thématique de la prévention du suicide, ce qui laisse à supposer que les personnes rencontrées se trouveraient en difficulté pour aborder le sujet. On pourrait mettre cela en lien avec une forme de tabou qui semble encore exister autour du suicide et qui est rapporté par près de la moitié des personnes interrogées, ou encore avec la crainte de pas savoir gérer la communication à ce sujet, et donc qu'il existe encore à l'heure actuelle un besoin que ces messages soient dispensés par des professionnels de santé mentale.

C/ Perspectives :

Plusieurs perspectives peuvent émerger de ce travail de recherche. Tout d'abord, ce travail pourrait être réalisé auprès d'un nombre plus important d'établissements scolaires, et ne saurait se passer de recherches complémentaires, plus particulièrement auprès des infirmières scolaires et des Services Académiques. Ces investigations pourraient se focaliser sur l'anticipation du déploiement d'actions de postvention, et sur les mesures à long terme pouvant être mises en place. En prenant en considération la demande quasi-unanime d'étayage par les professionnels de santé mentale formulée par les personnes rencontrées, une réflexion autour

de la manière d'envisager la collaboration entre les services publics de santé mentale et les établissements scolaires à l'échelle départementale pourrait également être initiée au travers de ces recherches.

Une seconde perspective pourrait être de travailler à l'augmentation des connaissances en matière de postvention et plus largement en matière de santé mentale au sein des établissements scolaires. Il semblerait tout d'abord pertinent de permettre une meilleure connaissance de l'existence et du fonctionnement des ressources extérieures à l'établissement en matière de santé mentale. A titre d'exemple, nous constatons dans cette étude que le fonctionnement des CMP -qui sont le type de ressources extérieures le plus souvent cité- ne semble pas être connu et que ces structures sont celles que les personnes interrogées envisagent d'appeler en situation d'urgence ce qui peut se heurter à leur fonctionnement classique de dispositif ambulatoire non axé sur l'urgence. A contrario, les dispositifs d'urgences tels que la CUMP ne semblent pas connus. Il paraît donc important de pouvoir permettre une meilleure connaissance et un meilleur repérage de l'ensemble des dispositifs de santé mentale pouvant être sollicités par les établissements scolaires.

L'amélioration des connaissances passe également par une plus large diffusion des formations sur la thématique de la santé mentale, et par un élargissement du public destinataire de celles-ci au sein des établissements scolaires.

Tout au long de cette étude, nous avons pu constater que l'infirmière scolaire était un maillon central de la prise en charge postventive en établissement scolaire, tant au niveau de ses compétences et formations, que des missions qui lui sont dévolues pendant les activités de postvention. Il semble donc pertinent de pouvoir l'associer le plus possible lors du déploiement d'actions de postvention, mais également dans le travail à entreprendre autour de l'amélioration des connaissances en santé mentale auprès des membres du personnel de l'établissement et dans

un éventuel travail de collaboration entre les établissements scolaires et les services publics de santé mentale.

Enfin, en parallèle de ces mesures et pour permettre leur bonne implantation, peut-être faudrait-il également pouvoir lutter contre le tabou autour du suicide, qui semble encore persister dans le milieu scolaire, et qui peut compromettre l'amélioration des connaissances, la participation à des actions de formation et la mise en place d'actions de prévention et de postvention. Des actions sont donc là aussi envisageables et pourraient permettre de lutter contre les idées reçues et les mythes qui continuent à entourer le suicide, et en particulier ici le suicide des jeunes.

Conclusion

Le suicide, enjeu majeur de santé publique, est responsable chaque année de nombreux décès notamment chez les 15-24ans. Les conséquences du suicide -et dans le cas de cette étude celles en cas de suicide en milieu scolaire- doivent être envisagées à la fois à l'échelle individuelle (réactions de stress, de crise, de deuil, risque de « contagion suicidaire ») et collective. Le domaine particulier de la suicidologie qu'est la postvention a pour but, au travers de mesures de soutien, d'accompagnement et d'intervention, de limiter ces conséquences. Le déploiement de ces mesures en milieu scolaire doit être réfléchi de manière chronologique au niveau de l'institution et au niveau individuel selon des groupes de niveaux de risque différents. Bien que les thématiques du suicide et de la postvention en milieu scolaire soient largement abordées dans la littérature, nous avons constaté que les représentations des professionnels de l'éducation sur les mesures postventives pouvant être déployées en cas de suicide d'un élève sont peu étudiées. L'objectif principal de notre étude était donc de décrire les différentes mesures postventives pouvant être déployées en milieu scolaire à la suite du suicide d'un élève selon les responsables d'établissements. L'objectif secondaire était d'évaluer auprès de ces mêmes personnes s'il existait une demande d'étayage par les services publics de santé mentale en matière de postvention mais également de manière plus large dans le champ de la santé mentale.

Afin de répondre à ces objectifs, un questionnaire qualitatif a été soumis lors d'entretiens individuels à douze Chefs d'Etablissements de lycées du département du Nord. Le contenu de ces entretiens était ensuite retranscrit et analysé selon la méthode de la théorisation ancrée.

Les principaux résultats de cette étude répondent à son objectif principal et suggèrent que la représentation par les Chefs d'Etablissements de la gestion d'une situation de suicide

d'élève est en concordance avec les données de la littérature pour ce qui concerne les mesures à déployer de manière post-immédiate et à court et moyen terme. Des lacunes existent cependant -au regard des recommandations de la littérature- dans les mesures à déployer à plus long terme, et dans celles permettant l'anticipation d'une telle situation. Par ailleurs, la quasi-totalité des personnes interrogées expriment au moins une demande d'étayage par les services publics de santé mentale, que ce soit dans le champ de la mise en place d'actions de postvention ou de manière générale dans le champ de la santé mentale. Ce dernier résultat permet de répondre à l'objectif secondaire de cette étude.

Ces résultats nous permettent de soulever plusieurs hypothèses et de dégager de nouvelles pistes de recherche et d'investigation. Parmi celles-ci, citons la possibilité d'une réflexion autour de collaborations pouvant se mettre en place entre les services publics de santé mentale et les services de l'Education Nationale de manière à répondre à la demande d'étayage formulée dans cette étude ; citons également l'intérêt de pouvoir diffuser plus largement les formations et les connaissances en matière de santé mentale et de postvention au sein des professionnels de l'Education Nationale et celui de continuer à œuvrer contre le tabou autour du suicide.

Bibliographie

1. OMS. « Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial ». 2015.
2. CépiDC, Inserm.
3. Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018
4. Périssé D. Conduites suicidaires à l'adolescence. EMC - Traité de médecine AKOS. janv 2009;4(1):1-5.
5. De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. «Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». Archives de Pédiatrie. août 2010;17(8):1202-9.
6. Vinet M-A, Le Jeanic A, Lefèvre T, et al. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 62S (2014) S47–S63
7. Kennelly B. The Economic Cost of Suicide in Ireland. Crisis. mars 2007;28(2):89-94.
8. Séguin M. Programme de postvention en milieu scolaire: stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Montréal: Éditions AQPS; 2004.
9. Hanus, Michel. «Les particularités du deuil après suicide », Études sur la mort, vol. no 127, no. 1, 2005, pp. 49-58.
10. Séguin, M., Kiely, M. C. & Lesage, A. (1994). L'après-suicide, une expérience unique de deuil? Santé mentale au Québec, 19 (2), 63–8

11. De Groot MH, de Keijser J, Neeleman J. Grief Shortly After Suicide And Natural Death: A Comparative Study Among Spouses and First-Degree Relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. août 2006;36(4):418-31.
12. Castelli Dransart DA, Séguin M. Besoins des personnes confrontées à un suicide et modalités de soutien disponibles : quelles interfaces ? *Perspectives Psy*. oct 2008;47(4):365-74.
13. Jordan JR. Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. mars 2001;31(1):91-102.
14. Balk DE. Death and Adolescent Bereavement. *Journal of Adolescent Research*, 1991, 6(1), 7-27.
15. Silverman E, Range L, Overholser J. Bereavement from Suicide as Compared to other Forms of Bereavement. *Omega (Westport)*. févr 1995;30(1):41-51.
16. Nicolas C, Notredame CE, Séguin M. (2017). Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention : une revue systématique de la littérature.
17. Caplan, G. (1961). *An approach to community mental Health*. New York : Grune and Stratton. p.18
18. Pronovost J. Observation en milieu scolaire d'indices comportementaux avant-coureurs du suicide chez des adolescents. *Psychologie Médicale*, France. 1990 ; 22(5), 385-388.
19. Coleman L. *The Copycat Effect: How the Media and Popular Culture Trigger the Mayhem in Tomorrow's Headlines*. New York: Paraview Pocket Books, 2004.

20. Ward JA, Fox J. A Suicide Epidemic on an Indian Reserve. *Canadian Psychiatric Association Journal*. déc 1977;22(8):423-6.
21. Center for Disease Control. CDC Recommendations for a Community Plan for the Prevention and Containment of Suicide Clusters. Atlanta; 1988 p. 1–12. report no.: 37(s-6)
22. Gould, M. S., Walleinstein, S., Kleinman, M., et al. (1990). Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80, 211-212
23. Chotai J. Suicide aggregation in relation to socio-demographic variables and the suicide method in a general population: Assortative susceptibility. *Nordic Journal of Psychiatry*. janv 2005;59(5):325-30.
24. McKenzie N, Landau S, Kapur N, Meehan J, Robinson J, Bickley H, et al. Clustering of suicides among people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press; 2005;187(5):476–80.
25. Joiner TE. The Clustering and Contagion of Suicide. *CURRENT DIRECTIONS IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE*. 1999;8(3):4.
26. Brent DA, Kerr MM, Goldstein C, Bozigar J, Wartella M, Allan MJ. An Outbreak of Suicide and Suicidal Behavior in a High School. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. nov 1989;28(6):918-24.
27. Poijula, S., Wahlberg, K.-E., & Dyregrov, A. (2001). Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3 (3), 163-168.

28. Robbins D, Conroy RC. A cluster of adolescent suicide attempts. *Journal of Adolescent Health Care*. janv 1983;3(4):253-5.
29. Niedzwiedz C, Haw C, Hawton K, Platt S. The Definition and Epidemiology of Clusters of Suicidal Behavior: A Systematic Review. *Suicide Life Threat Behav*. oct 2014;44(5):569-81.
30. Lamartine, C. (1985). Suicide prevention in educational settings. In *After a suicide death* (pamphlet). Dayton : Suicide Prevention Center.
31. Haw C, Hawton K, Niedzwiedz C, Platt S. Suicide Clusters: A Review of Risk Factors and Mechanisms. *Suicide Life Threat Behav*. févr 2013;43(1):97-108.
32. Hazell P. Adolescent Suicide Clusters: Evidence, Mechanisms and Prevention. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 1993;27(4):653-65.
33. Callahan J. Negative Effects of a School Suicide Postvention Program — A Case Example. *Crisis*. mai 1996;17(3):108-15.
34. Combalbert N, Feltrin M. Le suicide en milieu professionnel : Réflexions sur l'intervention du psychologue. *Prat Psychol*. 2008 sep;14(3):443–55
35. Shneidman E. *Deaths of man*. Ed. Quadrangle New-York Time Book Co. 1973. pp 33-34-3
36. Tierney R, Ramsay R, Tanney B, Lang W. Comprehensive school suicide prevention programs. *Death Studies*. Juill 1990;14(4):347-70.

37. Andriessen K. Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: lessons learned for the future of postvention. *Crisis*. 2014;35(5):338-48.
38. Maple M, Pearce T, Sanford R, Cerel J, Castelli Dransart DA, Andriessen K. A Systematic Mapping of Suicide Bereavement and Postvention Research and a Proposed Strategic Research Agenda. *Crisis*. juill 2018;39(4):275-82.
39. Poijula s, dyregrov A, Wahlberg K-e. Reactions to Adolescent Suicide and Crisis Intervention in three secondary schools. *Int J emerg Ment Health*. 2001;3:97–10
40. Hazell P, Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. *suicide Life threat Behav*. 1993;23(2):101–109
41. Leenaars, A.A, Wenckstern, S. Principles of postvention: Applications to suicide and trauma in schools. *Death Studies*, 1998. 22(4), 357-391
42. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An Overview. *The Counseling Psychologist*. juill 2000;28(4):445-510.
43. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008; 84: 142-5
44. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives –Hors Série –numéro 15–2013*. 435-452
45. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. Liste des lycées du département du Nord. Disponible sur : [https://www.education.gouv.fr/pid24302/annuaire-resultat-recherche.html?lycee=3&lycee_name=&ville_name=&localisation=2&dept_select\[\]=59&public=1&prive=2](https://www.education.gouv.fr/pid24302/annuaire-resultat-recherche.html?lycee=3&lycee_name=&ville_name=&localisation=2&dept_select[]=59&public=1&prive=2) [Lien internet]

46. Logiciel D CODE. Disponible sur <https://www.dcode.fr/tirage-au-sort> [Lien internet]
47. Paillé, P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches Qualitatives*, 1996. 15. 179-194
48. F2RSM Psy Hauts de France. Les intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hauts-de-France (2017). Cartographie disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/les-intersecteurs-psychiatrie-enfant-adolescent.html> [Lien internet]
49. Celotta B. The aftermath of suicide: Postvention in a school setting. *Journal of Mental Health Counseling*. 1995;17(4):397-412.
50. Cox GR, Bailey E, Jorm AF, Reavley NJ, Templer K, Parker A, et al. Development of suicide postvention guidelines for secondary schools: a Delphi study. *BMC Public Health*. 24 févr 2016;16:180.
51. Lamis D, Lester D. Suicide postvention programs in colleges and universities. In: *Understanding and preventing college student suicide*. Springfield: Charles Thomas publisher; 2011. p. 273–90.
52. Carson J Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention and American Association of Suicidology (2013). *A Manager's Guide to Suicide Postvention in the Workplace: 10 Action Steps for Dealing with the Aftermath of Suicide*. Denver, CO: Carson J Spencer Foundation. 2013.
53. Hanus M. Suicide à l'école. *Etudes sur la mort*. 2007;131(1):79.
54. Mauk G, Weber C. Peer survivors of adolescent suicide: perspectives on grieving and postvention. *Journal Adolesc Res*. 1991;6(1):113–31

55. Catone W, Schatz M. The Crisis Moment. A school's response to the event of suicide. *Sch Psychol Int.* 1991;12(1-2):17-23
56. Jellinek MS, Okoli UD. When a Student Dies: Organizing the School's Response. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* janv 2012;21(1):57-67.
57. Debski J, Spadafore CD, Jacob S, Poole DA, Hixson MD. Suicide intervention: Training, roles, and knowledge of school psychologists. *Psychol Schs.* févr 2007;44(2):157-70.
58. Dunne-Maxim K, Godin S, Lamb F, Sutton C, Underwood M. The aftermath of youth suicide. Providing postvention services for the school and community. *Crisis.* 1992;13(1):16-22
59. Grossman J, Hirsch J, Goldenberg D, Libby S, Fendrich M, Mackesy-Amity ME, et al. Strategies for School-Based Response to Loss: Proactive Training and Postvention Consultation. *Crisis.* janv 1995;16(1):18-26.
60. Bouchard M, Bégin H, Séguin M, Roy F. Activités de postvention en milieu scolaire: pratiques actuelles et réflexions pour l'avenir. *Can J Commun Ment Health.* 2004;23(2):95-107.
61. Wenckstern S, Leenaars AA. Trauma and suicide in our schools. *Death Studies.* mars 1993;17(2):151-71.
62. Askland KD, Sonnenfeld N, Crosby A. A Public Health Response to a Cluster of Suicidal Behaviors: Clinical Psychiatry, Prevention, and Community Health: *Journal of Psychiatric Practice.* mai 2003;9(3):219-27.

63. Silver T, Goldstein H. A collaborative model of a county crisis intervention team: The Lake County experience. *Community Ment Health J.* 1992;28(3):249–256
64. Siehl PM. Suicide postvention: A new disaster plan—What a school should do when faced with a suicide. *Sch Couns.* 1990;38(1):52–57
65. Hazell P. Postvention after teenage suicide: an Australian experience. *Journal of Adolescence.* déc 1991;14(4):335-42.
66. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide Intervention Programs: A Systematic Review. *Can J Public Health.* 1 janv 2011;102(1):18-9.
67. Pruett HL. Crisis intervention and prevention with suicide. *New Directions for Student Services.* 1990;49:45-55.
68. Robinson J, Cox G, Malone A, Williamson M, Baldwin G, Fletcher K, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis.* 2013;34(3):164-82.
69. Ministère des Solidarités et de la Santé. Méthodologie du retour d'expérience pour les évènements sanitaires ou à impact sanitaire. Mars 2007. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/retour_experience.pdf
70. Ducrocq F, Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et Trauma.* 2009 ;9(4) :237-240.
71. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-5; APA, 2015, p. 1018-1019).

72. Boelen, P. A., de Keijser, J., & Smid, G. Cognitive-behavioral variables mediate the impact of violent loss on post-loss psychopathology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2015; 7(4), 382–39

73. Coq J-M. De l'irruption du trauma à l'intervention psychologique d'urgence. *Pratiques Psychologiques*. Juin 2006;12(2):133-43.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien :

Partie I : Données générales :

1) Qui est la personne rencontrée ?

- Chef d'Etablissement : Proviseur(e), Directeur/Directrice

- Adjoint au Chef d'Etablissement : Proviseur(e) adjoint(e), Directeur/Directrice Adjoint(e)

- Autre (préciser)

2) Quelle est l'ancienneté de la personne interrogée (nombre d'années de carrière au poste actuel, quels que soient le nombre d'établissements d'exercice)

- 0-10ans

- 10-20 ans

- 20-30 ans

- >30 ans

3) Quel est le type d'établissement ?

- Lycée général / technique / professionnel

- Lycée public / privé

4) Où se trouve l'établissement ?

5) Quel est le secteur de pédopsychiatrie dont dépend l'établissement ?

Partie II: Expériences de la personne et de l'établissement rencontrés

1) Avez-vous connaissance d'un antécédent de décès par suicide d'un (/plusieurs) élève(s) de cet établissement ?

→ Si réponse = oui, préciser :

a) Le suicide a-t-il eu lieu dans les murs ou hors de l'établissement ?

b) Étiez-vous en fonction dans l'établissement au moment du suicide ?

c) Étiez-vous présent(e) dans l'établissement au moment du suicide ?

2) Avez-vous déjà été précédemment affecté(e) dans un établissement scolaire ayant eu à faire face au suicide d'un/plusieurs élève(s) ?

→ Si réponse = oui : préciser

a) Dans quel établissement ce suicide a-t-il eu lieu ?

b) Le suicide a-t-il eu lieu dans l'établissement ou en dehors de celui-ci ?

c) Étiez-vous en fonction dans l'établissement au moment du suicide ? Quel poste occupiez-vous alors ?

d) Étiez-vous présent dans l'établissement au moment du suicide ?

3) En cas de réponse positive à l'une des deux questions : Souhaitez-vous évoquer plus en détail ces événements, notamment votre vécu ou l'impact que ceux-ci ont pu avoir sur vous ou sur la communauté scolaire ?

Partie III : Fonctionnement institutionnel

1) Protocolisation d'une conduite à tenir en cas de suicide d'un élève de l'établissement :

a) Quels sont les protocoles en cours, définis par le rectorat ou par le Ministère de l'Education Nationale, définissant la conduite à tenir en cas de suicide d'un élève de l'établissement?

b) Dans ces protocoles, existe-t-il des différences en termes de conduite à tenir, selon que le suicide ait lieu à l'intérieur de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci ? Si oui, quelles sont-elles ?

c) Comment s'organise la diffusion de ces protocoles auprès des établissements scolaires ? Cette diffusion s'accompagne-t-elle d'autres messages d'informations et/ou de sensibilisation au sujet du suicide ?

d) Au vu de vos différentes expériences, quels en sont les points qui vous paraissent adaptés / moins adaptés ? Pour quelles raisons ?

e) Avez-vous été amené(e), dans votre pratique, à apporter des modifications à ces protocoles ?

2) Accès aux ressources médicales extérieures :

a) Quels sont les dispositifs médicaux / paramédicaux extérieurs que vous pouvez solliciter / que vous avez pu solliciter au cours et au décours d'un suicide d'un élève ? Pouvez-vous m'expliquer quelles sont selon vous les missions de chacun de ces dispositifs, et selon quelles modalités vous entrez en contact avec eux ?

b) Vous a-t-il été possible d'envisager avec ces dispositifs médicaux la création de protocoles d'actions à mettre en place à la suite d'un éventuel suicide d'un élève ? Si oui, lesquels sont-ils ?

3) Dispensation de formations spécifiques :

a) Avez-vous connaissance de formations pouvant être dispensées aux membres de votre établissement au sujet du psychotraumatisme, du suicide, de la gestion de crise, du deuil ?

b) A qui sont-elles destinées et quels membres du personnel ont pu bénéficier de ces formations ?

c) Ce type de formation est-il ponctuel ou inscrit dans un programme à long terme ?

d) Quel retour pourriez-vous faire sur ces formations ?

4) Place et formation du personnel médical et paramédical de l'établissement :

a) Dans votre établissement, quels sont les rôles attribués au cours et au décours du suicide d'un élève au médecin scolaire, au psychologue scolaire, à l'infirmier(e) scolaire ? Ces rôles sont-ils prédéfinis ? Comment ?

b) Les médecins/psychologues/infirmier(e)s scolaires qui interviennent au sein de votre établissement ont-ils eu des formations autour de l'évaluation du risque suicidaire, la gestion du psychotraumatisme, la gestion de crise, l'aide au travail de deuil ?

Partie IV: Mesures postventives appliquées au sein de l'établissement

1) La cellule de crise de l'établissement :

Existe-t-il une cellule de crise dans votre établissement ? De qui se compose-t-elle ? Pouvez-vous m'expliquer son fonctionnement ?

2) Mesures spécifiques au suicide intra établissement :

En cas de suicide au sein de l'établissement, pouvez-vous m'expliquer comment s'organise/ comment vous organiseriez la prise en charge des éventuels témoins ?

Quelles mesures sont / pourraient être prises pour garder le corps de l'élève suicidé à l'abri des regards ?

Quelles autres mesures, spécifiques au suicide intra établissement, pourraient-elles être déclenchées ?

3) Modalités de l'annonce du suicide :

Lors d'un suicide d'un élève, comment envisageriez-vous de gérer l'annonce auprès du personnel de l'établissement ? Des autres élèves ? Des parents d'élèves ? Des médias ?

4) Repérage des individus à risque :

Après un suicide, qui est en charge au sein de votre établissement de pouvoir repérer les individus à risque ? Les orienter vers les soins ? Faire le lien avec les structures extérieures ?

5) Soutien au personnel de l'établissement

L'équipe pédagogique est-elle conseillée sur la manière de gérer les élèves après un suicide ? Si oui, par qui et quels sont les messages délivrés ?

Quels sont les recours disponibles pour les membres de l'équipe pédagogique en cas de difficultés pour eux-mêmes ?

6) Diffusion de messages de prévention et de sensibilisation :

Après le suicide d'un élève, y a-t-il des membres du personnel en charge de diffuser des messages de prévention et de sensibilisation au sujet du suicide ? Quels sont ces messages ?

7) Place des funérailles et des commémorations :

Quel serait votre positionnement par rapport aux funérailles de l'élève décédé, et à la mise en place de commémorations ?

8) Retour à la scolarité :

Après le suicide d'un élève, quelle est votre attitude vis à vis d'une éventuelle fermeture temporaire de l'établissement ? De quelle durée serait-elle ?

9) Place du débriefing :

En cas de survenue d'un tel évènement y-a-t-il un débriefing technique à posteriori ? Sous quelle forme a-t-il lieu ? Qui l'anime ? Un intervenant extérieur est-il convié ?

Partie V : Évaluation de la demande

Vous retrouverez ci-dessous la liste des différents points abordés dans la partie IV :

- Cellule de crise de l'établissement
- Mesures spécifiques au suicide intra établissement
- Modalités de l'annonce du suicide
- Repérage des individus à risque
- Soutien au personnel de l'établissement
- Diffusion de message de prévention et de sensibilisation
- Place des funérailles et des commémorations

- Retour à la scolarité
- Place du debriefing

1) En considérant ces différents points, y en a-t-il un/plusieurs pour lequel/lesquels selon vous, une intervention d'un PSM pourrait être utile ? Y a-t-il d'autres actions postventives, non citées ici, pour lesquelles vous jugeriez pertinente l'intervention d'un PSM ?

2) Comment verriez-vous son positionnement ? Quelle(s) action(s) pourrait-il mettre en place ? Qu'en attendriez-vous ? (Pour chacun des thèmes si plusieurs ont été cités)

3) Sur du plus long terme, quelles collaborations pourraient, selon vous, être mises en place (ou souhaiteriez-vous voir mettre en place) entre votre établissement et les services publics de santé mentale ?

4) De manière générale, quel retour pourriez-vous faire sur les liens actuels entre votre établissement scolaire et les services publics de santé mentale ?

Partie VI : Feedback et suggestions

1) Ce questionnaire vous a-t-il posé des difficultés ou a-t-il soulevé des interrogations ? Si oui, lesquelles sont-elles ?

2) Au terme de ce questionnaire, avez-vous des remarques ou suggestions à formuler ?

Annexe 2 : Mail type de contact

Monsieur le Proviseur,

Actuellement interne de médecine au CHRU de Lille, et ayant choisi la spécialité psychiatrie, je réalise dans le cadre de mes études une thèse de doctorat pour laquelle je suis encadrée par les Docteurs GAUD (Praticien Hospitalier pédopsychiatre au CHRU de Lille) et PRUDHOMME (Praticien Hospitalier psychiatre au CH de Douai).

Il s'agit d'un travail de recherche en santé mentale, pour lequel nous avons choisi de nous intéresser aux mesures pouvant être mises en place dans les lycées du département du Nord après le suicide d'un élève de l'établissement ; ainsi qu'à la demande en terme d'étayage pour les lycées, dans ce type de situation, par les professionnels de santé mentale des services publics.

Pour mener à bien cette recherche, nous souhaitons pouvoir recueillir ces différentes informations auprès des chefs d'établissement exerçant dans les lycées du Nord. Nous avons rédigé dans ce sens un guide d'entretien, sous forme de questionnaire, dont la passation peut se faire au cours d'un entretien individuel d'une durée approximative d'une heure.

Ne pouvant pas recueillir ces données auprès de la totalité des lycées du département, un tirage au sort a été réalisé pour obtenir un échantillon représentatif de 13 établissements, dont le vôtre fait partie.

Le but de ce travail n'est pas, bien évidemment, d'évaluer ou d'apporter un jugement sur vos pratiques, mais bien de recueillir des informations dans un but à la fois scientifique et d'amélioration de nos pratiques.

Nous tenons par ailleurs à vous informer que toutes les réponses fournies seront anonymisées, et qu'il n'en sera fait aucun autre usage.

Cet e-mail vous est donc envoyé afin de pouvoir, si vous acceptez de prendre part à ce projet, solliciter un rendez-vous avec vous.

Je reste à votre disposition pour échanger avec vous, pour tout complément d'information, ou pour fixer une date de rendez-vous à votre convenance.

Veillez agréer, Monsieur le Proviseur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Cécile BOONE, Interne de psychiatrie

Téléphone: XX.XX.XX.XX.XX / Mail: XXXXXXXXXXXXXXXXX

Annexe 3 : Schéma d'inclusion des différents établissements :

A. La personne a perdu par décès un de ses proches.

B. Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort :

1. Fort désir/besoin persistant concernant le défunt.
2. Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.
3. Préoccupation à propos du défunt.
4. Préoccupation à propos des circonstances du décès

C. Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours et à un degré cliniquement significatif et persistent depuis au moins 12 mois :

1. Difficulté marquée à accepter le décès.
2. Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.
3. Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.
4. Amertume ou colère en lien avec la perte.
5. Evaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès.
6. Evitement excessif de ce qui rappelle la perte.
7. Désir de mourir afin d'être avec le défunt.
8. Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.
9. Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès.
10. Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.
11. Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité.
12. Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur.

D. La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.

E. La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.

Annexe 5 : Critères diagnostiques du Trouble de Stress Aigu et du Trouble de Stress Post

Traumatique selon le DSM-5⁷¹ :

Trouble de Stress Aigu

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. (Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.)
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

- Symptômes d'intrusion :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
Note : Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu

reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.

4. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

- Humeur négative :

5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

- Symptômes dissociatifs :

6. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).

7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

- Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets,

situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

- Symptômes d'activation :

10. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

11. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

12. Hypervigilance.

13. Problèmes de concentration.

14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. Note : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.

D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref

Trouble de Stress Post Traumatique

A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. Vivre directement l'événement traumatique.
2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. Note : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). Note : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. Note : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Note : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) Note : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent

se produire dans le jeu.

4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).

3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Note : Spécificateurs

- Avec symptômes dissociatifs

Les symptômes rencontrent les critères d'un trouble de stress posttraumatique, et en plus, en réponse au stress, la personne vit des symptômes persistants et récurrents tels que l'une des manifestations suivantes :

1. Dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment de détachement, et d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels (par exemple, sentiment d'être dans un rêve ; sentiment d'irréalité de soi ou de son corps ou que le temps se déroule lentement).

2. Déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'irréalité de l'environnement (par exemple, l'environnement immédiat est vécu comme irréel, onirique, lointain, ou déformé).

Note : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, intoxication alcoolique) ou à une autre condition médicale (par exemple, crises épileptiques partielles).

- Avec expression retardée

Ce spécificateur est utilisé si tous les critères diagnostiques ne sont remplis que 6 mois après l'événement (bien que l'apparition et l'expression de certains symptômes puissent être immédiates).

AUTEUR : Nom : BOONE

Prénom : Cécile

Date de soutenance : 21 Octobre 2020

Titre de la thèse : Mesures de postvention en milieu scolaire : une étude qualitative au sein de lycées du département du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Suicide, adolescents, postvention, établissement scolaire

Introduction : Le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et est responsable de conséquences sur le plan individuel et collectif. La postvention est un domaine de la suicidologie qui s'intéresse à limiter ces conséquences, au travers de mesures d'intervention, de soutien et d'accompagnement. En milieu scolaire, de nombreux articles définissant une conduite à tenir postventive en cas de suicide d'élève ont vu le jour, mais très peu abordent le point de vue et les représentations des professionnels de l'éducation impliqués dans le déploiement de ces actions.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative auprès de Chefs d'Établissements de lycées du département du Nord. L'objectif principal était de décrire les différentes mesures postventives pouvant être déployées en milieu scolaire à la suite du suicide d'un élève selon les responsables d'établissements. L'objectif secondaire était de déterminer s'il existait, pour les personnes rencontrées, une demande d'étayage -par des professionnels de santé mentale- en termes de postvention ou de santé mentale.

Résultats : Douze entretiens individuels ont été réalisés. Les personnes rencontrées rapportent des mesures postventives pouvant être déployées de manière post-immédiate et à court/moyen terme en accord avec les données de la littérature. Les mesures postventives nécessitant une anticipation ou un déploiement à plus long terme sont peu envisagées et peu citées. La quasi-totalité des personnes rencontrées se montrent en demande d'un étayage supplémentaire par des professionnels de santé mentale à la fois dans le champ de la postvention mais également de manière générale en santé mentale.

Conclusion : Des collaborations entre les services de santé mentale et les services de l'Éducation Nationale pourraient être envisagées ; de même que des actions visant à une plus large diffusion des connaissances sur la santé mentale et la postvention au sein des établissements scolaires, et à lutter contre la persistance du tabou autour du suicide.

Composition du Jury :

Président : Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Professeur Guillaume VAIVA, Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse : Docteur Nicolas GAUD

Co-Directeur de thèse : Docteur Olivier PRUDHOMME