

*Vous trouverez ci-dessous, le texte rédigé par Danielle SICHEZ, conseillère technique du CREAI de Bourgogne, à partir du diaporama de Jean-Louis TERRA, professeur de psychiatrie et responsable du département qualité au CHS « Le Vinatier » à Bron (69), et d'un enregistrement partiel de son intervention lors du récent colloque sur le suicide organisé à Dijon, le 14/11/2001, dans le cadre du Programme Régional de Santé. Ce texte a été revu par Jean-Louis TERRA.*

## Détecter et prendre en charge la crise suicidaire pour prévenir le suicide

*par Jean-Louis TERRA, professeur de psychiatrie,  
responsable du département qualité au CHS « Le Vinatier » à Bron (69)*

### Historique

En France, la politique de prévention du suicide a été longue à dessiner.

Tout d'abord, des associations s'emparent du problème, dans les années 70. Ce lent mouvement associatif est repris par de nombreuses études épidémiologiques au cours des années 80.

Ensuite, viennent les priorités de santé publique, nationales ou régionales, les avis du Conseil Economique et Social et du Haut Comité pour la santé publique.

Enfin, en 1997, un ministre délégué à la Santé, la DGS (Direction Générale de la Santé), des professionnels et des PRS (Programmes Régionaux de Santé) décident d'agir. Une volonté d'action simple et rapide s'affirme. Il existe aujourd'hui une stratégie nationale certes timide, mais réelle.

Le 5 Juillet 2001, une circulaire vient relancer cette démarche et généraliser les actions. Je crois que nous sommes dans un grand et long projet qui va durer 5, 10, 15 ou 20 ans afin que l'on puisse prendre en charge toutes les personnes qui sont en souffrance telle, que se donner la mort est un moyen de l'atténuer : la mort n'est qu'un moyen et non un but.

Le premier message que je voudrais dire, c'est que toutes les personnes qui se tuent ou font une tentative, **font tout pour ne pas le faire**. C'est un équilibre métastable dans lequel les personnes mettent l'essentiel du côté de la vie, mais, avec leur maladresse, avec nos insuffisances au niveau de l'écoute, et de l'aide, le suicide arrive quelquefois. Il est plus à considérer comme un accident qu'une maladie. **Il n'y a pas de maladie suicidaire**. Il suffit de très peu de choses pour faire agir. On peut voir qu'une petite action au dernier moment, au tout dernier moment, est active.

## Les composantes du Programme national

Il y a quatre couches dans le programme national :

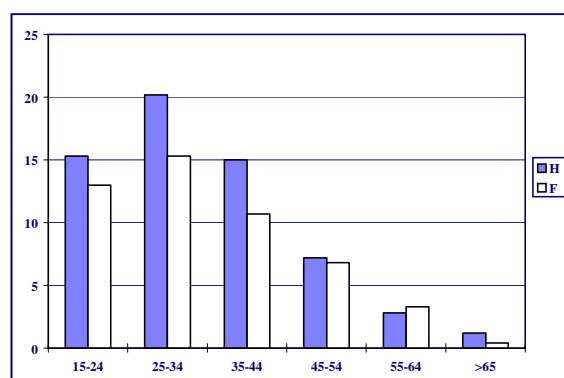
- 1) La couche la plus sincère, la plus authentique est celle des PRS (Programmes Régionaux de Santé).
- 2) Un programme régional avec un travail commun entre la DGS (Direction Générale de la Santé), l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et la Fédération française de psychiatrie. On est également passé à une action interministérielle, associant les Ministères de la Solidarité, de l'Education Nationale, de l'Intérieur, des Transports, de la Police, de la Justice et de nombreux partenaires institutionnels et associatifs.
- 3) Une coopération France-Québec depuis deux ans et demi, trois ans, dont je suis le correspondant national pour la France. On a pu développer des thèmes, apporter des ingrédients, des éléments qu'on n'avait pas développés dans la Conférence de Consensus, comme aussi d'autres actions.
- 4) Enfin, le pôle de l'Europe : Dominique GILLOT a présenté en Septembre 2000, à Nantes, son programme national devant 5 ministres européens, dont les ministres finlandais et suédois, qui ont pu dire : « vous avez fait le bon choix ». La Suède a fait un programme national très important ainsi que la Finlande qui est un des rares pays à avoir pu développer un programme sur six ans, et diminuer réellement le taux de suicides, alors très élevé. La Hongrie est un autre pays qui a récemment diminué le taux de suicides de façon très notable, et ce, par un meilleur traitement de la dépression.

### Les quatre axes du Programme d'actions pour 2000-2005

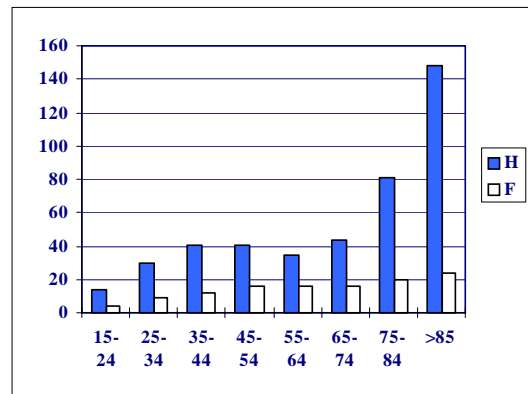
- Favoriser la prévention par un dépistage accru du risque suicidaire
- Limiter l'accès aux moyens
- Améliorer la prise en charge des personnes qui ont fait un geste suicidaire
- Améliorer la connaissance épidémiologique

## Le suicide en population générale

Part du suicide dans la mortalité (%) de l'ensemble des décès de la tranche d'âge  
France métropolitaine (FNORS)  
Taux moyen annuel (1995-97)



Taux de mortalité par suicide  
Nombre annuel de décès/100 000 individus de la tranche d'âge



La mortalité par suicide est une cause fréquente chez les jeunes. C'est fréquent comme cause de décès, mais heureusement, les jeunes décèdent très peu ; les jeunes se tuent très rarement.

Dans votre attitude thérapeutique, vous allez souvent vous tromper et heureusement avoir peur, craindre pour rien.

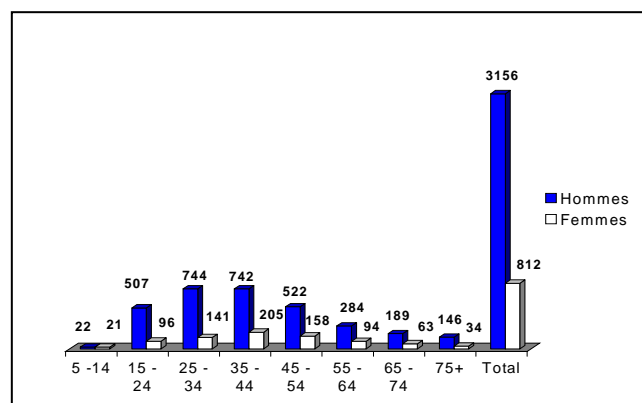
Ne soyez pas heurté, mais il y a peu de suicides chez les jeunes. Le suicide concerne surtout les personnes âgées, les hommes après 75 ans ou les hommes adultes entre 35 et 55 ans.

Avant 15 ans, il y a 23 suicides par an en France, c'est trop bien sûr. Mais comment les repérer ces 23, parmi l'ensemble de cette population d'enfants ? Avant 24-25 ans, c'est moins de 1 000.

En revanche, il y en a beaucoup chez les hommes à partir de 35 ans jusqu'à 55 ans et chez les hommes âgés.

Pour ceux qui interviennent auprès des jeunes, c'est une tranche d'âge où la vie est très forte et les possibilités de réussite de votre action sont considérables.

Nombre de suicides par groupe d'âge et par sexe  
Canada, 1995



Voici ce que nos amis canadiens nous montrent de notre paysage d'ici quelques temps. La tendance va s'aggraver chez les hommes entre 25 et 55 ans. Il y a une tendance séculaire à voir progresser la dépression. Les personnes âgées au Canada (comme les jeunes filles en France) se suicidaient très peu. Essentiellement parce que ces personnes-là avaient en moyenne 10 enfants, qui eux-mêmes ont eu 5-6 enfants. C'est tout un village qui leur téléphonait, venait les voir. Un sentiment d'utilité personnelle très fort est protecteur. Etre utile socialement, avoir des liens est très important pour ne pas perdre la vie.

## Quels sont les objectifs légitimes pour diminuer le taux de suicide ?

Il y en a plusieurs et il faut clairement les identifier dans une région ou une nation.

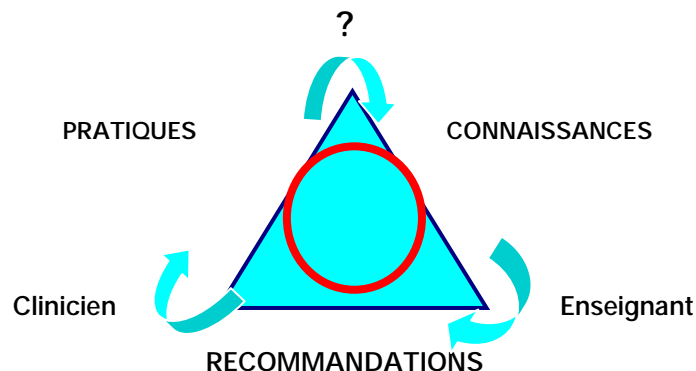
- 1) S'intéresser aux personnes qui vont mourir : 11 300
- 2) S'intéresser aux endeuillés. On compte en moyenne 5 personnes qui vont vivre un deuil difficile à chaque suicide et qui vont éventuellement nécessiter une aide. Ce n'est pas une maladie mais une période difficile à vivre.
- 3) S'intéresser aux tentatives de suicides, environ 160 000. Mais toutes les personnes qui se tuent ne font pas une tentative de suicide avant : une sur deux seulement. Alors, comment trouver ceux qui ne vont pas faire de tentative et qui vont se tuer du premier coup ?
- 4) S'intéresser aux crises suicidaires dont le nombre est mal connu : un ou deux millions en France comme l'estime Alain LESAGE. La vie est très forte. Vous voyez le nombre important de crises au regard de 160 000 tentatives de suicide et de 10 000 décès environ. Il y a de grandes chances de réussite dans votre entreprise régionale : en Bourgogne, il y a 127 tentatives et 5 suicides.
- 5) S'intéresser aux troubles psychiatriques : environ 12 millions (soit un ¼ de vulnérabilité à un moment donné de sa vie, entre l'enfance et la vieillesse).

## Quelles stratégies ?

Il y a également plusieurs stratégies, et il faut faire des choix clairs.

- 1) Prévenir les récurrences de tentative de suicide
- 2) Mieux prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux. C'est probablement un des axes les plus importants à développer et même au sein des établissements de santé ou scolaires : repérer ceux qui ont un trouble mental, qui est un facteur de risque.
- 3) Détecter et prendre en charge les crises suicidaires
- 4) Réduire l'accès aux moyens de suicide. Le fait d'avoir une arme à feu chez soi est à déconseiller. 22 % des foyers sont pourtant équipés. Le fait d'avoir une arme multiplie par cinq le risque de suicide pour la maison. Dans 97 % des cas de mort d'homme, l'arme va tuer une personne de la maison et très rarement un voleur.
- 5) Promouvoir la santé.

## Disposer d'une vision partagée



Pour conduire une politique de santé publique, populaire, il faut au moins trois ingrédients :

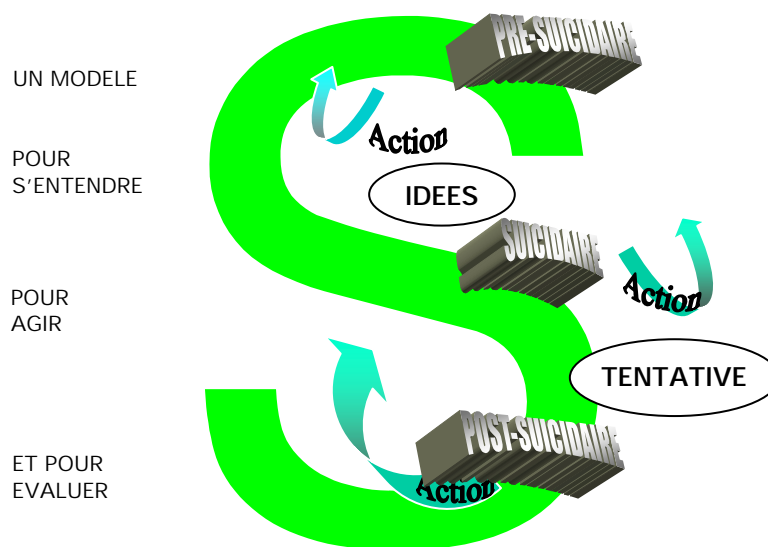
- Des **connaissances** sûres. On ne peut pas raconter n'importe quoi. Il est fréquent d'écrire des choses fausses : par exemple, le suicide des jeunes est fréquent, ce qui est faux. C'est important, mais pas fréquent. On dit, il faut en parler dans les lycées et collèges. Il faut faire des débriefings. Non. Les dernières analyses montrent que ce n'est pas bon. Il faut arrêter d'en parler car le suicide est épidémique. Il y a des façons d'en parler. Quand on est en souffrance, on peut fumer ce qu'on veut, pratiquer du sport, manger du chocolat, boire un Kir, pour se calmer, mais surtout, parler à quelqu'un, se confier à un adulte qui n'est ni son père ni sa mère, mais qui est bienveillant et protecteur.

Il y a donc des connaissances à avoir et à actualiser régulièrement (tous les 6 mois ça change, car il y a des milliers de chercheurs dans le monde qui travaillent sur ce schéma).

- Deuxièmement, il faut faire des **recommandations** : faire une synthèse des savoirs et des conférences de consensus. L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) est producteur de recommandations synthétiques comme d'autres agences dans le monde.
- Ensuite, il y a les **pratiques**. Comment passer des recommandations à la pratique dans un établissement scolaire ou de santé ? Il y a des écarts entre les discours et les réalisations. Enfin, c'est le retour d'expériences entre les pratiques et les connaissances.

Il faut savoir comment faire fonctionner et articuler, dans chaque région, ces trois parties : les connaissances, les recommandations et les pratiques.

## Avoir un modèle pour s'entendre, pour agir et pour évaluer



Pourquoi un S ? Un « S » comme suicide. Comment l'éviter ?

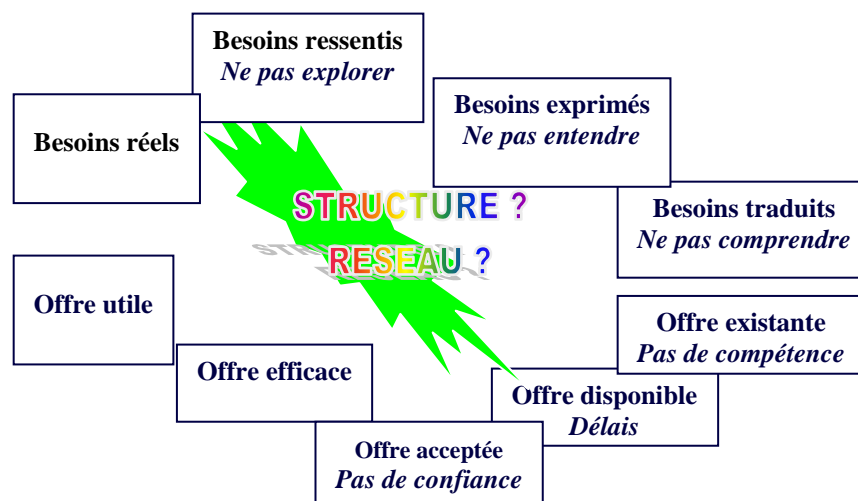
L'apparition des idées de mort. Pour évaluer un sujet en crise suicidaire, il faut lui demander s'il a des idées de mort. Il faut avoir le courage de lui dire « Vous pensez à vous tuer ? », « Souffrez-vous au point de vouloir mettre fin à vos jours ? », si vous êtes professionnel intervenant. On n'ose pas poser ces questions. Soyez curieux. L'absence de curiosité est une perversion. Vous avez la pré-tentative. Là, les préparatifs sont là. Tout est prêt, tout est orchestré. Il existe une différence entre le fait d'avoir une idée « temporaire » (CDD) et une autre « permanente » (CDI). Après la tentative, vous avez la phase post-suicidaire.

Une crise suicidaire dure 6 à 8 semaines et se développe par étapes. Ces premières idées, sont simples, comme le sont les flashes « et si je prenais tous les médicaments », « et si je traversais la rue »...

L'intérêt, c'est qu'on peut se situer, en tant qu'acteur institutionnel ; pour chaque personne on a une action. En phase pré-suicidaire, on enlève un facteur de risque pour aller vers les idées de mort. Bien traiter une dépression, c'est éviter que pour ce patient triste et déprimé, la mort soit une solution thérapeutique. Car la mort est une solution pour lui. C'est une sorte de morphine. Les gens ne veulent pas mourir. Ils veulent arrêter de souffrir.

Il faut avoir un modèle partagé pour s'entendre et pour agir. Bien sûr, il faut évaluer l'action. On ne peut pas se permettre dans une zone d'incertitude aussi grande que la prévention du suicide, de ne pas évaluer. Il n'y a pas de ceinture de sécurité pour le suicide. Il faut donc augmenter la connaissance. On ne peut l'augmenter que si on évalue. La collectivité a le devoir de savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas. Arrêtons déjà tout ce qui ne marche pas.

## Repérer les besoins et l'offre existante



Quand on a des besoins réels épidémiologiques en terme de souffrance, il faut pouvoir les repérer. Le premier risque est le suivant : des personnes ressentent des besoins et les sujets qu'elles rencontrent ne les explorent pas : ce sont les besoins ressentis.

Ensuite, il y a les besoins exprimés qu'il faut entendre, les besoins traduits qu'il faut comprendre (une distorsion du message est possible).

En ce qui concerne l'offre existante : quelles sont les personnes compétentes ? Peut-on faire une cartographie dans la région des professionnels très bien formés et en attente de formation : les délais d'attente sont-ils importants ? Si quelqu'un est en crise suicidaire élevée, c'est tout de suite. Après une tentative de suicide c'est dans les 4 jours qui suivent, après il y a des phénomènes qui recouvrent la souffrance. Une personne qui fait une tentative de suicide va mieux. Cela a provoqué une baisse de tension. Le fait de passer à l'acte fait du bien, soulage, mais la crise suicidaire n'est pas finie. Il y a un taux de récurrence important dans les 3 mois qui suivent une tentative de suicide. La personne reste très vulnérable, voire encore en crise, à la sortie de l'hospitalisation. La densité des soins doit donc être très importante à la sortie de l'hôpital. En psychiatrie, les risques relatifs sont de 200 pour les femmes dans le mois qui suit et de 100 pour les hommes, (c'est-à-dire qu'ils se suicident 200 ou 100 fois plus dans le mois qui suit).

Avec ce schéma, je veux montrer qu'il est difficile de franchir toutes ces étapes, de ne pas dériver, de ne pas s'arrêter entre deux étapes, et que le délai entre les besoins réels et l'offre utile doit être le plus proche possible. On peut être utile très rapidement pour des personnes en crise, il faut savoir écouter.

## Un cadre de référence : les synthèses de la connaissance

### Les connaissances évoluent vite

Par exemple :

- le taux de tentative de suicide chez les hommes est plus élevé dans les derniers travaux que dans les anciens. Les hommes ne disent pas leur tentative de suicide. Cela se manifeste souvent sous la forme d'une alcoolisation, d'un coup de poing dans un mur, d'un choc. Les hommes ont beaucoup de mal à dire, à exprimer leur souffrance.
- le débriefing peut être dangereux. Il est incertain dans ses résultats, et il vaut mieux appliquer le principe de précaution pour le débriefing.

### Des synthèses existent

L'ANAES a fait deux types de recommandation, après une conférence de consensus en Octobre 2000 :

- sur la prise en charge des suicidants à l'hôpital
- sur la crise suicidaire.

## Détecter et prendre en charge la crise suicidaire

La question posée est la suivante : comment apporter à chaque personne en souffrance le soutien approprié ? Comment coordonner et évaluer ce soutien ? Comment tirer des enseignements pour améliorer la prévention du suicide ?

### **1) L'intervention de crise**

- La première étape, c'est détecter : écouter et en parler.

Ce n'est pas marqué sur la tête du suicidant qu'il va se tuer. Cela peut se voir, en infraverbal, dans l'attitude par exemple : des gens qui sont anéantis, négligés, coupés du monde, coupés de vous, dans les paroles : cela s'entend. Il faut donc pouvoir en parler.

- Deuxièmement, il faut établir une relation de confiance. Ce ne sont pas des choses faciles à dire. Soyez rassurés, plus les gens sont près du passage à l'acte plus ils se confient facilement. Par conséquent, si vous avez un patient qui a beaucoup de difficulté à en parler, il est probablement loin de la réalisation, car cela n'envahit pas toute sa tête. Si une idée devient obsédante, vous en parlez constamment.

Cependant, il faut pouvoir créer un climat de confiance qui facilite l'expression : « c'est cet après-midi ». Il faut d'abord explorer les émotions, et au pays de DESCARTES, on a beaucoup de mal. On leur dit : pourquoi ? Pourquoi tu souffres ? Arrêtez les questions cognitives quand quelqu'un souffre. N'oubliez pas que la personne qui souffre attend de vous des solutions miracles. Elle vous demande simplement d'être là et qu'elle puisse dire sa souffrance. « Tu souffres. Tu as mal ». Le fait que vous puissiez le dire, mettre en mots leur souffrance a un effet positif. Ils sont entendus et leur souffrance est validée par un autre – de souffrance inhumaine, pathologique, monstrueuse – ça devient ipso facto une souffrance humaine et partageable.

- Explorer les émotions et les valider. Ayez des kleenex sur vos bureaux. On a le cœur trop dur. Il est autorisé de pleurer ici. Ce n'est pas gênant, c'est humain de pleurer.

Avez-vous les bons numéros devant vous ? Si vous allez sur les pages jaunes, ce n'est pas un signe de confiance. Cela montre que vous n'avez pas l'habitude de faire ça. Avez-vous dans votre contrat d'embauche : devra s'occuper des personnes en souffrance, devra orienter les personnes suicidaires, aura une formation continue pour ne pas perdre son métier et l'enrichir ?

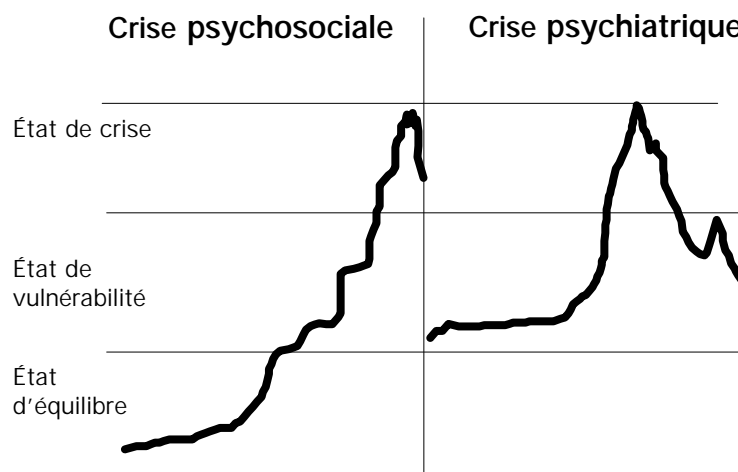
Il est très important que votre poste de travail soit équipé pour orienter quelqu'un. Il est extrêmement insécurisant qu'un médecin tourne le VIDAL pendant plus d'une minute.

- Evaluer très vite le risque, l'urgence et la dangerosité. Ces trois dimensions ne sont pas dans le même champ et ne s'alimentent pas des mêmes informations, qui peuvent être tantôt faibles pour le risque, élevées pour l'urgence, et moyennes pour la dangerosité.

Nous allons aborder ces trois dimensions, essentiellement la phase de crise.

La personne était jusque-là vulnérable pendant des semaines, un rien la faisait pleurer et craquer, puis vient la crise. La personne se ferme, est envahie par les émotions et commence à penser à la mort, sa mort, se donner la mort comme unique solution.

- Distinguer crise psycho-sociale et crise en lien avec un problème psychiatrique.



Les plus graves des malades mentaux sont quasiment toujours vulnérables. Un petit événement, de quelque nature qu'il soit, peut faire passer en crise : la mort de leur chat, le congé de leur infirmière, une humiliation, une remarque ...

Le facteur déclenchant du geste suicidaire n'est pas proportionnel avec le geste lui-même.

Les suicides ne sont pas impulsifs. Les personnes qui se tuent ont un trait d'impulsivité (ils tapent vite), mais le suicide ne se fait pas comme ceci en 3 secondes. C'est seulement après une phase de vulnérabilité et de crise longue. Le facteur déclenchant peut faire croire que le geste est impulsif. Le suicide n'est pas impulsif. Les personnes qui se tuent ont retenu des places de théâtre, ont fait des choses, des projets. Ils essaient de s'occuper, de programmer, de vivre et ils échouent.

Dans la crise psychiatrique, la vulnérabilité est extrême : éventuellement des crises beaucoup plus rapides que chez un sujet normal qui a tous les mécanismes de défense. Quand vous souffrez, vous avez trois solutions : un comportement, de la relation ou de l'émotion. Vous devez enrichir la palette de solutions des personnes en souffrance, qui n'ont que peu de solutions et souvent inadaptées.



## 2) Reconnaître l'état de crise

- Les personnes en crise sont submergées par les émotions ; or les garçons ne savent pas exprimer leurs émotions, souvent ils sont fatigués, ils ont mal au ventre ...
- Elles n'ont plus la capacité de penser. C'est pour ça que le « pourquoi ? » est assassin pour elles. Cela les ferme. On perd le regard. Ce n'est pas bon signe, c'est l'échec de l'entretien. Elles n'arrivent plus à trouver des solutions ou des mauvaises (tuer son copain par exemple, aller boire un coup...).

La perception de la réalité est embrouillée et la personne se centre sur des solutions très inadaptées qui pourront avoir de lourdes conséquences (démissionner par exemple).

## 3) Une triple évaluation du potentiel suicidaire : risque, urgence, dangerosité

L'évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée. Elle comprend celle du risque, de l'urgence et de la dangerosité.

### Evaluation du risque suicidaire

Elle doit permettre de reconnaître les intentions suicidaires, de considérer les éléments du passé pouvant influencer sur le processus suicidaire : facteurs individuels, familiaux, psycho-sociaux.

Le risque est une donnée épidémiologique. Est-ce que cette personne est à classer dans les gens à risque faible, moyen ou élevé ?

Le risque de mourir d'une jeune fille de bonne famille, entourée d'amour avec de bons parents, frères et sœurs, est très faible. Mais elle peut être en urgence élevée car il lui est arrivé de nombreux malheurs depuis trois semaines.

En revanche, un homme de 40 ans, dépressif, alcoolique, à la personnalité état-limite, très impulsif est à très haut risque.

Cela intègre donc les facteurs de psychopathologie. Pour les jeunes, il faut être formé pour apprendre à repérer les signes de la dépression, savoir si une personne a 5 signes sur 9 ou non, c'est le seuil du traitement de la dépression. Les grands progrès faits par la Hongrie et la Finlande en matière de prévention du suicide, c'est l'amélioration du traitement de la dépression. (En Hongrie, les déprimés sont mieux repérés et traités : + 35 % de dépressions et -15 % de suicides).

Chez les jeunes, la dysthymie fait des ravages. C'est une dépression qui dure 2 ans et qui alterne les moments où le sujet va bien et où il va mal. Le matin, il va bien, à midi, il s'effondre et à 22 h, il se sent bien. Les parents disent « il est comme ça, c'est son tempérament ». Non, cela s'appelle la dysthymie et relève d'un traitement antidépresseur.

Et puis, les facteurs individuels, personnels : est-ce que cette personne a pu avoir confiance en un adulte, durant son enfance, a pu avoir une relation d'attachement positive ? Pouvait-on parler dans sa famille quand ça allait mal ? Les enfants avaient-ils peur du père moralement et/ou physiquement ? A-t-il subi des sévices sexuels, des pertes, des abandons ?

Les personnes qui n'ont pas été protégées dans l'enfance auront beaucoup plus de difficulté à vous demander de l'aide à l'âge adulte ou adolescent. Un petit facteur inquiétant en matière de suicide est la cruauté envers les animaux dans la jeune enfance (tuer son chat).

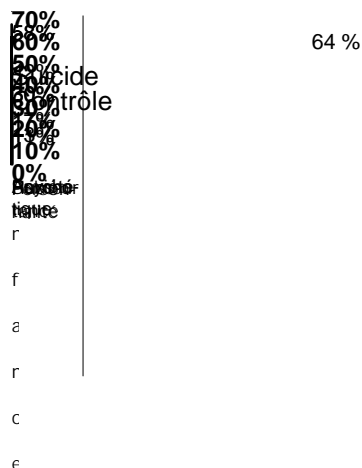
Il faut regarder la trajectoire de vie des personnes.

- Certaines sont nées sous une bonne étoile (bonne famille, bonnes études, bon mariage). Ces personnes-là sont nombreuses. Elles peuvent avoir un pépin dans la vie. Elles vont redescendre mais remonter. Cela s'appelle la résilience, ce ressort invisible décrit depuis 30 ans aux Etats-Unis (repris par B. CYRULNICK), mais on ne peut pas tricoter la résilience car on ne sait pas. On sait qu'une personne est résiliente à posteriori parce qu'après cette épreuve, elle s'est montrée résiliente sans que l'on sache encore les ficelles ou les nœuds de la résilience. C'est un champ de travail.
- D'autres personnes, qui ont des facteurs de risques dès l'enfance, vont peut-être rester vulnérables toute leur vie avec une expérience sociale, physique qui va diminuer. Les pédagogues ont un rôle important, un rôle de « moteur ». Certaines personnes qui sont parties « de très bas » avec beaucoup de difficultés dans l'enfance vont quelquefois (voire même souvent) trouver un enseignant qui aurait l'âge de leur père ou de leur mère, et qui va les « monter », les propulser dans la vie, qui va leur donner le goût de vivre, qui va les protéger. On voit des personnes qui font des ascensions sociales importantes.

Boris CYRULNICK l'a bien décrit chez des enfants abandonnés qui vont créer quelque chose, devenir artistes ... aidés par quelqu'un. Ces personnes sont cependant fragiles et peuvent retomber rapidement.

Il faut donc regarder la trajectoire globale de vie des personnes que vous rencontrez.

### Qui se tue ?



La méthode de l'autopsie psychologique n'est pas encore développée en France, mais doit l'être par l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale).

C'est un regard sur le passé pour dire ce que le suicidant avait, qui il a rencontré, qu'est-ce qui s'est passé, comprendre pourquoi cette personne est décédée.

On regarde avec beaucoup d'attention, beaucoup de méthode et de respect. En général, 3 mois après le décès, on demande à la famille de participer pour comprendre ce qui s'est passé.

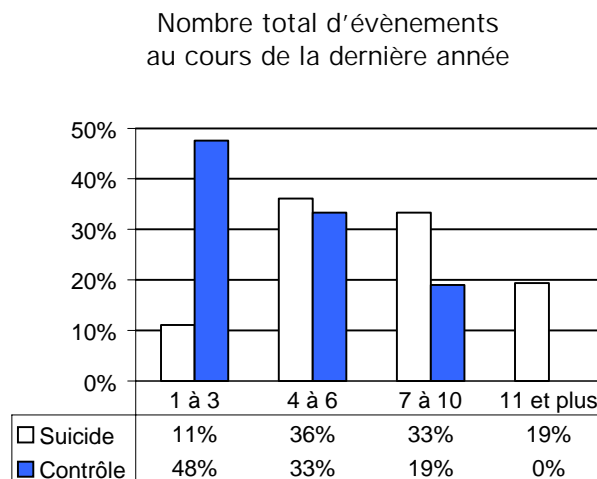
Sur le plan de la psychopathologie, on sait que les personnes qui se sont tuées avaient beaucoup de dépression. C'est d'abord la dépression qui est dépistée.

Ensuite, il y avait beaucoup d'abus de substances, et surtout de l'alcool. L'alcool tue en France et aggrave la dépression. C'est un anxiolytique mais pas un antidépresseur. Les psychotiques représentent 13 % des personnes, et ont de telles souffrances et une telle incapacité à trouver les bonnes solutions, que la mort est une solution pour eux, trop fréquemment. Les troubles de la personnalité associés à une dépression simple sont très dangereux car ils ne réagissent pas aux antidépresseurs ni à la psychothérapie.

La comorbidité se voit souvent dans les suicides. Il y a des configurations de pathologies associées qui sont des cocktails explosifs.

### **La performance pour le traitement de la dépression**

- Moins de 20 % des déprimés sont correctement traités.
- Moins de 10 % des suicidés ont des antidépresseurs, alors que la dépression est impliquée dans au moins 70 % des suicides.
- Il existe un potentiel d'amélioration.



En moyenne, dans leur étude, les personnes qui se sont données la mort avaient de nombreux évènements de vie négatifs dans des registres différents. Il faut bien explorer dans l'entretien, les différentes sphères : du travail, de l'école, des amis, les relations avec les parents, les petits copains, la santé...

Les personnes qui se tuent ont souvent des évènements négatifs dans plusieurs domaines. Plus rien ne va. Pour eux, le risque est grand. Le dernier groupe, c'est 11 gros pépins successifs dans l'année.

### **Evaluation de l'urgence suicidaire**

- Evaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide
- Faible : pense au suicide, pas de scénario précis
- Moyen : scénario envisagé, mais reporté
- Elevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir.

Cette évaluation n'est pas épidémiologique. C'est la probabilité de mourir dans les 48 heures. Le degré faible pense au suicide mais n'a pas de scénario. C'est-à-dire, je le ferai et je le ferai comme ça. Ne faites jamais de publicité aux moyens utilisés. La médiatisation des moyens du suicide peut entraîner des suicides. Le professionnel s'abstient d'en parler.

## Evaluation de la dangerosité du scénario suicidaire

- Evaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et l'accès direct aux moyens
- Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

### *Les armes à feu*

- Une arme tue les personnes du foyer
- Multiplie par 5 le risque de suicide
- Ce risque est réduit si elle est bien entreposée
- La létalité est considérable, les séquelles effrayantes.

## Pour une évaluation partagée de l'urgence suicidaire

### *1) « Flashes » ou idéations suicidaires*

Il s'agit de l'étape où la personne a ses premières idées suicidaires, elles sont :

- soit diffuses (ex : idée de mort, idée d'être poussée accidentellement devant le bus, etc ...)
- soit plus précises, mais très brèves et non ruminées.

Nous retrouvons également les personnes qui ont déjà pensé au suicide sans toutefois y penser actuellement.

### *2) Pensées suicidaires occasionnelles*

La personne dit penser au suicide quelques fois par semaine. La personne y pense, se pose des questions, envisage cette possibilité de plus en plus sérieusement, mais n'est pas encore obsédée quotidiennement par ce choix.

### *3) Pensées suicidaires fréquentes*

La personne pense au suicide régulièrement, « chaque jour, je me réveille en me demandant si cela vaut la peine de continuer à vivre ; si je ne serais pas mieux mort ».

### *4) La planification du suicide est en cours*

La personne a décidé que le suicide est la seule solution ou que c'est l'option principale.

A ce stade, la personne mentionne qu'elle ne sait pas exactement comment elle va le faire et à quel moment elle va le faire. Il manque un ou des éléments de la planification. (Où, quand, comment, avec quoi ?).

### ***5) La planification est complète au-delà de 48 heures***

La personne a le projet de passer à l'acte au-delà de 48 heures. La personne a en main le moyen qu'elle a choisi ou a accès à ce moyen, par exemple : une arme, des médicaments ...

### ***6) La planification est complète dans les 48 heures***

La personne a le projet de passer à l'acte dans les 48 heures. La personne a en main le moyen qu'elle a choisi ou a accès à ce moyen.

### ***7) La planification du suicide est complète***

Où, quand, comment, avec quoi ?

La personne a le projet de passer à l'acte immédiatement.

Le moyen retenu est immédiatement disponible (médicaments, arme à feu chargée ...) et la personne menace de l'utiliser durant l'appel ou immédiatement après avoir raccroché.

### ***8) Tentative effectuée***

La personne a mis en œuvre son plan d'action (ex : a absorbé des médicaments, a commencé à s'auto mutiler ...).

A ce niveau de l'échelle, l'intervention médicale est nécessaire et il est important de se rappeler que l'intervenant n'a pas à évaluer ou à juger, lui-même, de la létalité du moyen utilisé.

### ***9) Décès***