

Haute École de Travail Social de Fribourg - HETS-FR

Route des Arsenaux 16a

1700 Fribourg

**« Promouvoir la santé mentale dans le milieu scolaire
obligatoire et post-obligatoire :
Le rôle des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x dans la
prévention du suicide chez les étudiant·e·x·s de 12 à 25 ans
au travers de la collaboration interdisciplinaire. »**

TRAVAIL DE BACHELOR

Présenté par:

Eloïse Murith & Maïli Scheiwiller

En vue de l'obtention du Bachelor of Arts HES-SO en Travail social

Fribourg - Janvier 2025

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons grandement remercier notre directrice de Travail de Bachelor, Madame Maryline Thorin Burgdorfer, pour son implication et pour le soutien qu'elle nous a apporté dans nos réflexions et questionnements durant notre processus de recherche ainsi que dans la rédaction de notre travail.

De plus, nous tenons à remercier chaleureusement Madame Nadejda Lambert d'avoir accepté le rôle de lectrice de notre Travail de Bachelor, ainsi que pour son implication.

Nous remercions de même Madame Dolores Angela Castelli Dransart pour la mise à disposition de ses publications.

Nous exprimons également notre gratitude envers nos camarades de classe, avec qui nous avons pu partager nos doutes et interrogations, mais aussi découvrir et mobiliser des outils et méthodes pertinentes.

Finalement, nous remercions nos familles, ami·e·x·s et partenaires, pour leurs encouragements et leur réconfort dans les moments d'adversité rencontrés.

Moi, Eloïse Murith, exprime une sincère gratitude envers mon amie et partenaire de Travail de Bachelor, Maïli Scheiwiller, pour son implication et sa contribution à l'accomplissement de ce travail. Je la remercie également pour l'énergie qu'elle a su insuffler à notre collaboration, ainsi que pour son écoute, sa compréhension et sa patience.

Moi, Maïli Scheiwiller, souhaite exprimer ma profonde gratitude envers Eloïse Murith, mon amie et partenaire de Travail de Bachelor, pour son investissement précieux dans la réalisation de ce document de fin d'études. Sa bienveillance, son écoute attentive, ses conseils avisés et sa disponibilité ont enrichi notre expérience collaborative, et je lui en suis sincèrement reconnaissante.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS SUR L'UTILISATION DU LANGAGE INCLUSIF	6
CHOIX DES TERMES UTILISÉS	6
TRADUCTION DES SOURCES ANGLOPHONES	6
UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE	6
INTRODUCTION	7
PROBLÉMATIQUE	8
STATISTIQUES MONDIALES ET SUISSES	8
IMPACTS DU SUICIDE	8
CONTEXTE, DÉFINITION ET PERCEPTIONS DU SUICIDE	9
LE SUICIDE, UN TABOU	11
STIGMATISATION	12
LES STRATÉGIES PRÉVENTIVES ACTUELLES	13
LES 10 OBJECTIFS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE	13
I. « Renforcer les ressources personnelles et sociales »	13
II. « Sensibiliser et informer »	13
III. « Garantir un accès facile à l'aide »	14
IV. « Repérer et intervenir précocement »	14
V. « Assurer une prise en charge et un traitement efficaces »	14
VI. « Limiter l'accès aux moyens de suicide »	14
VII. « Soutenir les proches, familles et professionnels après un suicide »	14
VIII. « Favoriser un traitement médiatique du suicide adéquat ... »	14
IX. « Mettre à disposition des bases scientifiques et des données probantes »	15
X. « Disséminer les bonnes pratiques »	15
LA PERTINENCE DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE AUPRÈS DES ADOLESCENT·E·X·S ET JEUNES ADULTES	15
ACTEUR·RICE·X·S GRAVITANT AUTOUR DES ÉTUDIANT·E·X·S ET LEUR RÔLE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE	16
I. La famille	16
II. Les pairs	16
III. Les enseignant·e·x·s	17
IV. Les infirmier·ère·x·s scolaire	17
V. Les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x	17
<i>Accompagnement et médiation</i>	18
<i>Formation et sensibilisation</i>	18
<i>Préparation insuffisante et enjeux éthiques</i>	18
L'INTERDISCIPLINARITÉ ET SON IMPORTANCE	19
QUESTION DE RECHERCHE	19
OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	20
COMMENT SE MANIFESTENT LES DIFFICULTÉS DES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ?	20
QUELS SONT LES FACTEURS QUI FREINENT LES ÉTUDIANT·E·X·S À DEMANDER DE L'AIDE ?	20
QUELS SONT LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA DEMANDE D'AIDE DES ÉTUDIANT·E·X·S ?	20
QUELLES SONT LES INTERVENTIONS ACTUELLEMENT DISPONIBLES POUR LES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ?	20

EN QUOI LA PROMOTION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE EST-ELLE PERTINENTE ? -----	21
LES DISPOSITIFS MÉTHODOLOGIQUES DE LA REVUE -----	22
SÉLECTION DES TEXTES -----	22
MÉTHODES D'EXTRACTION -----	22
ARGUMENTATION DES CHOIX ET OUTILS MIS EN PLACE -----	23
LIMITES ET ENJEUX IDENTIFIÉS -----	23
PRÉSENTATION DES ARTICLES RETENUS -----	24
« LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE À DISPOSITION DES ÉTUDIANTS INSCRITS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : LE CAS DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX » -----	24
« DÉTRESSE ET ANXIÉTÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL ET RECOURS AUX SERVICES D'AIDE SOCIOAFFECTIFS » -----	25
« PERCEIVED BARRIERS AND FACILITATORS TO MENTAL HEALTH HELP-SEEKING IN YOUNG PEOPLE : A SYSTEMATIC REVIEW »-----	26
« WHAT ARE THE BARRIERS, FACILITATORS AND INTERVENTIONS TARGETING HELP-SEEKING BEHAVIOURS FOR COMMON MENTAL HEALTH PROBLEMS IN ADOLESCENTS? A SYSTEMATIC REVIEW » -----	27
« LA COLLABORATION : ENJEU VITAL EN SANTÉ MENTALE. LE CAS DU SUICIDE EN SUISSE » -----	28
ANALYSE-----	29
COMMENT SE MANIFESTENT LES DIFFICULTÉS DES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ? -----	29
QUELS SONT LES FACTEURS QUI FREINENT LES ÉTUDIANT·E·X·S À DEMANDER DE L'AIDE ?-----	30
I. Stigmatisation-----	30
II. Confidentialité -----	31
III. Compétences des personnes-ressources -----	31
IV. Littératie en santé mentale et identification des symptômes -----	32
V. Volonté de gérer ses problèmes de manière autonome-----	32
VI. Contraintes financières et géographiques -----	33
QUELS SONT LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA DEMANDE D'AIDE DES ÉTUDIANT·E·X·S ?-----	33
I. Littératie en santé mentale et expériences antérieures-----	33
II. Soutien social et encouragements-----	34
III. Gravité perçue des problèmes-----	34
IV. Accessibilité des services de santé mentale -----	34
V. Plateformes en ligne et lignes d'écoute -----	34
QUELLES SONT LES INTERVENTIONS ACTUELLEMENT DISPONIBLES POUR LES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ? -----	35
I. Psychoéducation-----	35
II. Interventions de proximité -----	36
III. Interventions multimédias-----	36
IV. Formation entre pairs -----	36
V. Bordeaux : types d'interventions disponibles pour les adolescent·e·x·s et jeunes adultes-----	36
Le service PHASE -----	36
Les bureaux de la vie étudiante (BVE) -----	37
Le système de veille -----	37
La maison des adolescents de la Gironde (MDA33) -----	37
Le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) -----	37
VI. Recommandations et limites -----	37

EN QUOI LA PROMOTION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE EST-ELLE PERTINENTE ? -----	39
I. La collaboration, un enjeu vital face à la suicidalité -----	39
II. Le rôle central des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x dans la collaboration -----	40
III. Les modalités de collaboration des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x -----	40
IV. Les enjeux de la collaboration interdisciplinaire -----	40
V. La collaboration comme facteur de protection -----	41
VI. Une approche encore à perfectionner -----	41
DISCUSSION -----	42
ENJEUX SPÉCIFIQUES LIÉS À LA SANTÉ MENTALE -----	42
I. Détection des symptômes de détresse psychologique -----	42
II. Usage de substances psychoactives -----	43
III. Communauté LGBTQIA+ -----	44
IV. Jeunes migrant·e·x·s -----	45
ENJEUX INSTITUTIONNELS LIÉS À LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE MILIEU SCOLAIRE -----	46
I. Difficultés liées à la coordination interinstitutionnelle -----	46
II. Manque de ressources financières -----	46
III. Manque de ressources humaines -----	47
IV. Stigmatisation et tabous -----	47
V. Difficulté à obtenir le consentement parental -----	48
STRATÉGIES POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE -----	49
I. Le rôle crucial de la sensibilisation à la santé mentale à l'école -----	49
II. La pertinence des outils numériques -----	49
III. Le besoin de services d'aide adaptés -----	50
IV. La nécessité de poursuivre les recherches sur le suicide et sa prévention -----	51
CONCLUSION -----	52
APPORTS DE NOTRE RECHERCHE DANS NOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE À VENIR -----	52
LIMITES DE NOTRE RECHERCHE -----	53
SAVOIRS À CONSTITUER AFIN D'APPROFONDIR L'OBJET DE NOTRE RECHERCHE -----	53
PERSPECTIVES D'AVENIR -----	54
OUVERTURE ENVISAGÉE -----	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	55
ANNEXES -----	59
FIGURE 1 : SCHÉMATISATION DES QUATRE TYPES DE SUICIDE SELON ÉMILE DURKHEIM. -----	59

AVANT-PROPOS SUR L'UTILISATION DU LANGAGE INCLUSIF

À des fins d'équité, de reconnaissance et de respect des diversités, ce Travail de Bachelor est rédigé en langage inclusif. De ce fait, la forme contractée, incluant les genres féminin, masculin, non-binaire et agendre, telle que *les étudiant·e·x·s* ou *un·e·x travailleur·euse·x social·e·x*, par exemple, est utilisée dans ce document. Les pronoms et déterminants inclusifs comme, *iel/s*, *celui/celleux* ou encore *tous·te·x·s* sont également intégrés dans cet écrit. Ce choix nous a paru essentiel, dans le respect de toutes les identités de genre, telles que les personnes non-binaires et celles ne se reconnaissant ni dans le genre masculin, ni dans le genre féminin. De surcroît, nous tenions à montrer notre engagement auprès de la communauté LGBTQIA+, cette dernière étant vulnérabilisée face à la thématique de notre Travail de Bachelor portant sur le suicide, en raison de la stigmatisation, des discriminations et de l'exclusion qu'elle subit (Stop Suicide, 2017, p. 1-3). Employer un langage inclusif et neutre contribue donc à réduire cette marginalisation et promeut un écrit bienveillant et respectueux.

CHOIX DES TERMES UTILISÉS

Dans ce présent document, pour désigner la population estudiantine âgée de 12 à 25 ans, nous utiliserons les termes étudiant·e·x·s, élèves ainsi qu'adolescent·e·x·s et jeunes adultes. Ces expressions sont choisies pour inclure toutes les différentes tranches d'âge, de genres et de contextes scolaires de la population ciblée.

En ce qui concerne les personnes ayant des idées suicidaires, nous privilégierons des termes tels que personnes concernées, en crise, en détresse psychologique, ou encore ayant des troubles psychiques ou de la santé mentale. Ce choix de vocabulaire a pour objectif de traiter le sujet avec respect et de préserver la dignité des individu·e·x·s tout en évitant toute forme de stigmatisation.

TRADUCTION DES SOURCES ANGLOPHONES

L'apport de sources anglophones fut nécessaire dans la réalisation de ce Travail de Bachelor. Une proportion majoritaire de la traduction des textes étudiés a été faite par nos soins, sur la base de nos connaissances. Les outils de traduction *Reverso* (<https://www.reverso.net/traduction-texte>) et *DeepL* (<https://www.deepl.com/fr/translator>) ont été mobilisés afin de traduire certaines expressions et mots inconnus, ou encore afin de valider notre propre traduction en cas de doutes. Les citations directes et traduites présentes dans le texte sont indiquées en notes de bas de page, avec les propos originaux de la source d'information.

UTILISATION DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Nous avons mobilisé l'outil d'intelligence artificielle *ChatGPT* (<https://chatgpt.com/>) dans ce Travail de Bachelor. Premièrement, pour résumer les textes présélectionnés, à des fins de gain de temps dans notre recherche d'articles. Deuxièmement, afin d'identifier des reformulations pertinentes de certains passages de notre écrit. Et finalement, nous avons utilisé l'intelligence artificielle pour trouver quelques sources d'informations (noms d'auteur·rice·x·s ayant écrit sur un sujet précis, bases de données ou autres outils pouvant nous être utiles, etc.), que nous avons ensuite consultées et vérifiées afin que ces dernières soient correctes et pertinentes.

Cet outil n'a donc été mobilisé qu'à des fins d'organisation de nos recherches et de structure de notre travail écrit ; la réflexion des données étudiées est nôtre.

INTRODUCTION

Ce Travail de Bachelor porte sur la prévention du suicide par le biais de la promotion de la santé mentale dans les milieux scolaires obligatoires et post-obligatoires, ciblant les étudiant·e·x·s âgé·e·x·s de 12 à 25 ans. Il met en avant l'importance de la collaboration interdisciplinaire entre travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x et autres professionnel·le·x·s présent·e·x·s en milieu étudiantin.

Nous débiterons par la problématisation de la suicidalité, en examinant ses statistiques, son impact, son contexte, ainsi que ses définitions et perceptions. Nous traiterons également des tabous et de la stigmatisation associés au suicide, des stratégies de prévention actuelles, des objectifs suisses en matière de prévention, et de l'importance d'intervenir spécifiquement auprès des jeunes. Nous examinerons aussi les acteur·rice·x·s impliqué·e·x·s dans la prévention, leur rôle, ainsi que la nécessité d'une approche interdisciplinaire.

Nous présenterons ensuite notre question de recherche et ses objectifs à travers cinq sous-questions. Nous détaillerons les objectifs de notre revue de littérature, en exposant les dispositifs méthodologiques, les critères d'inclusion et d'exclusion, notre méthode d'extraction, l'argumentation de nos choix, ainsi que les limites et enjeux identifiés. Enfin, les cinq articles sélectionnés seront présentés sous forme de fiches de lecture.

Par la suite, nous analyserons les données issues de ces articles et leur pertinence au regard de nos sous-questions. Ces dernières aborderont les difficultés rencontrées par les jeunes, les freins et facilitateurs à la demande d'aide, les interventions actuellement mises en place, ainsi que la pertinence de la collaboration interdisciplinaire dans la prévention du suicide.

Pour finir, la discussion exposera les réflexions issues de notre analyse. Elle explorera les enjeux liés à la santé mentale, notamment les défis associés à la détection des symptômes de détresse psychologique, les spécificités des groupes vulnérables et les obstacles institutionnels. Pour conclure, elle proposera des stratégies concrètes pour promouvoir efficacement la santé mentale.

Le choix de ce thème découle d'une exploration préalable d'autres sujets, tous centrés sur la santé psychique et ses enjeux. Parmi ces thématiques, le suicide a finalement retenu notre attention, suscitant un intérêt profond en raison de sa portée universelle et de son lien direct avec les jeunes générations. Le suicide représente non seulement un enjeu majeur de santé publique, mais il met également en lumière des lacunes importantes en matière de prévention, de sensibilisation et de prise en charge interdisciplinaire. Cet intérêt, allié à notre volonté de contribuer à une meilleure compréhension et à la promotion de la santé mentale, a guidé notre démarche de recherche.

Dans cette thématique, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x occupent une position centrale et transversale dans la prévention du suicide, jouant un rôle essentiel dans l'accompagnement individuel, la médiation entre acteur·rice·x·s et la sensibilisation collective. Leur intervention repose sur une approche holistique qui intègre les dimensions sociales, familiales et structurelles, visant à réduire la stigmatisation tout en favorisant l'inclusion et le bien-être. Grâce à leur position stratégique, iels participent activement à la prévention du suicide et à la promotion d'une santé mentale durable. Leur action s'étend au-delà de l'individu·e·x pour créer des connexions entre les familles, les institutions et la société dans son ensemble, favorisant des solutions interconnectées et adaptées. Par leur engagement, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x contribuent à une réponse collective, interdisciplinaire et inclusive aux défis complexes liés au suicide.

PROBLEMATIQUE

STATISTIQUES MONDIALES ET SUISSES

En août 2024, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2024) annonçait que plus de 720'000 personnes se donnaient la mort chaque année et que de nombreuses autres tentaient de mettre fin à leur vie. Décrit comme une tragédie, le suicide entraîne des conséquences considérables sur les familles, communautés et plus globalement sur la société. Bien qu'il puisse intervenir à n'importe quelle étape de la vie, il est marquant de constater que le suicide était, en 2021, la troisième cause de mortalité des individu·e·x·s âgé·e·x·s de 15 à 29 ans.

En Suisse, d'après le rapport publié en 2018 par l'Observatoire Romand des Tentatives de Suicide (ORTS), sous l'impulsion du Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS), le suicide est à l'origine d'environ mille décès par année, soit 2 à 3 suicides par jour en moyenne (p. 4). De plus, dans le plan d'action *La prévention du suicide en Suisse*, publié en 2016 par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), nous lisons que :

Selon plusieurs estimations, quelque 10 000 tentatives de suicide font chaque année l'objet d'une prise en charge médicale en Suisse (Muheim et al. 2013 ; Steffen et al. 2011). Toutefois, ces chiffres pourraient être plus élevés, car nombre de tentatives de suicide ne sont pas reconnues comme telles ou pas déclarées et ne sont donc pas prises en charge (p. 6).

Concernant les adolescent·e·x·s et jeunes adultes jusqu'à 29 ans, nous pouvons retenir du plan d'action de l'OFSP, qu'en moyenne, un suicide a eu lieu tous les trois jours en Suisse entre les années 2009 et 2013 (OFSP, 2016, p. 14).

Dans les données plus actuelles, récoltées en 2022 et publiées en 2024 par l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN, 2024), on y indique que plus de 8% de la population suisse déclare avoir pensé ou tenté de mettre fin à ses jours durant l'année précédente. La population la plus concernée par la suicidalité est âgée de 15 à 24 ans, représentant 11,6% des hommes et 23,1% des femmes de cette tranche d'âge. Dans ce même rapport, l'enquête Omnibus sur la santé mentale, menée en 2022 indique que :

L'une des questions demandait aux personnes participant·e·x·s si elles avaient « sérieusement envisagé de se suicider, au cours des douze derniers mois, ou si cette idée leur avait traversé l'esprit », et 4,9% d'entre elles ont répondu par l'affirmative. Dans l'ensemble, aucun écart ne sépare femmes et hommes à cet égard. La proportion est cependant nettement plus élevée chez les femmes de 15 à 24 ans que chez celles de 25 ans ou plus (13,8% contre 2,0 à 6,9%). Les hommes affichaient des proportions plus équilibrées entre les groupes d'âge (p. 2).

En 2024, le suicide est la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans en Suisse (Lavigne, 2024).

IMPACTS DU SUICIDE

La perte d'un·e·x proche par suicide est un événement brusque et inattendu pour l'entourage de celui-ci, qui ne traversera pas un deuil considéré comme « normal ». En effet, Mishara et Tousignant (2004) expliquent que :

Dans le cas d'un décès par suicide, la perte cause des séquelles qui durent plus longtemps et les symptômes de deuil sont généralement plus intenses, notamment les sentiments de culpabilité, la honte, la recherche d'une compréhension de l'événement, et, parfois, la colère (p. 147).

Contrairement à un·e·x proche décédant après une longue maladie ou en raison de son vieil âge, l'entourage endeuillé à la suite du suicide d'un être cher n'a pas eu l'opportunité de se préparer

émotionnellement à cette perte. Cet état de choc peut être accompagné de colère, le geste de lae suicidé·e·x pouvant être perçu comme une forme de rejet ou de volonté de blesser les personnes qui l'aiment. De plus, la stigmatisation et le tabou entourant le suicide freinent souvent les proches à en parler et à exprimer leurs émotions, ces dernier·ère·x·s ressentant un sentiment de honte, voire de culpabilité, ce qui impacte le processus de deuil et prolonge les souffrances (Mishara & Tousignant, 2004).

Dans son ouvrage *L'impact sociologique des morts violentes*, paru en 2017, Hintermeyer indique que les morts violentes, telles que le suicide, surviennent de manière imprévisible, marquant une rupture brutale dans le fil de la vie. Elles frappent par leur soudaineté, laissant les proches déstabilisé·e·x·s et pris·e·x·s au dépourvu en leur imposant une confrontation immédiate avec le choc et la douleur (p. 18). L'auteur insiste sur le fait que « l'impact de cette mort violente est encore accru dans la mesure où l'entourage du suicidant est confronté, non seulement à la mort d'un proche, mais à sa volonté de mourir » (p. 14). Par l'exemple du mouvement revendicatif du suicide assisté, l'auteur explique, au travers du prisme de cette « volonté de mourir », que se donner la mort peut être ainsi vu comme une liberté individuelle, voire un droit. Le suicide est ainsi perçu par une partie de la société comme étant un choix délibéré, une forme de maîtrise face à un état de détresse, physique comme psychologique (p. 15).

En ébranlant un consensus social et politique fondamental, celui qui valorise et protège la vie, tout en rejetant la mort, le suicide représente un impact sociologique conséquent. En effet, ce consensus, socialement ancré, ayant permis d'allonger considérablement l'espérance de vie et de repousser le dernier soupir, se voit bouleversé entre sa volonté de protéger la vie et la revendication sociale d'un droit à la mort (Hintermeyer, 2021, pp. 17-18).

Parallèlement aux impacts familiaux, politiques ou encore moraux, notons également que la thématique du suicide implique des coûts sociétaux, directs et indirects. En effet, les suicides engendrent des coûts directs, tels que les frais médicaux et non médicaux (investigations policières, analyses médico-légales, travaux de nettoyage, etc.). Les répercussions financières des interruptions de service (annulations ou retards des transports lors d'un suicide sur la voie ferrée, par exemple) peuvent également être mentionnées, ainsi que les frais de suivi des proches de la personne suicidée. Les coûts indirects représentent les frais les plus importants, par la baisse de productivité liée à la perte d'un·e·x citoyen·ne·x (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2016, p. 10).

CONTEXTE, DÉFINITION ET PERCEPTIONS DU SUICIDE

Bien que traités dans de nombreux ouvrages, le suicide et la suicidalité en général ne font pas l'objet d'un consensus, tant dans leur définition que dans leur interprétation. Influencée par de multiples facteurs, cette thématique et les applications qui l'entourent ne sont pas prises en considération à la même envergure selon les contextes. Afin de comprendre pleinement les enjeux liés à la thématique choisie, il est nécessaire de se pencher sur les différents contextes entourant le suicide et l'évolution de la perception que l'on en a eu durant ces derniers siècles.

Confirmé en 1734 par le Dictionnaire historique de la langue française, on observe que le mot « suicide », formé à partir du mot « homicide », du latin *sui*, soi, est relativement récent. La définition du XVIII^{ème} siècle de ce terme, « l'action de causer volontairement sa propre mort », va peu à peu s'enrichir de nouveaux sens, tels que le fait de risquer sa vie sans nécessité ou de l'action de se nuire. En 1926, on parle également du suicide par imprudence, définissant l'action de se donner la mort sans forcément en avoir eu conscience (Jouenne, 2002, p. 2).

Considéré comme le pionnier de l'analyse sociologique de la suicidalité, Émile Durkheim, dans son ouvrage *Le Suicide*, publié en 1897, décrit le suicide comme étant un phénomène social. Il explique le rôle joué par la société dans la suicidalité par une distinction de quatre types de suicide : égoïste,

altruiste, anémique et fataliste. Nous pouvons comprendre ses quatre formes de suicide par le défaut ou l'excès d'intégration et de régulation sociale. Une trop faible intégration sociale, donc une individualisation exagérée, explique par exemple le suicide égoïste. Son contraire, soit une intégration sociale excessive, conduirait au suicide altruiste, tel qu'un acte kamikaze par exemple. Les suicides anémiques et fatalistes se définissent, selon Durkheim, par un défaut de régulation sociale, donc un affaiblissement des normes (suicide anémique) ou un excès de normes sociales (suicide fataliste)¹ (Broudic, 2008, pp. 58-59). La perception du suicide de Durkheim comme étant uniquement le fruit du fonctionnement d'une société fut remise en question par son contemporain, Maurice Halbwachs, qui déclare qu'une vision double du suicide pouvait être pensée, incluant les aspects psychiques propres à l'individu·e·x avec l'environnement social dans lequel iel évolue. Bien que remises en question, les analyses sociologiques du suicide d'Émile Durkheim mettent en évidence l'influence du contexte social sur la suicidalité (p. 59).

Selon les dires de l'anthropologue Louis Vincent-Thomas, cité dans le texte de Noël Jouenne, le suicide s'inscrit dans un champ pluridisciplinaire. De l'interprétation psychanalytique selon Freud aux différents types de suicide décrits par le sociologue Émile Durkheim, le suicide se décline comme un phénomène marqué par une multiplicité de facteurs et d'influences, lui conférant ainsi de nombreuses définitions (Jouenne, 2002, p. 6). Bien que nous pourrions entrer dans les détails quant aux différents types de suicide présentés par Louis Vincent-Thomas et l'analyse succincte de la théorie durkheimienne, nous nous baserons, dans ce travail, sur la définition donnée par l'OMS dans son rapport de 2014, *Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial* : « le terme suicide se réfère à l'acte de se donner délibérément la mort » (p. 12).

L'évolution de la définition du suicide s'explique par les différentes perceptions, parfois discordantes, présentes dans les sociétés quant au fait de se donner la mort. En effet, la considération du suicide fut influencée par de nombreux courants de pensée.

L'angle philosophique démontre bien cette discordance dans la perception du suicide. En Grèce antique, si Platon n'approuve pas pleinement le suicide, ne le tolérant que pour les personnes atteintes de maladies incurables, Aristote, son disciple, condamne ce geste et le considère comme une démission face aux difficultés de la vie. À la même époque, Diogène se montre totalement en accord avec le choix du suicide, l'ayant appliqué lui-même selon certaines sources. Il est également intéressant de constater que ces perceptions du suicide entrent en contradiction avec le droit juridique de l'époque, tel qu'à Athènes, où le suicide est interdit et que des sanctions sont prévues contre le corps des suicidé·e·x·s (Jouenne, 2002, pp. 5-6).

La vision du suicide varie selon le contexte idéologique dans lequel elle s'inscrit. Bien que ce dernier puisse être un facteur de protection, il peut également agir comme déclencheur au passage à l'acte. En effet, les croyances religieuses et mystiques plus ou moins extrémistes ont souvent poussé leurs adeptes au suicide. On peut relever, par exemple, l'annonce de la fin du monde en 1666 qui plongea la Russie dans un état de peur si accru que des milliers d'habitant·e·x·s se suicidèrent, dans l'espoir d'échapper à l'Antéchrist, en se laissant mourir de faim ou en se jetant dans les flammes (Jouenne, 2002, p. 4). De manière similaire, on peut citer James George Frazer, écrivant dans son ouvrage *Le Rameaux d'Or*, que « chez les Esquimaux du détroit de Behring, on a vu un chamane se faire brûler vif, dans l'espoir de ressusciter avec des pouvoirs bien supérieurs à ceux dont il était doué auparavant » (cité dans Jouenne, 2002, p. 4).

¹ Se référer à la figure n°1 des annexes.

LE SUICIDE, UN TABOU

Bien que le suicide existe depuis des siècles et qu'il fut étudié au travers de nombreux champs, ce dernier reste un sujet dont on parle peu, ou sous le couvert d'expressions parfois maladroites. Souvent perçue comme un tabou, la suicidalité soulève des questions sur son association avec le sacré et les interdits sociaux. En effet, le tabou, dérivé du mot polynésien « tapu », est d'abord associé à ces deux aspects. Freud l'analyse comme un système limitant les désirs humains les plus fondamentaux, étant l'interdiction du meurtre et de l'inceste. Le suicide est relié à des notions de sacrifice et de transgression du sacré. Certains suicides, comme les attentats-suicides ou les suicides altruistes décrits par Durkheim, sont associés au sacré en raison de leur dimension sacrificielle. Cependant, dans les sociétés occidentales, les suicides contemporains, notamment chez les adolescent·e·x·s, semblent davantage liés à des troubles dépressifs qu'à une quête du sacré (Munier, 2004, pp. 172-174).

Le tabou autour du suicide est un frein à la communication de ses pensées suicidaires et donc à la recherche d'aide pour la personne concernée. L'OBSAN indique qu'à la suite d'une tentative de suicide, une personne sur cinq n'en parle pas et que la moitié de celles communiquant sur leur tentative se tournent vers des individu·e·x·s externes à leur entourage direct (OBSAN, 2024, p. 1). Selon Alyzée Haahtio, responsable de la recherche de fonds et des médias au sein de l'association Stop Suicide, la base de la prévention du suicide est de lever le tabou qui l'entoure, afin de favoriser la prise de parole des jeunes. Elle déclare que :

Oser en parler n'est ni plus ni moins une devise qu'il faut garder à l'esprit pour permettre un dialogue ouvert sur le sujet, car le mal-être n'est pas quelque chose de rare et encore moins une problématique dont on doit avoir honte (Lavigne, 2024).

En effet, dans le cadre de la santé mentale, la majorité des personnes rencontrant des difficultés psychiques ne cherchent de l'aide que lorsque ces dernières constituent des obstacles d'ordre psychosocial au quotidien. Le fait de chercher du soutien lorsque l'on est confronté à des troubles psychiques constitue la base du processus d'amélioration de son état. Les sources d'aide sollicitées peuvent être classées en quatre formes de soutien : le soutien formel, semi-formel, informel ou autonome. Le soutien formel représente les professionnel·le·x·s de la santé, comme les psychologues, psychiatres ou médecins généralistes, ayant des rôles spécifiques dans la prise en charge. Le soutien semi-formel concerne les spécialistes n'ayant pas de pouvoir de prise en charge spécifique, tels que les animateur·rice·x·s socioculturel·le·x·s ou encore les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x en milieu scolaire. Le soutien informel englobe les proches de la personne concernée (ami·e·x·s, famille, partenaire, etc.). Finalement, le soutien autonome se base sur les ressources trouvées par les propres moyens de la personne concernée, comme des recherches internet ou le suivi de programmes en ligne (Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse [CFEJ], 2024, p. 9).

La prévention, définie comme l'ensemble des mesures visant à anticiper et éviter un risque, joue un rôle clé dans la lutte contre le suicide. Elle inclut des démarches de sensibilisation pour rendre les individu·e·x·s ainsi que les communautés réceptives aux enjeux et risques associés. Historiquement, le suicide a été perçu comme un crime ou un péché, marqué par une condamnation morale et religieuse. En France, ce n'est qu'à partir du XXe siècle que la problématique a été reconnue comme un enjeu de santé publique, notamment grâce aux travaux d'Émile Durkheim, qui a ouvert la voie à une compréhension sociologique du phénomène. Cette reconnaissance a permis la mise en place de structures associatives comme SOS Amitié dans les années 1960, mais également la création de stratégies nationales dans les années 1990 (Jougla et al., 2003, p. 35).

STIGMATISATION

Un pilier sur lequel la prévention doit reposer est la sensibilisation. Cette dernière, définie comme le fait de susciter l'intérêt ou de rendre une communauté réceptive à un problème spécifique, vise à briser les stéréotypes et les préjugés autour du suicide. Elle demeure cruciale dans un contexte où la stigmatisation et les tabous freinent les efforts de prévention. En effet, une sensibilisation accrue pour combattre la stigmatisation est essentielle, du fait que de nombreuses personnes en détresse psychologique hésitent à chercher de l'aide (OMS, 2024).

Le verbe « stigmatiser » est défini comme le fait de chercher à déconsidérer (une caractéristique, un groupe, etc.), et la stigmatisation est ainsi définie comme la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société.

Plus précisément, la stigmatisation consiste en une évaluation négative d'une personne en raison d'un attribut perçu comme déviant par rapport à la norme. Cette différence peut se manifester par un signe extérieur, tel qu'un handicap physique, un comportement lié à un trouble psychique, une consommation de substances, des actes délictueux, ou encore une caractéristique culturelle comme l'origine ethnique, la nationalité ou la religion. De nos jours, la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques est encore très présente. Ce phénomène de stigmatisation, attitudes discriminantes, stéréotypes et préjugés envers une personne ayant un ou plusieurs troubles psychiques, peut l'amener à s'auto-stigmatiser. Cela peut alors engendrer un sentiment d'inutilité ainsi qu'une perte de l'estime de soi (Golay et al., 2022, p. 900).

Ainsi, l'auto-stigmatisation est le fait que la personne stigmatisée intériorise et s'approprie les préjugés véhiculés par les codes sociaux. Dans le cadre plus précis des troubles de la santé mentale, une baisse de l'estime de soi et une difficulté à rechercher de l'aide sont observées. La personne ayant une vision négative de son état sera amenée à constamment être dans l'anticipation de la stigmatisation et donc à se limiter dans ses interactions sociales (Comité départemental d'éducation pour la santé, Alpes-Maritimes, 2024).

Les conséquences de la stigmatisation des individu·e·x·s atteint·e·x·s de troubles psychiques sont multiples et peuvent se retrouver dans les différents niveaux de la société.

Au niveau de la personne concernée, celle-ci peut être touchée dans une dimension environnementale ; elle risque, entre autres, de subir des moqueries et diverses violences, une exclusion sociale, la distanciation de son entourage ou encore une réduction à l'accès au logement ou à l'emploi (Gouvernement du Québec, 2021). Selon l'étude du programme *Time to change*, basée sur le sondage *Attitudes to Mental Illness* (Attitudes face à la maladie mentale) effectué de 2009 à 2012 en Angleterre, « 49 pour cent des personnes avec des problèmes de santé mentale ont été harcelé ou attaqué » et « un tiers des personnes avec des problèmes de santé mentale ont rapporté avoir été licencié ou forcé à démissionner de leur travail »² (The National Social Marketing Centre [NSMC], s.d., p. 2). Dans une seconde dimension plus interne et fortement corrélée à l'auto-stigmatisation, les conséquences de la stigmatisation peuvent entraîner une baisse de l'estime de soi et rendre difficile l'expression de ses difficultés, freinant ainsi la recherche d'aide des personnes concernées. Ces dernières peuvent également ressentir de la honte, s'éloigner de leurs proches ou ne plus participer à la vie sociale en général, préférant s'isoler (Gouvernement du Québec, 2021).

² Traduit de l'anglais par nos soins d'après les propos suivants: « 49 per cent of people with mental health problems had been harassed or attacked. One-third of people with mental health problems reported having been dismissed or forced to resign from their job... ».

LES STRATÉGIES PRÉVENTIVES ACTUELLES

Aujourd'hui, les pratiques préventives du suicide, soutenues par des institutions telles que l'OMS, incluent des actions concrètes comme la limitation des moyens de suicide, le traitement responsable des suicides par les médias, la promotion de compétences socio-émotionnelles et l'identification précoce des symptômes. Ces approches doivent reposer sur une collaboration multisectorielle (santé, éducation, médias, etc.) et exigent une stratégie nationale clairement définie. Cependant, comme le souligne l'OMS, seulement 38 pays déclarent disposer aujourd'hui d'une stratégie nationale, ce qui reflète l'insuffisance de l'engagement global face à ce problème de santé publique (OMS, 2024).

Dans son écrit *Promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes sur le long terme*, la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ, 2024), distingue trois types de prévention ayant pour but de freiner l'apparition de troubles psychiques : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention indiquée.

La prévention universelle consiste en des « interventions destinées à la population générale ou à un groupe, indépendamment de la présence de facteurs de risque individuels ou collectifs (par ex. programmes anti-harcèlement dans les écoles) » (p. 6).

La prévention sélective implique des « interventions destinées à des groupes cibles ou à des personnes spécifiques qui, en raison de la présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque, présentent une plus forte probabilité de développer des problèmes de santé mentale » (p. 6).

La prévention indiquée comprend les :

Interventions destinées aux personnes présentant un risque accru de développer des troubles psychiques, à savoir des personnes qui ne remplissent pas le tableau complet et donc les critères de diagnostic d'un trouble psychique, mais qui en présentent déjà les premiers signes ou symptômes subcliniques (p. 6)

LES 10 OBJECTIFS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE L'OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Afin de définir un cadre plus précis de la prévention du suicide, l'OFSP nomme dix objectifs dans son plan d'action national de 2016. Ces derniers couvrent un large panel d'interventions, allant de la prévention du suicide à la prise en charge post-événement. Le bilan intermédiaire de la mise en œuvre de ce plan d'action, publié en 2021, met en lumière les progrès accomplis, mais également les lacunes persistantes. Ce document propose un aperçu des différents objectifs, des interventions mises en œuvre et des défis encore présents.

I. « Renforcer les ressources personnelles et sociales »

Cet objectif vise à développer les capacités des individu·e·x·s à gérer le stress et les crises grâce à des programmes de promotion de la santé psychique. Même si les programmes cantonaux en santé psychique ont permis des avancées, l'accès reste difficile pour certains groupes vulnérables, comme la communauté LGBTQIA+, les populations migrantes et les proches de personnes suicidées (OFSP, 2021, pp. 9-10).

II. « Sensibiliser et informer »

Ce deuxième objectif a pour but de réduire la stigmatisation liée au suicide et d'encourager les personnes concernées à chercher de l'aide. La campagne *Parler peut sauver* a permis de sensibiliser le public, mais l'offre demeure fragmentée, avec des lacunes pour les groupes à risque ou les proches de personnes en détresse psychologique. Une meilleure coordination et un renforcement des actions ciblées sont essentiels pour en améliorer l'impact (OFSP, 2021, pp. 11-12).

III. « Garantir un accès facile à l'aide »

Le troisième objectif se fixe pour mission de rendre les services d'aide et les consultations d'urgence facilement accessibles aux personnes en crise et à leur entourage. Des améliorations significatives ont été réalisées grâce à des initiatives telles que les lignes téléphoniques *La Main Tendue* (143) et *Pro Juventute* (147), qui offrent un soutien disponible 24h/24 et 7j/7 en plusieurs langues. Cependant, des défis persistent pour atteindre certains groupes, notamment les jeunes adultes ainsi que les personnes issues de la migration. Le développement de nouveaux canaux de communication, comme les consultations en ligne ou les réseaux sociaux, pourrait améliorer l'accès pour ces publics spécifiques (OFSP, 2021, pp. 13-14).

IV. « Repérer et intervenir précocement »

Cet objectif vise à améliorer la détection et l'intervention rapide face aux comportements suicidaires. Des progrès ont été constatés grâce à des formations ciblées et des structures mises en place dans certains services. Cependant, des disparités régionales et un manque de systématisation limitent l'impact, notamment pour certains groupes spécifiques. L'élargissement des formations et des offres accessibles est nécessaire pour renforcer ces efforts (OFSP, 2021, pp. 15-16).

V. « Assurer une prise en charge et un traitement efficaces »

Ce cinquième objectif cherche à garantir un suivi adapté pour les personnes à risque ou ayant tenté de se suicider. Des progrès ont été réalisés, notamment avec des recommandations pour le suivi médical et la mise en œuvre de projets spécifiques. Malheureusement, des disparités sont présentes dans la mise en œuvre des pratiques et dans la coordination entre les différents services, ce qui nécessite un renforcement des normes et une meilleure diffusion des recommandations (OFSP, 2021, pp. 17-18).

VI. « Limiter l'accès aux moyens de suicide »

Cet objectif tend à réduire l'accès aux moyens de suicide. Des mesures ont été prises pour sécuriser certains lieux sensibles, comme les ponts ou les installations ferroviaires, mais leur couverture reste incomplète. Par ailleurs, les initiatives pour collecter des armes à feu ou réguler l'accès aux médicaments ne sont pas suffisamment développées. De plus, il manque un suivi systématique des lieux à risque et des moyens utilisés (OFSP, 2021, pp. 19-20).

VII. « Soutenir les proches, familles et professionnels après un suicide »

Ce septième objectif vise à offrir un soutien adapté aux proches et aux professionnel·le·x·s touché·e·x·s par un suicide. Bien que certaines offres existent, comme des groupes d'entraide ou des informations via le site *Parler peut sauver*, elles restent tout de même lacunaires. Les proches ne sont pas toujours informé·e·x·s des aides existantes, et les besoins des professionnel·le·x·s concerné·e·x·s restent insuffisamment documentés (OFSP, 2021, pp. 21-22).

VIII. « Favoriser un traitement médiatique du suicide adéquat ... »

Cet objectif a pour but d'encourager une communication respectueuse et responsable sur le suicide. Des progrès sont constatés dans la couverture médiatique, souvent alignée sur les recommandations existantes. Toutefois, une sensibilisation plus systématique des journalistes et des responsables éditoriaux·ales·x reste nécessaire. En ce qui concerne les jeunes, des initiatives éducatives sur les compétences médiatiques et la protection en ligne existent, mais elles varient fortement selon les cantons et ne couvrent pas toujours les besoins émergents liés aux évolutions numériques (OFSP, 2021, pp. 23-24).

IX. « Mettre à disposition des bases scientifiques et des données probantes »

Cet avant-dernier objectif cherche à améliorer les données disponibles et à encourager la recherche sur le suicide. Bien que des recommandations pour optimiser les données de routine aient été formulées et que des initiatives cantonales existent, les lacunes persistent au niveau national, notamment pour le suivi des tentatives de suicide. La recherche sur le suicide reste limitée et manque de soutien systématique, ce qui freine la diffusion des découvertes auprès des professionnel·le·x·s (OFSP, 2021, pp. 25-26).

X. « Disséminer les bonnes pratiques »

Ce dernier objectif s'efforce d'identifier et de partager des exemples de bonnes pratiques en prévention du suicide. Si des initiatives locales ainsi que cantonales ont été recensées, leur mise en commun et leur diffusion restent insuffisantes. Un effort accru est nécessaire pour documenter et rendre ces pratiques visibles et accessibles à tous·te·x·s les acteur·rice·x·s impliqué·e·x·s (OFSP, 2021, pp. 27-28).

Par la conclusion de ces objectifs, on observe que ceux-ci offrent une base structurée et solide pour prévenir le suicide. Or, leur mise en œuvre est limitée par des lacunes organisationnelles, un manque de coordination entre les acteur·rice·x·s et des disparités régionales (OFSP, 2021).

LA PERTINENCE DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE AUPRÈS DES ADOLESCENT·E·X·S ET JEUNES ADULTES

La prévention du suicide est principalement basée sur la sensibilisation, afin de lutter contre la stigmatisation de la détresse psychologique dans sa généralité. Cette prévention est essentielle auprès des adolescent·e·x·s et jeunes adultes, ces dernier·ère·x·s traversant une phase nécessaire d'acquisition de compétences sociales et émotionnelles. C'est également durant cette période que les troubles de la santé mentale se déclarent (OMS, 2021, p. 5). En effet, selon Nadine Parker, citée dans le document *Promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes sur le long terme* de la CFEJ, « les jeunes sont particulièrement exposés au risque de développer des troubles psychiques. Ce constat est lié entre autres au développement neurobiologique, car certains processus de maturation du cerveau peuvent accroître la vulnérabilité face aux troubles psychiques » (p. 4). De plus, les statistiques démontrent que « 35 % des troubles psychiques se déclarent avant l'âge de 14 ans et 63 % avant l'âge de 25 ans » (p. 7).

La prévention du suicide dans le milieu scolaire est pertinente du fait que les adolescent·e·x·s et les jeunes adultes de ces âges représentent la population estudiantine. Dans ce cadre, l'OMS recommande aux programmes de prévention scolaires d'adopter davantage une approche positive de la santé mentale plutôt que de se baser explicitement sur la suicidalité. Elle préconise la formation du personnel scolaire quant aux risques suicidaires, la valorisation d'un environnement sécurisant (par des programmes contre le harcèlement, par exemple), les relations avec des services d'accompagnement et une meilleure sensibilisation des proches de la population ciblée (pp. 5-6). En 2002 déjà, l'OMS encourageait la prévention du suicide par l'association de tous·te·x·s les acteur·rice·x·s présent·e·x·s en milieu scolaire, tels que « les enseignants de toutes catégories, les médecins, infirmières et psychologues scolaires, les éducateurs collaborant étroitement avec les centres médico-psychologiques de secteur » (p. 8). Par cette équipe encadrant les étudiant·e·x·s, le dépistage précoce de la détresse ou de tout risque suicidaire serait favorisé (p. 21).

ACTEUR·RICE·X·S GRAVITANT AUTOUR DES ÉTUDIANT·E·X·S ET LEUR RÔLE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE

La prévention du suicide chez les étudiant·e·x·s nécessite une approche impliquant une diversité de personnes complémentaires, jouant un rôle clé dans la détection, l'accompagnement et l'intervention en cas de crise. Ces acteur·rice·x·s incluent la famille, les pairs, les enseignant·e·x·s, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x et les professionnel·le·x·s de la santé. Chacun·e·x, selon son positionnement, contribue à créer un réseau de soutien efficace pour prévenir les comportements suicidaires. Cette présentation des contributions et des limites propres aux différent·e·x·s acteur·rice·x·s met en évidence les forces et les failles du système actuel.

I. La famille

Les dynamiques familiales jouent un rôle essentiel, pouvant soit accentuer la vulnérabilité, soit protéger face aux comportements suicidaires.

Certains facteurs familiaux augmentent les risques suicidaires. Les comportements suicidaires sont plus fréquents dans les familles où les parent·e·x·s ne vivent plus ensemble. La présence de troubles de la santé chez un·e·x parent·e·x ou un·e·x membre de la famille peut générer un inconfort profond, voire une détresse chez l'adolescent·e·x. De plus, des situations telles que la séparation ou le divorce des parent·e·x·s, des conflits familiaux, des difficultés de communication, ou encore un soutien familial insuffisant rendent les jeunes plus vulnérables (Parent & Rhéaume, 2004, p. 17). Dans les familles recomposées ou instables, les enfants se retrouvent parfois à endosser des rôles inappropriés, comme celui de soutien moral pour les parent·e·x·s, de médiateur·rice·x dans les conflits, ou encore d'outil de chantage affectif (p. 49).

Cependant, la famille peut aussi représenter un puissant facteur de protection. En tant que réseau social, elle permet des échanges d'idées et d'émotions, tout en offrant un soutien moral et en favorisant le développement psychoaffectif et cognitif des enfants. Le noyau familial, composé des parent·e·x·s et de l'enfant, constitue un pilier essentiel pour la construction des identités nécessaires à l'équilibre psychique de l'enfant (Parent & Rhéaume, 2004, p. 49).

II. Les pairs

Le rôle des pairs est crucial dans la prévention du suicide, car les jeunes en détresse se confient davantage à leurs camarades qu'à des adultes. Certains programmes visent à former les pairs pour qu'ils puissent reconnaître les signes de risque, réagir de manière appropriée et alerter un·e·x adulte compétent·e·x. Ils prennent différentes formes : la sensibilisation générale au suicide, la création de groupes de soutien, le renforcement des compétences des jeunes à risque (comme l'expression des émotions ou la recherche d'aide) ou encore la formation de sentinelles en milieu scolaire qui identifient les jeunes en danger et les orientent vers un dispositif adapté (Roscoät, 2014, p. 70).

Cependant, certain·e·x·s adolescent·e·x·s peuvent répondre de manière inadaptée, limitant ainsi l'impact des interventions. De plus, même si l'implication des pairs est pertinente à un âge où leur influence est majeure, il est essentiel de ne pas leur attribuer une responsabilité trop lourde, notamment face à des comportements suicidaires. Cette stratégie doit donc être utilisée avec précaution afin d'éviter des effets négatifs, tels que la culpabilité ou le sentiment d'impuissance, tout en tirant parti de son potentiel (Roscoät, 2014, p. 71).

III. Les enseignant·e·x·s

Les enseignant·e·x·s jouent un rôle central dans la prévention du suicide, notamment par leur capacité à repérer les signes de détresse psychologique (Parent & Rhéaume, 2004, p. 15). Certain·e·x·s élèves, en particulier ceux rencontrant des difficultés scolaires ou comportementales, sont, par exemple, plus à risque. Il est primordial de former les enseignant·e·x·s à l'identification de ces signes, afin qu'ils puissent offrir un soutien adapté aux élèves concerné·e·x·s et les orienter vers des services appropriés (p. 21).

Parfois, certain·e·x·s élèves viennent à partager les peines d'un·e·x·ami·e·x· à l'enseignant·e·x·. Il est alors crucial de valoriser ce geste. L'enseignant·e·x· se doit d'expliquer à cet·te·x· élève que son intervention peut sauver une vie et que la confiance reçue est une forme d'appel à l'aide. Ce type d'interaction renforce un lien de confiance entre l'élève en danger, celui ayant rapporté les confidences et l'enseignant·e·x· (Parent & Rhéaume, 2004, p. 33).

Afin d'offrir un soutien adéquat, l'enseignant·e·x· doit collaborer avec les parent·e·x·s, les professionnel·le·x·s de la santé ainsi qu'avec les services de prévention du suicide de l'école. Il est également essentiel que l'enseignant·e·x· ne reste pas seul·e·x· face à une telle situation. Il doit pouvoir demander de l'aide et bénéficier lui-même d'un soutien psychologique en cas de besoin (Parent & Rhéaume, 2004, p. 30).

IV. Les infirmier·ère·x·s scolaire

Selon Berger et al. (2010), le corps infirmier des établissements scolaires est présenté comme « ... le référent santé en matière de prévention et d'éducation à la santé » (p. 642). Leur rôle va bien au-delà des soins traditionnels, intégrant des actions éducatives visant à promouvoir la santé des élèves, tout en veillant à respecter les frontières professionnelles et à ne pas empiéter sur les responsabilités pédagogiques des enseignant·e·x·s (p. 641).

En termes de relations au sein de la communauté éducative, la majorité des infirmier·ère·x·s rapportent des interactions positives ou satisfaisantes avec les élèves, les enseignant·e·x·s, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x, les médecins, les parent·e·x·s, ainsi qu'avec leurs supérieur·e·x·s hiérarchiques (Berger et al., 2010, p. 646).

De ce fait, les infirmier·ère·x·s occupent une position clé dans la prévention du suicide, par leur fonction transversale au sein des établissements scolaires, leur permettant ainsi d'intervenir précocement auprès des élèves vulnérables et de contribuer à leur prise en charge.

V. Les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x

Dans le cadre de la prévention du suicide, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x occupent une position centrale grâce à leur rôle transversal et leur expertise relationnelle. Leur intervention ne se limite pas à l'accompagnement individuel, mais s'étend également à la médiation entre différent·e·x·s acteur·rice·x·s et à la sensibilisation collective. Cependant, malgré leur potentiel considérable, des lacunes subsistent dans leur formation et leur préparation face aux situations de crise suicidaire.

Ce chapitre explore le rôle des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x sous trois angles principaux : leur fonction d'accompagnement—ainsi que de médiation, leur contribution à la formation et la sensibilisation, et enfin les défis liés à leur préparation face aux enjeux éthiques de cette problématique (Bergeron-Leclerc et al., 2019, p. 1).

Accompagnement et médiation

Les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x interviennent auprès des personnes touchées par des difficultés et leurs familles, en agissant comme médiateur·rice·x·s entre les différent·e·x·s acteur·rice·x·s concerné·e·x·s. Iels mobilisent des compétences relationnelles et des savoirs interdisciplinaires pour accompagner les individu·e·x·s. Leur approche inclut les dimensions micro- (individu), méso- (famille) et macro- (société) sociales, intégrant les dynamiques sociales dans le rétablissement en santé mentale (Bergeron-Leclerc et al., 2019, pp. 1-3). Iels analysent les interactions entre le contexte social, familial et les troubles psychiques par exemple, en adoptant une perspective holistique qui va au-delà des diagnostics. Cette démarche vise à réduire les stigmates, promouvoir l'inclusion et améliorer les conséquences sociales des troubles (pp. 54-56).

Formation et sensibilisation

Selon Levine & Sher (2020), les programmes de formation en travail social sont appelés à renforcer leur attention sur la prévention du suicide, en particulier pour sensibiliser les personnes concernées et leurs familles sur les multiples facteurs de risque (p. 186). Par ailleurs, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x, qu'ils soient spécialisé·e·x·s en santé mentale ou non, ont un rôle à jouer dans la sensibilisation du grand public sur ces mêmes facteurs. Une meilleure intégration de ces compétences dans les cursus pourrait augmenter leur impact en tant que ressources sous-utilisées dans la prévention du suicide (p. 187). Des initiatives comme les formations de « gatekeeper » (gardien·ne·x), soit des personnes formées à l'identification des facteurs de risque suicidaire, permettent de dépister et éviter l'escalade des crises suicidaires, ainsi que de diriger les individu·e·x·s à risque vers des ressources adaptées (p. 188). En Suisse, il existe aujourd'hui des cours permettant à leurs participant·e·x·s de devenir « secouristes en santé mentale ». Prodiguée au travers du programme *ensa* de la Fondation Pro Mente Sana, cette formation offre des connaissances de base sur les troubles et crises psychiques, ainsi que des compétences pratiques visant à acquérir les bons réflexes face à une personne rencontrant des difficultés psychiques (Fondation Pro Mente Sana, 2024).

Préparation insuffisante et enjeux éthiques

Malgré leur rôle essentiel, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x manquent souvent de préparation adéquate face aux crises suicidaires ; une lacune qui fragilise à la fois les professionnel·le·x·s et les personnes en détresse psychologique. Une formation adaptée, incluant des simulations par les pairs, est essentielle pour développer des compétences en évaluation du risque et en intervention d'urgence, tout en régulant les impacts émotionnels (Simard, 2023, p. 113). Environ 44 % des personnes décédées par suicide avaient eu un contact avec des services de première ligne dans le mois précédant leur geste, et jusqu'à 80 % dans l'année précédente, mettant en évidence le rôle crucial des professionnel·le·x·s de première ligne, dont les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x (p. 114).

Afin de maximiser leur impact dans la prévention du suicide, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x doivent bénéficier d'une formation renforcée et d'outils concrets pour intervenir efficacement. Leur position stratégique entre les individu·e·x·s, les familles et les communautés en fait des acteur·rice·x·s indispensables dans la lutte contre le suicide.

L'INTERDISCIPLINARITÉ ET SON IMPORTANCE

Dans son ouvrage *Interdisciplinarity : History, Theory, and Practice* (1990), Julie Thompson Klein décrit l'interdisciplinarité comme une démarche où les différentes disciplines collaborent activement. Cette approche repose sur l'intégration des concepts, des méthodes et des connaissances propres à chaque domaine, favorisant ainsi une meilleure compréhension et la mise en œuvre de solutions adaptées. Elle met également en avant l'importance d'un dialogue entre les disciplines, permettant à chacune d'apporter ses compétences uniques pour traiter des problématiques complexes (Klein, 1990).

D'après Fuse (1991), le suicide est un phénomène complexe nécessitant une approche interdisciplinaire. Sociologues, psychologues, travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x, médecins et autres professionnel·le·x·s collaborent pour intégrer leurs perspectives et mieux comprendre les facteurs sociaux, psychologiques, sociologique et biochimiques (p. 386). Aucune discipline ne peut, à elle seule, expliquer le suicide. L'interdisciplinarité permet de combiner ces savoirs afin d'offrir des réponses adaptées, tant sur le plan théorique que pratique (p. 387).

Dans ce même sens, Bronstein (2003), cité par Castelli Dransart & Geiser dans le livre de Molina et al. (2023) intitulé *L'intervention sociale aux frontières du médical*, déclare que :

La création d'activités professionnelles communes mène à des aboutissements supérieurs à ce qui aurait été réalisé par chaque professionnel·le de manière indépendante, tout comme la flexibilité, qui permet la recherche de compromis. ... la mobilisation de plusieurs acteur·trices a permis d'envisager des activités de prévention du suicide dont le périmètre et les modalités d'action n'auraient pas pu être réalisées par un seul corps professionnel (p. 115).

QUESTION DE RECHERCHE

À la suite de cette problématique, nous proposons ainsi l'énoncé de recherche suivant :

« Comment les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x peuvent-ils, par une collaboration interdisciplinaire, faire la promotion de la santé mentale dans le milieu scolaire obligatoire et post-obligatoire, afin de prévenir le suicide chez les étudiant·e·x·s de 12 à 25 ans ? »

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le suicide chez les jeunes représente un défi majeur, nécessitant une approche coordonnée et interdisciplinaire. Les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x, par leur rôle de médiateur·rice·x·s entre les jeunes, les familles et les ressources, occupent une position clé dans cette démarche. Au travers de notre énoncé de recherche « Promouvoir la santé mentale dans le milieu scolaire obligatoire et post-obligatoire : le rôle des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x dans la prévention du suicide chez les étudiant·e·x·s de 12 à 25 ans au travers de la collaboration interdisciplinaire » ce travail explore les dimensions essentielles de la problématique mise en évidence.

Cinq sous-questions guident l'analyse : comprendre les manifestations des difficultés des jeunes, identifier les freins et facilitateurs à la demande d'aide, examiner les interventions en place et, finalement, expliquer la pertinence de la collaboration interdisciplinaire dans la prévention du suicide. Ces angles complémentaires permettent d'étayer notre énoncé de recherche.

COMMENT SE MANIFESTENT LES DIFFICULTÉS DES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ?

Cette sous-question est fondamentale pour comprendre les premières étapes de la prévention du suicide. Identifier les manifestations des difficultés, qu'elles soient émotionnelles, comportementales, physiques ou cognitives, permet de reconnaître les signaux d'alerte, souvent subtils, chez les jeunes. Ces signaux servent de point de départ pour les interventions des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x et orientent également les autres professionnel·le·x·s impliqué·e·x·s dans une démarche interdisciplinaire. En définissant ces manifestations, cette sous-question ancre le problème dans une réalité observable, ce qui est essentiel pour concevoir des interventions ciblées et efficaces.

QUELS SONT LES FACTEURS QUI FREINENT LES ÉTUDIANT·E·X·S À DEMANDER DE L'AIDE ?

Comprendre les freins qui empêchent les jeunes de demander de l'aide est essentielle pour toute stratégie de prévention. Ces obstacles, qu'ils soient liés à des stigmates sociaux, un manque de confiance envers les professionnel·le·x·s ou encore à des peurs internes, compliquent l'accès au soutien nécessaire. En identifiant ces barrières, cette sous-question permet de réfléchir à des solutions qui mobilisent les différentes disciplines pour réduire ces obstacles. Cela donne aussi des pistes aux travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x pour adapter leurs approches et mieux collaborer avec d'autres expert·e·x·s.

QUELS SONT LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA DEMANDE D'AIDE DES ÉTUDIANT·E·X·S ?

À l'opposé des freins, cette sous-question explore les conditions ou les éléments qui encouragent les jeunes à chercher du soutien. Qu'il s'agisse de relations de confiance, d'un environnement scolaire bienveillant ou d'un accès simplifié aux ressources, ces facilitateurs offrent des leviers sur lesquels les professionnel·le·x·s peuvent agir. La collaboration interdisciplinaire prend tout son sens ici, car elle permet de renforcer ces facteurs en combinant les forces de divers acteur·rice·x·s. Cette question oriente ainsi vers des stratégies positives et constructives pour accompagner les jeunes.

QUELLES SONT LES INTERVENTIONS ACTUELLEMENT DISPONIBLES POUR LES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ?

Pour agir efficacement, il est important de réfléchir aux interventions possibles, en évaluant à la fois leurs avantages et leurs limites. Cette sous-question permet d'analyser les interventions déjà mises en place auprès des étudiant·e·x·s, en prenant en compte les ressources disponibles et les contraintes existantes, qu'elles soient organisationnelles, financières ou éthiques, au sein des services d'aide proposés aux adolescent·e·x·s et jeunes adultes.

EN QUOI LA PROMOTION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE EST-ELLE PERTINENTE ?

Cette sous-question se concentre sur le rôle spécifique des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x dans une démarche interdisciplinaire. Elle est directement liée à la problématique principale, car elle examine comment ces professionnel·le·x·s peuvent non seulement collaborer avec d'autres disciplines, mais aussi devenir des facilitateur·rice·x·s de cette collaboration. Leur position, à la croisée des besoins des jeunes et des ressources disponibles, leur permet de jouer un rôle clé dans la coordination des efforts. Cette question clarifie donc leur contribution et leur responsabilité dans la prévention du suicide, tout en soulignant l'importance d'une vision collective et partagée.

Chacune d'elles permet d'explorer une dimension essentielle à la compréhension et à la réflexion quant aux pistes d'interventions face à cette problématique. En identifiant les manifestations des difficultés chez les jeunes, les freins et facilitateurs à la demande d'aide, les interventions actuelles, ainsi que la pertinence de la collaboration interdisciplinaire, ce travail met en lumière les leviers sur lesquels agir pour une promotion de la santé mentale et une prévention du suicide efficaces et adaptées.

LES DISPOSITIFS METHODOLOGIQUES DE LA REVUE

SÉLECTION DES TEXTES

Pour constituer notre corpus, nous avons adopté une méthodologie qui visait à sélectionner des textes en lien direct avec notre problématique, à savoir la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide chez les jeunes, au travers d'une approche interdisciplinaire. Nous avons décidé d'effectuer nos recherches sur différentes plateformes telles que Cairn.info, Erudit, Google Scholar, Swisscovery, etc. Nous nous basions sur différents mots clés : suicidalité, suicide, prévention, sensibilisation, intervention, risque suicidaire, crise suicidaire, santé mentale, trouble psychique, étudiant·e·x·s, jeunes, adolescent·e·x·s, interdisciplinarité, collaboration interdisciplinaire, etc.

Les critères d'inclusion ont été définis de manière à garantir la pertinence et la qualité des sources. Nous regardions principalement les textes rédigés en français ou éventuellement en anglais. Les textes sélectionnés devaient avoir un lien direct avec la prévention du suicide et/ou l'interdisciplinarité et avoir été publiés au cours de ces quinze dernières années, afin de nous baser sur des données actuelles et en phase avec les évolutions récentes dans les stratégies de prévention et d'interdisciplinarité.

Parallèlement, des critères d'exclusion ont été appliqués. Les textes théoriques dépourvus de données empiriques, les études traitant exclusivement de populations en dehors de notre tranche d'âge cible, ou encore les publications abordant des thématiques trop précises ou sans lien direct avec la prévention du suicide et/ou l'interdisciplinarité ont été écartés. Cette approche sélective nous permet de garantir au mieux que chaque texte retenu contribue de manière significative à notre analyse.

En définitive, cette méthodologie nous a permis de constituer un corpus cohérent et pertinent, tout en tenant compte des nuances nécessaires pour traiter un sujet aussi complexe et multidimensionnel.

MÉTHODES D'EXTRACTION

Une fois nos cinq textes validés, nous les avons étudié plus en profondeur en y mettant en évidence les passages reliés à nos sous-questions.

Par une méthode de codification avec des surligneurs de différentes couleurs, nous avons pu regrouper les éléments clés, tels que les difficultés des jeunes, les freins et facilitateurs à la demande d'aide, ainsi que les interventions en place et l'interdisciplinarité. Cette approche visuelle nous a permis d'organiser les informations issues des textes.

Nous les avons ensuite intégrées dans une grille d'extraction, en les classant sous la sous-question correspondante, offrant ainsi une structure claire pour notre analyse. Afin d'affiner notre travail, nous avons divisé chaque sous-question en différents points spécifiques, ce qui nous a permis de trier les contenus des textes et mieux cerner les similitudes et différences entre les cinq textes.

L'utilisation de tableaux, sur lesquels nous avons pu inscrire les thématiques abordées ou non par les cinq articles sélectionnés, nous a offert un support visuel facilitant nos réflexions et nous a ainsi permis d'affiner le fil rouge de notre travail.

ARGUMENTATION DES CHOIX ET OUTILS MIS EN PLACE

Cette méthode a été choisie pour sa capacité à structurer une grande quantité d'informations tout en facilitant la synthèse. L'utilisation d'un code couleur pour le surlignage a permis une lecture transversale des textes, renforçant notre capacité à comparer des éléments similaires ou divergents. La grille d'extraction s'est avérée essentielle pour organiser les données de manière claire et méthodique et l'utilisation de tableaux blancs nous a permis d'avoir une vision plus concrète des éléments identifiés, ainsi que de leur cohérence dans notre travail.

LIMITES ET ENJEUX IDENTIFIÉS

Cependant, certaines limites ont été relevées. Tout d'abord, l'évaluation initiale de la pertinence des textes repose en partie sur une subjectivité inhérente. Des informations potentiellement utiles pourraient ainsi avoir été écartées. De plus, la division des sous-questions en points spécifiques, bien qu'utile, a parfois conduit à des chevauchements entre catégories, nécessitant des ajustements ultérieurs. De plus, nous avons nécessité de temps pour déterminer l'organisation de travail nous convenant le mieux et étant la plus efficace. La mobilisation de plusieurs outils fut pertinente, mais également chronophage lorsque ces derniers ne nous étaient pas satisfaisants.

En termes d'enjeux, cette démarche a impliqué un travail rigoureux de collaboration pour garantir une interprétation homogène des contenus. Elle nous a sensibilisé à l'importance d'une réflexion critique de nos choix, afin d'assurer une analyse aussi complète et objective que possible.

La dynamique de travail se révéla également être un enjeu, par son individualité. La motivation, capacité de concentration et compréhension du travail à fournir étant personnelles à chacune, une communication transparente ainsi qu'une confiance et bienveillance réciproque furent bénéfiques au bon déroulement de ce processus formatif. De plus, l'écoute de nos propres limites ainsi que des ressources mobilisables face à nos besoins, fut primordiale, bien que parfois compliquée, afin de favoriser notre bien-être mental et physique face à ce travail conséquent.

PRESENTATION DES ARTICLES RETENUS

« LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE À DISPOSITION DES ÉTUDIANTS INSCRITS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : LE CAS DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX »

Auteur·rice·x·s, année, titre, référence
Mette Egsdal, Ilaria Montagni, Marie Tournier & Christophe Tzourio. (2016). <i>Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : le cas de l'université de Bordeaux.</i> Revue française des affaires sociales, pages 105 à 122. Editions DREES Ministère de la Santé. https://doi.org/10.3917/rfas.162.0105
Problématique
La santé mentale des étudiant·e·x·s inscrit·e·x·s dans l'enseignement supérieur est particulièrement préoccupante, notamment à cause du stress, des troubles anxieux et dépressifs, souvent non pris en charge en raison de divers obstacles. Cet article explore comment l'université de Bordeaux peut répondre aux besoins en santé mentale de ses étudiant·e·x·s.
Question de recherche
Comment l'université de Bordeaux organise et coordonne-t-elle les services de santé mentale destinés aux étudiant·e·x·s pour répondre à leurs besoins de prise en charge psychologique ?
Objectifs de la recherche
Décrire les services de santé mentale disponibles pour les étudiant·e·x·s à l'université de Bordeaux. Évaluer leur coordination avec d'autres structures de soins en santé mentale (hospitalières et de ville). Identifier les obstacles et proposer des améliorations pour une meilleure accessibilité aux soins et une prise en charge adaptée.
Concepts, théories et ancrage disciplinaire
Les concepts clés incluent la santé mentale, la prévention des troubles psychiques et la coordination des soins. Ancrée en santé publique, l'étude met l'accent sur la psychologie clinique et les sciences sociales, en explorant les dimensions sociales et institutionnelles de l'accès aux soins pour les étudiant·e·x·s.
Design de la recherche (type, données concernées, caractéristiques du/terrain(s), méthodes de récolte et d'analyse des données, etc.)
Cette recherche qualitative s'appuie sur une revue de littérature, des ressources officielles et des entretiens avec le personnel concerné. Elle cible les étudiant·e·x·s de l'enseignement supérieur à Bordeaux, notamment en milieu universitaire. Les données ont été recueillies via une revue documentaire et des entretiens semi-dirigés avec des professionnel·le·x·s de santé mentale et du personnel universitaire. L'analyse qualitative visait à identifier les services disponibles, leurs bénéfices et obstacles, ainsi que les enjeux organisationnels.
Principaux résultats et interprétations (questions/enjeux) faites par les auteur·rice·x·s
Cette étude révèle que l'Espace Santé Étudiants (ESE) de Bordeaux joue un rôle clé en santé mentale, en coordonnant les services universitaires et municipaux. Toutefois, le manque de personnel et de visibilité limite l'accès au soutien psychologique. Le développement de services intégrés et une meilleure prévention des troubles psychiques sont recommandés pour améliorer la prise en charge, le bien-être et la réussite académique des étudiant·e·x·s.

« DÉTRESSE ET ANXIÉTÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS DU COLLÉGIAL ET RECOURS AUX SERVICES D'AIDE SOCIOAFFECTIFS »

Auteur·rice·x·s, année, titre, référence
Marc-André Gosselin & Robert Ducharme. (2017). <i>Détresse et anxiété chez les étudiants du collégial et recours aux services d'aide socioaffectifs.</i> Revue Service social, volume 63, n°1, pp. 92-104. https://doi.org/10.7202/1040048ar
Problématique
Cette étude québécoise aborde la détresse et l'anxiété croissantes chez les étudiant·e·x·s du collégial, dues à des facteurs comme les conflits familiaux, la pression scolaire et l'intimidation. Elle examine les freins et facilitateurs quant à l'utilisation des services d'aide socioaffectifs mis à disposition des étudiant·e·x·s dans les cégeps.
Question de recherche
Quels sont les déterminants de la détresse et de l'anxiété chez les étudiant·e·x·s du collégial, et dans quelle mesure utilisent-ils les services d'aide afin de gérer ces problèmes ?
Objectifs de la recherche
Mesurer la prévalence de la détresse et de l'anxiété chez les étudiant·e·x·s du collégial et en identifier les facteurs associés. Évaluer les obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services d'aide socioaffectifs. Étudier le rôle des préjugés vis-à-vis de la santé mentale dans le recours aux services d'aide.
Concepts, théories et ancrage disciplinaire
La recherche s'appuie sur la psychologie clinique et sociale pour comprendre la détresse et l'anxiété, tout en explorant les préjugés envers la santé mentale et leur impact. Elle utilise des échelles comme celle de Aaron Temkin Beck pour l'anxiété, et la notion de détresse définie par Thomas Holmes et Richard Rahe afin d'évaluer les symptômes identifiés.
Design de la recherche (type, données concernées, caractéristiques du/terrain(s), méthodes de récolte et d'analyse des données, etc.)
Cette recherche est quantitative. Elle fut menée au travers de la complétion d'un questionnaire par 12'208 étudiant·e·x·s, majoritairement âgé·e·x·s de 17 à 20 ans, réparti·es dans huit cégeps du Québec. Les étudiant·e·x·s furent amené·e·x·s à s'exprimer sur leurs besoins socioaffectifs et leur recours aux services d'aide interne et externe. Cette collecte de données a eu lieu en ligne, sur la plateforme Omnivox et les réponses furent analysées par des outils statistiques (tests t, corrélations, régressions).
Principaux résultats et interprétations (questions/enjeux) faites par les auteur·rice·x·s
Les résultats montrent que 17,4 % des étudiant·e·x·s éprouvent un niveau élevé de détresse et que 35,1 % ressentent souvent ou constamment de l'anxiété. Les principaux facteurs explicatifs incluent les conflits familiaux, la pression scolaire, l'intimidation, et les pensées suicidaires. La majorité des étudiant·e·x·s utilisant les ressources internes le font par curiosité ou en raison de satisfaction antérieure. Un constat fut fait quant aux préjugés liés à la santé mentale, indiquant que ces derniers constituent un frein significatif à l'utilisation des services d'aide. Les étudiant·e·x·s ayant des pensées suicidaires sont particulièrement affecté·e·x·s par ces préjugés, limitant ainsi leur recours aux services d'aide.

« **PERCEIVED BARRIERS AND FACILITATORS TO MENTAL HEALTH HELP-SEEKING IN YOUNG PEOPLE : A SYSTEMATIC REVIEW** »

Auteur·rice·x·s, année, titre, référence
Amelia Gulliver, Kathleen M Griffiths & Helen Christensen. (2010) <i>Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people : a systematic review.</i> BMC Psychiatry, volume 10, n°113. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113
Problématique
Bien que les adolescent·e·x·s et jeunes adultes présentent une prévalence élevée de troubles psychiques, ces dernier·ère·x·s ont tendance à ne pas chercher d'aide. L'article se penche sur les barrières et facilitateurs perçus par cette population dans la recherche d'aide, afin de mieux comprendre les freins à l'utilisation des services de santé mentale.
Question de recherche
Quels sont les principaux obstacles et facilitateurs perçus par les adolescent·e·x·s et jeunes adultes dans le recours aux services d'aide en santé mentale ?
Objectifs de la recherche
Comparer les résultats de la littérature qualitative et quantitative pour en tirer une vision systématique des obstacles et des facilitateurs à la demande d'aide en santé mentale. Analyser les perceptions qu'ont les adolescent·e·x·s et jeunes adultes de la santé mentale et évaluer l'impact que ces dernières ont sur leur comportement de recherche d'aide.
Concepts, théories et ancrage disciplinaire
La recherche s'inscrit dans les théories de la stigmatisation, des compétences émotionnelles et de la littératie en santé mentale. Elle utilise également la notion de <i>self-reliance</i> (autonomie personnelle), souvent privilégiée par la population adolescente et de jeunes adultes face à leurs difficultés psychologiques.
Design de la recherche (type, données concernées, caractéristiques du/terrain(s), méthodes de récolte et d'analyse des données, etc.)
Cet article est une revue systématique mixte, analysant les données de vingt-deux études (15 qualitatives, 7 quantitatives) portant sur les comportements des jeunes de douze à vingt-cinq ans face aux diverses difficultés psychiques qu'ils peuvent traverser. La littérature étudiée par les autrice·x·s se base dans divers contextes, tels que les écoles, universités ou espaces communautaires de la population ciblée. La collecte des données fut obtenue via les bases de données PubMed, PsycInfo et Cochrane, puis elle fut analysée par thématiques pour les études qualitatives et par rassemblement des barrières et facilitateurs les plus fréquemment cités par les études quantitatives.
Principaux résultats et interprétations (questions/enjeux) faites par les auteur·rice·x·s
Selon la revue de littérature, les principaux obstacles à la demande d'aide sont la stigmatisation, le manque de connaissance des services, la préférence pour l'autonomie (<i>self-reliance</i>) et les préoccupations sur la confidentialité. Les facilitateurs, moins étudiés, incluent le soutien social des proches (ami·e·x·s, famille) et des expériences positives antérieures. Pour encourager la demande d'aide, les autrices recommandent d'améliorer la littératie en santé mentale, de réduire la stigmatisation et de promouvoir des stratégies d'autogestion répondant au besoin d'autonomie des jeunes.

« WHAT ARE THE BARRIERS, FACILITATORS AND INTERVENTIONS TARGETING HELP-SEEKING BEHAVIOURS FOR COMMON MENTAL HEALTH PROBLEMS IN ADOLESCENTS? A SYSTEMATIC REVIEW »

Auteur·rice·x·s, année, titre, référence
Antonia Aguirre Velasco, Ignacio Silva Santa Cruz, Jo Billings, Magdalena Jimenez & Sarah Rowe. (2020). <i>What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review.</i> BMC Psychiatry, volume 20, n°293. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0
Problématique
Malgré des taux élevés de troubles psychiques, les adolescent·e·x·s sollicitent peu d'aide. Ce décalage nécessite une meilleure compréhension des facteurs influençant leur recours aux services, afin d'adapter les interventions. Cette revue examine les obstacles et facilitateurs à l'accès des adolescent·e·x·s aux services de santé mentale.
Question de recherche
Quels sont les principaux obstacles, facilitateurs et interventions associés au recours aux services de santé mentale par les adolescent·e·x·s présentant des problèmes courants de santé mentale ?
Objectifs de la recherche
Identifier les barrières et les facilitateurs à la recherche d'aide en santé mentale chez les adolescent·e·x·s. Examiner les interventions visant à promouvoir ces comportements d'aide. Analyser les différences en fonction de l'âge et du sexe pour optimiser l'accès à des interventions adaptées.
Concepts, théories et ancrage disciplinaire
L'étude repose sur des concepts de la psychologie et de la santé publique, notamment les théories de la stigmatisation, de la littératie en santé mentale et de l'autonomie des adolescent·e·x·s. Cette recherche s'ancre sur les travaux antérieurs d'Amelia Gulliver et al. (2010), notamment sur l'impact des compétences émotionnelles et des croyances sur la stigmatisation.
Design de la recherche (type, données concernées, caractéristiques du/terrain(s), méthodes de récolte et d'analyse des données, etc.)
Cet article est une revue systématique mixte analysant 90 études qualitatives et quantitatives sur les obstacles, facilitateurs et interventions liés à l'accès des jeunes de 10 à 19 ans aux services de santé mentale. Les études couvrent divers contextes : écoles, services communautaires et structures de soins. Les données, collectées via cinq bases académiques, ont été synthétisées narrativement pour identifier les principaux thèmes.
Principaux résultats et interprétations (questions/enjeux) faites par les auteur·rice·x·s
Cette revue de littérature souligne que les principaux obstacles à la demande d'aide en santé mentale chez les adolescent·e·x·s sont la stigmatisation et les croyances négatives, particulièrement chez les garçons. Les facilitateurs les plus fréquents sont les expériences positives antérieures et une bonne littératie en santé mentale. Les interventions efficaces incluent la psychoéducation, les outils numériques et les programmes de sensibilisation en milieu scolaire. Les auteurs pointent toutefois des incohérences dans les définitions des comportements d'aide et des limites méthodologiques, appelant à une harmonisation des approches pour mieux répondre aux besoins des adolescent·e·x·s.

« LA COLLABORATION : ENJEU VITAL EN SANTÉ MENTALE. LE CAS DU SUICIDE EN SUISSE »

Auteur·rice·x·s, année, titre, référence
Dolores Angela Castelli Dransart & Sophie Guerry. (2013) <i>La collaboration : enjeu vital en santé mentale. Le cas du suicide en Suisse.</i> Le Sociographe, n°42, pp. 79-88.
Problématique
Cette étude se penche sur les défis auxquels font face les professionnel·le·x·s de la santé mentale lorsqu'ils accompagnent des personnes suicidaires. Elle souligne que la suicidalité est à la fois une réalité complexe et un risque professionnel. L'étude explore comment la collaboration entre travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x et professionnel·le·x·s de la santé peut améliorer la prise en charge des personnes en crise suicidaire.
Question de recherche
Comment la collaboration entre les professionnel·le·x·s de la santé et du social contribue-t-elle à l'accompagnement des personnes suicidaires, et quels sont les enjeux et défis associés à cette collaboration ?
Objectifs de la recherche
Décrire les modalités et les spécificités de la collaboration entre les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x et les professionnel·le·x·s de la santé dans les situations de suicidalité. Identifier les obstacles et les facteurs facilitant la collaboration. Évaluer l'impact de cette collaboration sur la qualité de la prise en charge des personnes suicidaires.
Concepts, théories et ancrage disciplinaire
La recherche s'appuie sur le modèle bio-psycho-social du suicide, qui considère ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Elle mobilise des notions de psychologie clinique, de sociologie et d'éthique, particulièrement autour de la gestion des informations confidentielles et des dynamiques de pouvoir entre les divers·e·x·s professionnel·le·x·s concerné·e·x·s.
Design de la recherche (type, données concernées, caractéristiques du/terrain(s), méthodes de récolte et d'analyse des données, etc.)
Cette étude fut menée au travers d'une recherche qualitative exploratoire, par des entretiens avec 34 professionnel·le·x·s de la santé mentale et du travail social dans le canton de Fribourg (infirmier·ère·x·s, psychiatres, éducateur·rice·x·s et assistant·e·x·s sociaux·ales·x). La collecte de données fut effectuée par des entretiens semi-structurés d'une à deux heures qui furent retranscrits, puis analysés. En termes de contexte, cette recherche se déroule dans un cadre où la collaboration est perçue comme essentielle mais souvent entravée par des différences de formation, de pratiques et de normes institutionnelles.
Principaux résultats et interprétations (questions/enjeux) faites par les auteur·rice·x·s
L'étude montre que la collaboration est cruciale pour une prise en charge efficace des personnes suicidaires. Les différent·e·x·s professionnel·le·x·s apportent chacun·e·x des perspectives complémentaires, mais sont confronté·e·x·s à des enjeux tels que la confidentialité, les différences de paradigmes professionnels, et la complexité des niveaux de responsabilité. Bien que la collaboration améliore souvent la qualité de l'accompagnement et la sécurité des usager·ère·x·s, elle nécessite des ajustements constants. Les autrice·x·s soulignent que, malgré ses bénéfices, la collaboration en santé mentale est difficile à maintenir en raison des pressions institutionnelles et du manque de ressources humaines.

ANALYSE

COMMENT SE MANIFESTENT LES DIFFICULTÉS DES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ?

Selon l'article de Egsdal et al. (2016), citant Louvel et al. (2008), « près de la moitié des jeunes français âgés de 18 à 25 ans sont inscrits dans l'enseignement supérieur » (p. 110). Ces dernier·ère·x·s sont particulièrement vulnérables aux troubles de la santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété et les troubles associés à la consommation de substances psychoactives (p. 109). En effet, le parcours scolaire s'accompagne de pressions liées à la compétition dans certaines filières et à l'autonomie requise, tant académique que personnelle. Chez les étudiant·e·x·s, surtout en première année universitaire, la séparation avec le milieu familial et les difficultés d'adaptation engendrent souvent un état de mal-être. L'isolement ou les changements de comportement peuvent annoncer des troubles tels que la phobie sociale ou le trouble panique, et, chez les plus vulnérables, ces bouleversements peuvent déclencher des pathologies graves (p. 110).

Parmi les difficultés récoltées auprès d'étudiant·e·x·s québécois·e·x·s, âgé·e·x·s de 17 à 20 ans en moyenne, l'état de fatigue et d'épuisement représente « beaucoup » ou « énormément » de détresse pour 42,5 % des jeunes. Ce constat se place ainsi à la première place des difficultés ressenties par ce public, suivi par les conflits familiaux, la pression scolaire, les contraintes estudiantines, l'intimidation et l'humeur dépressive. D'autres facteurs cités, tels que le handicap physique, la violence, les freins culturels ou les problèmes de consommation ressortent également de cette étude, bien que moins fréquents (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 97).

Gosselin & Ducharme (2017) précisent les difficultés ressenties par les étudiant·e·x·s en indiquant que plus de deux tiers des participant·e·x·s à leur étude disent éprouver des difficultés d'endormissement, une peur de l'échec, un sentiment d'inadéquation par rapport à leurs idéaux de réussite, des doutes concernant leurs capacités à réussir, ainsi qu'une crainte de décevoir. Ces facteurs contribuent à une anxiété récurrente, rapportée fréquemment ou en permanence par plus d'un tiers des étudiant·e·x·s. Par ailleurs, des symptômes tels que des épisodes de panique, une nervosité constante, un réveil matinal précoce et une sensation de peur concernent également plus d'un tiers des répondant·e·x·s (p. 99).

Constatée dans la recherche de Gosselin et Ducharme (2017), l'intimidation fait partie des facteurs de détresse les plus influents auprès des adolescent·e·x·s et jeunes adultes. Selon leur étude, plus de 1450 étudiant·e·x·s sur 12'208, soit 11,9 %, déclarent ressentir « beaucoup » ou « énormément » de souffrance due à l'intimidation (p. 92). De plus, 10,9 % d'entre-eux ressentent ce même niveau de détresse face au rejet. Ces chiffres semblent minimes, mais, comme marqué par les auteurs :

Environ 20 % des répondants ont indiqué avoir ressenti de la détresse suite à une situation d'intimidation ou de rejet, ce qui pourrait paraître peu, mais un étudiant sur cinq qui se dit victime d'intimidation ou de rejet au point où cette situation nuisait à ses études et à sa vie sociale ou n'arrivait plus à fonctionner normalement dans toutes les composantes de sa vie, n'est certes pas banal (pp. 97-98).

En outre, il existe une forte corrélation entre l'intimidation et les pensées suicidaires, l'augmentation de ces dernières étant proportionnelle à la récurrence de l'intimidation. Ainsi, les pensées suicidaires sont cinq fois plus fréquentes chez les personnes éprouvant une forte intimidation que chez celles n'en vivant pas (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 102).

Globalement, on observe de la littérature étudiée que les étudiant·e·x·s font face à un risque général de détresse psychologique, constat appuyé par Egsdal et al. (p. 108). Cette dernière est définie comme étant la résultante « d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont vécues avec persistance chez un individu, peuvent entraîner des conséquences de santé importantes telles que la dépression et l'anxiété » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2019). Elle

peut être issue du stress de la vie quotidienne, incluant les conflits avec les proches, les échecs amoureux et amicaux ou encore la pression scolaire. Cette détresse se manifeste de multiples façons, incluant l'irritabilité, la tristesse, le sentiment d'inutilité, la perte d'intérêt pour les activités quotidiennes et le développement de troubles alimentaires. Parmi ces signes, on retrouve également des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des douleurs physiques, une fatigue persistante, ou encore des pensées de mort ou de suicide (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 93).

À cet égard, le suicide demeure particulièrement préoccupant, représentant la troisième cause de décès chez les adolescent·e·x·s âgé·e·x·s de 15 à 19 ans (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 2), et près de 20 % des participant·e·x·s à l'étude menée dans les écoles québécoises ont signalé avoir des pensées suicidaires (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 99).

QUELS SONT LES FACTEURS QUI FREINENT LES ÉTUDIANT·E·X·S À DEMANDER DE L'AIDE ?

La littérature consultée indique que jusqu'à 82% des adolescent·e·x·s présentant des symptômes dépressifs ou anxieux élevés ne mobilisent pas l'aide de professionnel·le·x·s en santé mentale (Gulliver et al., 2010, p. 1). Ce constat, basé sur la revue de plusieurs études, résulte des divers obstacles que rencontrent les jeunes lorsqu'il s'agit d'entreprendre une démarche de demande d'aide face à leurs problèmes de santé mentale. Ces freins, pouvant être individuels, sociaux et structurels, s'entrecroisent et compliquent l'accès des adolescent·e·x·s et jeunes adultes à des services adaptés à leurs besoins.

La recherche d'aide est un processus de plusieurs étapes. Celui-ci commence lorsque la personne se rend compte de ses difficultés, suivi par l'expression de ces dernières et le besoin d'obtenir de l'aide d'autrui, pour ensuite identifier les sources d'aide adaptées et accessibles, et finalement, lorsque la personne concernée montre une volonté de contacter et mobiliser concrètement les services d'aide (Gulliver et al., 2010, p. 2). D'après la revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020), plus les symptômes de détresse psychologique sont élevés, moins les intentions et comportements de recherche d'aide sont observés. La nature des symptômes peut expliquer ce constat, par le repli sur soi des personnes concernées, leur difficulté à parler aux autres, la crainte d'être stigmatisées ou encore les difficultés cognitives découlant des troubles de la santé mentale (p. 16).

De manière générale, ces freins à la demande d'aide incluent la stigmatisation, l'inconfort de discuter de sa santé mentale, le manque de connaissances quant à cette thématique, les contraintes matérielles ou financières ou encore la volonté de gérer ses problèmes de manière autonome (Gulliver et al., 2010, p. 5).

I. Stigmatisation

Selon Clement et al. (2015), cité par Egsdal et al. (2016), « l'accès aux soins en santé mentale est particulièrement problématique en raison de la stigmatisation liée aux troubles [psychique] ... » (p. 112). Cette même étude indique que la peur de la stigmatisation rend la recherche d'aide particulièrement difficile pour les adolescent·e·x·s et jeunes adultes (p. 112).

En effet, la stigmatisation est l'un des freins les plus souvent cités par les adolescent·e·x·s et jeunes adultes quant à la demande d'aide face à des problèmes de santé mentale. Dans la revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020), on recense la stigmatisation et les opinions négatives envers les professionnel·le·x·s et services de santé mentale comme étant les obstacles les plus souvent cités (p. 1).

Cette stigmatisation peut également être d'origine culturelle, liée à des méfiances, attentes et normes familiales, ce qui contribue alors à dissuader les jeunes de faire appel à de l'aide (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 8).

Dans la recherche de Gosselin & Ducharme (2017), il est mentionné que :

Parmi les préjugés cités dans l'enquête, deux ressortent davantage comme réduisant la probabilité d'une utilisation d'une ressource d'aide soit « Consulter une ressource d'aide ne pourrait pas contribuer à mon épanouissement personnel » et « Il est peu probable que je puisse souffrir au cours de ma vie d'un problème de santé mentale » (p. 101).

Liés à la suicidalité, les préjugés cités dans cette même étude, tels que « consulter une ressource d'aide est un signe de faiblesse personnelle », ou encore « il y a beaucoup moins à espérer de la vie après avoir été atteint d'un problème de santé mentale » entravent le recours aux ressources d'aide, en particulier chez les personnes ayant des pensées suicidaires (p. 101). Ces informations sont également appuyées par Gulliver et al. (2010), citant que le besoin d'aide est perçu par certain·e·x·s jeunes comme un échec, freinant ainsi leur recours aux services d'aide en santé mentale (p. 5).

II. Confidentialité

Les préoccupations liées à la confidentialité jouent également un rôle central et semblent corrélées à la stigmatisation. En effet, l'adolescent·e·x peut craindre d'être stigmatisé·e·x et embarrassé·e·x face à son entourage qui, par un manque de confidentialité, aurait découvert qu'il·e·x a eu recours à une aide concernant sa santé mentale. Cela peut donc le·la freiner à s'adresser à un service ou un·e·x professionnel·le·x (Gulliver et al., 2010, p. 6). Cette méfiance est ainsi renforcée par des inquiétudes concernant l'usage des informations partagées, pouvant nuire à la relation entre les jeunes et les divers·e·x·s professionnel·le·x·s les entourant (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 2).

III. Compétences des personnes-ressources

Selon la revue de littérature de Gulliver et al. (2010), certaines caractéristiques des membres du personnel scolaire vers lequel·le·x·s peuvent se tourner les jeunes en difficulté sont perçues comme des freins à la demande d'aide. Les données récoltées par cette étude indiquent divers problèmes et enjeux rencontrés par les étudiant·e·x·s face aux personnes-ressources disponibles. Les freins identifiés sont, entre autres, la négativité, voire la méchanceté de la personne-ressource face aux jeunes cherchant de l'aide, la violation de la confidentialité due au manque d'intimité dans les écoles, des tendances au favoritisme, une méconnaissance des besoins et de la vie adolescente en générale, ou encore un manque de disponibilité due au grand nombre d'élèves accompagné·e·x·s (p. 6). D'après la revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020), ce manque de disponibilité et de réactivité des professionnel·le·x·s joue un rôle déterminant, compliquant parfois l'accès à une prise en charge adaptée (p. 14).

Concernant le recours à l'aide d'un·e·x médecin généraliste, les participant·e·x·s de quelques études ne considèrent pas celui-ci comme étant une source d'aide adaptée face aux difficultés de santé mentale (Gulliver et al., 2010, p. 6). Ces freins liés aux services et traitements médicaux proviennent souvent de l'opinion négative qu'a la famille de l'adolescent·e·x ou jeune adulte quant à ces derniers. Les problèmes de communication, les expériences passées négatives ou encore la croyance que le traitement ne sera d'aucune aide font partie des freins les plus cités. Cela est particulièrement le cas dans la population immigrante et réfugiée, due aux barrières culturelles (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 14).

De plus, nous pouvons mentionner que « même pour les étudiants qui vivent chez leurs parents, cela peut être difficile de parler d'un problème psychologique qui échappe souvent à l'entourage » (Egsdal et al., 2016, p. 112).

IV. Littératie en santé mentale et identification des symptômes

D'après l'étude de Aguirre Velasco et al. (2020), la littératie en santé mentale représente la capacité à comprendre et utiliser les informations concernant la santé mentale, ainsi qu'à reconnaître, gérer et prévenir les troubles de la santé mentale. Elle inclue également la capacité à prendre des décisions éclairées dans le recours aux services d'aide et professionnel·le·x·s du domaine. Un tiers des données récoltées dans cette étude démontre qu'un manque de littératie en santé mentale représente un frein conséquent à la recherche d'aide. En effet, par le manque de connaissances des ressources disponibles ainsi qu'une difficulté à reconnaître leurs propres symptômes et ceux des autres, les adolescent·e·x·s n'engagent pas de recherche d'aide en santé mentale (p. 14).

De ce fait, une littératie en santé mentale insuffisante implique un manque de connaissances en santé mentale et donc des difficultés à identifier les symptômes de la détresse psychologique.

Dans le texte de Gulliver et al. (2010), cette difficulté à reconnaître les symptômes des troubles psychiques a été rapportée comme étant un obstacle dans plus d'un tiers des études (p. 5) et se réfère à l'*insight*, terme généralement défini comme « la conscience du trouble » ou, lors d'un manque d'*insight*, le « déni » (Jaafari & Marková, 2011, p. 2). Par le déni du trouble ou la mauvaise compréhension de ses symptômes, la perception qu'ont les adolescent·e·x·s et jeunes adultes de leur détresse se trouve altérée, ceux-ci pouvant la concevoir comme « normale » et s'accommoder de cette dernière afin d'éviter de demander de l'aide (Gulliver et al., 2010, p. 6). Cette information est confirmée par la recherche de Gosselin & Ducharme (2017), mentionnant que plus d'un tiers des étudiant·e·x·s participant à leur étude déclarent : « Si on me disait atteint d'un problème de santé mentale, je ne l'accepterais pas » (p. 101).

V. Volonté de gérer ses problèmes de manière autonome

Peu accoutumé·e·x·s au système de santé et devant en appréhender le fonctionnement, souvent complexe et peu clair, les adolescent·e·x·s et jeunes adultes, habitué·e·x·s à l'accompagnement et l'encadrement de leurs parent·e·x·s, n'ont pas développé l'habitude de consulter un·e·x· médecin de manière autonome. Une fois livré·e·x·s à elleux-mêmes, iels se retrouvent souvent peu familier·ère·x·s avec le fonctionnement du système de soins (Egisdal et al., 2016, p. 111). De plus, traversant un processus d'autonomisation et de passage à la vie adulte, les jeunes ont souvent le souhait de gérer leurs problèmes de santé elleux-mêmes et ne consultent donc que rarement les services de santé (Amsellem-Mainguy, (2015), cité par Egisdal et al., 2016, pp. 111-112).

Ce frein à la demande d'aide face aux problèmes de santé mentale est également retenu dans le texte de Gulliver et al. (2010), indiquant que la population adolescente et des jeunes adultes comptait davantage sur elle-même face à ses difficultés plutôt que de chercher une aide professionnelle (p. 6). Constat également retenu dans la revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020), citant que « les attitudes des adolescents à l'égard de la recherche d'aide ont révélé un besoin d'autosuffisance et d'autonomie, ayant été reconnus comme des obstacles conséquents dans douze études... »³ (p. 14).

De plus, dans la recherche de Gosselin et Ducharme (2017), il est indiqué qu'environ un·e·x· jeune sur trois déclare préférer garder ses problèmes personnels pour ellui-même, sans en parler à quiconque (p. 101).

³ Traduit de l'anglais par nos soins sur la base des propos suivants : « *Adolescents' attitudes towards help-seeking revealed a perceived need of self-sufficiency and autonomy which were recognised as a relevant barrier in twelve studies [...]* »

VI. Contraintes financières et géographiques

Les contraintes financières et géographiques représentent des freins majeurs à la demande d'aide. En effet, les étudiant·e·x·s, souvent en situation de précarité, rencontrent des difficultés pour financer les consultations et accéder aux services de santé mentale en raison de leur coût élevé (Egdsal et al., 2016, p. 111). « Leur autonomie financière est faible, tandis que les coûts des services en santé peuvent être élevés » (p. 112). Selon la Fédération des associations générales étudiantes la moitié d'entre eux vivent avec moins de 600 € par mois, les obligeant à prioriser leurs dépenses entre le logement, les frais d'inscription, l'alimentation et la santé (citée dans Egdsal et al., 2016, p. 112).

Ce constat est également présenté dans la revue de littérature de Gulliver et al. (2010), indiquant que 25 % des adolescent·e·x·s et jeunes adultes considèrent les consultations chez un·e·x médecin trop coûteuses et que 50 % d'entre eux reprennent ces propos concernant les rendez-vous chez un·e·x psychologue ou psychiatre (p. 6).

Les barrières logistiques, telles que la distance géographique ou l'absence de moyens de transport, exacerbent ces difficultés. En effet, l'inaccessibilité due à des contraintes de temps, de transport ou de coût représente un obstacle significatif (Gulliver et al., 2010, p. 5). Les étudiant·e·x·s de l'enseignement supérieur font face à des obstacles géographiques pour accéder aux soins, liés à la répartition des services de santé sur le territoire et à leur accessibilité par les transports. Les résidences universitaires, souvent situées en périphérie, se trouvent éloignées des centres-villes où se concentrent majoritairement ces services. De plus, les étudiant·e·x·s qui s'installent dans une nouvelle ville pour leurs études ne connaissent pas toujours l'emplacement des différents services et peuvent éprouver des difficultés à se déplacer en milieu urbain (Egdsal et al., 2016, p. 111).

Le manque d'accessibilité, qu'il s'agisse du temps, des transports ou des coûts, représente un obstacle majeur, particulièrement dans les études menées auprès des populations rurales. Ce constat souligne que, dans ces régions, le faible nombre de professionnel·le·x·s de santé mentale complique l'accès des jeunes à une aide proche et rapidement disponible (Gulliver et al., 2010, p. 6).

QUELS SONT LES FACTEURS QUI FAVORISENT LA DEMANDE D'AIDE DES ÉTUDIANT·E·X·S ?

Comme indiqué dans le chapitre précédent, la recherche d'aide est un processus nécessitant la reconnaissance et conscientisation de ses difficultés afin de pouvoir les exprimer et identifier l'aide la plus adaptée (Gulliver et al., 2010, p. 2). Cette démarche nécessite donc la mobilisation de multiples facilitateurs, permettant ainsi à l'adolescent·e·x ou jeune adulte de demander de l'aide en cas de problèmes de santé mentale.

I. Littératie en santé mentale et expériences antérieures

Selon Aguirre Velasco et al. (2020), la littératie en santé mentale et les expériences positives antérieures avec les services de santé mentale figurent parmi les principaux facilitateurs à la demande d'aide. En outre, être familiarisé·e·x avec ces ressources permet une détection claire des symptômes de détresse psychologique et renforce la probabilité de recherche d'aide, permettant ainsi un accès rapide aux soins (p. 14). Ce constat est pareillement relevé dans la recherche de Gosselin et Ducharme (2017), indiquant qu'un·e·x étudiant·e·x sur quatre mentionne que sa démarche de recherche d'aide fût facilitée par une expérience antérieure satisfaisante auprès des services d'aide en santé mentale (p. 96). Selon Gulliver et al. (2010), ces vécus positifs des ressources d'aide permettraient également d'approfondir les connaissances en santé mentale des adolescent·e·x·s et jeunes adultes ; un aspect pertinent dans le processus de recherche d'aide (p. 7).

Reliée aux expériences positives, une relation engagée et de confiance avec les parent·e·x·s, les enseignant·e·x·s ou encore les conseiller·ère·x·s scolaires fût relevée comme étant un facilitateur à la demande d'aide par les adolescent·e·x·s et jeunes adultes (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 14).

II. Soutien social et encouragements

Les jeunes perçoivent le soutien social et les encouragements comme des facilitateurs importants (Gulliver et al., 2010, p. 1). En effet, d'après l'étude de Gosselin et Ducharme (2017), les ami·e·x·s et la famille sont souvent les premières ressources externes mobilisées. 72,8 % des participant·e·x·s indiquent chercher du soutien auprès de leurs pairs et 72,6 % déclarent demander de l'aide à leur famille (p. 96). Cette même étude indique que :

Ces deux ressources obtiennent des scores plus élevés que l'utilisation des services professionnels pour lesquels on obtient les résultats suivants : le médecin (62,5 %), l'infirmière (36,7 %), le conseiller d'orientation (29 %), le psychologue (25 %) et le travailleur social (11,3 %) (p. 96).

Cependant, les figures telles que les enseignant·e·x·s et les conseiller·ère·x·s scolaires jouent tout de même un rôle significatif, en orientant les étudiant·e·x·s vers les ressources appropriées. Ce constat est marqué par le fait que plus d'un·e·x jeune sur dix a été référé·e·x par un·e·x professeur·e·x vers un service d'aide (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 96).

III. Gravité perçue des problèmes

La perception de l'adolescent·e·x et du·de la jeune adulte de la gravité de ses problèmes est un facteur déterminant dans la recherche d'aide. Dans la revue de littérature de Gulliver et al. (2010), il est mentionné que percevoir ses problèmes comme étant sérieux favorise le recours à une aide en santé mentale (p. 5). Constat appuyant cette information : près de 1050 étudiant·e·x·s sur 12'208 déclarent avoir eu recours à un service d'aide car leur détresse était si grande que cette ressource leur parue comme étant leur dernière issue (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 96).

En outre, la recherche de Gosselin et Ducharme (2017) démontre une forte corrélation dans l'usage des ressources d'aide, qu'elles soient internes ou externes au milieu scolaire et les niveaux perçus de détresse et d'anxiété des étudiant·e·x·s. En résumé, plus une personne ressent de la détresse ou de l'anxiété, plus elle mobilisera les services d'aide (p. 100).

IV. Accessibilité des services de santé mentale

L'accessibilité rapide et efficace des services d'aide joue un rôle clé dans la recherche d'aide des étudiant·e·x·s. Par exemple, l'Espace santé étudiants (ESE), installé sur le campus de Bordeaux, propose une approche intégrée, prenant en charge une diversité de problématiques de santé, sans se restreindre uniquement au domaine de la santé mentale. Ce dispositif centralisé et holistique offre aux étudiant·e·x·s une prise en charge globale, rapide et flexible, leur évitant de consulter plusieurs spécialistes différent·e·x·s et réduisant ainsi les délais et les obstacles administratifs. En regroupant des disciplines variées en un seul lieu, cette espace contribue à réduire la stigmatisation et favorise un accès spontané aux étudiant·e·x·s, les encourageant ainsi à s'y rendre sans avoir à justifier leur démarche (Egdsal et al., 2016, p. 113). Un système de prise en charge simplifié, rapide et inclusif favorise la recherche d'aide des adolescent·e·x·s et jeunes adultes en difficulté.

V. Plateformes en ligne et lignes d'écoute

Bien que moins utilisées, les ressources d'aide spécialisées pour les personnes rencontrant de sévères difficultés socioaffectives, telles que les plateformes d'aide en ligne et les lignes téléphoniques, se montrent pertinentes, surtout lors de situations d'urgence. Selon l'étude de Gosselin et Ducharme (2017), plus de 14% des 12'208 adolescent·e·x·s et jeunes adultes questionné·e·x·s indiquent y avoir eu recours (p. 96). Ces ressources sont ainsi considérées comme des facilitateurs importants dans l'accès rapide à une source d'aide.

QUELLES SONT LES INTERVENTIONS ACTUELLEMENT DISPONIBLES POUR LES ÉTUDIANT·E·X·S DE 12 À 25 ANS ?

Au Québec, les cégeps, soit les écoles post-obligatoires, possèdent tous des services d'aide dédiés aux élèves éprouvant des difficultés psychologiques durant leur scolarité (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 93).

La revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020) met en évidence plusieurs types d'interventions mises en place auprès d'adolescent·e·x·s âgé·e·x·s en moyenne de 10 à 19 ans : la psychoéducation au sein des classes, l'intervention de proximité, l'intervention en ligne ou par les multimédias et la formation par les pairs (p. 17).

Egsdal et al. (2016) décrivent également plusieurs services d'aide à la santé mentale disponibles pour les étudiant·e·x·s bordelais·e·x·s : l'Espace santé étudiants (ESE) décrit précédemment⁴, le service PHASE, les bureaux de la vie étudiante (BVE), le système de veille soutenu par les responsables pédagogiques et de stage, la maison des adolescents de la Gironde (MDA33), ainsi que le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) (pp. 113-115).

Dans ce chapitre de l'analyse, nous allons décrire ces types d'intervention, leur fonctionnement et indiquer les résultats, obtenus ou non, de leur mise en œuvre.

I. Psychoéducation

L'École de psychoéducation de l'université de Montréal définit la psychoéducation ainsi :

La psychoéducation est une discipline qui se spécialise en prévention et en intervention dans le domaine de l'inadaptation psychosociale, principalement auprès des jeunes. ...

La psychoéducation québécoise s'inscrit dans 2 importants champs de connaissance que l'on retrouve à travers le monde : l'étude des difficultés d'adaptation selon une perspective développementale (la psychopathologie développementale) ; l'utilisation des connaissances issues de ce 1^{er} champ d'études pour concevoir et mettre en place des stratégies efficaces à la prévention et à la réduction des difficultés d'adaptation (Université de Montréal-École de psychoéducation, s. d.).

Elle a pour but de permettre à une personne d'obtenir et comprendre des informations sur un trouble, de déconstruire ses préjugés, reconnaître les attitudes contre-productives et appréhender davantage les conséquences du trouble ainsi que la signification du diagnostic (Centre ressource réhabilitation psychosociale, 2023).

Cette discipline est mentionnée dans la majorité des études analysées par Aguirre Velasco et al. (2020), par des interventions en classe centrées sur la psychoéducation. Bien que ces dernières aient toutes pour objectif de favoriser les comportements de recherche d'aide, leur contenu et leurs approches différaient, couvrant divers thèmes, tels que la santé mentale générale, la sensibilisation au suicide et à la dépression, ou encore la lutte contre la stigmatisation. En effet, quatre des études retenues ont mobilisé la psychoéducation au travers de l'intervention de personnes concernées par des troubles de la santé mentale. Selon ces recherches, mettre les adolescent·e·x·s et jeunes adultes en contact avec des individu·e·x·s touché·e·x·s par cette thématique visait à favoriser l'acceptation et le processus de recherche d'aide des jeunes (p. 15).

Concernant l'efficacité de la psychoéducation menée en classe, les interventions éducatives ciblant la dépression ont démontré un effet notable sur l'augmentation des comportements de recherche d'aide. Par exemple, une étude identifiée dans la revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020) a mis en exergue que cette amélioration des comportements de recherche d'aide restait stable, même après trois mois de suivi. Une seconde recherche basée sur la psychoéducation indique également une hausse significative des comportements de recherche d'aide juste après l'intervention en classe, bien que cet effet se soit atténué avec le temps (p. 16). De plus, plusieurs

⁴ Voir « Accessibilité des services de santé mentale », p.35.

interventions en classe concernant la stigmatisation ont été identifiées. Ces dernières utilisaient la psychoéducation pour déconstruire les mythes entourant les troubles psychiques (p. 15). Trois de ces recherches ont mis en évidence des effets positifs sur les intentions de recherche d'aide des jeunes, dont deux d'entre-elles constatent une baisse significative de l'auto-stigmatisation à la suite de l'intervention (p. 16). En finalité, les interventions en classe les plus efficaces furent celles étant axées sur la dépression et la stigmatisation (p. 17).

II. Interventions de proximité

Dans la recherche de Aguirre Velasco et al. (2020), trois études explorant des interventions de proximité, visant à établir un contact direct avec des adolescent·e·x·s, furent relevées. En promouvant le contact entre les étudiant·e·x·s et les médecins généralistes, ces interventions avaient pour but d'identifier les obstacles freinant la recherche d'aide de ce jeune public (p. 15).

Toutes ces études ont indiqué une augmentation significative des intentions de recherche d'aide de la population ciblée, dont une qui présente ce constat lors d'un suivi, trois mois après l'intervention (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 16).

III. Interventions multimédias

Six types d'interventions multimédias ont été développés afin de répondre aux besoins des adolescent·e·x·s, tout en abordant des obstacles tels que la peur de la brèche confidentielle, la stigmatisation et le besoin d'autonomie. Ces interventions comprenaient des films interactifs, visant à engager les étudiant·e·x·s sur des sujets en lien avec la santé mentale, et des plateformes en ligne offrant des informations personnalisées aux adolescent·e·x·s (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 15).

IV. Formation entre pairs

Des interventions de formation par les pairs sont également retenues dans la revue de littérature de Aguirre Velasco et al. (2020). Ces dernières consistent à former les élèves agissant comme agent·e·x·s de changement et étant actif·ve·x·s dans les interactions sociales dans les activités quotidiennes de l'école, dans le but de créer un climat promouvant une bonne santé mentale, de renforcer les liens sociaux et ainsi agir sur les normes et comportements liés à la recherche d'aide. Ces « leaders » parmi les pairs agissent ainsi comme un lien entre étudiant·e·x·s et littératie en santé mentale, contribuant à normaliser et encourager la démarche de recherche d'aide face aux problèmes de santé mentale (p. 15).

V. Bordeaux : types d'interventions disponibles pour les adolescent·e·x·s et jeunes adultes

Comme cité et décrit précédemment dans l'analyse, l'Espace santé étudiants (ESE) du campus de Bordeaux⁵ fait partie des multiples services proposés aux adolescent·e·x·s et jeunes adultes bordelais·e·x·s. Cinq autres ressources sont disponibles à Bordeaux : trois sont présentes au sein de l'université et les deux restantes sont situées dans la ville.

Le service PHASE

Le service PHASE est destiné aux étudiant·e·x·s ayant des besoins spécifiques, tels que ceux en situation de handicap, atteint·e·x·s d'une maladie chronique, ou encore les élèves sportif·ve·x·s de haut niveau ou engagé·e·x·s dans une carrière artistique. Ce service propose une assistance humaine, comme un·e·x·s enseignant·e·x·s accompagnateur·rice·x personnalisé·e·x·s, ou matérielle, tels que des outils numériques pour la prise de notes. Cette équipe encadrante est principalement constituée de professionnel·le·x·s non médicaux·les·x (Egsdal et al., 2016, pp. 114-115).

⁵ Voir « Accessibilité des services de santé mentale », p.35.

Les bureaux de la vie étudiante (BVE)

Les bureaux de la vie étudiante (BVE) constituent le point d'entrée principal pour les étudiant·e·x·s en demande d'aide, quels que soient leurs besoins. Ce service joue ainsi un rôle d'intermédiaire, orientant les étudiant·e·x·s vers les solutions de soins adaptées à leurs situations (Egdsal et al., 2016, p. 115).

Le système de veille

S'inquiétant depuis quelques années pour la santé mentale de ses étudiant·e·x·s, l'université de Bordeaux a mis un système de veille en place, afin de répondre à leurs préoccupations. Ce système repose sur l'implication des responsables pédagogiques et des responsables de stage, qui identifient les élèves en difficulté et les accompagnent ou les orientent, si nécessaire, vers les services d'aide adaptés (Egdsal et al., 2016, p. 115).

La maison des adolescents de la Gironde (MDA33)

La maison des adolescents de la Gironde (MDA33) propose des consultations gratuites et anonymes sur des sujets variés tels que l'éducation, la sexualité, les troubles du comportement, les questionnements sur le parcours de vie ou les difficultés relationnelles. Ce service est composé de psychologues, d'assistant·e·x·s sociaux·ales·x, d'une infirmière et d'un psychiatre et est financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS), le conseil général et la mairie (Egdsal et al., 2016, p. 115).

Le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS)

Le centre régional des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) de Bordeaux-Aquitaine, placé sous la tutelle du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, prend en charge la gestion des résidences universitaires, des bourses et des aides financières pour les étudiant·e·x·s, ainsi que des services de restauration sur les campus. En outre, il organise des activités culturelles et offre un soutien administratif et social aux étudiant·e·x·s, notamment grâce à l'intervention de ses assistant·e·x·s sociaux·ales·x (Egdsal et al., 2016, p. 115).

VI. Recommandations et limites

Dans leur article, Egdsal et al. (2016) indiquent que :

l'intégration des services de soins en santé mentale au sein du système éducatif universitaire pourrait avoir des retombées positives sur l'accès aux soins, la qualité de vie, le fonctionnement social et la réussite académique des étudiants. Une coordination de tous les systèmes actuels de dépistage, d'orientation et de soins en santé mentale semble donc indispensable (p. 117).

Au travers des constats de leur revue de littérature, Gulliver et al. (2010) indiquent également que plusieurs pistes d'intervention dans la promotion de la santé mentale semblent pertinentes à explorer davantage. Premièrement, les stratégies visant à tenir compte du désir d'autonomie des adolescent·e·x·s et jeunes adultes, en leur fournissant des ressources d'auto-assistance, représentent une des pistes les plus prometteuses. Ensuite, les programmes visant l'amélioration de la littératie en santé mentale des étudiant·e·x·s, leur permettraient de reconnaître plus facilement leurs symptômes, sont également valorisés. Finalement, les autrices retiennent comme piste pertinente la mise en place de programmes destinés à la déstigmatisation des difficultés psychiques ainsi qu'à la demande d'aide (p. 7).

De même, Aguirre Velasco et al. (2020) décrivent des résultats probants quant aux interventions étudiées dans leur littérature. Cependant, leur recherche marque le manque important de récoltes de données à la suite des actions menées en milieu scolaire. En effet, seul un nombre minime des études examinées comportaient un suivi sur le court ou moyen terme des effets résultant des interventions et, de ce fait, il est impossible d'en constater des résultats effectifs sur le long terme. Ce manque de données fait alors défaut à l'identification des mécanismes de changement des comportements et perceptions liées à la santé mentale et à la recherche d'aide. La mise en évidence

de ces mécanismes permettrait de comprendre sous quelle forme les interventions pourraient être les plus efficaces dans la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide. De plus, l'adolescence étant une période de changements émotionnels, comportementaux, hormonaux ou encore neurologiques conséquents, la mise en place d'interventions optimisées et congruentes à ce stade de développement serait d'autant plus efficiente (pp. 16-17).

De nombreux obstacles freinent la mise en place d'interventions de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide en milieu scolaire.

Dans leur littérature, Aguirre Velasco et al. (2020) y indiquent les suivants : les difficultés administratives des établissements scolaires, la résistance de certain·e·x·s parent·e·x·s à donner leur consentement quant à la participation de leur enfant aux programmes proposés, le manque de participant·e·x·s lors des suivis de précédentes interventions, ou encore le niveau d'engagement des enseignant·e·x·s face à cette thématique (p. 17).

De plus, Gosselin et Ducharme (2017), reprenant les propos de Villatte, Marcotte et Potvin (2015) issus des travaux de Daddona (2011) et de Fier et Brzezinski (2010), citent que :

Le nombre d'étudiants de niveaux supérieurs souffrant de problèmes de santé mentale serait en très forte hausse. Cette augmentation, selon elles, « fait l'objet d'une préoccupation importante tant chez les psychologues scolaires que chez les enseignants, non seulement parce qu'elle met en lumière la nécessité d'un nombre croissant de ressources, mais aussi d'un changement d'orientation dans les types de services à offrir » (p. 93).

Ces mêmes auteurs précisent que, bien que toutes les écoles post-obligatoires québécoises disposent de services d'aide pour leurs étudiant·e·x·s, on observe des différences significatives entre les établissements, tant en ce qui concerne le type de services disponibles que la fréquentation de ces derniers. Par exemple, certaines écoles disposent quotidiennement de psychologues ou de travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x, tandis que d'autres n'en ont pas ou seulement à temps partiel. Le même constat est observable pour les autres professionnel·le·x·s intervenant dans la relation d'aide au sein de ces établissements scolaires. Ainsi, lorsque ces services ne sont pas disponibles, les étudiant·e·x·s se tournent vers les enseignant·e·x·s ou les conseiller·ère·x·s en orientation, ces dernier·ère·x·s devant alors compenser ce manque de ressources internes, ou les diriger vers des ressources externes à l'école (Gosselin & Ducharme, 2017, pp. 93-94).

Cette disparité des services d'aide disponibles pour les adolescent·e·x·s et jeunes adultes est également mentionnée par Egsdal et al. (2016), indiquant qu'« il n'existe pas de normes communes à toutes les universités de France, et l'offre de soins en santé mentale mise à disposition par les universités est hétérogène » (p. 119). De plus, cet article relate d'une carence significative de ressources humaines et matérielles, rendant difficile la réponse à une demande d'aide en constante augmentation. En effet, des membres du personnel soignant de l'Espace santé étudiant (ESE) déclarent : « Il nous faut plus de psychologues, car il y a une forte demande de consultations. » ou encore : « On ne peut pas faire des suivis de longue durée, car il n'y a pas suffisamment de ressources économiques et de personnel. Pour plus de quatre consultations, l'étudiant est adressé à des services extérieurs. » (p. 114).

EN QUOI LA PROMOTION DE LA COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE EST-ELLE PERTINENTE ?

Selon Castelli Dransart et Guerry (2013), la collaboration entre professionnel·le·x·s permet de croiser des perspectives variées, se complétant souvent, et d'enrichir les savoirs. Dans la thématique de la suicidalité, cette collaboration contribue ainsi à affiner la détection et l'évaluation du potentiel suicidaire, les rendant plus précises et fournies. En effet, ce travail interdisciplinaire permet des prises de décision mieux argumentées et adaptées, facilite la mise en œuvre de stratégies d'intervention diversifiées et garantit une distribution claire des rôles dans le processus d'accompagnement, en fonction des compétences et des missions spécifiques des divers·e·x·s professionnel·le·x·s (p. 82).

Dans le sens de l'interdisciplinarité, Egsdal et al. (2016) soulignent également qu'une meilleure coordination entre les services d'aide universitaires et ceux de la ville de Bordeaux pourrait répondre plus efficacement aux besoins en santé mentale des étudiant·e·x·s et ajoutent qu'une piste d'amélioration consisterait à intégrer les services de santé de l'université au système global d'offre de soins (p. 119).

I. La collaboration, un enjeu vital face à la suicidalité

Castelli Dransart et Guerry (2013) expliquent que la suicidalité, soit les idéations, comportements suicidaires ou le passage à l'acte (p. 79), est une problématique multidimensionnelle et complexe, du fait que :

... les personnes suicidaires donnent des signes ou des indications de leur souffrance de manière morcelée en fonction de la relation qu'elles entretiennent avec le professionnel, mais également en tenant compte des retombées possibles de ces confidences (par exemple, hospitalisation ou privation de liberté) (p. 81).

Cette fragmentation dans leur communication rend une évaluation globale et précise de la situation des jeunes en détresse difficile. D'autre part, le processus suicidaire est influencé par une combinaison de facteurs individuels et sociaux, incluant des événements de vie marquants tels que le degré d'intégration sociale de la personne, des deuils, des ruptures, de la maltraitance, etc. (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 80).

Ces influences ont été théorisées dans les années 1980 par Georges Libman Engel, par sa proposition du modèle biopsychosocial (Berquin, 2010, p. 1511). Dans la recherche de Castelli Dransart et Guerry (2013), ce concept est expliqué ainsi :

Le modèle bio-psycho-social du suicide (Joiner et al., 2009; Van Heeringen, 2001) postule l'implication dans ce processus non seulement de facteurs génétiques ou physiologiques (synthèse de neuromédiateurs, déséquilibres biochimiques), mais il fait également appel au fonctionnement psychologique, voire psychique (mécanismes d'adaptation, facteurs neurocognitifs), aux conditions de vie (environnement physique, contextes socio-économiques et de vie, capitaux sociaux), au parcours et aux événements de vie (deuil, maltraitance, rupture, etc.). Enfin, le degré d'intégration sociale de l'individu ainsi que les aspects liés à la cohésion sociale représentent également des facteurs intervenant dans le processus suicidaire (p. 80).

Ainsi, une intervention efficace et bienveillante, visant à atténuer la crise suicidaire et offrir un regard nouveau sur l'avenir, doit mobiliser une approche globale qui puisse agir sur ces multiples facteurs entourant la suicidalité. Cela nécessite une mobilisation de ressources variées et un soutien interdisciplinaire, impliquant des intervenant·e·x·s issu·e·x·s de différents domaines, notamment ceux du secteur social et du domaine de la santé (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 80). En effet, la collaboration interdisciplinaire permet d'examiner et concevoir une prise en charge de la personne ayant des idées suicidaires, en tenant compte des divers facteurs influençant sa vie et des aspects la constituant, comme ses obstacles, mais aussi ses ressources. De ce fait, il est peu probable

qu'un·e·x seul·e·x professionnel·le·x connaisse la globalité des éléments qui entourent la personne concernée et permettent d'évaluer son état de manière précise, ainsi que son implication dans la crise suicidaire ou la probabilité d'un passage à l'acte (p. 81).

II. Le rôle central des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x dans la collaboration

Ainsi, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x occupent une position centrale dans la mise en œuvre d'une collaboration interdisciplinaire efficace. En contact rapproché avec la personne concernée, leur connaissance approfondie des ressources et des dynamiques de l'environnement de cette dernière constitue une base précieuse et complémentaire à l'évaluation clinique menée par les professionnel·le·x·s de la santé. Alors que les psychiatres se concentrent principalement sur l'état de santé mentale et les troubles spécifiques liés à la crise suicidaire, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x apportent des informations plus personnalisées, notamment sur le fonctionnement quotidien de la personne, les signes de désorganisation lui étant propres, ainsi que sur les ressources personnelles et sociales dont elle peut disposer. Ces éléments sont souvent déterminants dans l'orientation du parcours d'accompagnement (Castelli Dransart & Guerry, 2013, pp. 82-83).

III. Les modalités de collaboration des travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x

Les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x interviennent selon trois modalités principales : interne, conjointe et séquentielle.

Dans la collaboration interne, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x collaborent au quotidien avec d'autres professionnel·le·x·s, comme les infirmier·ère·x·s et les psychiatres, au sein d'une même institution. Cette collaboration a souvent lieu avant la survenue d'une crise suicidaire, mais peut changer de dynamique et de répartition des responsabilités en fonction de la sévérité de la situation (Castelli Dransart & Guerry, 2013, pp. 82-83).

Dans la collaboration conjointe, iels interviennent de manière simultanée, au sein d'un réseau, avec des professionnel·le·x·s ne faisant ainsi pas forcément partie de la même institution. Chacun·e·x apporte une contribution spécifique, en prenant en charge une part de l'accompagnement. Cela inclut, par exemple, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x intervenant, en parallèle avec un·e·x psychiatre ou un·e·x infirmier·ère·x, dans le cadre d'un suivi ambulatoire d'un·e·x usager·ère·x (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 83).

Finalement, dans la collaboration séquentielle, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x collaborent avec d'autres professionnel·le·x·s d'une façon plus successive. Cette modalité se présente généralement lors d'une hospitalisation ou d'un suivi intensif en cas de risque suicidaire élevé. Dans ces situations, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x orientent la personne concernée vers des collègues de la santé lorsqu'une crise suicidaire survient. En outre, iels reprennent souvent en charge le suivi de la personne concernée à sa sortie de l'hôpital (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 83).

Ces modalités de collaboration dépendent de facteurs tels que la disponibilité des professionnel·le·x·s et le réseau de soutien déjà en place autour de la personne concernée. Par exemple, en situation d'urgence, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x sont amené·e·x·s à solliciter en priorité les collègues ou autres professionnel·le·x·s les plus disponibles, peu importe leur niveau de connaissances de la suicidalité, ce qui peut affecter la qualité de l'intervention (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 84).

IV. Les enjeux de la collaboration interdisciplinaire

Plusieurs enjeux rendent la collaboration interdisciplinaire complexe.

Par exemple, le partage d'informations se montre souvent limité par des contraintes de confidentialité, comme le secret professionnel auquel sont soumis·es·x les professionnel·le·x·s de

la santé, ou encore le secret de fonction, ces derniers pouvant ainsi freiner la bonne coordination des interventions. En situation de crise, certain·e·x·s professionnel·le·x·s estiment toutefois que la protection de l'intégrité de la personne doit primer sur ces règles, favorisant un partage d'informations plus libre mais non exempt de tensions entre les diverses disciplines (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 85).

Une autre difficulté réside dans les divergences de paradigmes professionnels. Les professionnel·le·s de la santé perçoivent souvent la suicidalité comme un problème nécessitant des soins médicaux, tandis que les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x·y voient une réponse à une détresse insurmontable ou à un manque de ressources. Ces différences de perception peuvent entraîner des désaccords sur les priorités d'intervention, rendant ainsi la collaboration plus complexe (Castelli Dransart & Guerry, 2013, pp. 85-86).

Les différences de niveaux de compétence représentent également un enjeu, surtout lorsque la place hiérarchique donnée aux professionnel·le·x·s implique une part de responsabilité incohérente avec le pouvoir d'action concret de ces dernier·ère·x·s. Par exemple, lorsqu'une personne spécialement formée au dépistage des actes suicidaires doit se référer à un·e·x· collègue n'ayant pas ce niveau de compétence mais portant pourtant le devoir du choix final d'intervention. Cela peut créer des conflits quant à l'évaluation du risque suicidaire ou de l'action à mettre en place (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 86).

De plus, le besoin de disposer d'une légitimité institutionnelle se révèle comme étant un enjeu de la collaboration interdisciplinaire. En effet, celle-ci peut être facilitée par l'officialisation de procédures et conventions entre les différentes disciplines œuvrant ensemble pour la même cause. Instaurer un cadre qui promeut les bonnes pratiques au sein d'une équipe pluridisciplinaire permet ainsi de contrôler les rapports, contenir les jeux de pouvoir et assurer que l'avis et les apports de chaque professionnel·le·x·s soient pris en compte et coordonnés avec ceux des autres (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 86).

Finalement, un enjeu souvent mentionné par les participant·e·x·s de la recherche de Castelli Dransart et Guerry (2013) est le manque de temps et de disponibilité que les professionnel·le·x·s sont en mesure de consacrer à la collaboration elle-même, compliquant ainsi le passage de relais ou la bonne intégration de l'ensemble des personnes disponibles, surtout lors d'une situation d'urgence (p. 87).

V. La collaboration comme facteur de protection

En plus de ses bénéfices pour les usager·ère·x·s, la collaboration interdisciplinaire offre un soutien précieux aux professionnel·le·x·s elleux-mêmes, leur permettant de partager la charge émotionnelle liée aux situations complexes qu'ils peuvent rencontrer et ainsi renforcer leur résilience. Les échanges, comme les débriefings ou les analyses de pratiques, contribuent au soutien émotionnel des divers·e·x·s intervenant·e·x·s et favorisent une meilleure adaptation face aux défis auxquels ils peuvent être confronté·e·x·s (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 82).

VI. Une approche encore à perfectionner

Malgré son importance, la collaboration interdisciplinaire reste imparfaite. Les pratiques actuelles, ainsi que les modes de collaboration employés, ne semblent pas, pour l'instant, s'inscrire dans une démarche d'interdisciplinarité ou dans un modèle tel que l'approche bio-psycho-sociale, qui permettrait un partage de la compréhension et de l'intervention. Cependant, les formes de collaboration présentes, allant au-delà des interactions sociales habituelles, même si elles sont de courte durée, représentent des expériences importantes qui, avec le temps, pourraient devenir des catalyseurs dans l'établissement d'une approche commune de l'intervention, tout en respectant les spécificités propres aux différents corps de métiers (Castelli Dransart & Guerry, 2013, p. 87).

DISCUSSION

Ce chapitre, consacré à la discussion, constitue une étape cruciale de notre Travail de Bachelor. Il nous permettra d'approfondir divers aspects liés à la santé mentale dans le cadre de la prévention du suicide, en vue d'offrir une analyse aussi exhaustive et éclairée que possible. La discussion s'articulera autour de plusieurs axes majeurs, en suivant une structure rigoureuse et cohérente.

Dans un premier temps, nous examinerons les enjeux spécifiques liés à la santé mentale, notamment la détection des symptômes de détresse psychologique et les défis rencontrés par les groupes vulnérables. Cela inclut les usager·ère·x·s de substances psychoactives, la communauté LGBTQIA+, ainsi que les jeunes issu·e·x·s de la migration.

Dans un deuxième temps, nous aborderons les enjeux institutionnels rencontrés dans la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide. Ces derniers regroupent : la coordination interinstitutionnelle, le manque de ressources financières et humaines ainsi que l'obtention du consentement parental.

Enfin, nous terminerons ce chapitre en explorant les stratégies concrètes de promotion de la santé mentale, en mettant l'accent sur l'importance de la sensibilisation, la pertinence des outils numériques, la nécessité d'un accès généralisé à des services d'aide adaptés, ainsi que sur le rôle essentiel de la visibilité et de la poursuite des recherches dans le domaine de la santé mentale.

ENJEUX SPÉCIFIQUES LIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Cette thématique soulève de nombreux enjeux. Dans ce sous-chapitre, nous examinerons d'abord la question de la reconnaissance des signes, ensuite nous analyserons les facteurs de vulnérabilité propres à certaines populations, comme les consommateur·rice·x·s de substances psychoactives, les adolescent·e·x·s et jeunes adultes s'inscrivant dans la communauté LGBTQIA+, ainsi que les jeunes issu·e·x·s de la migration.

I. Détection des symptômes de détresse psychologique

Reconnaître les signes de détresse chez une personne en difficulté constitue un véritable défi et un enjeu fondamental dans les domaines de la santé mentale et du travail social. Ces signes, bien qu'ils existent, ne sont pas toujours visibles et souvent difficilement interprétables, compliquant ainsi leur identification et rendant l'intervention précoce plus difficile.

Les signes de détresse, tels que ceux abordés dans l'analyse, peuvent inclure divers symptômes, qu'ils soient physiques (perte de poids, fatigue excessive, etc.), cognitifs (difficultés de concentration, pensées répétitives de mort, etc.), émotionnels (irritabilité, tristesse, etc.), ou comportementaux (modifications des habitudes de sommeil ou d'alimentation, ralentissement moteur, etc.) (Gosselin & Ducharme, 2017, p. 93).

Comme mentionné dans l'analyse, selon Castelli Dransart et Guerry (2013), les manifestations suicidaires sont souvent complexes et fragmentées. Les personnes en détresse psychologique expriment leurs souffrances de manière morcelée, influencées par la relation qu'elles entretiennent avec les professionnel·le·x·s et par la peur des conséquences que pourraient avoir leurs révélations. De ce fait, il est rare qu'un·e·x seul·e·x intervenant·e·x dispose de toutes les informations nécessaires pour évaluer la gravité de la crise ou l'imminence d'un passage à l'acte (p. 81).

Notre analyse a permis de mettre en évidence plusieurs freins à la demande d'aide, dont l'identification des symptômes de détresse psychologique, allant dans le sens de notre présente réflexion. Selon Gulliver et al (2010), les jeunes rencontrent des difficultés à reconnaître leurs propres symptômes et à comprendre que ces derniers nécessitent une intervention, et ce, dû principalement à leur manque de littératie en santé mentale (p. 1).

Ainsi, la détection des symptômes de détresse ne constitue pas seulement une étape initiale du processus d'aide, mais représente avant tout un enjeu central, tant pour la personne concernée ou son entourage, mais également pour les professionnel·le·x·s devant pouvoir identifier et comprendre ces signaux afin de favoriser une intervention appropriée.

II. Usage de substances psychoactives

Aguirre Velasco et al. (2020) indiquent dans leur étude avoir exclu certaines affections psychiatriques, notamment les problématiques liées à la consommation de substances. Ils reconnaissent cependant que cette exclusion représente une limite significative, car l'usage de substances psychoactives est particulièrement répandu à l'adolescence, une période charnière marquée par des enjeux sensibles liés à ces comportements (p. 18).

Deux des autres articles étudiés abordent succinctement cette thématique. En effet, l'étude de Gosselin et al. (2017) révèle qu'environ 16 % des jeunes interrogé·e·x·s déclarent ressentir de la détresse en lien avec leur consommation d'alcool et/ou de drogues (p. 97). Egsdal et al. (2016), quant à elle, citent que « les jeunes Français inscrits dans l'enseignement supérieur sont particulièrement exposés aux troubles de santé mentale ... liés à la consommation de substances psychoactives » (p. 109) et que l'usage de ces produits joue un rôle déterminant dans l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiques (p. 110).

Ces observations nous conduisent à juger qu'explorer plus en profondeur les impacts des substances psychoactives sur les adolescent·e·x·s semble indispensable. En nous appuyant sur une littérature diversifiée, nous cherchons ici à mieux comprendre ces enjeux et leurs implications.

Selon Renaud et al. (2016), l'abus d'alcool ou de drogues peut être un des symptômes de l'état dépressif (p. 201). Certain·e·x·s jeunes y cherchent une forme d'automédication, se tournant ainsi vers ces substances parfois utilisées comme un moyen de « booster » leur humeur, notamment en cas de dépression majeure (p. 203). En effet, selon Janssen et al. (2019), les produits psychoactifs sont souvent utilisés pour gérer les états dépressifs ou anxieux, notamment lorsque d'autres mécanismes d'adaptation sont jugés inefficaces. Leur enquête, nommée *Escapad* (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense), aborde la « stress coping theory », soit la « stratégie de gestion du stress », comme étant un mécanisme des adolescent·e·x·s face aux expériences de vie négatives. À cela s'ajoute la socialisation des jeunes, fréquentant des pairs consommateur·rice·x·s des dites substances ou ayant une vision positive de ces usages. Ce cercle social peut ainsi favoriser la perception de normalité quant à la prise de produits psychoactifs (Janssen et al., 2019, p. 80).

L'enquête *Escapad* met également en évidence que la consommation fréquente de substances psychoactives, y compris licites, constitue un indicateur de fragilité chez les adolescent·e·x·s. Par exemple, l'usage d'alcool est particulièrement associé aux tentatives de suicide chez les jeunes hommes, tandis que, chez les jeunes femmes, c'est le tabagisme quotidien qui se montre être le signe le plus lié à ces comportements (Janssen et al., 2019, p. 80). De plus, l'utilisation de substances psychoactives à l'adolescence aggrave davantage les symptômes dépressifs, accroît le risque de comportements suicidaires et favorise l'apparition de problématiques variées, telles que le décrochage scolaire, la délinquance ou encore le risque d'être confronté·e·x·s à des situations traumatisantes (Renaud et al., 2016, p. 206). Cet usage exprime également un état impulsif, pouvant s'apparenter aux agissements suicidaires (Janssen et al., 2019, p. 80).

III. Communauté LGBTQIA+

Au travers nos diverses lectures préalables à la sélection de nos articles, nous avons constaté que la communauté LGBTQIA+ constitue une population vulnérable, particulièrement exposée aux risques de suicide. Bien que les cinq articles analysés ne traitent pas directement de cette population, il est possible d'envisager que celle-ci soit affectée par plusieurs obstacles, notamment liés à la demande d'aide, tel que la stigmatisation ou les préoccupations liés à la confidentialité. C'est pourquoi nous avons choisi d'aborder plus spécifiquement cette thématique dans cette section de notre Travail de Bachelor.

Les recherches montrent que la communauté LGBTQIA+ présente des taux de pensées suicidaires et de tentatives de suicide significativement plus élevés que leurs pairs cisgenres et hétérosexuel·le·x·s (Marzetti et al., 2024, p. 87). En effet, « les jeunes LGB ont 2 à 5 fois plus de risque de se suicider que les jeunes hétérosexuel·le·s » (Häusermann, 2014 et Descuves et Berrut, 2013, cités par Stop Suicide, 2017, p. 1).

Selon Marzetti et al. (2024), ces disparités sont attribuées à des facteurs tels que la discrimination et le rejet (p. 87). D'après Vergne et Spaeter (2024), cette stigmatisation entraîne un « stress minoritaire », qu'elles définissent ainsi :

Le concept de stress minoritaire est relativement récent puisqu'il a été théorisé dans les années 2000 par l'épidémiologiste psychiatrique Ilan H. Meyer, pour décrire le niveau élevé de stress chronique auquel sont exposés les membres de minorités stigmatisées pour leur appartenance sociale, ethnique ou sexuelle .

Ce dernier peut engendrer une faible estime de soi ainsi que des troubles anxieux et dépressifs, augmentant le risque suicidaire. Les efforts pour dissimuler son orientation sexuelle ou son identité de genre nécessitent une vigilance quasi-constante, ce qui constitue une charge mentale significative, impactant négativement le bien-être personnel, relationnel, ainsi que les performances scolaires et professionnelles (Stop Suicide & Gut, 2020, p. 8).

En Suisse, les risques de détresse psychologique liée à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre sont exacerbés durant des périodes critiques comme le « coming out », soit le moment où une personne annonce volontairement son orientation sexuelle ou son identité de genre à son entourage. Face à cette annonce, le soutien des proches demeure souvent inexistant, augmentant ainsi le sentiment d'isolement (Häusermann, 2014 et Descuves et Berrut, 2013, cités par Stop Suicide, 2017, p. 1). En effet, bien que la famille soit communément définie comme facteur de protection de la santé mentale, cette dernière s'avère être une des principales causes de mal-être des jeunes LGBTQIA+ lorsqu'elle ne soutient pas leur démarche, voire les rejette (Stop Suicide & Gut, 2020, p. 2).

Ainsi, selon Gut (2020), l'intolérance et la véhémence vécues par les jeunes LGBTQIA+ rendent ces dernier·ère·x·s particulièrement vulnérables aux risques suicidaires (p. 7). En effet, face à un environnement social homophobe, le risque de tentative de suicide peut augmenter jusqu'à 20%. De plus, cette population, ne répondant pas aux codes du contexte cis-hétéronormé de la société, rencontre parfois de la difficulté à admettre sa propre sexualité, augmentant ainsi son sentiment d'isolement et de mal-être (p. 2).

Cette réalité met en lumière l'importance d'aborder les spécificités de la communauté LGBTQIA+ dans les stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, en prenant en compte les enjeux et défis vécus par cette population.

IV. Jeunes migrant·e·x·s

La recherche de Aguirre Velasco et al. (2020) indique que les barrières liées aux croyances familiales envers les services de santé mentale sont parmi les obstacles les plus fréquemment mentionnés par les adolescent·e·x·s. Ces obstacles incluent des problèmes de communication, une méfiance envers les professionnel·le·x·s de santé, des expériences passées négatives avec les services d'aide, ainsi qu'un scepticisme quant à l'efficacité des traitements. Ces défis sont particulièrement prononcés chez les populations immigrantes et réfugiées, pour lesquelles les barrières culturelles, comme la méfiance envers les diagnostics de santé mentale et le manque de sensibilité culturelle des services jouent un rôle significatif (p. 14).

Dans ce même sens, Gosselin et al. (2017), rapportent que 11,3 % des répondant·e·x·s à leur étude ont indiqué ressentir de la détresse en raison de conflits culturels. Ces tensions sont identifiées comme un facteur important de détresse psychologique chez les jeunes (p. 97). En outre, les auteur·rice·x·s soulignent que les pensées suicidaires sont fortement corrélées aux défis liés aux facteurs culturels (p. 102). Ce constat suggère une association significative entre les divergences culturelles et les risques suicidaires, renforçant l'importance de mieux comprendre ces liens pour prévenir les comportements suicidaires. Ces diverses observations nous ont ainsi motivées à poursuivre nos recherches.

Les travaux de Forte et al. (2018) mettent en évidence que les personnes migrantes subissent souvent des traumatismes physiques et émotionnels, y compris en étant victimes de tortures. Ces traumatismes sont associés à un risque accru de troubles psychologiques, tels que le trouble de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les crises de panique (p. 1). Par ailleurs, une revue systématique menée par Spallek et al. (2015) révèle que les réfugié·e·x·s et demandeur·euse·x·s d'asile présentent des taux de suicide plus élevés que la population générale, en raison de traumatismes pré-migratoires et de facteurs de stress post-migratoires (p. 70). Enfin, Donath et al. (2019) rapportent que les adolescent·e·x·s issu·e·x·s de l'immigration affichent une prévalence plus importante d'idées suicidaires, de tentatives de suicide et de comportements autodestructeurs directs par rapport aux jeunes sans antécédents migratoires (pp. 6-7).

Ces apports marquent la nécessité de prendre en compte les difficultés vécues par les jeunes issu·e·x·s de la migration dans les stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention du suicide, dans le but de leur apporter le soutien initial dont ils ont besoin pour s'adapter à leur nouvel environnement et faire face aux impacts de leurs expériences passées.

ENJEUX INSTITUTIONNELS LIÉS À LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ MENTALE DANS LE MILIEU SCOLAIRE

La prévention de la santé mentale en milieu scolaire repose sur la nécessité d'une meilleure intégration des services de soins au sein du système éducatif. Comme le souligne Egsdal et al. (2016), cette unification pourrait améliorer l'accès aux soins, ainsi que la qualité de vie des étudiant·e·x·s, leur fonctionnement social et leur réussite académique (p. 108). Toutefois, cet idéal se trouve confronté à des obstacles, tels que les difficultés de coordination entre les institutions, le manque de ressources financières et humaines, la stigmatisation et les tabous, ainsi que la difficulté à obtenir le consentement parental.

I. Difficultés liées à la coordination interinstitutionnelle

D'après Egsdal et al. (2016), l'articulation entre les services universitaires, comme l'Espace santé étudiants (ESE), et les autres structures de soins à disposition des étudiant·e·x·s se montre compliquée. En effet, sans une gouvernance généralisée et cohérente, ainsi que d'une structure de coordination centralisée de ces services, la multiplicité de ces derniers rend leur lisibilité et accessibilité difficile pour les adolescent·e·x·s et jeunes adultes (pp. 118-119).

II. Manque de ressources financières

Le manque de financement est une barrière importante au développement et à la durabilité des initiatives en santé mentale, notamment celles visant les jeunes. À l'échelle internationale, ces services sont souvent mal compris, sous-financés et négligés, limitant ainsi leur capacité à répondre aux besoins croissants des jeunes en matière de santé mentale (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 18).

En Suisse, bien que certains outils de prévention, comme les programmes d'action cantonaux ou encore les actions de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), soutiennent des activités générales de sensibilisation et de renforcement des ressources, les initiatives spécifiques, telles que la détection précoce ou le soutien post-suicide manquent de financements y étant dédiés. L'absence d'une compétence législative étendue de la Confédération aggrave la situation, ne permettant pas d'ancrer des mesures durables et laissant ainsi aux cantons et aux organisations non-gouvernementales (ONG) la responsabilité de trouver des fonds, souvent par des contributions privées (OFSP, 2021, pp. 33-34).

Cette insuffisance budgétaire entrave ainsi la mise en œuvre de solutions durables et complètes. Pour répondre à ces défis, il est indispensable d'augmenter les investissements publics et de créer des cadres financiers solides, garantissant la pérennité des initiatives en santé mentale. Le financement accru est essentiel pour répondre aux besoins croissants des jeunes et prévenir l'escalade des crises en matière de santé mentale.

Cependant, nous pouvons noter que le plan d'action national pour la prévention du suicide, élaboré par la Confédération et adopté en 2016, est un réel soutien pour les acteur·rice·x·s concerné·e·x·s. En effet, dans le bilan intermédiaire de ce plan d'action, mandaté par l'OFSP en 2021, on peut lire que :

... plusieurs cantons signalent que le plan d'action est utile à leurs activités en tant qu'instrument de planification pour leurs propres programmes cantonaux, pour bien structurer leur offre, afin de tirer parti de synergies, comme outil d'évaluation ou lors de leurs campagnes. ... Selon la plupart des ONG interrogées, le plan d'action leur fournit des arguments pour leurs demandes de financement et joue un précieux rôle de sensibilisation au niveau national, il fédère les différentes activités menées en Suisse et encourage la mise en réseau des acteurs (p. 34).

III. Manque de ressources humaines

Le manque de ressources humaines est un enjeu institutionnel majeur dans le cadre de la prévention du suicide. En milieu scolaire, on note un manque important de professionnel·le·x·s, ces dernier·ère·x·s n'étant pas toujours disponibles. En outre, leur formation n'est pas forcément adaptée aux enjeux entourant la santé mentale. De plus, le manque d'investissement de certain·e·x·s intervenant·e·x·s freine la mise en place et le bon déroulement des programmes de prévention en milieu scolaire.

En effet, Egsdal et al. (2016) soulignent, dans leur article, un besoin croissant de services en santé mentale. Malheureusement, les ressources humaines disponibles ne suffisent pas à répondre efficacement à la demande des étudiant·e·x·s (p. 114).

De plus, Aguirre Velasco et al. (2020) expriment que le manque d'engagement et de soutien des enseignant·e·x·s représente un obstacle envers la qualité et la mise en place des interventions. Selon cette même littérature, il serait essentiel de considérer la réalité et les enjeux propres à chaque établissement scolaire, afin de proposer les stratégies d'interventions les plus adaptées (p. 17).

En rapport avec le niveau de formation des intervenant·e·x·s, Sophie Lochet et al. (2017), précisent que les professionnel·le·x·s de la santé et du social sont souvent confronté·e·x·s au suicide, un risque professionnel majeur en santé mentale. Une formation de qualité est alors une mesure primordiale dans la prévention du suicide. Malheureusement, dans leur ensemble, ces programmes de formation, visant plusieurs dimensions de compétences telles que : la compréhension des enjeux liés au suicide ou la maîtrise de ses propres réactions face à une personne ayant des pensées suicidaires, sont estimés insuffisants (p. 32). De plus, ces mêmes auteur·rice·x·s indiquent que :

La formation doit toucher l'ensemble des professionnels dont le dénominateur commun est la relation d'aide afin que chacun puisse mieux intervenir dans son contexte professionnel et s'appuyer sur l'ensemble du système de soins et plus particulièrement sur les professionnels de la santé mentale (p. 32).

IV. Stigmatisation et tabous

Dans notre problématique ainsi que notre analyse, nous avons identifié la stigmatisation et les tabous comme des obstacles majeurs à la promotion de la santé mentale. Ces facteurs influencent profondément la perception et la prise en charge de la détresse psychologique. En effet, les tabous entourant la santé mentale, qu'ils soient culturels ou sociaux, limitent la capacité des établissements scolaires à aborder ouvertement cette thématique, compromettant ainsi l'efficacité des programmes de prévention. De plus, la stigmatisation freine, voire empêche souvent les élèves à rechercher de l'aide, par peur d'être jugé·e·x·s ou discriminé·e·x·s.

Mentionné·e·x·s dans l'analyse, Egsdal et al. (2016) soulignent effectivement que la crainte de la stigmatisation complique considérablement la démarche de recherche d'aide chez les adolescent·e·x·s et les jeunes adultes (p. 112).

Ce constat montre bien que la peur du jugement agit comme une barrière directe à l'engagement des élèves envers les services et initiatives de promotion et de soutien de la santé mentale. Afin de surmonter ces obstacles, il est indispensable de normaliser les discussions sur cette thématique dans le milieu scolaire et d'intégrer des stratégies éducatives qui réduisent les stigmas, favorisant ainsi un environnement propice à une meilleure prise en charge.

V. Difficulté à obtenir le consentement parental

La difficulté à obtenir le consentement parental représente également un obstacle dans la mise en œuvre des programmes de santé mentale en milieu scolaire (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 17).

La recherche publiée en 2022 par Soneson et al., intitulée *Déterminer les priorités des parties prenantes et les composantes essentielles pour l'identification des troubles de la santé mentale en milieu scolaire : Une étude Delphi*⁶, met en évidence l'importance de l'obtention du consentement parental dans la maximisation de la participation des élèves aux programmes d'identification des troubles de la santé mentale. Les auteur·rice·x·s mentionnent deux formes de consentement : le consentement actif (« opt-in consent ») et le consentement par retrait (« opt-out consent »).

Le consentement actif signifie que la personne a explicitement donné son accord quant à la procédure présentée. Nous pouvons résumer ce type de consentement ainsi : si la personne n'a pas dit « oui », alors c'est « non ».

Le consentement par retrait signifie que la personne a, par défaut, « donné son accord » quant à la procédure présentée, et qu'elle doit explicitement s'y opposer pour mentionner son désaccord. Ce type de consentement peut se résumer ainsi : si la personne n'a pas dit « non », alors c'est « oui » (Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), s. d.).

L'étude de Soneson et al. (2022) met en évidence que l'obtention du consentement parental par une méthode de consentement actif, bien que considéré comme référence absolue, est reconnu comme un frein à la participation des étudiant·e·x·s aux programmes d'identification des problèmes de santé mentale. Ainsi, le consentement par retrait maximise la participation des élèves tout en respectant les droits des familles, particulièrement concernant les étudiant·e·x·s à risques (p. 218). Ces dernier·ère·x·s sont identifié·e·x·s par les auteur·rice·x·s comme étant des élèves traversant des épreuves particulières, ce qui les expose ainsi à un risque accru de problèmes de santé mentale (p. 209). Cette même recherche indique que :

Cela a été démontré de manière empirique dans une étude sur un programme de dépistage, où la participation est passée de 85 % à 66 % lorsque les écoles sont passées d'un consentement par retrait (opt-out) à un consentement actif (opt-in). Les élèves les plus à risque ont enregistré les baisses de participation les plus marquées⁷ (p. 218).

Ces résultats ne semblent pourtant pas issus du fait que les parents ne souhaitent pas que leur enfant participe à ces programmes, mais résultent davantage des raisons pratiques et logistiques, rendant le retour des formulaires de consentement difficile (Soneson et al., 2022, p. 218).

Ainsi, des approches adaptées visant à maximiser la participation tout en respectant les normes éthiques, telle que la méthode de consentement parental par retrait, valoriserait la participation et la prise en charge des étudiant·e·x·s au sein de programmes de promotion de la santé mentale.

⁶ Traduit de l'anglais par nos soins d'après les propos suivants : « *Determining stakeholder priorities and core components for school-based identification of mental health difficulties: A Delphi study.* »

⁷ Traduit de l'anglais par nos soins d'après les propos suivants : « *This was demonstrated empirically in a study of a screening program wherein participation fell from 85% to 66% when schools transitioned from opt-out to opt-in consent, with pupils at greatest risk experiencing the steepest declines in participation.* »

STRATÉGIES POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE

Dans ce chapitre, nous visons à regrouper et approfondir notre analyse en explorant les stratégies essentielles pour promouvoir la santé mentale. Nous débuterons en abordant l'importance cruciale de la sensibilisation en milieu scolaire, un élément clé pour favoriser la prévention et l'accompagnement des jeunes. Puis, nous présenterons la pertinence des outils numériques dans la prévention. Ensuite, nous examinerons la nécessité de développer des services d'aide adaptés et accessibles aux étudiant·e·x·s, afin de répondre efficacement à leurs besoins spécifiques. Enfin, nous concluons en soulignant la pertinence de poursuivre les recherches et les études dans ce domaine, indispensables pour anticiper et relever les défis actuels et futurs liés à la santé mentale des étudiant·e·x·s.

I. Le rôle crucial de la sensibilisation à la santé mentale à l'école

La pertinence de la sensibilisation à la santé mentale est soutenue par une étude menée en France, en 2017, dans laquelle 90 % des jeunes adultes questionné·e·x·s considéraient qu'intégrer l'éducation à la santé mentale au programme scolaire était essentiel (Bezard & Rouquette, 2019, p. 385). Les autrices indiquent que « rétrospectivement, les jeunes adultes regrettent une éducation à la santé mentale peu présente et désordonnée durant leur scolarité » (p. 389).

Comme abordé dans l'analyse, Gulliver et al. (2010) proposent trois approches visant à améliorer la santé mentale des étudiant·e·x·s. Premièrement, iels recommandent de mettre à disposition des élèves des outils d'auto-assistance. Une deuxième approche serait de fournir un programme visant à développer les connaissances des jeunes sur la santé mentale, notamment en renforçant leur capacité à reconnaître leurs symptômes. Et enfin, iels conseillent la mise en place de programmes ayant pour but la réduction de la stigmatisation (p. 7).

Également souligné dans l'analyse, la littératie en santé mentale peut jouer un double rôle, agissant comme un frein si elle est insuffisante ou, au contraire, représentant un facilitateur de la demande d'aide lorsque les étudiant·e·x·s possèdent une bonne compréhension de la santé mentale. En effet, le manque de connaissances quant aux ressources disponibles, associé à la difficulté de reconnaître ses propres symptômes ou ceux des autres, constituent des obstacles majeurs dans le processus de recherche d'aide des adolescent·e·x·s. À l'inverse, une bonne connaissance des symptômes de détresse et des services d'aide existants devient un levier primordial pour encourager cette démarche. Ainsi, sensibiliser les jeunes et améliorer leur littératie en santé mentale s'imposent comme des points essentiels pour surmonter ces barrières et favoriser l'accès aux ressources.

Pareillement constaté dans l'analyse, l'impact positif de la psychoéducation est une approche à retenir. En effet, cette dernière montre des résultats probants quant à l'acquisition de connaissances personnelles sur les troubles psychiques, la hausse des comportements de recherche d'aide, l'amélioration de l'estime de soi, ou encore la réduction de l'auto-stigmatisation. Elle permet également aux individu·e·x·s de déconstruire les mythes entourant la santé mentale et favorise l'acceptation de leur propre diagnostic ainsi que celui des autres (Aguirre Velasco et al., 2020, pp. 16-17).

II. La pertinence des outils numériques

Comme relevé dans l'analyse, Aguirre Velasco et al. (2020) mentionnent différentes interventions numériques existantes, telles que les plateformes en ligne qui offrent des renseignements divers sur la santé mentale, ainsi que des films interactifs ayant pour but de questionner les jeunes sur cette thématique (p. 15). Parallèlement, Goodwin et al. (2021) renforcent l'idée de l'efficacité des films, même non interactifs, en démontrant leur pertinence dans l'enrichissement des connaissances sur les troubles psychiques (p. 161).

En Suisse, la plateforme en ligne *Parler peut sauver*, mentionnée dans la problématique, est accessible aux personnes disposant d'une connexion Internet. En explorant ce site, nous avons pu

constater qu'il propose des ressources variées : des outils pour les personnes traversant une crise, des conseils pour ceux qui s'inquiètent pour un·e·x proche, ainsi que des informations destinées aux personnes ayant perdu un·e·x être cher·ère·x par suicide. Par ailleurs, les plateformes d'écoute en ligne, telles que *La Main Tendue* (143) et *Pro Juventute* (147), également évoquées dans la problématique, s'avèrent être des ressources précieuses dans l'offre d'un soutien adapté et immédiat (OFSP, 2021, pp. 11-14).

Pour approfondir les informations susmentionnées, nous avons porté notre intérêt sur quelques articles complémentaires, afin d'identifier d'autres interventions numériques existantes. C'est ainsi qu'en consultant la revue de littérature réalisée par Chen et al. (2024), nous avons constaté l'existence de nombreuses interventions numériques visant à agir sur la santé mentale. La majorité de ces approches se concentraient principalement sur le traitement des troubles psychiques par l'utilisation d'outils numériques.

C'est ainsi qu'il nous a paru évident de mettre en évidence un outil spécifique : les applications mobiles. En effet, cette solution numérique se montre particulièrement adaptée dans la promotion de la santé mentale des adolescent·e·x·s et jeunes adultes. Selon Chen et al. (2024), elles favorisent un apprentissage personnalisé qui intègre diverses méthodes pédagogiques, permettant ainsi de renforcer efficacement leurs connaissances en santé mentale. En outre, ces applications mobiles permettent aux adolescent·e·x·s et jeunes adultes de mieux réguler leurs émotions et les aident à gérer leur stress psychologique, par une guidance visuelle, tactile et auditive. De plus, l'attrait des jeunes pour les jeux interactifs et les illustrations vidéos sur les écrans tactiles favorise leur motivation à utiliser ces outils mobiles (p. 7).

III. Le besoin de services d'aide adaptés

Dans une recherche menée auprès de 1852 étudiant·e·x·s, plus de la moitié d'entre eux (57 %) ont exprimé avoir ressenti le besoin de parler à une personne des questions liées à la santé mentale dans le cadre scolaire (Bezard & Rouquette, 2019, p. 385). Cette constatation met en lumière l'importance cruciale de développer et d'instaurer des services d'aide adaptés et accessibles au sein de l'ensemble des systèmes scolaires, afin de répondre efficacement aux besoins des élèves.

Comme mentionné dans le chapitre *Quelles sont les interventions actuellement disponibles pour les étudiant·e·x·s de 12 à 25 ans ?* de notre analyse, plusieurs services de soutien sont disponibles pour les adolescent·e·x·s et jeunes adultes et quelques interventions en milieu scolaire de promotion de la santé mentale ont pu être proposées aux élèves. Cependant, des disparités importantes subsistent entre les écoles, ce qui engendre une inégalité dans l'accès à ces services. De plus, ces derniers, de multiples statuts, fonctions et conditions, peuvent porter à confusion.

Il est donc nécessaire de généraliser ces services à l'ensemble des établissements scolaires et de centraliser leur fonctionnement, afin de garantir un équilibre dans leur disponibilité et un accès facilité aux jeunes en difficultés. De plus, comme mentionné dans l'analyse, il est essentiel, selon Egsdal et al. (2016), de coordonner efficacement les services d'aide en santé mentale (p. 117). Une telle coordination permettrait ainsi d'assurer une prise en charge cohérente et complète des étudiant·e·x·s.

La valorisation des interventions de proximité, basées sur la promotion de la santé mentale et intégrant des professionnel·le·x·s, s'avère également indispensable et particulièrement bénéfique. Comme souligné dans l'analyse, cette méthode a conduit à une augmentation significative des intentions de recherche d'aide (Aguirre Velasco et al., 2020, p. 16). Cela démontre qu'un contact rapproché avec des professionnel·le·x·s encourage les jeunes à surmonter les barrières liées à la demande d'aide.

Enfin, comme souligné dans l'analyse, Egsdal et al. (2016) affirment qu'intégrer des services de soutien en santé mentale dans les établissements scolaires favoriserait l'accès aux soins, la qualité de vie, les relations sociales ainsi que la performance académique des étudiant·e·x·s (p. 117). Cette affirmation met en évidence l'importance d'une approche globale et intégrée, visant à améliorer la santé mentale des étudiant·e·x·s.

IV. La nécessité de poursuivre les recherches sur le suicide et sa prévention

Comme abordé dans la problématique, une prévention efficace du suicide nécessite des bases scientifiques solides ainsi que des données probantes pour guider efficacement les actions et en évaluer les impacts. En Suisse, d'importantes lacunes persistent, notamment l'absence de recensement systématique des tentatives de suicide et le manque d'informations contextuelles essentielles. Bien que plusieurs cantons aient pris certaines initiatives, ces efforts restent isolés et insuffisants pour une coordination nationale. De plus, la recherche sur le suicide manque de soutien systématique et les découvertes internationales ne sont pas suffisamment intégrées dans les pratiques locales. Pour combler ces insuffisances, il est crucial de standardiser la collecte des données, de renforcer la recherche par des programmes dédiés, de créer des structures spécialisées et d'assurer une diffusion systématique des résultats auprès des professionnel·le·x·s de la prévention. Ces mesures permettraient d'améliorer la compréhension ainsi que la prise en charge des dynamiques suicidaires, renforçant ainsi les efforts en termes de santé publique (OFSP, 2021, pp. 25-26).

Suite aux éléments identifiés, il est essentiel de poursuivre et de développer les recherches portant sur la suicidalité. En effet, ce besoin est appelé à persister dans un monde en perpétuelle mutation et marqué par des changements rapides ainsi qu'une émergence constante de nouveaux défis. Ces dernières années, nous avons été témoins d'événements majeurs, tels que le développement fulgurant des technologies, ou encore la pandémie de Covid-19, ayant de profondes influences sur la santé mentale de notre société. Ces transformations exigent donc des réponses adaptées et des connaissances actualisées, visant à comprendre et prévenir davantage les dynamiques suicidaires dans ce contexte en continuelle évolution. En s'inspirant des études menées précédemment qui, selon Gulliver et al. (2010), constituent une base pertinente dans l'orientation de futures recherches (p. 7), la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide en milieu scolaire pourraient être mieux adaptées, et donc, plus efficaces.

CONCLUSION

Les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x exercent une fonction cruciale dans la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide auprès des étudiant·e·x·s de 12 à 25 ans. Par leurs compétences professionnelles, leur relation de proximité avec les personnes qu’iels accompagnent et leur maîtrise des spécificités du public visé, les travailleur·euse·x·s sociaux·ales·x s’imposent comme des agent·e·x·s essentiel·le·x·s à la collaboration interdisciplinaire. Face aux adversités rencontrées par les étudiant·e·x·s, telles que la dépression, l’anxiété ou les pensées suicidaires, souvent amplifiées par les pressions académiques et la stigmatisation, leur implication au sein d’équipes interdisciplinaires en milieu scolaire est alors indispensable. En complétant les approches cliniques de la santé mentale par leur perspective sociale, iels offrent une lecture et compréhension approfondies des difficultés rencontrées par les adolescent·e·x·s et jeunes adultes, permettant ainsi une prise en charge globale et adaptée de ces dernier·ère·x·s.

Les facteurs entravant le bien-être mental des étudiant·e·x·s recensés dans notre travail, tels que la stigmatisation, le manque de littératie en santé mentale ou encore les contraintes structurelles, soulignent l’importance de la sensibilisation aux questions de santé mentale et l’amélioration de l’accès à des services d’aide appropriés dans les établissements scolaires. De plus, les résultats de diverses études consultées durant notre travail, portant sur les ressentis des adolescent·e·x·s et jeunes adultes quant à la santé mentale, témoignent d’une détresse psychologique bien réelle et d’un besoin majeur de ressources au sein du système scolaire.

Bien que certaines interventions se soient montrées probantes, comme les programmes de psychoéducation, les initiatives de formation par les pairs ou encore la mobilisation d’outils numériques, celles-ci nécessitent une coordination efficace entre tous·te·x·s les acteur·rice·x·s concerné·e·x·s, qu’iels soient issu·e·x·s du domaine de la santé, du social ou de l’administratif. De ce fait, il est fondamental de renforcer les cadres de collaboration, d’allouer des ressources suffisantes et d’adopter des approches interdisciplinaires afin de maximiser l’impact de ces interventions. Ainsi, nous pourrions promouvoir durablement la santé mentale et prévenir le suicide chez les jeunes, en créant des environnements scolaires protecteurs et inclusifs.

APPORTS DE NOTRE RECHERCHE DANS NOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE À VENIR

Par ce travail de recherche, nous avons ainsi pu mieux comprendre la pertinence du travail interdisciplinaire. Le partage des savoirs, des perceptions ainsi que des méthodologies propres à chaque discipline constitue une réelle plus-value dans l’identification, la compréhension ainsi que la prise en charge des difficultés rencontrées par les personnes que nous accompagnons. La collaboration interdisciplinaire comporte des enjeux auxquels nous devons rester vigilant·e·x·s, tels que les rapports de pouvoir, les tensions inter-paradigmes ou encore l’instabilité de la coordination en situation d’urgence. Cependant, elle illustre une volonté à s’aligner, toutes disciplines confondues, dans l’atteinte d’un même objectif.

Nous avons également approfondi nos connaissances en matière de santé mentale et de suicidalité. De leurs perceptions et définitions au travers des époques, à leurs enjeux et prises en charge actuelles, tout en passant par les questionnements et recherches qu’elles ont suscités, nous avons pu découvrir ces deux thématiques sous divers aspects. Les lectures et réflexions menées durant ce processus de recherche nous permettent, aujourd’hui, de mieux discerner les multiples facteurs influençant la santé mentale et la suicidalité, ainsi que les répercussions de ces dernières sur notre société et les individu·e·x·s la composant.

Nos savoirs en termes de promotion et de prévention ont également été étayés par ce travail. En prenant connaissance des diverses interventions mises en œuvre, passées comme présentes, ainsi que de leurs résultats, nous avons élargi notre compréhension des défis les entourant, mais également des perspectives et inspirations que nous pouvons en tirer.

Finalement, ce travail de recherche en lui-même nous a apporté de nouvelles compétences, qu'elles soient méthodologiques, analytiques ou encore de collaboration.

LIMITES DE NOTRE RECHERCHE

Bien qu'identifiant une multitude d'informations pertinentes portant sur la promotion de la santé mentale et la prévention du suicide auprès des étudiant·e·x·s âgé·e·x·s de 12 à 25 ans, nous avons conscience que notre recherche comporte certaines limites.

Premièrement, la documentation scientifique étudiée présente des définitions multiples de la santé mentale dans sa généralité. En effet, selon le contexte et l'année dans lesquels se situent les recherches menées par les auteur·rice·x·s, les données et résultats constatés ne s'inscrivent pas dans un consensus en termes de perception et d'interprétation des états psychologiques décrits. De plus, selon la langue mobilisée dans ces articles (anglais et français), les différences d'expression de certains propos peuvent porter à confusion.

Deuxièmement, notre travail démontre un certain manque de transversalité des données concernant la collaboration interdisciplinaire. En effet, nous avons conscience que par l'étude d'un seul article portant sur cette approche, les données récoltées peuvent être complexes à intégrer dans les réflexions liées aux autres textes scientifiques.

Finalement, les constats résultant de l'évaluation de l'efficacité des interventions mises en place au sein des établissements scolaires restent limités. Leurs interprétations se doivent d'être étudiées avec précaution, du fait du faible nombre de résultats obtenus, ou encore de leur manque de suivi sur un plus long terme.

SAVOIRS À CONSTITUER AFIN D'APPROFONDIR L'OBJET DE NOTRE RECHERCHE

Dans le but d'approfondir la thématique de la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide, nous identifions deux aspects sur lesquels notre attention pourrait être davantage portée.

En premier lieu, l'approche biopsychosociale devrait être, selon nous, plus approfondie et mobilisée dans les services d'aide à la santé mentale mis à disposition des étudiant·e·x·s, surtout face aux adolescent·e·x·s et jeunes adultes présentant des idées et comportements suicidaires. Ce modèle multifactoriel nous semble être un outil d'observation et d'intervention particulièrement pertinent, bien que peu utilisé par les professionnel·le·x·s encadrant une population vulnérable aux enjeux liés à la santé mentale.

Secondement, nous notons le besoin d'effectuer davantage d'interventions « tests » au sein des établissements scolaires, ayant pour but d'appréhender et notifier les besoins spécifiques des adolescent·e·x·s et jeunes adultes. Par des essais de promotion de la santé mentale et un suivi rigoureux des résultats de ces derniers, sur du court, moyen et long terme, nous pourrions ainsi améliorer l'efficacité des interventions en milieu scolaire.

PERSPECTIVES D'AVENIR

À la suite de nos recherches, lectures et réflexions, nous identifions trois axes nous semblant fondamentaux dans la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide.

Premièrement, il nous paraît indispensable de renforcer la sensibilisation à la santé mentale. Par la normalisation de la prise de parole autour de cette thématique, nous pourrions lever le tabou entourant la santé mentale et la suicidalité, et ainsi réduire la stigmatisation vécue par les personnes concernées.

Deuxièmement, la promotion de la collaboration interdisciplinaire nous semble essentielle. Par le partage des perceptions et compétences diversifiées des disciplines impliquées, il serait possible d'offrir des prises en charge plus adaptées aux besoins des adolescent·e·x·s et jeunes adultes, améliorant ainsi considérablement leur état de santé mentale.

Le troisième et dernier axe vise l'amélioration des politiques entourant la santé mentale et la suicidalité, ainsi que l'adaptation des financements dédiés aux stratégies de promotion et d'aide au sein des établissements scolaires. En impliquant davantage les pouvoirs politiques et administratifs, nous pourrions couvrir de nouvelles recherches sur l'état de santé mentale et les difficultés rencontrées par les étudiant·e·x·s, permettant ainsi d'approfondir les pistes d'interventions possibles et leur mise en œuvre.

Ainsi, par la libération de la parole quant aux enjeux liés à la santé mentale et la suicidalité, l'instauration de ressources pluridisciplinaires et une considération politique assumée, nous pensons qu'il est possible de bâtir un système de promotion et de prise en charge plus pertinent et durable, ayant comme finalité l'amélioration générale de l'état émotionnel et psychologique des adolescent·e·x·s et jeunes adultes.

OUVERTURE ENVISAGÉE

À l'aboutissement du processus réflexif et rédactionnel de ce Travail de Bachelor, nous nous interrogeons sur la possibilité d'installer un suivi plus individuel de la promotion de la santé mentale et prévention du suicide dans le milieu scolaire. En effet, opter pour une intervention individualisée auprès de chaque étudiant·e·x, visant à améliorer sa littératie en santé mentale, déconstruire ses préjugés et faciliter son recours aux ressources d'aide disponibles, permettrait de mieux répondre à ses besoins spécifiques. De plus, par cette vision plus individualiste de la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide, nous pensons que sensibiliser et améliorer les connaissances d'une personne distincte lui permettra de porter ce discours auprès d'une multiplicité d'individu·e·x·s qui, à leur tour, deviendront des acteur·rice·x·s influent·e·x·s dans leur cercle social. Cependant, bien que cette approche permettrait d'améliorer significativement le bien-être de tous·te·x·s, nous avons conscience que sa mise en œuvre est ambitieuse. En outre, cette dernière nécessiterait une mobilisation conséquente de ressources, tant financières, humaines, organisationnelles, ou encore temporelles. De plus, de nouvelles stratégies devraient être adoptées, individuelles comme sociétales, afin de rendre cette méthode d'intervention possible, efficace et pérenne.

Propre à chacun·e·x, la santé mentale s'illustre et se conçoit par de multiples aspects et facteurs influents. Dans ce même sens, chaque société, dans sa forme et son fonctionnement, se compose au travers des individu·e·x·s qui l'influencent. Ainsi, agir sur le facteur individuel ne pourrait-il pas entraîner des impacts significatifs sur les influences de plus grande portée, soit la société elle-même ? Si cette vision prospective de la promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide se montre aujourd'hui très idéalisée, voire irréaliste, ne pouvons-nous pas la concevoir comme une évidence future, face au fait que, tôt ou tard, nous rencontrerons tous·te·x·s des difficultés psychologiques ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- Bergeron-Leclerc, C., Morin, M.-H., Dallaire, B., & Cormier, C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale. Apprendre, comprendre, s'engager*. Presses de l'Université du Québec.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6(258), 1511-1513. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2010.6.258.1511>
- Bezard, G., & Rouquette, A. (2019). L'éducation à la santé mentale à l'école : Vécu, besoins et attentes exprimés par les étudiants en France. *L'Encéphale*, 45(5), 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.02.007>
- Broudic, J.-Y. (2008). Le suicide, réalité sociale et réalité psychique. *Le Journal des psychologues*, 262(9), 58-62. <https://doi.org/10.3917/jdp.262.0058>
- Castelli Dransart, D. A., & Guerry, S. (2013). La collaboration : Enjeu vital en santé mentale:Le cas du suicide en Suisse. *Le Sociographe*, 42(2), 79-88. <https://doi.org/10.3917/graph.042.0079>
- Centre ressource réhabilitation psychosociale. (2023, avril 4). *Psychoéducation*. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-psychoeducation-129->
- Comité départemental d'éducation pour la santé, Alpes-Maritimes. (2024, septembre 27). *L'auto-stigmatisation*. L'auto-stigmatisation. <https://www.codes06.org/stigmatisation-1/lauto-stigmatisation>
- Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ). (2024). *Promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes sur le long terme*. 32.
- Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). (s. d.). *Opt-in, opt-out, ça veut dire quoi ?* Consulté 5 janvier 2025, à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/opt-opt-out-ca-veut-dire-quoi>
- Direction générale de la santé. (2024). *Stratégie nationale de prévention du suicide* (p. 12). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2024-02-02_plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide.pdf
- Donath, C., Bergmann, M. C., Kliem, S., Hillemacher, T., & Baier, D. (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background : A representative study. *BMC Pediatrics*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z>
- Egsdal, M., Montagni, I., Tournier, M., & Tzourio, C. (2016). Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : Le cas de l'université de Bordeaux: *Revue française des affaires sociales*, 2, 105-122. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0105>
- Fondation Pro Mente Sana. (2024). *Cours ensa Premiers secours en santé mentale*. <https://www.ensa.swiss/fr/>

- Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities : A Literature Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- Fuse, T. (1991). To be or not to be. Théories du suicide dans une perspective interdisciplinaire. *Bulletin de psychologie*, 44(401), 386-390. <https://doi.org/10.3406/bupsy.1991.13247>
- Golay, P., Martinez, D., Silva, B., Morandi, S., & Bonsack, C. (2022). Validation psychométrique d'une échelle française d'auto-stigmatisation auprès d'un échantillon de patients souffrant de troubles mentaux : La *Self-Stigma Scale-Short* (SSS-S). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 180(9), 899-904. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.09.002>
- Gosselin, M.-A., & Ducharme, R. (2017). Détresse et anxiété chez les étudiants du collégial et recours aux services d'aide socioaffectifs. *Service social*, 63(1), 92-104. <https://doi.org/10.7202/1040048ar>
- Gouvernement du Québec. (2021, décembre 13). *Combattre les préjugés sur les troubles mentaux*. <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/combattre-prejuges-troubles-mentaux>
- Groupe Romand Prévention Suicide [GRPS]. (2018). *Observatoire Romand des Tentatives de suicide [ORTS], Rapport final*. 27.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people : A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Hintermeyer, P. (2021). L'impact sociologique des morts violentes: *Études sur la mort*, n° 154(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/eslm.154.0011>
- Jaafari, N., & Marková, I. (2011). Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(7), 409. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.06.018>
- Janssen, E., Spilka, S., & du Roscoät, E. (2019). *Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011*. (Bull Epidémiol Hebd., p. 74-82). http://invs.santepublique france.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html
- Jouenne, N. (2002). Le suicide : Perspectives sur un fait social. *Perspectives sociologiques, CM Deug 1ère année 2002-2003*, pp.45.
- Jougla, E., Péquignot, F., & Campéon, Arnaud. (2003). Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *Actualité et dossier en santé publique (adsp), La prévention du suicide*(45), 31-38.
- Klein, J. T. (avec Internet Archive). (1990). *Interdisciplinarity : History, theory, and practice*. Detroit : Wayne State University Press. <http://archive.org/details/interdisciplinar00kleirich>
- Lavigne, E. (2024, avril 9). *Lever le tabou du suicide chez les jeunes*. Planète santé. <https://www.planetesante.ch/Magazine/Psycho-et-cerveau/Suicide/Lever-le-tabou-du-suicide-chez-les-jeunes>
- Levine, J., & Sher, L. (2020). How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 186-195. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.11>
- Lochet, S., Inostroza, I., Michaud, L., Dorogi, Y., & Étienne, M. (2017). Prévenir le suicide. In *Quelle prévention pour quelle population ?* (p. 27 à 37).

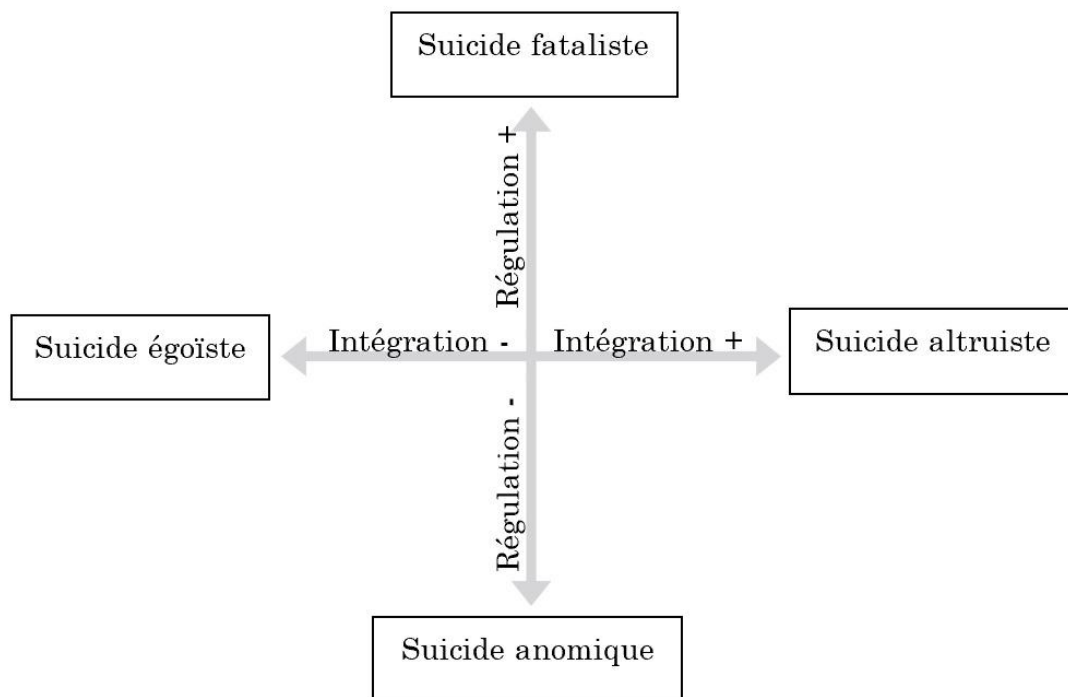
- Marzetti, H., Cooper, C., Mason, A., Van Eijk, N. L., Gunn Iii, J., Kavalidou, K., Zortea, T. C., & Nielsen, E. (2024). LGBTQ+ Suicide – A Call to Action for Researchers and Governments on the Politics, Practices, and Possibilities of LGBTQ+ Suicide Prevention. *Crisis*, 45(2), 87-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000950>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2019). *La détresse psychologique en quelques chiffres*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/flash-surveillance/detresse-psychologique-en-quelques-chiffres/>
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). Chapitre 10. Perdre un proche par suicide. In *Comprendre le suicide* (Presses de l'Université de Montréal, p. 147-156). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.10630>
- Munier, V. (2004). Quelques réflexions autour du tabou et du suicide: *Cahiers de psychologie clinique*, n° 22(1), 171-184. <https://doi.org/10.3917/cpc.022.0171>
- Observatoire Suisse de la Santé. (2024, septembre 10). *Pensées et comportements suicidaires*. Bulletin de l'Obsan: la prévention du suicide, une nécessité. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2024-pensees-et-comportements-suicidaires>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2016). *La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action* (p. 68). <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2021). *Bilan intermédiaire de la mise en oeuvre du plan d'action national pour la prévention du suicide, synthèse*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html#-1599610266>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/131801>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2002). *La prévention du suicide, Indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67919/WHO_MNH_MBD_00.3_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Live Life, un guide pour la mise en oeuvre de la prévention du suicide dans les pays*. 7.
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2024, août 29). *Suicide, Principaux faits*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Parent, G., & Rhéaume, D. (2004). *La prévention du suicide à l'école*. Presses de l'Université du Québec. https://extranet.puq.ca/media/produits/documents/261_9782760517936.pdf
- Renaud, J., Zanga, J.-C., Mikedis, T., & Blondin-Lavoie, D. (2016). Dépression et toxicomanie à l'adolescence : Intervenir ensemble pour prévenir le suicide. *Drogues, santé et société*, 14(1), 196-212. <https://doi.org/10.7202/1035555ar>
- Roscoät, E. D. (2014). Réflexions autour des programmes de prévention du suicide par les pairs. *Cahiers de l'action*, 43(3), 69-72. <https://doi.org/10.3917/cact.043.0069>
- Simard, S. (2023). FORMER À L'ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE EN TRAVAIL SOCIAL : LA SIMULATION PAR LES PAIRS. *Canadian Social Work Review*, 40(1), 113-133. <https://doi.org/10.7202/1100665ar>

- Soneson, E., Burn, A.-M., Anderson, J. K., Humphrey, A., Jones, P. B., Fazel, M., Ford, T., & Howarth, E. (2022). Determining stakeholder priorities and core components for school-based identification of mental health difficulties: A Delphi study. *Journal of School Psychology, 91*, 209-227. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2022.01.008>
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S. S., Lehnhardt, J., & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe—A systematic literature review. *The European Journal of Public Health, 25*(1), 63-71. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku121>
- Stop Suicide. (2017). *Publication de Stop Suicide : Le risque de suicide parmi les personnes LGBT*. https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2017/07/Publications_STOP_Suicide_et_LGBT.pdf
- Stop Suicide, & Gut, J. (2020). *Le risque de suicide chez les jeunes LGBTQ+*. https://stopsuicide.ch/wp-content/uploads/2020/08/STOP_SUICIDE_risque_suicidaire_jeunes_LGBT.pdf
- The National Social Marketing Centre (NSMC). (s. d.). *Time to Change, ShowCase* (p. 12). <https://www.thensmc.com/sites/default/files/Time%20to%20Change%20FULL%20case%20study.pdf>
- Université de Montréal, École de psychoéducation. (s. d.). *Qu'est-ce que la psychoéducation?* Consulté 29 décembre 2024, à l'adresse <https://psyced.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-psychoeducation/>
- Vergne, V., & Spaeter, E. (2024). *Comprendre le stress minoritaire : Ses causes, ses symptômes et les solutions possibles*. <https://www.evaspaeter-psycho.fr/article/comprendre-le-stress-minoritaire-ses-causes-ses-symptomes-et-les-solutions-possibles>

ANNEXES

FIGURE 1 : SCHÉMATISATION DES QUATRE TYPES DE SUICIDE SELON ÉMILE DURKHEIM.

- Suicide égoïste : trop faible intégration sociale, individuation exagérée.
 - ex : raisons personnelles.
- Suicide altruiste : intégration sociale excessive.
 - ex : soldat, radicalisme religieux, kamikaze.
- Suicide anémique : faible régulation sociale, affaiblissement des normes sociales.
 - ex : changement social, boom économique, attentes pas réalisées.
- Suicide fataliste : régulation sociale excessive.
 - ex : problème conjugal mais divorce pas acceptable



Créée par nos soins sur la base des textes consultés.