



Prévenir le suicide : repérer et agir

Malgré de nombreux préjugés et la crainte que suscite le suicide, il apparaît maintenant possible de le prévenir. Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et permettent d'éviter le passage à l'acte suicidaire. Cela nécessite un réexamen des idées reçues, une information de tous et la formation des professionnels.

Prévenir le suicide

Jean-Louis Terra
Professeur de psychiatrie, chef de service, CHS Le Vinatier, Bron, Laboratoire de psychologie de la santé, équipe d'accueil 3729, université Lyon 2

La conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » réalisée par la Fédération française de psychiatrie et financée par la direction générale de la Santé (DGS) a permis, outre l'introduction de la notion de crise suicidaire, une actualisation des connaissances dans le domaine de la prévention du suicide.

Cet apport impose de bien distinguer l'architecture générale de la prévention du suicide avec :

- la promotion de la santé : tout ce qui permet de façon non spécifique de répondre aux besoins des individus en termes de bien-être physique, psychique et social ;
- la prévention du suicide : toutes les actions individuelles et collectives qui agissent sur les principaux déterminants du suicide, comprenant l'identification des personnes à risque, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques susceptibles de créer une souffrance majeure, ainsi que toutes les mesures générales qui limitent l'accès aux moyens du suicide ;
- l'intervention en cas de crise suicidaire comprenant les actions appropriées à chacune des étapes de la crise : la phase d'idéation, la phase où le suicide devient une intention, et la phase de programmation de l'acte suicidaire ;
- la postvention suite à un suicide : l'ensemble des

actions pour la prise en charge des personnes qui ont vu la scène, assuré les secours, celles qui avaient noué une relation d'attachement avec cette personne (familles, amis, professionnels, bénévoles), et pour limiter le phénomène de contagion et d'imitation par suicide auprès des personnes vulnérables. Cette postvention peut inclure l'analyse causale des suicides afin de favoriser le retour d'expérience pour améliorer la prévention.

Pour chacune des quatre composantes, il existe un ensemble de connaissances, de compétences à transmettre aux professionnels concernés, qui eux-mêmes doivent s'inscrire dans des organisations adaptées.

Pour l'intervention de crise, les niveaux suivants peuvent être proposés :

- Intervenants de première ligne : tout professionnel ou bénévole qui travaille directement ou qui peut être en contact avec des personnes potentiellement suicidaires (par exemple : enseignants, infirmières, animateurs, policiers...); ces personnes travaillent en collaboration avec les équipes d'intervention de crise.
- Intervenants de deuxième ligne : équipe d'intervention de crise et de soutien multidisciplinaire; ces équipes travaillent dans différents milieux, hôpitaux, établissements scolaires, établissements pénitentiaires, ou interviennent dans la communauté. Ces équipes prennent en charge l'intervention de crise auprès de personnes suicidaires après l'intervention et le signalement des intervenants de première ligne.
- Troisième ligne : professionnels de psychiatrie

La formation des professionnels

Afin de favoriser la diffusion des conclusions de la conférence de consensus sur la crise suicidaire, une formation de formateurs a été organisée par la direction générale de la Santé (DGS). Cette action est incluse dans la stratégie nationale d'action face au suicide qui fait l'objet chaque année d'une circulaire ministérielle.

La DGS a prévu dans un premier temps une formation de formateurs destinée à un binôme d'enseignants des équipes universitaires de psychiatrie et de psychologie de chacune des 26 régions. Ce choix a été dicté par le souci de favoriser l'introduction du contenu de la conférence dans les enseignements initiaux et continus. Elle a été étendue ensuite aux psychiatres et psychologues non universitaires et à quelques travailleurs sociaux, infirmières et enseignants de l'École nationale d'administration pénitentiaire, particulièrement investis dans la prévention du suicide.

L'objectif est de disposer de personnes ressources, légitimes et compétentes, dans les régions pour répondre aux nombreuses demandes. Les formateurs


doivent ensuite réaliser trois formations par an pendant trois ans pour les intervenants professionnels et bénévoles des différents milieux : sanitaire, social, enseignement, travail, pénitentiaire, policier... Les bénéficiaires sont aussi les écoutes des centres de téléphonie sociale qui apportent leur soutien aux personnes en détresse.

En janvier 2004, 130 formateurs ont bénéficié de l'une des six sessions de la formation mise en place depuis fin 2001. Cette formation financée par la DGS est effectuée en séminaire résidentiel. Le programme sur trois jours et demi permet d'aborder en détail les aspects pédagogiques. Toutes les régions ont débuté des formations dont le nombre exact est difficile à préciser malgré le suivi fait par la DGS.

La formation, en elle-même, associe des données théoriques et des mises en situation à l'aide d'une série de jeux de rôles sur une trame clinique préétablie. Les intervenants formés doivent être compétents pour qu'une personne en crise puisse

bénéficier, au plus tôt dans sa trajectoire de souffrance, d'une intervention adaptée qui n'est ni un soin, ni une psychothérapie. Cet intervention vise à :

- repérer une crise suicidaire sous ses différentes formes et à ses différents stades ;
- conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise, permettre l'expression des émotions et nouer une relation de confiance ;
- évaluer l'urgence, c'est-à-dire d'explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario (où, quand, comment, avec quoi?) et la dangerosité suicidaire ;
- intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité.

La formation peut être délivrée dans le cadre de la formation initiale et de la formation continue. Cette dernière permet de former rapidement une masse critique d'intervenants, qui est considérable pour notre pays puisque la Finlande a formé 100 000 personnes pour parvenir à infléchir le taux de suicides en quelques années. 

et/ou de santé mentale (essentiellement psychiatres, psychologues, infirmières) qui prennent en charge les personnes en urgence élevée qui nécessitent une intervention spécialisée, notamment en raison de l'importance de la psychopathologie qui sous-tend la crise suicidaire.

Construire une culture commune par la formation

Une telle organisation suppose que les intervenants de différents niveaux partagent une culture commune sur le suicide et sa prévention. Ils ont besoin, pour être « successivement ensemble » sur une trajectoire de souffrance afin de proposer un soutien et des soins cohérents et pertinents, de se connaître, de se comprendre et de se faire confiance réciproquement.

Les conférences de consensus ont un véritable impact sur les pratiques professionnelles dans la mesure où la diffusion des recommandations est prolongée par des actions d'implémentation. Le ministère de la Santé (DGS) a choisi de faire de la formation un axe prioritaire de la stratégie nationale d'action face au suicide, en septembre 2000. La DGS organise depuis 2001 une formation nationale (lire l'encadré ci-dessus), dont la première étape est une formation de formateurs. Ces derniers, psychiatres et psychologues, effectuent des formations auprès de professionnels et de bénévoles œuvrant dans les 26 régions françaises. Ils sont plus de 120 depuis janvier 2004.

En prenant pour sujet la crise suicidaire, cette conférence de consensus pose très directement la question de savoir s'il est vraiment possible d'empêcher quelqu'un de se suicider. Face à cette incitation à intervenir, des résistances sont exprimées tantôt sur la légitimité d'une attitude active, tantôt sur l'efficacité de l'action. Ces résistances sont fondées sur un ensemble d'idées reçues et de croyances. Les dépasser est l'étape initiale de toute action de formation.

La première partie de la formation nationale aborde ainsi la question des croyances et des mythes à propos du suicide et de sa prévention. Ces croyances peuvent influencer fondamentalement l'attitude des intervenants devant une personne en difficulté.

Dépasser les idées reçues sur le suicide*

La prévention du suicide ne peut être un domaine réservé à quelques spécialistes. Comme chaque citoyen peut avoir un jour ou l'autre à intervenir auprès d'une personne en détresse, il est essentiel que la prévention se fonde sur des représentations partagées et exactes. Parmi de très nombreuses idées reçues, les suivantes sont retrouvées presque constamment.

« Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire »

Huit personnes sur dix donnent des signes précurseurs

* Cette partie reprend partiellement le texte du manuel du formateur rédigé par Monique Séguin et Jean-Louis Terra. Ce document est seulement remis aux formateurs nationaux.



La prévention du suicide

de leurs intentions ou en parlent avant de faire une tentative de suicide. Il est aussi faux de croire que « les personnes qui le disent ne le font pas » que « si elles en parlent, elles ne le feront pas ». L'intention suicidaire, ou la crise suicidaire, est un processus, alors que le passage à l'acte peut se produire de manière impulsive. De même, pour la personne qui souffre, le suicide est une façon de mettre fin à une douleur intolérable et cela, après avoir tenté de plusieurs façons, sans succès, de trouver une solution à ses problèmes. Il vaut toujours mieux prendre au sérieux les verbalisations suicidaires et vérifier si la personne souffre au point de vouloir mourir.

«Le geste suicidaire résulte bien d'un choix»

On entend souvent dire que le geste suicidaire est le choix de l'individu, que c'est lui, ou elle, qui décide de mettre fin à sa vie. Il est toujours difficile d'aborder la question du choix parce qu'elle vient heurter la notion de liberté fondamentale.

Par le biais du suicide, l'individu ne recherche pas nécessairement la mort, mais une manière de mettre fin à la souffrance qui a atteint un seuil insupportable. Pour l'individu qui croit avoir épuisé toutes ses ressources, le recours au suicide peut sembler la seule solution à une douleur devenue accablante. En fait, ce n'est pas que le suicide soit réellement la seule solution qui lui reste, mais probablement la seule que l'individu en souffrance perçoit et à laquelle il porte de plus en plus attention.

«Pour se suicider, il faut être courageux»

Interpréter le suicide en termes de lâcheté et de courage ne permet pas d'expliquer la réalité. La plupart des personnes suicidaires ne qualifient pas le suicide comme un geste de lâcheté ou de courage. Pour elles, le suicide est une manière de mettre fin à la souffrance. Il n'est donc pas question ici de sensationnalisme ou d'héroïsme.

Percevoir le geste suicidaire en termes de lâcheté et de courage n'est qu'une façon de sous-entendre que seuls les gens « lâches » ou « courageux » ont recours au suicide, et non les autres. Le fait que certaines personnes croient que le suicide est courageux peut de toute évidence influencer de façon tragique le choix des jeunes personnes vulnérables et influençables, qui vivent des difficultés majeures. Cette perspective du suicide peut donc faire croire à certains individus qu'en adhérant au suicide, ils pourront, en plus de mettre fin à leurs souffrances, trouver l'attention et l'estime tant désirées. Lorsque les médias relatent un suicide en insistant sur le caractère courageux de l'acte, il existe un risque d'imitation quand la personne décédée est admirée.

«Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire»

Beaucoup de parents ou d'éducateurs craignent de parler du suicide aux jeunes. Ils croient que le fait

d'en parler à un jeune qui n'y avait jamais pensé peut l'inciter à recourir à cette solution.

Parler du suicide, c'est avant tout ouvrir la porte à un dialogue, écouter la souffrance de l'autre et en accepter l'existence. Demander : « Souffrez-vous au point de penser à vous suicider ? » c'est reconnaître le malaise et favoriser le « Parlez-moi de ce qui ne va pas ». En discuter permet à la personne d'exprimer une idée, une émotion qui l'habite et de dissiper graduellement l'angoisse. C'est de cette manière que l'individu pourra sentir que la douleur est plus supportable et ainsi envisager des recours autres que le suicide.

Dans le même sens, il est souvent plus profitable, à long terme, de ne pas cacher aux enfants et aux adolescents la cause réelle de la mort, même quand il s'agit d'un suicide. Il est possible que les jeunes apprennent d'une façon insoupçonnée la vraie nature de la mort de cette personne chère. Cette découverte, si les parents cherchent à cacher la vérité, ne fera qu'envenimer la situation et qu'accentuer la déception ainsi que le manque de confiance à un moment où le jeune vit déjà suffisamment de pertes. Il faut donc être ouvert et en mesure d'apporter les faits au sujet de cette perte, afin que les jeunes endeuillés puissent vivre leur deuil adéquatement.

«Les personnes qui menacent de se suicider ne le font pour attirer l'attention»

« Il fait cela pour nous manipuler ! » Souvent, on peut penser ou croire que les personnes suicidaires ne sont que manipulatrices. La réalité affective et émotionnelle du geste suicidaire est plus complexe. Les personnes essayent avant tout de diminuer leur tension.

En cas de troubles de la personnalité, elles peuvent chercher à obtenir des solutions de la part de leur entourage ou des intervenants, quitte à utiliser la perspective de leur suicide pour avoir plus d'influence. Dans ces situations, une consultation spécialisée doit être envisagée. Ces personnes ont un taux de suicides plus élevé. Une diminution du « chantage au suicide » marque souvent la période qui précède le suicide.

«Le suicide est impulsif»

Les personnalités avec un trait d'impulsivité font partie des facteurs de risque de suicide. Le caractère impulsif tient au délai parfois court entre le dernier événement et le suicide. L'examen attentif de la trajectoire de souffrance montre habituellement que cet événement est le dernier d'une longue suite. Un événement de faible importance peut devenir insurmontable à une personne en crise. La disproportion entre l'événement et le décès favorise l'hypothèse de l'impulsivité. Se donner la mort représente une décision ultime qui, en général, mobilise au maximum les possibilités de réflexion.

Deux autres éléments ralentissent le processus :

- d'une part, la recherche d'un moyen qui apporte la mort à coup sûr, entraînant le minimum de souffrances ;

- et, d'autre part, le processus de « clôture » de sa vie en disant adieu aux être chers (visites, coups de téléphone, lettres...) et en mettant en ordre divers éléments (dons d'objets, testament, rangements...).

«Le suicide est agressif»

La découverte du corps de la personne décédée est toujours un traumatisme. Quand ce sont les proches, voire les enfants, il n'est pas possible de penser à l'effroi provoqué par la scène. La lecture des lettres laissées par les personnes décédées apporte, en général, une tout autre perception. Ces lettres insistent sur leur souffrance, le sentiment d'avoir tout essayé et de ne jamais arriver à trouver des solutions. Ces lettres sont souvent protectrices à l'égard de ceux qui restent et les mots de remerciements sont fréquents.

Ces considérations sont importantes pour ne pas transformer le suicide en un trouble psychopathologique en soi qui aurait sa propre autonomie et qui serait prédéterminé.

Les idées reçues portent aussi sur les moyens de prévention. Celles-ci sont issues de celles qui portent sur le suicide, elles méritent pour certaines d'être citées.

Quelques idées reçues sur la prévention à dépasser

«La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter»

La prévention du suicide est souvent positionnée très en amont de la crise suicidaire, par la promotion de la santé et en aval de la tentative de suicide. Les intervenants expérimentés ont une perception différente car ils se rendent compte qu'une intervention, minime en apparence, peut influencer sur le cours du processus suicidaire presque à tous ses stades. Des personnes qui ont entamé leur geste suicidaire appellent des services d'aide, des personnes qui allaient se jeter sur les voies du métro viennent dire leur détresse et leur projet à la personne qui se trouve au guichet. L'intervention de crise suicidaire s'appuie sur le fait que la personne est ambivalente et qu'un soulagement, même léger, de la souffrance peut différer l'acte. L'amélioration de la détection et de l'intervention peut apporter des résultats rapides dans la mesure où la crise suicidaire a une durée limitée. Les personnes suicidaires se donnent souvent une chance jusqu'au dernier moment. Le taux de consultation la dernière semaine, voire le dernier jour, en témoigne.

«Les antidépresseurs augmentent le risque de suicide»

L'assimilation des antidépresseurs aux autres psychotropes est fréquente. De plus, le risque d'augmenter le risque de passage à l'acte suicidaire en début de traitement a été enseigné pendant des décennies, alors qu'aucune étude n'étaye cette affirmation.

En réalité, l'amélioration du diagnostic et du traitement

de la dépression par les médecins généralistes lors de l'expérience de l'île de Götland entraîne une diminution des arrêts de travail, des hospitalisations et diminue de 50 % le suicide chez les femmes (lire encadré p. 26).

L'utilisation des nouveaux antidépresseurs, plus maniables par les médecins généralistes, serait un facteur à l'origine de la diminution du nombre de suicides dans de nombreux pays.

«Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien»

La réduction de l'accessibilité aux moyens est souvent conçue comme sans efficacité. L'idée est que les personnes suicidaires sont bien décidées à mourir et qu'elles trouveront toujours un moyen. Les actions conduites dans différents pays ou localités démontrent le contraire.

La détoxification du gaz de ville en Grande-Bretagne a conduit à une réduction très importante des décès par ce moyen, sans transfert vers un autre moyen. Les mesures portant sur les pots catalytiques des véhicules ont eu aussi un effet sensible sur le nombre de suicides par inhalation des gaz d'échappement.

La diminution de l'accessibilité aux armes à feu est une des mesures efficaces pour diminuer le nombre de suicides (lire l'encadré page 24). Le retard de la France dans ce domaine est un paradoxe quand on examine les investissements pour réduire des risques où le nombre de décès est très inférieur. Cette action pourrait être intégrée aux autres actions pour améliorer la sécurité domestique.

La réduction de l'accès aux moyens peut porter sur d'autres mesures comme la prescription des médicaments, ou encore la limitation de la publicité faite au suicide et aux moyens de suicide. Le phénomène d'imitation du suicide peut être limité par la façon dont la presse relate les suicides. Il existe un risque à dire que la personne décédée avait tout pour être heureuse, que son suicide est un acte de courage, et si, on insiste sur le moyen utilisé.

Conclusion

Le suicide est un sujet tellement douloureux qu'il est l'objet de nombreuses rationalisations ou croyances. Les idées s'accumulent pour penser que rien ne peut changer le cours de choses ou que c'est une affaire de spécialistes. Dépasser les idées présentées plus haut est important pour aborder la prévention telle qu'elle ressort des recherches et des expériences internationales.

Le processus suicidaire peut être considéré comme métastable dans le sens où une autre solution qui apporte du soulagement peut être presque immédiatement efficace à court terme. L'intervention lors de crises suicidaires repose sur cette potentialité ; il suffit de peu pour différer le projet suicidaire ou pour le faire progresser. Il est important que les préjugés ne freinent pas cette possibilité. 