

MBD

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Indications pour professions de santé primaire



PB 15203 - 0202 © Laboratoire GlaxoSmithKline

Traduit et remis avec le concours
du Laboratoire GlaxoSmithKline



Département de Santé Mentale
et Toxicomanies

Organisation Mondiale de la Santé
Genève



LA PREVENTION DU SUICIDE

Indications pour professions de santé primaire

Ce document fait partie d'une série de recommandations éditées à l'intention de groupes professionnels et sociaux, particulièrement concernés par la Prévention du Suicide.

Ce document est un des produits du Programme SUPRE, une initiative internationale de l'O.M.S. pour la Prévention du Suicide.

Mots clés : Suicide / Prévention / Recommandations / Professions de Santé

Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques

Département de Santé Mentale et Toxicomanies

Organisation Mondiale de la Santé

Genève 2002

TABLE DES MATIERES

Note du traducteur	1
Avant propos	3
LA PRÉVENTION DU SUICIDE : INDICATIONS POUR PROFESSIONS DE SANTÉ PRIMAIRE ..	5
Suicide - Importance du problème	5
Pourquoi insister sur le rôle de l'équipe de santé publique ?	6
Suicide et désordre mental	6
Maladies somatiques et suicide	11
Suicide - Facteurs socio-démographiques et environnementaux	13
La personnalité suicidaire	15
Comment approcher la personne suicidaire ?	17
Suicide - Mythe et réalité	19
Comment identifier la personne suicidaire ?	19
Comment évaluer le risque de suicide ?	20
Prise en soins de la personne suicidaire	22
Orientation de la personne suicidaire	24
Ressources	25
Choses à faire et à ne pas faire	25
Conclusion.....	26

© Organisation Mondiale de la Santé, 2002

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits afférents sont réservés par l'Organisation . S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément, n'engagent que les dits auteurs.

NOTE DU TRADUCTEUR

Tout professionnel de santé, quelle que soit son activité, son lieu de travail, peut être confronté d'un jour à l'autre et à tout moment, à une crise suicidaire d'un interlocuteur parfois même inattendu.

C'est dire que le professionnel de santé se trouve le plus souvent en première ligne et sans possibilité d'action thérapeutique immédiate.

Cette brochure fait suite à celle destinée aux médecins généralistes parue en 2001.

Elle fait référence à des données et des expériences internationales d'origine anglophone.

Une traduction en français était nécessaire, comprenant à l'appui quelques notes de traducteur permettant d'éclairer au mieux le lecteur francophone.

Ce document comprend deux parties : la première comporte certaines généralités admises habituellement en Suicidologie.

La deuxième partie qui se propose d'être pratique, est centrée sur l'urgence de la réponse à la crise suicidaire quel que soit son niveau, primaire ou secondaire (récidive) et à l'organisation d'un suivi impératif.

Il est important d'insister sur la notion d'équipe. La compréhension du phénomène suicide, la mise en place de sa prévention nécessitent des informations et des échanges entre les divers groupes professionnels concernés.

Une liaison avec le réseau associatif nous semble indispensable. Depuis peu existe en France l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide qui regroupe toutes les associations de professionnels et de non professionnels sensibilisées à ce phénomène.^(NT)

Il est aussi suggéré que le professionnel de santé qui lira cette brochure, apporte toutes les critiques et les commentaires qu'il jugera utiles afin de l'adapter à sa fonction sans craindre de briser le tabou du suicide.

Professeur Jean-Pierre SOUBRIER

Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (I.A.S.P.) (1995-1997)

Membre Expert du Réseau International de l'OMS pour la Prévention du Suicide et la Recherche

AVANT PROPOS

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention au cours des siècles, des philosophes, des théologiens, des médecins, des sociologues et des artistes.

Selon le philosophe français Albert CAMUS, dans le "MYTHE DE SISYPHE" : "Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux c'est le suicide..."^(NT)

S'agissant d'un problème grave de santé publique, le suicide demande notre attention ainsi que sa prévention, son contrôle, ce qui représente une tâche peu facile.

La recherche scientifique de haut niveau nous indique que la prévention du suicide bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour nos enfants et la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques dans l'environnement.

Une diffusion plus appropriée de l'information et une prise de conscience du phénomène, sont les éléments essentiels pour assurer le succès des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE a lancé son programme SUPRE qui est une initiative mondiale pour la prévention du suicide. Cette brochure fait partie d'une série de recommandations présentées dans le programme SUPRE et s'adresse aux groupes professionnels et sociaux spécifiques qui sont impliqués dans la prévention du suicide.

^(NT) Cette phrase est issue du chapitre " Un raisonnement absurde ", située dans la première page du sous-chapitre " L'absurde et le Suicide " - Editions Gallimard - 1942.

Ce programme constitue le lien d'une chaîne longue et variée à laquelle participe un vaste ensemble de personnes et de groupes, comportant les professions de santé, les éducateurs, les dispensaires, les gouvernements, les législateurs, les travailleurs sociaux, la police, les familles et les communautés.

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Docteur Lakshmi VIJAYAKUMAR, SNEHA, CHENNAI, INDE, qui a fourni une première version de cette brochure. Le texte fut ensuite revu par les membres du Réseau International de l'OMS pour la Prévention du Suicide et la Recherche que nous remercions et dont voici la liste :

- Pr Oivind EKEBERG, Ullevål Hospital, Université d'Oslo, Norvège
- Pr Jouko LONNQVIST, National Public Health Institute, Helsinki, Finlande
- Pr Lourens SCHLEBUSCH, Université de Natal, Durban, Afrique du Sud
- Dr Airi VARNIK, Université de Tartu, Tallinn, Estonie
- Dr Shutao ZHAI, Medical University Brain Hospital, Nanjing, Chine

Ces documents sont actuellement largement diffusés dans l'espoir qu'ils seront traduits et adaptés aux nécessités locales, la condition fondamentale pour une plus grande efficacité. Tous les commentaires, demandes d'autorisation de traduction et d'adaptation seront les bienvenus.

Dr J.M. BERTOLOTE

Coordinateur, Prise en Charge des Troubles Mentaux et Neurologiques

Département de Santé Mentale et Toxicomanies

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

LA PREVENTION DU SUICIDE

INDICATIONS POUR PROFESSIONS DE SANTE PRIMAIRE

LE SUICIDE – IMPORTANCE DU PROBLEME

- Il est estimé qu'un million de personnes mourront par suicide au cours de l'an 2000.
- Chaque 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde.
- Chaque 3 secondes, une personne tente de se suicider.
- Le suicide est une des trois causes principales de mort chez les jeunes de 15 à 35 ans.
- Chaque suicide a un impact sérieux sur au moins 6 autres personnes.
- L'incidence psychologique, sociale et financière du suicide sur la famille et la communauté est incommensurable.

Le suicide est un phénomène complexe pour lequel il n'existe ni une seule cause ni une raison unique.

Il est le résultat d'une interaction complexe de facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociaux et environnementaux.

Il est difficile d'expliquer pourquoi certaines personnes se suicideront alors que d'autres se trouvant dans la même situation voire pire, ne le feront pas.

Cependant, la majorité des suicides peuvent être prévenus.

Le suicide constitue maintenant un problème majeur de santé publique dans tous les pays.

Instruire les équipes de santé publique à identifier, évaluer, gérer et repérer toute personne suicidaire rencontrée dans la communauté, constitue une démarche importante pour la prévention du suicide.

POURQUOI INSISTER SUR LE ROLE DE L'EQUIPE DE SANTE PUBLIQUE ?

- Les équipes de santé publique ont un contact proche et de longue date avec la communauté et sont bien acceptées par la population locale.
- Elles fournissent un lien vital entre la communauté et le système de santé publique.
- Dans beaucoup de pays en cours de développement où les services de santé mentale ne sont pas organisés complètement, elles représentent souvent les premiers lieux de soins.
- Leur connaissance de la communauté les aide à obtenir un soutien de la part des familles, amis et organisations présentes.
- Elles sont en position d'assurer une continuité des soins.
- Elles sont souvent la porte d'entrée dans les centres médicaux pour toute personne en état de détresse.

En bref, elles sont disponibles, accessibles, expérimentées et motivées pour assurer les soins nécessaires.^(NT1)

SUICIDE ET DESORDRE MENTAL

Des études menées tant dans des pays industrialisés qu'en voie de développement, démontrent deux facteurs.

- En premier, une majorité de suicides révèlent un diagnostic de désordre mental.

^(NT1) La notion moderne d'équipe hospitalière avec spécificité en prévention du suicide (suicide prevention team) apparaît comme une nécessité fondamentale comprenant, outre la prise en soins de la crise, le suivi et éventuellement l'aide aux familles de suicidés. (SOUBRIER J.P.- Collaboration between psychiatrists and other physicians, in " SUICIDE - AN UNNECESSARY DEATH, Ed. Danuta WASSERMAN, chap. 26, MARTIN DUNITZ, LONDON 2001.

- Deuxièmement, le suicide et la conduite suicidaire sont plus fréquents chez les malades mentaux.^(NT1)

Les différentes catégories diagnostiques par ordre décroissant pour le risque suicidaire sont :

- Tous les états dépressifs
- Les troubles de la personnalité : personnalités anti-sociales, limites : borderline, avec impulsivité, agressivité, variabilité de l'humeur
- Alcoolisme (et/ou abus de drogues chez les jeunes)
- Schizophrénie
- Troubles mentaux organiques
- Autres troubles mentaux^(NT1)

Bien que la majorité des suicidés présentent un désordre mental, la plupart d'entre eux ne consultent pas de professionnel de santé mentale, et ceci même dans les pays industrialisés.

C'est pourquoi le rôle des équipes de santé publique devient vital.

DEPRESSION PSYCHIQUE

La dépression est le diagnostic le plus courant parmi les morts par suicide. Beaucoup sont ceux qui se sentent déprimés, tristes, solitaires voire instables par moments. Mais habituellement ces sentiments disparaissent.

Cependant, quand ces sentiments persistent et perturbent la vie quotidienne de la personne, il ne s'agira plus de sentiments dépressifs mais d'une maladie dépressive ;

^(NT1) Ces statistiques ne semblent concerner que des malades dont le diagnostic était connu ou retraçable facilement.

^(NT1) Il convient d'ajouter la fréquence des troubles de l'humeur (F 34-CIM-10), de la psychose maniaco-dépressive (F31-CIM-10) ainsi que de l'hystérie.

Les symptômes habituels de la dépression sont :

- tristesse quotidienne
- perte d'intérêt pour les activités usuelles
- perte de poids (en dehors des régimes amaigrissants) ou prise de poids
- troubles du sommeil : hypersomnie ou insomnie ou réveil précoce
- asthénie constante
- sentiment d'incapacité, de culpabilité et de désespoir
- irritabilité et nervosité constantes
- difficultés de concentration dans la décision et de mémorisation
- pensées récurrentes de mort et de suicide.

Pourquoi le diagnostic de dépression passe-t-il inaperçu ?

Alors qu'il existe une grande variété de traitements antidépresseurs, un certain nombre de faits expliquent pourquoi ce diagnostic n'est pas posé :^(NT2)

- Certaines personnes sont parfois gênées d'admettre leur dépression de crainte que cela soit interprété comme un " signe de faiblesse ".
- D'autres, familiers des symptômes associés à la dépression ne reconnaissent pas cet état comme étant pathologique.
- Le diagnostic de dépression peut-être difficile à poser lorsqu'il existe une autre maladie organique (co-morbidité).
- Beaucoup de dépressifs peuvent souffrir en apparence d'une variété de douleurs physiques.^(NT3)

^(NT2) Il faut également tenir compte du fait qu'actuellement, la société moderne banalise, vulgarise le terme " dépression ", ce qui est très préjudiciable.

^(NT3) D'où le terme moderne de dépression masquée ou en relation avec des symptômes psychosomatiques.

TOUTE DEPRESSION EST CURABLE TOUT SUICIDE EST EVITABLE

ALCOOLISME

- Environ un tiers des cas de suicide ont un passé de dépendance alcoolique.
- 5 à 10% des dépendants alcooliques termineront leur vie par un suicide accompli.
- Au moment de l'acte suicide, beaucoup ont absorbé de l'alcool.

De façon caractéristique, les personnes avec un problème d'alcool qui se suicident :

- ont débuté un alcoolisme à un âge jeune
- ont une consommation effectuée sur une période prolongée
- cette consommation est majeure
- ont une condition physique médiocre
- se sentent déprimés
- ont une biographie chaotique
- ont souffert récemment d'une importante perte affective telle que séparation maritale ou familiale, divorce ou deuil
- ont une performance professionnelle faible.

Il faut noter que les alcooliques qui se suicident ne sont pas uniquement ceux qui ont débuté un abus dans leur jeunesse et ont une consommation excessive, ceci comprend également des personnes avec des antécédents familiaux d'alcoolisme.

La fréquence montante d'abus de drogues a été retrouvée dans les conduites suicidaires des adolescents et des jeunes adultes.

LA PRESENCE CONJUGEE DE DEPRESSION ET D'ALCOOLISME CHEZ UNE PERSONNE AGGRAVE CONSIDERABLEMENT LE RISQUE DE SUICIDE

SCHIZOPHRENIE

Environ 10% des patients schizophrènes mourront par suicide. La schizophrénie peut être caractérisée par des troubles du langage (dans le discours), des troubles de la pensée (avec dissociation), un vécu particulier (avec discordance), associés à une tendance à la négligence personnelle, à une perturbation de la conduite sociale.

En résumé, par un changement drastique de toute conduite et tout sentiment ou par des bizarreries.^(N°)

Le risque de suicide chez le schizophrène est aggravé dans les cas suivants :

- mâle jeune, célibataire et sans emploi
- premiers stades de la maladie
- dépression psychique
- sujet à des rechutes fréquentes
- hautement scolarisés

Le suicide chez un schizophrène interviendrait plutôt aux étapes suivantes de sa vie :

- au début de la maladie lorsqu'il est confus et/ou perplexe
- après une récupération précoce lors de l'amélioration des symptômes mais avec un sentiment interne de grande vulnérabilité

^(N°) Le traducteur a par les parenthèses, éclairé le lecteur.

- au début d'une rechute lorsqu'il pense avoir surmonté sa problématique mais la symptomatologie réapparaît
- peu après la sortie suivant une hospitalisation

MALADIES SOMATIQUES ET SUICIDE ^(N7)

Certaines maladies somatiques sont associées à un taux élevé de suicide :

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

EPILEPSIE

Le comportement impulsif, agressif ainsi que le handicap chronique rencontrés chez les épileptiques constitue un risque majoré de conduite suicidaire.

La dépendance toxique à l'alcool et à diverses drogues contribuerait à cette fréquence.

TRAUMATISME CRANIEN ET MEDULLAIRE ET ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL

La sévérité du traumatisme augmente le risque de suicide.

SCLEROSE EN PLAQUE

Elle comprend des symptômes dépressifs associés.

MALADIES CANCEREUSES

Il apparaîtrait que la maladie en phase terminale soit associée à une augmentation des taux de suicide (notion contestée).

Le risque serait plus grand :

- chez les hommes
- dans la phase de diagnostic du cancer (sur une période de 5 ans)
- lors d'un traitement chimiothérapique.

HIV – SIDA

Le stigma, le mauvais pronostic et la nature même de la maladie infectieuse augmente le risque de suicide surtout lors de la découverte de la séroposivité et en l'absence de prise en charge mixte médicale et psychologique.

MALADIES CHRONIQUES (Autres)

Un risque suicidaire accru peut se rencontrer dans certaines catégories de pathologies médicales telles que :

- diabète sucré
- néphrite chronique
- pathologie hépato-gastroentérologique
- maladies rhumatismales douloureuses
- maladies cardiovasculaires

Toutes les personnes handicapées dans la marche, la vision et l'audition sont également à risque.

Les troubles sexuels seraient aussi un facteur de risque.

^(N7) On peut encore se référer à la brochure OMS " LA PREVENTION DU SUICIDE : Indications pour les Médecins Généralistes " pp 12-14.

LE RISQUE DE SUICIDE EST MAJEUR LORS DE L'EXISTENCE DE SYMPTOMES DOULOUREUX ET CHRONIQUES

SUICIDE – FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ENVIRONNEMENTAUX

SEXE

Les hommes se suicident plus que les femmes mais celles-ci le tentent plus souvent ^(NT)

AGE

Le suicide présente statistiquement deux pics de fréquence :

- âge jeune de 15 à 35 ans
- âge avancé (plus de 75 ans)^(NT)

SITUATION MARITALE

Les divorcés, les veufs et les célibataires sont dans des situations plus à risque que ceux qui sont mariés.

Les personnes vivant seules ou séparées sont plus vulnérables.^(NT)

PROFESSIONS

Les médecins, vétérinaires, pharmaciens, chimistes ainsi que les agriculteurs ont un taux de suicide plus élevé que la moyenne.^(NT1)

^(NT) Encore que selon les pays et sur un plan évolutif, ces notions varient actuellement.

^(NT) idem

^(NT) Pour Emile DURKHEIM " La famille protège ". L'étude des personnes vivant en couple serait à séparer des autres catégories.

^(NT1) Notons que ces professions utiliseraient des moyens plus directs et efficaces.

CHOMAGE

La perte de l'emploi plutôt que le statut de chômeur lui-même a été associé au suicide.

MIGRATION

Les populations passant d'une zone rurale à une zone urbaine ou d'une région, d'un pays à l'autre, seraient plus vulnérables.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

STRESS VITAL

La majorité des suicidés ont eu à affronter des événements de vie stressants dans le trimestre précédant la mort.

Il s'agit de :

- problèmes interpersonnels : par exemple disputes conjugales, familiales, amicales, sentimentales
- sentiment de rejet : (ou vécu de rejet) tel que séparation du cercle familial ou amical
- pertes objectales : telles que pertes financières, deuils
- problèmes professionnels et financiers : tels que perte de l'emploi, mise à la retraite, difficultés financières
- changements sociaux : bouleversements politiques et économiques d'apparition rapide
- autres facteurs de stress (moraux) tels que : honte ou peur d'être reconnu coupable d'un fait particulier

ACCES FACILE A UNE METHODE DE SUICIDE

L'accès immédiat à une méthode définitive de suicide est un facteur majeur de suicidalité et de léthalité.

La réduction de l'accès à ces méthodes est une stratégie efficace globale de la prévention du suicide.^(N7)

EXPOSITION A L'ACTE SUICIDE

Un faible pourcentage de suicides concerne des jeunes vulnérables (adolescents) qui sont confrontés au suicide dans leur vie quotidienne ou qui par l'influence des médias peuvent être encouragés dans une démarche suicidante.^(N71)

LA PERSONNALITE SUICIDAIRE

Trois particularités psychologiques caractérisent la personnalité suicidaire :

1- Ambivalence :

La plupart des personnes ont un sentiment ambigü quant à la décision de suicide. Il existe un sentiment partagé entre le désir de mourir et le désir de vivre.

Il s'exerce une pression intense pour échapper à une douleur de vivre et un courant interne de désir de vivre.

La majorité des suicidants ne souhaitent pas véritablement mourir. Ils éprouvent un mal de vivre.

Si ce sentiment ambivalent est abordé dans le sens du désir de vivre, le risque de suicide est réduit.

^(N7) Ceci concerne les armes à feu, les produits toxiques industriels et certains médicaments.

^(N71) Voir brochure OMS " Indications pour les professionnels des médias " à paraître en 2002.

2- Impulsivité :

L'acte suicide est un phénomène impulsif. Comme tout comportement impulsif, il est transitoire, ne dure que quelques minutes ou quelques heures. Il est généralement déclenché par les événements négatifs de la vie quotidienne.

En désamorçant ces crises et en gagnant du temps, le professionnel de santé aidera à réduire le fantasme de suicide.

3- Rigidité :

Il existe une constriction de la pensée, de l'humeur et de l'action chez le patient suicidaire. La pensée, l'idée de suicide demeure constante et unique et ils sont incapables de concevoir d'autres solutions au problème. Le mode de pensée est radical.

Une majorité de personnes suicidaires communiquent leurs idées de suicide et leurs intentions. Ils envoient souvent des signaux et font des déclarations telles que "désir de mourir", "sentiment d'inutilité", etc. Toutes ces demandes d'aide ne doivent pas être ignorées par l'interlocuteur.

Quels que soient les problèmes, les sentiments et les pensées exprimées par la personne suicidaire semblent identiques sur tous les continents.

SENTIMENTS	PENSEES
Triste, déprimé	" J'aimerais être mort "
Solitaire	" Je ne peux rien faire "
Sans aide	" Je n'en peux plus "
Sans espoir	" Je suis un perdant et un poids pour autrui "
Bon à rien	" Les autres seront plus heureux sans moi "

COMMENT APPROCHER LA PERSONNE SUICIDAIRE ?

Bien souvent quand une personne déclare "J'en ai assez de la vie" ou "Cela ne sert à rien de continuer à exister", elle se fait rabrouer et on lui oppose des exemples de personnes se trouvant dans des situations bien pires. Aucune de ces réponses n'aideront la personne suicidaire.

Le contact initial avec la personne suicidaire est très important. Souvent, ce contact s'opère dans une institution débordée, au domicile ou dans un endroit public où toute conversation privée est difficile.

- 1 - Le premier pas est de trouver le lieu adéquat pour un entretien effectué dans une confidentialité raisonnable.
- 2 - La deuxième étape est de s'assurer le temps nécessaire. Habituellement, les personnes suicidaires ont besoin de plus de temps pour se confier et l'interlocuteur doit s'y être préparé.
- 3 - Ensuite, la tâche la plus importante est d'assurer une écoute majeure. " Se rapprocher et écouter constituent un pas important dans la réduction du désespoir suicidaire ".

Le but est de combler le fossé creusé par la méfiance, le désespoir et l'angoisse et donner ainsi à la personne l'espoir que la situation pourra être améliorée.

COMMENT COMMUNIQUER ?

- écouter attentivement, être calme
- montrer une compréhension des sentiments de la personne
- signifier par des messages indirects, le respect et l'acceptation

- exprimer son respect des opinions et des valeurs de la personne
- parler honnêtement et ouvertement
- montrer son intérêt avec chaleur et considération
- se concentrer sur les sentiments de la personne

COMMENT NE PAS COMMUNIQUER ?

- interrompre trop souvent
- se montrer choqué ou émotif
- se déclarer trop occupé
- faire montre d'une condescendance dominatrice
- faire des remarques personnelles ou insuffisamment claires
- poser des questions insidieuses

Au total, afin de faciliter la communication, l'approche devra être calme, ouverte, compatissante et sans manifester de jugement.

**ECOUTER AVEC CHALEUR
TRAITER AVEC RESPECT
COMPATIR AVEC EMOTION
SOULAGER AVEC CONFIANCE**

SUICIDE – MYTHE ET REALITE

MYTHE	REALITE
1 - Les personnes qui parlent de se suicider ne le tente jamais	La plupart des suicidés avaient donné des signaux d'alerte précis de leurs intentions
2 - Les suicidaires (et les suicidants) ont tous l'intention de mourir ^(N)	La majorité d'entre-eux ont un sentiment ambivalent
3 - Le suicide s'effectue sans prévenir	Les suicidants donnent souvent l'alerte
4 - L'amélioration qui suit une crise signifie que le risque n'existe plus	Beaucoup de suicides surviennent lors d'une période de récupération quand la personne possède l'énergie et la volonté de transformer son désespoir en acte final d'autodestruction
5 - Tous les suicides ne peuvent être prévenus	Vrai mais une majorité le sont
6 - Lorsqu'une personne est suicidaire, il/elle le restera	La pensée suicidaire peut être récurrente mais non permanente et chez certains ne jamais réapparaître

COMMENT IDENTIFIER UNE PERSONNE SUICIDAIRE ?

Quels sont les signaux à rechercher dans le comportement ou la biographie de la personne ?

- 1 - comportement renfermé, impossibilité de communication avec la famille et les amis
- 2 - désordre mental
- 3 - alcoolisme

^(N) La langue anglaise ne différencie pas suicidant et suicidaire, employant le terme unique de suicidal.

- 4 - anxiété ou angoisse
- 5 - changement dans la personnalité avec irritabilité, pessimisme, dépression ou apathie
- 6 - troubles de la conduite alimentaire et du sommeil
- 7 - antécédent de tentative de suicide
- 8 - sentiments de haine de soi, de culpabilité, d'autodépréciation et de honte
- 9 - perte récente majeure : deuil, divorce, séparation, emploi
- 10 - antécédents familiaux de suicide
- 11 - désir soudain de mettre de l'ordre dans ses affaires personnelles, de rédiger son testament, etc
- 12 - sentiments de solitude, d'abandonnisme, de désespoir
- 13 - rédaction d'une note de suicide
- 14 - état somatique précaire
- 15 - mention répétitive de mort et de suicide

COMMENT EVALUER LE RISQUE DE SUICIDE ?

Lorsque le professionnel de santé soupçonne une possibilité de passage à l'acte suicidaire, les facteurs suivants doivent être évalués :

- état mental actuel, présence de pensées morbides et d'idées de suicide
- projet de mise en acte, niveau de préparation et proximité dans le temps
- état des soutiens affectifs (famille, amis, etc)

La meilleure façon de s'assurer de cette intentionalité est de poser la question. Contrairement à la croyance populaire, parler de suicide ne précipite pas l'acte. En fait, ils sont reconnaissants et soulagés de pouvoir parler librement des conflits et des problèmes qui les perturbent.

COMMENT ABORDER LA QUESTION DU SUICIDE ?

Il n'est pas facile d'interroger une personne sur son intentionnalité. Il est utile d'aborder ce risque graduellement en s'aidant de questions telles que :

- Etes-vous triste ?
- Vous sentez-vous non aimé ?
- Trouvez-vous que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Avez-vous l'intention de vous suicider ?

QUAND POSER LA QUESTION DU SUICIDE ?

- Quand la personne se sent comprise
- Quand la personne se sent à l'aise pour parler de ses sentiments
- Quand elle exprime des sentiments négatifs de solitude, de désespoir, etc

QUE DEMANDER ?

1 - Vérifier si un plan précis de suicide est établi :

- Avez-vous déjà mis au point un projet pour vous tuer ?
- Avez-vous une idée sur la façon dont vous aller procéder ?

2 - S'enquérir de la méthode envisagée :

- Avez-vous des médicaments, une arme, des produits toxiques ou d'autres moyens à disposition ?
- Ces moyens sont-ils facilement disponibles ?

3 - Savoir si la personne en a fixé le moment précis :

- Avez-vous décidé du moment de votre suicide ?
- Quand exactement l'avez-vous prévu ?

**TOUTES CES QUESTIONS DOIVENT ETRE POSEES
AVEC ATTENTION, INTERET ET COMPASSION**

PRISE EN SOINS DE LA PERSONNE SUICIDAIRE ^(NT)

RISQUE FAIBLE

La personne a quelques fantasmes suicidaires tels que "Je ne peux pas continuer", "Je préférerais être mort ", mais n'a pas fait de plan précis.

ATTITUDE A AVOIR

- Offrir un soutien moral et toute aide utile
- Travailler sur les sentiments et fantasmes. Plus une personne parle ouvertement de ses deuils, de son isolement, de la perte de son estime de soi, moins elle sera perturbée émotionnellement. Quand l'émotivité s'amende, le pouvoir de réflexion renaît. Ce processus de réflexion est vital car personne d'autre que le patient ne peut transformer sa décision de mourir en volonté de vivre.
- Mettre l'accent sur les forces positives de la personne qui l'ont aidée par le passé à surmonter des difficultés sans pour autant tenter un suicide.
- Orienter la personne vers un spécialiste de santé mentale ou vers un médecin.
- Organiser des rencontres ultérieures et maintenir un contact.

^(NT) Cette question est traitée selon le niveau de risque de passage à l'acte .

RISQUE MOYEN

La personne a des pensées et un plan suicidaires mais n'a pas décidé de passer à l'acte immédiatement.

ATTITUDE A AVOIR

Offrir un soutien, travailler sur les fantasmes et les sentiments, mettre l'accent sur les forces positives comme dans la première étape mais en ajoutant les points suivants :

- Utiliser l'ambivalence habituelle. Le personnel de santé devra insister sur cette ambivalence afin de renforcer le désir de vivre.-
- Explorer toute alternative au suicide. Tout en sachant que ce ne sont pas des solutions idéales, l'interlocuteur les proposera dans l'espoir que la personne en retiendra au moins une.
- Etablir un contrat. Obtenir de la personne la promesse qu'elle ne tentera rien sans contacter l'équipe de santé pendant une période précise.
- Orienter la personne vers un psychiatre, un conseiller ou un médecin et prendre un rendez-vous le plus tôt possible.
- Contacter la famille, les amis, les collègues et s'assurer de leur soutien.

RISQUE ELEVE

La personne a défini son plan de suicide, en possède les moyens et envisage de passer à l'acte immédiatement.

ATTITUDE A AVOIR

- Rester avec la personne, ne jamais la laisser seule.
- Parler doucement à la personne et retirer tous les moyens prévus pour le suicide.

- Etablir un contrat.
- Contacter un professionnel de santé mentale ou un médecin immédiatement et organiser un transfert par ambulance vers un hôpital.
- Alerter la famille et obtenir son soutien.

ORIENTATION D'UNE PERSONNE SUICIDAIRE

QUAND ORIENTER ?

Quand la personne :

- est atteinte d'une maladie mentale
- possède un antécédent personnel de tentative de suicide
- possède un antécédent familial de suicide, d'alcoolisme ou de maladie mentale
- est atteinte d'une maladie somatique grave
- ne possède pas de soutien social

COMMENT ORIENTER ?

- Le professionnel de santé doit prendre le temps d'expliquer à la personne la nécessité de l'orientation.
- Doit mettre en place le dispositif
- Doit convaincre la personne que cette orientation n'est pas une décharge de sa responsabilité
- Doit revoir la personne après la consultation
- Doit maintenir un contact périodique.

RESSOURCES

Les sources habituelles de soutien disponibles sont :

- La famille
- Les amis
- Les collègues
- Les cultes religieux
- Les centres de crise
- Les professionnels de santé

COMMENT ENTRER EN CONTACT AVEC CES RESSOURCES ?

- Essayer d'obtenir l'autorisation de la personne suicidaire de faire la liste de ces soutiens puis de les contacter.
- Même si cette autorisation n'est pas donnée, essayer de trouver quelqu'un qui aura la faveur de la personne suicidaire.
- Avant tout, parler à la personne en péril de suicide et lui expliquer qu'il est parfois plus facile de parler à un étranger qu'à une personne aimée afin d'éviter toute réaction négative.
- Parler aux sources de soutien sans les accuser ou les culpabiliser.
- Obtenir leur aide dans les actions à entreprendre.
- S'enquérir de leurs besoins éventuels.

CHOSSES A FAIRE ET A NE PAS FAIRE

CHOSSES A FAIRE :

- Ecouter, montrer de l'intérêt et être calme.
- Apporter soutien et soulagement.

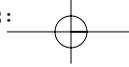
- Prendre la situation au sérieux et évaluer le degré de risque.
- S'informer des tentatives de suicide antérieures.
- Explorer les solutions autres que le suicide.
- Faire préciser l'existence ou non d'un plan de suicide.
- Gagner du temps, établir un contrat.
- Identifier tous les autres soutiens.
- Enlever les moyens à disposition si possible.
- Agir, parler à l'entourage, chercher de l'aide.
- Si le risque est élevé, rester avec la personne.

CHOSSES A NE PAS FAIRE

- Ignorer la situation ;
- Être choqué, se montrer embarrassé et paniquer.
- Dire que tout va aller bien.
- Mettre la personne au défi de se suicider.
- Minimiser le problème.
- Donner de fausses assurances.
- Promettre le secret.
- Laisser la personne seule.

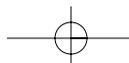
CONCLUSION

Engagement, sensibilité, connaissance et intérêt pour autrui, une foi dans la continuité de la vie, voilà les meilleurs moyens à la disposition des professionnels de santé afin de pouvoir grâce à ce soutien aider à prévenir les suicides.



Notes

Notes



Notes

