

Parole d'un représentant d'association

Phare Enfants-Parents souhaite faire prendre conscience de la nécessité de réagir au phénomène suicidaire. Des progrès ont été faits, mais la prévention et la prise en charge du suicide sont encore largement insuffisantes : pas assez d'information et de soutien, et des dysfonctionnements et carences du système de soins.

Thérèse Hannier

Présidente de Phare Enfants-Parents, association de prévention du mal-être et du suicide des jeunes

Phare Enfants-Parents œuvre depuis douze ans pour la prévention du mal-être et du suicide des jeunes. Elle fonde sa démarche et ses actions sur l'éducation : l'éducation des enfants, l'éducation des parents, partant du principe que tout s'apprend. Dans cet objectif, elle cible deux publics : les parents en priorité et les adolescents, jeunes adultes. C'est pourquoi elle organise ou participe à des conférences et, par ailleurs, intervient dans les lycées auprès des élèves.

Parmi ses actions, figurent la rédaction et l'édition de deux ouvrages : *Repères pour une attitude éducative*, guide pour les parents destiné à leur donner des éléments de réflexion en vue d'éviter les erreurs graves qui peuvent générer le mal-être chez l'enfant ; et *Difficile adolescence, signes et symptômes de mal-être*, guide qui a pour but essentiel de faire connaître les signes de mal-être afin de pouvoir intervenir à temps et éviter les passages à l'acte.

Pour les jeunes, nous avons réalisé un dépliant *Envie de mourir? Oser en parler...* très largement diffusé en milieu scolaire, dans les lycées. Il permet au lecteur d'identifier son mal-être, de se déculpabiliser par rapport à la souffrance, d'envisager de s'adresser à une personne adulte et d'appeler aux numéros communiqués.

Au fil des années, notre savoir s'est enrichi, non seulement des travaux de rédaction d'ouvrages, mais aussi et surtout grâce aux témoignages que nous recevons au quotidien. Ce sont des appels téléphoniques de parents en grande difficulté avec leur enfant (fugue, toxicomanie, violence, troubles de l'humeur,

comportements à risque ou suicidaires). Ce sont aussi des parents d'enfant suicidé que nous entendons soit en entretiens individuels soit dans le cadre des groupes de parole que nous organisons depuis plus de dix ans. Notre rôle consiste à écouter avec bienveillance et sans jugement, à orienter et parfois à conseiller. Cette écoute neutre et bienveillante a pour effet immédiat d'apporter aux parents un soulagement, un sentiment d'être entendus, compris, de sortir d'une solitude dans laquelle les difficultés graves les plongent. Ils appellent souvent lorsqu'ils vivent une situation de crise, ne sachant plus comment agir, réagir. Leurs pleurs parfois ne peuvent être contenus. Ils sont dans une grande détresse.

D'une façon générale, nous constatons un très grand désarroi de la part des parents, mais aussi du corps enseignant, face au mal-être des jeunes.

Premier constat : une situation de détresse

Phare Enfants-Parents n'est pas répertorié dans les numéros d'écoute. Pourtant, c'est plus de 1 000 appels qui ont été traités au cours de l'année 2003 dans le registre des difficultés que les parents rencontrent. Ces appels sont consécutifs à des articles de presse généralement, ou au bouche à oreille, aucune publicité n'étant faite par l'association pour se faire connaître.

Voici ce que nous retrouvons fréquemment comme situations.

Les appelants sont des femmes essentiellement, les mères ou un membre de la famille, la grand-mère, la tante qui se préoccupe de son petit-fils ou neveu. Ce sont aussi souvent



des familles monoparentales, ou, lorsque le père est présent au foyer, celui-ci est passif, sans autorité (ou parfois trop autoritaire) est souvent dans l'incapacité d'établir le dialogue avec son enfant ou a un comportement négatif.

Les jeunes concernés ont entre 13 et 25 ans.

Les problèmes souvent évoqués (et souvent cumulés pour chacun des cas) sont :

Pour les collégiens et lycéens, les mineurs :

- refus de l'autorité, refus des contraintes, de l'effort,
- rejet de l'école jusqu'à la phobie scolaire,
- recherche du plaisir immédiat,
- goût immodéré pour les loisirs : copains, jeux vidéo télévision, Internet,
- violence, verbale ou physique,
- symptômes de la dépression nerveuse,
- consommation de produits : tabac, alcool, cannabis,
- recours à l'auto-agression : scarification, tentative de suicide.

Pour les jeunes adultes : troubles mentaux, troubles du comportement. La consommation de cannabis est souvent évoquée et semble avoir des conséquences communes à tous les cas de figure : désocialisation, crises de violence verbale ou physique, actes de délinquance (vol des parents), dépression nerveuse, jusqu'au geste suicidaire.

Ce tableau peut sembler banal, car connu par bon nombre de spécialistes et même par le grand public puisque certaines émissions télévisées dévoilent cette réalité. Néanmoins, lorsque l'on écoute au quotidien les récits de ces parents et que l'on perçoit leur grand désarroi, il n'est pas excessif de penser que ces situations graves sont à multiplier par dizaine de milliers dans notre pays. En effet, nous constatons que les parents qui nous appellent ont un bon niveau intellectuel, culturel, et manifestent un vif désir de trouver la meilleure solution pour l'enfant concerné. Ils ont pris la peine de rechercher un numéro — souvent relevé dans un article conservé depuis plusieurs mois — ; ils ont eu le courage de décrocher le téléphone et de parler de ce qu'ils vivent, de leurs difficultés, de leurs inquiétudes. Combien, parce que moins bien informés, trop enfermés dans leur drame, restent muets, donc inconnus ?

Face à cette grande détresse, quelles réponses ? Quels recours, quelles solutions possibles ? Force est de constater, pour nous, intermédiaires intervenant dans une démarche

d'aide et de soutien, une certaine défaillance de nos structures sociales et éducatives ainsi qu'une grande carence en matière de soins appropriés en ce qui concerne principalement la toxicomanie au cannabis et la tentative de suicide. Si notre écoute bienveillante, voire la compassion qui s'y ajoute, favorise un soulagement immédiat de la tension et si l'éclairage neutre que nous apportons permet d'orienter, de conseiller, il n'en demeure pas moins que nous sommes souvent confrontés à un sentiment d'impuissance.

Deuxième constat : des dysfonctionnements et des carences

En matière de prévention du suicide, il est incontestable que nous pouvons noter depuis quelques années des évolutions qui vont dans le bon sens : des régions se sont mobilisées pour agir, mettre en place des actions concrètes, des associations qui se sont regroupées sous forme d'union, l'Union nationale pour la prévention du suicide (à la création de laquelle Phare Enfants-Parents a participé) ont contribué à faire avancer la prévention du suicide, de par leurs actions conjuguées et surtout à sensibiliser les pouvoirs publics et le grand public en organisant, depuis 1997, une Journée nationale de prévention du suicide le 5 février chaque année. Le tabou pèse un peu moins lourd, même s'il est toujours présent dans bien des esprits. Un plan national de prévention du suicide a été lancé en octobre 2000 ainsi qu'une conférence de consensus, dans la même période, qui, pour le premier, a permis d'affirmer une volonté politique et d'en définir les axes, pour la seconde, de publier des recommandations pour reconnaître et intervenir dans la prise en charge des crises suicidaires.

Toutes ces mesures et ces actions sont relativement récentes et n'ont pas encore porté tous leurs fruits. Néanmoins, on ne peut que constater, à ce jour, une grande lenteur dans la mise en place des mesures préconisées, concernant notamment la multiplication des lits d'accueil en milieu hospitalier pour les suicidants, la durée de leur séjour, la consultation systématique d'un psychiatre ou d'un psychologue, enfin la prise en charge de l'entourage.

Voici ce que nous sommes amenés à observer à travers les plaintes des parents.

Pour les primo tentatives de suicide :

- séjour à l'hôpital encore trop souvent extrêmement court : les soins médicaux pratiqués, le suicidant est renvoyé chez lui,

- entretien psychologique superficiel, parfois inexistant,

- absence de diagnostic ou, s'il est fait, ni le patient, ni l'entourage ne sont informés,

- absence de dialogue avec le suicidant et avec les parents ou proches sur l'interprétation du geste, la recherche des causes profondes de la souffrance ainsi exprimée,

- paroles maladroites, voire blessantes au suicidant ou aux proches,

- absence d'orientation vers une structure d'accueil, quand la demande est formulée ou s'avère nécessaire.

Aux parents qui expriment leur inquiétude, il est fréquemment répondu de ne pas s'inquiéter, les propos rassurants permettant sans doute d'éviter toute information précise sur l'état de santé du jeune. De même que la réponse laconique du psychiatre qui reçoit dix minutes les parents, « *il arrive fréquemment que des psychoses se développent à l'âge de l'adolescence* », ne renseigne absolument pas les parents et n'est pas de nature à les aider. Au contraire, ils rentrent chez eux un peu plus inquiets avec leur enfant, dont ils voient bien qu'il n'est pas complètement rétabli.

Pour les « récidivistes », même difficultés que pour les primo, auxquelles s'ajoutent :

- prescription de traitements médicamenteux trop lourds, transformant le sujet en zombie,

- parfois refus de rencontrer les parents, que l'on désigne *a priori* comme coupables du mal-être du suicidant,

- transfert souvent décidé dans un service psychiatrique non adapté, où la promiscuité avec des malades séniles ou gravement atteints de troubles mentaux plonge le suicidant dans une plus profonde désespérance et provoque chez lui le rejet de toute prise en charge psychiatrique,

- absence de soutien aux parents.

Pour ceux qui sont suicidaires mais ne sont pas encore passés à l'acte :

La plupart des appels que nous recevons concernent ces personnes... Les parents, les mères généralement, perçoivent le mal-être de leur enfant. Les questions que nous leur posons nous permettent d'évaluer s'il est potentiellement en danger.

Bien souvent, les parents sont confrontés à des situations paradoxales : l'enfant est déjà suivi par un psychologue ou par un psychiatre, mais il ne va pas mieux pour autant ; ou bien l'enfant refuse catégoriquement toute consultation d'un « psy » et s'enfonce dans un mal-

être sous le regard des parents impuissants, complètement démunis.

Dans le meilleur des cas, les parents, aidés par nos soins à comprendre la situation, acceptent et obtiennent le consentement de l'enfant pour la consultation d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais il n'en demeure pas moins que la solution idéale n'est pas forcément trouvée et que le risque suicidaire peut perdurer.

C'est dans cette phase, si importante de l'évolution de la crise suicidaire, que l'absence de structure adaptée se fait cruellement sentir. Combien de parents nous demandent s'il existe des centres pour accueillir leur enfant suicidaire en consultation et en thérapie? Les centres médico-psychologiques sont généralement saturés et des semaines voire des mois sont nécessaires pour obtenir un rendez-vous, et les services psychiatriques traditionnels ne sont absolument pas adaptés à la problématique des suicidaires. Le modèle des centres de prévention du suicide, tels qu'ils sont conçus au Québec, serait le plus conforme aux besoins exprimés aujourd'hui.

Quand le geste suicidaire a été fatal :

De la bouche des parents d'enfant suicidé, nous entendons souvent qu'ils ont la conviction, à tort ou à raison, que tout n'a pas été fait pour sauver leur enfant. «Tout» au sens médical, psychologique et humain. Ils pointent souvent l'erreur de diagnostic : «*je savais que ma fille allait très mal et il m'a été répondu que c'était moi qui allait mal*». Tel père accuse la psychiatrie d'avoir aggravé l'état de sa fille. On l'avait soignée pour une schizophrénie; puis changement de diagnostic, c'était une psychose. Les séjours répétés en psychiatrie fermée l'ont déstructurée, «achevée», affirme ce père meurtri. Dans le cadre des groupes de parole, il est souvent évoqué cette dureté de vie imposée par la psychiatrie : gavage de médicaments, peu de paroles, peu de surveillance, peu de moments favorables pour se reconstruire. En quelque sorte, une forme de maltraitance.

D'autres ont à déplorer le suicide de leur enfant dans l'enceinte du service hospitalier. Ils avaient placé leur confiance dans la médecine, ils étaient rassurés de savoir leur enfant «pris en charge». Trop de suicides se produisent en milieu hospitalier! Ne pourraient-ils pas être évités si le personnel était plus attentif, plus vigilant, plus sensible au risque suicidaire?

Si les statistiques présentent une diminution du nombre de morts par suicide de

1994 (12 041 suicides) à 2000 (10 837), il semble que le nombre de tentatives de suicide augmente. Mais en l'absence de chiffres précis, cela reste difficile à évaluer. Néanmoins, ce que l'on observe sur le terrain nous conforte dans l'idée qu'il est urgent que la prévention du suicide soit réellement une priorité de santé publique. 