

Il est salutaire
de poser
des questions

... Pour bien comprendre le problème actuel et ainsi dépasser les seules impressions cliniques mais aussi pour permettre l'expression de ce qui est vécu.

« Qu'est-ce qui te fait si mal pour que tu veuilles mourir ou te tuer ? »

« Jusqu'où va ton désespoir ? »

Si un projet suicidaire est évoqué il est très important de demander **Comment, Où, Quand et Avec quoi** la personne pense passer à l'acte.

Plus les questions sont précises, Plus les réponses pourront l'être et permettront une évaluation fiable.

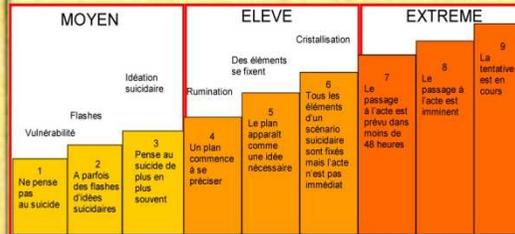
L'intervenant devra établir avec la personne suicidaire un bon contact, un lien de confiance afin de lui permettre l'expression de sa souffrance. Cela favorisera, en outre, la compréhension de ce qui a contribué à l'émergence de la crise actuelle. Une meilleure formulation de la crise est un objectif primordial.

Ces questions ne sont pas dangereuses, elles ne déclenchent pas les idées suicidaires. AU CONTRAIRE, lorsque ces idées sont présentes, ces questions soulagent et réconfortent en libérant la parole.

Que faire de ces réponses ?

Des conduites
à tenir graduées
(selon l'urgence)

Étapes du processus de la crise suicidaire



(Étape 1) Il faut transmettre à la personne en souffrance, un sentiment d'efficacité personnelle et faire diminuer son sentiment d'impuissance. L'intervenant et la personne en difficulté doivent s'entendre sur des recherches de stratégies concrètes et sur un suivi dans les plus brefs délais.

(Étapes 2 et 3) Il faut chercher à favoriser l'expression de la souffrance et de la douleur afin de diminuer le niveau de détresse et trouver des solutions. Il faut assurer un suivi à court terme. Un suivi thérapeutique et le renforcement positif des efforts déployés par la personne en crise sont ici les clés de l'intervention.

(Étape 4) Face à l'incapacité de la personne en souffrance à trouver des stratégies pour faire face à ses difficultés, il faut lui expliquer ce qui lui arrive. L'intervenant élabore et suggère une stratégie d'actions sous la forme d'une entente pour les prochaines consultations et propose de nouvelles solutions à la crise.

(Étapes 5 et 6) L'intervenant évalue par des questions (où, quand et comment) la précision et la létalité du scénario suicidaire. L'accès aux moyens doit être évalué et il faut chercher à éliminer tout accès à ces moyens. L'intervenant doit être directif en regard du plan d'intervention et des démarches à entreprendre ; il peut même les entreprendre à la place de la personne. Les rencontres de suivi doivent être très rapprochées dans le temps (quelques heures ou le lendemain, en s'assurant que la personne suicidaire est dans un milieu sécurisé durant la journée et/ou la nuit)

(Étapes 7, 8 et 9) La personne est en tentative suicidaire ou proche du passage à l'acte. Des signes comportementaux, regards, voix, et cohérence de la pensée (notamment au téléphone) permettront d'évaluer le danger. Les questions doivent être précises et directes afin d'obtenir un maximum d'informations avant que la personne en tentative de suicide soit épuisée ou endormie. Il faut être directif et parfois prendre les décisions en vue de protéger la vie de la personne suicidaire, même si celle-ci refuse d'être aidée. En cas de danger immédiat, l'intervenant devra prendre des mesures d'urgence (appeler une ambulance et s'assurer que la personne est conduite à l'hôpital). Si le passage à l'acte n'a pas encore eu lieu il faut tenter de repousser son échéance en redonnant de l'espoir à la personne et en maintenant avec elle un lien émotif. Dans cette situation l'hospitalisation est souvent la seule solution possible.

A l'issue de toute crise suicidaire un suivi est nécessaire

Plus de 10 000 décès
par suicide
chaque année

soit en 2011,
16,4 décès pour 100 000 habitants
en France,
25 décès pour 100 000 habitants
en Basse Normandie

**COMMENT
LES PREVENIR ?**

Les textes et schémas
sont issus du manuel du
formateur à l'intervention de crise
suicidaire élaboré par
la Pr Monique SEGUN (Québec)
et le Pr Jean Louis TERRA (Lyon)

Réalisé dans le cadre de la Coordination de la
Vienne du Plan Régional de Santé « Prévention du
Suicide et de la Dépression Promotion de la Santé
Mentale »

ars
Agence Régionale de Santé
Normandie

Contacts :

Roselyne Boust Chargée de mission ARS BN
Roselyne.BOUST@ars.sante.fr

Nadège Millotte Infirmière de Santé Publique ARS BN
Nadège.MILLOTTE@ars.sante.fr

Sylvie Hubert Chargée de prévention santé MSA
hubert.sylvie@cotesnormandes.msa.fr

Le Concept de Crise

Selon G. CAPLAN (1964) « la crise se présente lorsqu'une personne rencontre un obstacle » (réel ou subjectif) « à des objectifs importants de sa vie. Obstacle qui est pour un certain temps insurmontable par le recours aux mécanismes ordinaires de résolution de problèmes »

Une période de désorganisation s'ensuit pendant laquelle maintes solutions tentées ou envisagées restent sans succès.

C'est une période de déséquilibre qui représente une occasion de **changement** ou de **croissance** mais aussi parfois de **désespérance** qui peut évoluer vers une **Crise Suicidaire**.

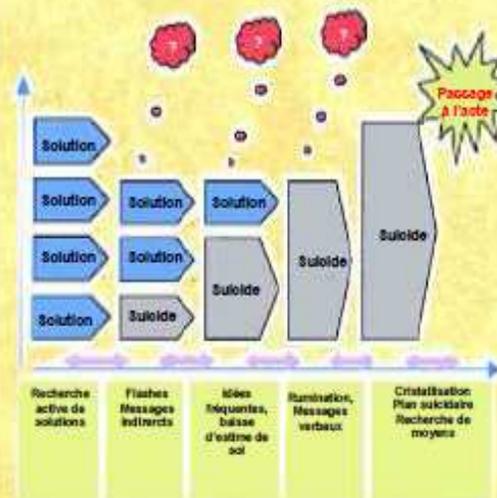
Une crise dure 6 à 8 semaines ; le corps ne peut physiologiquement supporter au delà une telle tension (cependant, il arrive pour certains qu'il n'y ait pas de retour complet à un état d'équilibre et les crises peuvent se répéter, parfois régulièrement).

Il y a crise suicidaire quand la personne entrevoit le suicide parmi les solutions à sa souffrance

De l'idée suicidaire au passage à l'acte

A chaque étape de la **crise suicidaire** règne une **ambivalence majeure** face à l'idée de mourir. En effet dans toute idéation suicidaire il y a une souffrance morale et le désir **non pas de se tuer mais de supprimer** cette douleur

Modélisation de la crise suicidaire



Un tel processus n'est pas inéluctable. Il est possible d'intervenir à tout moment. Pour cela une évolution est nécessaire

Que devons-nous évaluer ?

Les Facteurs de risque

(parmi les plus significatifs)

- Antécédents suicidaires **personnels** et / ou **parentaux**
- Problèmes de santé **personnels** et / ou **parentaux**
- Faible estime de soi
- Tempérament (impulsivité, colère agressive)
- Problèmes de santé physique (maladie, handicap)
- Problèmes de toxicomanie et / ou alcool **personnels** et / ou **parentaux**
- Vécus de violence physique, psychologique ou sexuelle, actuels ou passés personnels ou familiaux.
- Conflits parentaux ou conjugaux
- Négligences, pertes, abandons parentaux précoces
- Deuils récents notamment **en lien avec un suicide**
- Placement dans une institution
- Difficultés économiques persistantes
- Difficultés scolaires ou professionnelles persistantes
- Isolement (**réel** ou **ressenti**) social ou affectif.

L'urgence

Évaluer l'urgence, c'est évaluer la **probabilité** et l'**imminence d'un passage à l'acte** :

- La personne a-t-elle déterminé un scénario suicidaire ?
- Quel est le degré d'élaboration du scénario ?
- **Où** et **quand** le passage à l'acte aura-t-il lieu ?

La dangerosité

Évaluer la dangerosité, c'est évaluer la **létalement** (qui entraîne la mort) du scénario et l'**accessibilité** aux moyens envisagés (médicaments, armes à feu, pendaison...):

- **COMMENT** le passage à l'acte est-il prévu ?

Comment évaluer ?