

Formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire

Bilan et perspectives



Actes de la journée

Mercredi 20 octobre 2004

Le Kargo - La Croisière

Le Lac Kir

Introduction de la journée *Françoise Desbois – Drass de Bourgogne*

Depuis 1998, la Bourgogne s'est préoccupée du problème du suicide, érigé comme l'une des priorités régionales de santé publique. A ce titre, la Drass, par l'intermédiaire de Chantal Mauerhan et moi même, avons coordonné le Programme Régional de Santé jusqu'en 2002. Depuis 2000, les programmes régionaux ont pu être soutenus par la stratégie nationale d'actions face au suicide, dont une des priorités était l'amélioration du repérage et de la prise en charge des crises suicidaires par l'organisation de formations interdisciplinaires locales sur la crise suicidaire. Ces recommandations sont issues de la Conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie et de l'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé).

Grâce à l'impulsion de la Direction Générale de la Santé et du Ministère, des binômes de formateurs (Dr Besse, Pr Benony, Dr Loriot, Mme Versini pour la Bourgogne) ont pu diffuser les recommandations par ces formations auprès des acteurs de terrain en contact avec un public pouvant être en souffrance psychologique.

En plus de ces deux binômes formés au niveau national, un binôme supplémentaire (Mme le Dr Dalle et Mme Straub) a été formé pour pouvoir diffuser ces recommandations spécifiquement dans le milieu pénitentiaire.

Cette matinée (à l'initiative des formateurs, conjointement avec le Cores), va nous permettre, à partir de vos témoignages, de pouvoir échanger sur les formations, ce qu'elles ont pu apporter dans votre pratique professionnelle, d'un point de vue individuel et collectif, et au sein de votre structure, et également en lien avec les autres acteurs du territoire sur lequel vous travaillez.

C'est en tant que référente régionale pour le sujet de la stratégie nationale d'actions face au suicide que je tiens à souligner la présence de Murielle Rabord, Responsable de la mise en œuvre de cette stratégie au niveau du bureau de la santé mentale de la DGS. Elle a accepté de participer à cette journée pour pouvoir échanger avec nous, guider nos réflexions et participer à nos débats.

Historique des formations

Pr Jean-Louis Terra, Centre hospitalier spécialisé Le Vinatier, Lyon

Stratégie nationale d'action face au suicide La formation nationale de formateurs

Jean-Louis Terra

Axe I du programme : améliorer la détection du potentiel suicidaire

- Conférence de consensus sur la crise suicidaire réalisée en octobre 2000
 - Demandée et financée par le ministère de la santé, Direction Générale de la Santé(DGS) 75 000 €
 - Réalisée par la Fédération Française de Psychiatrie avec le soutien méthodologique de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
 - Deux rapports d'experts québécois dans le cadre de la coopération France-Québec dont un porte sur l'intervention de crise suicidaire : Monique Séguin

Les apports de la conférence de consensus

- Intervenir en amont du passage à l'acte
- *Une définition et une description de la progression de la crise suicidaire*
- *Une évaluation du potentiel suicidaire : risque, urgence et dangerosité*
- Un plan d'intervention précis et ordonné

Objectifs, exigences et contraintes

- Diminuer le nombre de décès par suicide en augmentant les chances des personnes en détresse de bénéficier d'une intervention appropriée
- Détecter et protéger de nombreuses personnes pour éviter un seul décès
- Disposer d'un grand nombre d'intervenants formés dans tous les milieux de vie
- Favoriser le travail en réseau des intervenants
- Apporter à grande échelle une formation pour les intervenants de tous les milieux en favorisant les approches territoriales

Contenu de la formation

Sur 2 ou 3 journées par groupe de 15, 18, 21

- Idées reçues
- Épidémiologie
- Modèle de crise
- Évaluation du potentiel suicidaire
- Principes d'intervention
- Jeux de rôles
- Populations spécifiques
- Évaluation

Formation de formateurs

- Disposer de binômes de formateurs dans toutes les régions et compétents pour tous les publics
- Intégrer les contenus en formation initiale
- Intégrer les contenus en formation continue
- Au départ 2 enseignants de psychiatrie et de psychologie pour chacune des 26 régions
- Puis psychiatres et psychologues

Les formateurs

- Désignés après concertation régionale et validation ministérielle
- Formation sur 3 jours et demi en séminaire résidentiel par groupe de 21-27
- Un manuel du formateur remis à chacun
- Financement total de la formation de formateurs par la DGS (300 000 €)

Les formations de formateurs

- **9 sessions :**
 - **septembre : 2001: St Marc-sur-Mer**
 - **novembre : 2001 : Lyon**
 - **mars 2002 : La Baule**
 - **septembre 2002 : Nantes**
 - **décembre 2003 : Lyon**
 - **janvier 2004 : Lyon**
 - **juin 2004 : Lyon (pénitentiaire)**
 - **septembre 2004 : Lyon (pénitentiaire)**
 - **novembre 2004 : Lyon**

Question 8 : degré de facilité de transfert de connaissance des différentes sections

	Idées reçues	Epidé mio	Modèle crise	Prog crise	Triple éval	Interv ention	Cond entret	Pop spéc
Facile	16	10	7	10	10	8	2	6
Plutôt facile	4	8	11	9	7	8	11	9
Plutôt diffic	1	2	1	1	4	3	7	5
Diffi cile	0	0	1	0	0	0	0	0
Non répon	6	7	7	7	6	8	7	7

Évaluation des formations

Dr Isabelle Millot, Cores de Bourgogne

Évaluation des formations « Repérage et gestion de la crise suicidaire »



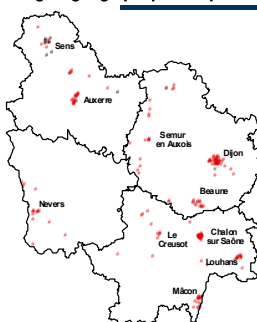
Dr Isabelle Millot, CORES
Journée d'études et d'échanges
20 octobre 2004

Évaluation des formations « Bilan quantitatif »

11 sessions de formations
212 personnes formées
(2002-2004)

Évaluation des formations « Bilan quantitatif »

Origine géographique des personnes formées



Dijon : 37 (2 sessions)
Beaune : 25
Semur en Auxois : 17
Nevers : 17
Chalon-sur-Saône : 19
Le Creusot : 19
Louhans : 19
Mâcon : 18
Auxerre : 22
Sens : 19

Évaluation des formations « Bilan quantitatif »

Fonctions des participants

Site d'exercice professionnel	N	%
Services hospitaliers	55	26
Associations de bénévoles	37	17
Éducation nationale	35	17
Collectivités territoriales	14	7
CSST et CCAA et réseaux addictologie	6	3
Point accueil et écoute jeunes	3	1
Services hospitaliers de pédiatrie	1	0
Autres	61	29
Total	212	100 %

Profession	N	%
Infirmier	71	33
Travailleur social	37	17
Éducateur	14	7
Psychologue	11	5
Médecin	2	1
Autres	77	36
Total	212	100 %

Évaluation des formations « Avant la formation »

Difficultés rencontrées (plusieurs réponses possibles)

	Effectif	%
Gestion de la crise, désamorçage	38	27
Évaluation de la gravité	32	23
Orientation	32	23
Échanges avec la personne	27	19
Repérage des signes	23	16
Faire accepter une prise en charge	15	10
Difficultés avec l'entourage	15	10
Angoisse personnelle, peur	8	5
Communication, capacité d'écoute	5	3
Sentiment d'impuissance	5	3
Autres	13	9

Évaluation des formations « Avant la formation »

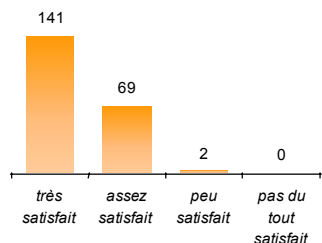
Près de 8 participants sur 10 confrontés à au moins une situation de crise suicidaire dans l'année

Nombre de situations de crise rencontrées dans l'année

	Effectifs	%
1	34	16
2 à 5	65	30
6 à 10	15	7
11 à 20	5	2
Plus de 20	9	5
Non précisé	84	40
Total	212	100 %

Évaluation des formations « à chaud »

Appréciation globale de la formation (effectif)



Évaluation des formations « à chaud »

Suite à la formation, vous sentez-vous ?

Note moyenne/10

Plus réceptif(ve) à écouter la souffrance de l'autre	7,9
Plus motivé(e) à intervenir auprès des personnes ayant des comportements suicidaires	7,4
Plus outillé(e) à évaluer les comportements suicidaires	7,2
Plus habile à dépister les comportements suicidaires	7
Plus compétent(e) à intervenir auprès des personnes ayant des comportements suicidaires	6,8

Évaluation des formations « à chaud »

Connaissances acquises (plusieurs réponses possibles)

	Effectif	%
Expérience de l'urgence, "désamorçage"	99	55
Connaissances cliniques	93	51
Approche théorique	57	31
Lieux d'accueil et d'écoute, réseaux	41	22
Données épidémiologiques	13	7
Révisions	6	3
Diminution des idées reçues	6	3
Aucune	2	1

Évaluation des formations « à chaud »

Compétences développées (plusieurs réponses possibles)

	Effectif	%
Écoute	91	56
Désamorçage de la crise	71	42
Dépistage, repérage	70	43
Orientation	20	12
Questionnement personnel	4	2

Évaluation des formations « à chaud »

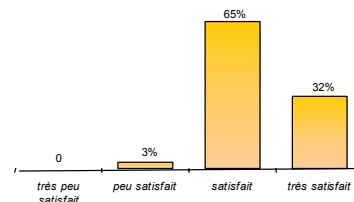
- d'autres besoins de formation pour **62% des participants**

Autres besoins de formation

	Effectif	%
Techniques d'entretien, reformulation	23	24
Gestion de la crise	16	17
Approfondissement théorique	9	9
Accueil et écoute	7	7
Échange de pratiques	7	7
Remise à niveau, formation annuelle...	7	7
Prise en charge pathologies mentales	5	5
Prise en charge des personnes âgées	4	4
Aide aux familles	2	2
Autre*	24	25

Évaluation des formations « à distance »

Avec quelques mois de recul, quelle appréciation globale portez-vous sur la formation ?



Évaluation des formations « à distance »

- 7 sur 10 confrontés à des situations de crise dans les suites de la formation
- 76% ont utilisé les connaissances, savoir-faire acquis
- 69% ont modifié leurs pratiques

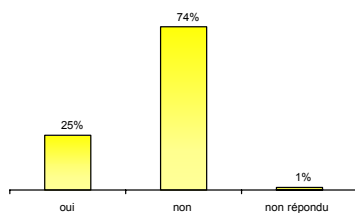
Évaluation des formations « à distance »

De quelle manière avez-vous modifié vos pratiques en matière de repérage ou de prise en charge ?
(plusieurs réponses possibles)

	%
Écoute	22
Repérage des signes	19
Technique d'entretien, reformulation	8
Orientation	4
Gestion de la crise, désamorçage	4
Évaluation du R suicidaire, gravité	2
Avec l'entourage	1

Évaluation des formations « à distance »

Avez-vous développé des partenariats
(ou un travail en réseau) suite à cette formation ?



Évaluation des formations « à distance »

Quelles difficultés et/ou questionnement rencontrez-vous encore dans le repérage et la gestion de la crise ?
(plusieurs réponses possibles)

	%
Repérage des signes	11
Évaluation de la gravité	8
Gestion de la crise, désamorçage	8
Technique d'entretien, reformulation	7
Échanges avec la personne	7
Orientation	5
Angoisse personnelle, peur	5
Faire accepter la prise en charge	4
Difficultés avec l'entourage	3
Diminution des idées reçues	3
Sentiment d'impuissance	3
Accompagnement post-crise	1
Non réponse	47

Évaluation des formations « Repérage et gestion de la crise suicidaire »

PERSPECTIVES

- Des sessions spécifiques pour le milieu pénitentiaire
- Une poursuite des sessions de formation pluridisciplinaires
- Cette matinée de regroupement pour poursuivre l'évaluation à distance, qualitative...

Pr Jean-Louis Terra

J'aimerais remercier le Cores pour cette évaluation exemplaire. Je me demande d'ailleurs si toutes les régions ne devraient pas faire cet exercice puisque nous avons les données de l'évaluation initiale, il suffit de les compléter par un questionnaire. Il est important que chaque région qui s'est investie puisse savoir qui a été formé, combien de personnes, quelles sont les tendances. Je félicite les formateurs, le témoin est bien passé.

On voit aussi les lacunes, les populations orphelines et/ou à risques (les populations âgées et populations hospitalisées en psychiatrie sont absentes).

Par ailleurs, il est certain qu'il faut travailler avec les policiers et gendarmes. Ce sont les personnes qui voient les gens les plus malheureux de la terre (ex : chaque jour une personne remet une arme à la police parce qu'elle sent qu'elle est dangereuse pour lui). Si l'on ne s'investit pas assez avec eux, on passe à côté de poches de souffrance et de situations extrêmes.

Le point de vue des formateurs régionaux

Dr Pierre Besse, Psychiatre, CHU de Dijon

(intervient avec le Pr Hervé Benony, Psychologue, Université de Bourgogne, dans l'Yonne et en Côte d'Or)

Ces formations ont permis de produire quatre guides de prise en charge et de prévention du suicide (un par département) qui répertorient toutes les structures d'accueil, de soins, d'écoute... Ces guides sont également disponibles en ligne sur le site du réseau des comités d'éducation pour la santé (www.cores-bourgogne.org) et en cours d'actualisation.

En ce qui concerne les formations, nous avons été frappés par la motivation des personnes pour la participation à ces journées (2 jours), leur implication (questions très vivantes qui nous permettent de nous remettre en question, de se confronter à des situations de personnes isolées, se retrouvant en milieu rural face à des situations de crises difficiles...).

Ces formations ont permis également aux personnes de se rencontrer. Certaines institutions travaillent les unes à côté des autres sans se connaître. Ces formations ont permis de mettre un visage sur des noms..., des liens se sont noués entre différentes personnes (notamment avec les personnes isolées dans le département...).

Je salue les personnes qui ont participé et qui ont parfois rendu compte de situations compliquées.

En ce qui concerne l'organisation de ces formations, notre souhait était de former un public homogène, pas trop médical (on préférerait qu'il y ait des personnes au plus près des situations de crise). Nous voulions partir de situations réelles... (comme abordé dans la formation nationale de formateurs). L'aspect théorique est bien sûr abordé car des questions se posent mais ce ne sont pas des cours magistraux. D'ailleurs, les jeux de rôle ont suscité de fortes réactions. Nous étions étonnés qu'il y ait des volontaires pour participer.

Mme Hélène Versini, Psychologue, CHS de Sevrej

Nous inscrire aux formations nationales nous a semblé évident étant donné notre travail en psychiatrie d'urgence où nous accueillons de façon pluri quotidienne des personnes (même après une tentative de suicide). Ensuite parce que nous travaillons avec des médecins et infirmiers dont la motivation principale est l'urgence somatique. Nous sommes là pour faire un travail de transmission important autour de la prise en charge de la tentative de suicide. Nous sommes dans le cadre d'une psychiatrie de liaison, les échanges avec ce personnel médical et infirmier sont importants car ils ne sont pas sensibilisés de la même façon que nous à la prise en charge du risque suicidaire.

Notre deuxième motivation est que dans ces rencontres, nous nous trouvons pour la première fois en amont de la crise (et non plus lorsque le patient arrive déconstruit par la crise), nous sommes dans un travail d'élaboration et de rencontres avec tous personnels de santé confondus, ce qui est très important pour nous.

Beaucoup de questions se sont posées au démarrage des sessions, notamment celle de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité des groupes...

Ces formations nous ont permis de faire notre apprentissage de formateur. Ce qui nous paraissait très gratifiant dans un premier temps c'est qu'il y avait à la fois la nécessité de faire entrer ces formations au sein des facultés mais en même temps la volonté de pouvoir faire un travail de maillage du territoire et s'adresser aussi bien à la faculté qu'à la Bourgogne centrale.

Beaucoup de questions initiales se sont posées autour de l'hétérogénéité ou la pluridisciplinarité des groupes (psychologue clinicienne, bénévoles, gendarmes, infirmiers de psychiatrie...) avec la difficulté concernant les apports théoriques, le renvoi de ces apports à un groupe où les acquis et les orientations professionnels de chacun étaient complètement différents.

Des questions également sur les incidences entre les thématiques abordées et les émotions des jeux de rôle.

A la première session se sont constitués des sous-groupes (soit par profession, soit par milieu d'intervention). Nous avons essayé d'être davantage attentifs au fur et à mesure des sessions pour pouvoir favoriser l'écoute, les échanges et l'ouverture vers les autres.

Un autre clivage intéressant : la notion de soins. Avec des soignants et des non-soignants, beaucoup d'échanges sur la notion de soins pour aboutir à une définition qui est de « prendre soin de quelqu'un », ainsi tout le monde peut être acteur dans cette notion quelle que soit son orientation professionnelle.

La notion d'échange nous a amené à gérer de façon différente la dernière demi-journée de formation : initialement, nous avons tendance à compléter les apports théoriques. Lors des dernières sessions, les échanges interpersonnels étaient plutôt privilégiés.

Conclusion :

- Richesse de cet aspect pluridisciplinaire
- Beaucoup de bénéfice à échanger, à découvrir le fonctionnement de chacun
- Importance de se connaître pour travailler plus facilement ensemble. Liens interpersonnels beaucoup plus efficaces que les liens conventionnels pour travailler ensemble
- Beaucoup de demandes de formations complémentaires (par rapport aux personnes âgées, à l'enfant, à l'adolescent...).

Dr Pierre Besse

Sur la notion de soin, il faut préciser que cette formation n'est pas une formation pour devenir un thérapeute. Il s'agit de reconnaître et désamorcer mais pas traiter.

Pr Jean-Louis Terra

Quand on fait partie du milieu médical (médecin, infirmière...) on peut intégrer cette intervention à son moi professionnel. Pour les autres professions, il s'agit d'évaluer une urgence suicidaire et la transmettre.

Questions aux formateurs :

- Combien de jeux de rôle ont été faits au cours des sessions ?
- Est-ce que les jeux de rôle étaient adaptés aux situations des participants ?

Dr Pierre Besse

2 jeux de rôle, 2 groupes de 10 personnes.

Cores de Bourgogne – Actes de la journée d'étude et d'échanges autour des formations au repérage et à la gestion de la crise suicidaire – Octobre 2004

Les volontaires du premier jeu changeaient de rôle au deuxième (patient/professionnel).

Mme Hélène Versini

2 jeux de rôle, un par journée, par groupe de 3 ou 4 (les participants permutent d'une journée à l'autre). Le premier est un jeu de rôle plus facile dans l'implication et dans l'émotion qui peut surgir. Le deuxième est beaucoup plus dense et suscite des émotions plus importantes à gérer (il faut donc être attentif au vécu professionnel et personnel des participants).

Dr Pierre Besse

Nous sommes attentifs à ce que le jeu de rôle peut lui-même susciter : ce n'est pas un jeu, il y a des implications.

Témoignages des professionnels formés

Côte d'Or

Mme Anita Brassaud et Mme Monique Michelin, écoutantes à l'association Revivre en Côte d'Or

Mme Brassaud

Présentation de l'association

Revivre en Côte d'Or a été créée il y a 10 ans. C'est un lieu non médicalisé qui offre la possibilité à des personnes en souffrance psychologique de venir être écoutées à l'association.

Public

Personnes dépressives, malades mentaux stabilisés, personnes âgées très isolées.

Ces personnes sont en général suivies par des psychiatres, nous sommes complémentaires au système déjà existant. Tous les écoutants sont formés à l'écoute par des psychologues. Nous offrons un lieu d'écoute aux personnes qui en font la demande pour écouter et reconnaître la souffrance. Une réunion mensuelle d'analyse de la pratique nous permet de débriefer.

Nous avons essayé de diffuser les principaux éléments de cette formation par le biais d'un compte rendu écrit que nous avons distribué à tous les écoutants ainsi qu'aux secrétaires. Nous avons organisé une réunion d'échanges sur le thème du suicide.

Nous avons eu rarement à désamorcer une crise. Quand c'est arrivé, ces personnes nous ont été envoyées par des structures qui font partie du guide.

Apport de la formation

La formation m'a apporté une meilleure capacité d'écoute vis à vis des personnes suicidaires, m'a permis de mieux connaître les signes de repérage (avant, les signes les plus évidents étaient l'isolement, le repli sur soi... la formation nous a montré que l'agressivité, la violence, l'expression de la rage sont des signes auxquels il faut penser).

Mme Michelin

Antenne Nord Côte d'Or (existe depuis 3 ans à Saulieu)

Personnel composé exclusivement de bénévoles qui suivent des formations théoriques et discussions des cas rencontrés avec une thérapeute.

Le public nous est signalé par les services sociaux et alcool assistance. En milieu rural, l'alcool est un problème important, mais il est difficile de regrouper les personnes en raison de l'étendue de la zone d'action. Les bénévoles sont donc amenés à se déplacer.

L'association a un rôle d'acteur de terrain. Nous sommes des écoutants et non des soignants, des relais entre les personnes en souffrance psychologique et les professionnels.

Apport de la formation

- Sensibilisation au suicide en Bourgogne
- Plus attentive au repérage

Libérer la parole est le remède essentiel à l'état suicidaire.

Madame Marie-Claude Doulouma, Infirmière au centre médico psychologique de l'hôpital de Semur-en-Auxois

Très satisfaite de l'hétérogénéité des participants. C'est important pour décloisonner les différentes institutions, cela nous permet de partager nos compétences, d'évaluer nos limites, de se connaître...

Le travail de partenariat prend forme.

Apport de la formation

- Plus facile de repérer une crise

Nièvre

Mme Sylvie Labonne, Éducatrice dans un service d'accompagnement d'adultes handicapés à la Résidence Georges Bouqueau à Imphy

La Résidence est un centre d'hébergement et de réinsertion sociale. 80% de nos patients sont orientés chez nous par le CHS de la Charité sur Loire. Ils présentent des troubles psychiatriques et psychologiques accompagnés de traitements médicaux assez lourds (pour dépression, mal être, perte d'assurance...). Notre travail est de les aider au quotidien à leur faire prendre confiance en eux.

Objectifs de la formation

- Améliorer la pratique (repérer les éléments graves de la crise, reconnaître les facteurs déclenchants, les messages, les changements de comportement... et orienter surtout la personne vers un soin approprié)
- Informer, restituer et mettre à disposition les documents et informations fournis à mes collègues (équipe de 6 éducateurs et un animateur).

Apport de la formation

- Rencontrer et échanger avec des professionnels de formations différentes, des bénévoles... de différentes structures de la Nièvre
- Difficultés : interprétation au travers des jeux de rôle, de se mettre en situation, de se remettre en cause...
- L'écoute est le plus important pour aider la personne en souffrance.

Yonne

M. Éric Schaeffner, Infirmier au service de psychiatrie des urgences de l'hôpital d'Auxerre

Sur Auxerre il y a en moyenne deux tentatives de suicide par jour.

Au service de psychiatrie travaillent un psychiatre et trois infirmiers

Attentes : en apprendre plus sur la prise en charge des adolescents. Au CH d'Auxerre : pas d'unité de psychiatrie pour adolescents.

Cette formation est très concrète.

Témoignages de la salle

« Conseillère en éducation, j'ai participé avec ma collègue infirmière à la formation. Après les deux jours de formation où nous avons beaucoup échangé, nous avons le désir de monter un projet au sein du lycée. Cette idée est restée en suspend pendant un an (absence de l'infirmière). En ce qui concerne les jeux de rôle, je me suis sentie en difficulté. Il y avait un décalage : je me posais trop de questions. Dans la réalité, je me suis rendue compte que mon écoute était différente, peut être un peu plus pointue. »

« Assistante sociale au CHS de Sevrey, cette formation m'a permis, dans les échanges avec les gens, de pouvoir évoquer la mort. »

« Infirmière au Centre médico-scolaire de Tournus, j'avais souhaité faire cette formation parce qu'au départ, je me fiais beaucoup à l'intuition. Faire cette formation m'a rassurée sur ma façon de faire. Après la formation, j'ai été confrontée à plusieurs situations d'adolescents en mal-être, avec des idées noires notamment deux tentatives de suicide (TS). Plusieurs difficultés se sont posées : gérer la famille, le retour de l'adolescent au collège... Il a fallu deux TS pour que les choses se mettent en place.

La formation m'a beaucoup apporté au niveau personnel et au niveau du travail en collaboration avec tous les partenaires (institutionnels ou associatifs). »

« Responsable d'un foyer sur Dijon qui s'occupe de personnes en grande difficulté sociale (personnes adultes, à la retraite), la formation m'a sensibilisé à la parole, au geste (ce qui permet de mieux repérer). Les jeux de rôle sont des moments extrêmement inconfortables.

J'ai été personnellement confronté à deux situations particulières : la première en phase de prévention où j'ai réussi à convaincre la personne et à l'amener aux soins. La deuxième : une personne qui voulait se défenestrer. Les jeux de rôle m'ont permis d'effacer ma crainte.

La formation permet de se rencontrer, se connaître mais il faudrait créer un moment où les acteurs de terrain de la zone puissent se rencontrer et échanger. »

« Infirmier dans un secteur psychiatrique du CHS de Sevrey, j'avais des attentes avant la formation (notamment concernant la notion de personne ressource et de réseau). Au final, nous nous sommes peu servi de ce réseau qui aurait pu se mettre en place.

J'ai regretté que la police et la gendarmerie (intervenant en première intention avec une grande capacité d'écoute) n'aient pas participé à la formation.

D'autre part, je souhaiterais faire part de ma frustration, en qualité de personnel hospitalier formé, qui travaille dans un pavillon qui accueille des personnes très agitées, parfois violentes... où le patient suicidaire se fait très discret. Une unité ouverte a été créée pour les patients suicidaires mais avec une condition d'entrée : qu'il n'y ait plus de risque de passage à l'acte. »

Réponse de Mme Versini : « le pavillon n'est pas du tout réservé aux personnes suicidaires. C'est un pavillon réservé aux personnes dépressives. Il accueille parfois des patients après une crise suicidaire mais il ne leur est pas réservé. »

« Psychologue au CHS de Sevrey, j'ai participé à la formation en janvier 2003. Ces formations m'ont surtout permis de réfléchir et de m'interroger sur ma pratique et du coup me rendre plus disponible à la fois physiquement et psychologiquement face au patient en risque suicidaire. J'essaie d'être disponible rapidement, de ne pas différer ma réponse et mes rendez-vous ».

« Infirmière, agent de santé sur le département de l'Yonne, j'ai assisté à la formation lorsque j'exerçais au sein d'un établissement pénitentiaire. Actuellement, ma mission est d'intervenir

auprès de publics en précarité. En milieu pénitentiaire, j'ai eu à gérer de nombreuses situations de crise suicidaire (gestion de la personne suicidante et gestion du personnel de l'établissement). Infirmière somatique j'ai rencontré le problème du secret médical qui ne se partage pas avec l'équipe psychiatrique. Actuellement, dans ma nouvelle mission, je tends encore à le remarquer. On a du mal à se faire entendre. Par exemple, lorsque je rencontre une personne à domicile suicidante, j'appelle le CMP qui correspond au secteur. Je fais le relais avec le CMP. Le CMP souvent me répond qu'il faut que la personne fasse la démarche, appelle ou vienne. Mais il y a des personnes qui sont dans une telle détresse qu'ils ne sont pas en capacité de le faire. Dans mes deux pratiques il y a toujours ce clivage alors que l'objectif final est quand même la prise en charge des personnes. Clivage qui existe bien qu'il y ait une ouverture dans le cadre des réseaux avec un partenariat divers.

Pendant la formation et notamment pendant les jeux de rôle, j'ai mêlé mon vécu personnel et mon vécu professionnel. Lorsque je rencontre une situation de crise suicidaire, je me remémore ce jeu de rôle : rester observatrice (beaucoup de choses se disent dans le non-dit). »

Pr Jean-Louis Terra

J'apprécie la richesse de tous ces points de vue qui portent sur la formation elle-même mais aussi sur l'articulation entre la formation, le gain de compétences et la mise en pratique régulière.

Les relations humaines sont les choses les plus difficiles et notamment la gestion des peurs réciproques. La conduite d'entretien est un travail de gestion des peurs réciproques. Pour les atténuer il faut s'entraîner. La pratique aide mais la supervision aussi : au cours de ma carrière, je pense que j'ai régulièrement mal fait mon métier sur certains points parce je ne savais pas ou que je croyais savoir (ce qui est encore pire).

Points importants des discussions :

- Le problème des signaux forts et signaux faibles : les formations permettent d'apprendre qu'il y a des crises suicidaires à turbulences élevées et d'autres qui ne font pas de bruit (les personnes âgées, personnes résignées, épuisées...).

- L'idée de réseau, trouver des visages derrière des noms, des numéros de téléphone, des adresses est important.

- La notion de personne ressource. Les personnes formées ne sont pas forcément personne ressource dans leur institution.

- Le problème de la fiabilité humaine : « je m'arrange, je me mets à disposition... ». C'est un des plus grands leviers de la prévention du suicide.

- Le secret médical : dans quelle mesure l'exercice de chaque professionnel n'empêche pas que les situations soient prises en compte collectivement ?

- La qualité de l'évaluation : les 9 points de l'urgence

9. la personne est morte

8. la personne a commencé sa tentative et a arrêté

7. la personne va le faire tout de suite

6. la personne qui le fait dans les 48 heures

5. la personne qui le fait au delà des 48 heures

4. Idées de suicide très fréquentes (où ?, quand ?, comment ? n'est pas complet)

3. Idées fréquentes

2. De temps en temps

1. Quelques idées

5 000 personnes ont pu être formées par près de 200 formateurs (avec peu de personnes de services de psychiatrie, personnes concernées au premier chef ou qui devraient l'être. On voit bien que la question du suicide est aussi une question de lever un tabou).

Cette formation permet de légitimer les acteurs de première ligne dans la prise en charge de la souffrance mentale, plus globalement, dans la limite de leurs compétences. Nous ne souhaitons pas transformer les acteurs de première ligne en thérapeutes.

Ce qui pose la question du rôle des personnes formées : quand nous avons organisé les formations au niveau national, au départ, les personnes formées devaient être des personnes ressources, ce qui a généré beaucoup de frustrations : la question est de savoir comment rediffuser l'information apprise dans la formation ?

Je voulais donc savoir pour les personnes formées :

- Est-ce que ça vous a paru facile de transférer ce savoir acquis pendant la formation ?
- Quel est le positionnement institutionnel de la personne qui a été formée dans sa propre institution ?
- Y a-t-il une reconnaissance de leur institution ? (question surtout pour l'Éducation Nationale).

Pour les formations en milieu pénitentiaire, le Pr Terra a été mandaté pour rédiger un rapport sur la prise en charge du suicide en milieu carcéral. Il y a eu ensuite une volonté politique (par le Ministre de la Justice) qui a permis de se poser la question du rôle du sergent de prison formé dans la prise en charge du suicide. Le Ministère de l'Éducation Nationale a précisé qu'il ne fallait pas transformer les personnels de l'Éducation Nationale en thérapeutes. On a l'impression que les professionnels sont lâchés dans la nature et ont un sentiment d'isolement.

Dans le Bureau de la Santé Mentale se pose également la question de savoir si ces formations permettent d'installer, de manière informelle ou non, un système supervisé.

Témoignages de la salle

« Directrice de la Croix Rouge Française de l'Yonne, de centres maternels sur Sens et Migennes, j'ai participé à la formation en décembre 2002 pour sensibiliser les équipes qui accompagnent au quotidien les usagers en grande souffrance. Mon souci aujourd'hui est d'amener d'autres personnes à cette formation pour pouvoir diffuser encore plus sur l'Yonne l'information, l'écoute et la réactivité. Nous avons eu à prendre en charge cette semaine une jeune qui a fait une TS. Nous l'avons orientée à la cellule d'écoute. Nous avons eu un problème avec l'hôpital psychiatrique qui n'a pas de cellule pour les adolescents. L'hôpital général est en travaux aujourd'hui : il y aura bientôt 5 lits pour accueillir des adolescents. Je souhaiterais travailler en réseau, en amont, avant que cette cellule n'ouvre pour que l'on puisse continuer le travail d'accompagnement, de réflexion à une plus grande échelle. Le but de ma présence est d'accompagner une équipe qui aujourd'hui a changé : notre service évolue, le personnel aussi. Je souhaite toucher le plus de monde possible et diffuser l'information à ces personnes. »

« Infirmier au CH d'Auxerre : on a du mal à envoyer un adolescent en psychiatrie adulte, ils subissent les perversités du système de psychiatrie. Quand nous n'avons pas le choix on les envoie en service fermé avec des schizophrènes, des délirants, des personnes âgées... on évite donc au maximum de les envoyer au CHS. Sinon, nous travaillons beaucoup avec le CASA d'Auxerre (Centre d'accueil et de soins pour adolescents). »

Dr Pierre Besse

« Je reviens sur l'interrogation de Murielle Rabord sur la reconnaissance des personnes formées dans leur institution.

- On donne au cours de la formation le document réalisé par le Dr Grisot sur la prévention du suicide. Ce document est à transmettre dans l'entourage des personnes formées. Les personnes viennent à la formation au nom de leur institution, à elles ensuite d'en parler.

- A partir du guide des structures de prise en charge de prévention du suicide, on avait l'idée de créer un réseau, du lien entre les acteurs. La dernière demi-journée de la formation est consacrée à répertorier les structures qui existent, à parler de ce chacun fait, d'en parler aux autres. Il faut être clair sur ce que l'on peut être capable de faire, savoir que l'on peut compter sur les autres.

En ce qui concerne le réseau il faut signaler qu'il existe en France le secteur de psychiatrie. J'ai été étonné que les personnes formées qui ne travaillent pas directement dans le champ de la psychiatrie ne connaissent pas les CMP, CATTP, hôpitaux de jour. Ces personnes ne savent pas que la psychiatrie, depuis quelques années, est sortie des murs de l'hôpital et qu'il y a un secteur psychiatrique, avec des équipes. »

Dr Pierre Lorient

« Pour revenir sur la position institutionnelle de la personne ressource après la formation : au CHS de Sevrey, nous avons expliqué et rédigé des courriers au Directeur et à l'Infirmier Général. Toute l'Institution a facilité le travail mais nous nous sommes rendus compte que ces formations ont été vécues comme des formations personnelles, en lien avec l'exercice professionnel. La question est de savoir comment arriver à faire remonter au niveau institutionnel ce que l'on souhaite mettre en place ? »

Mme Hélène Versini

« Le terme de personne ressource n'est peut être pas le terme le plus approprié. On se heurte après les formations à l'inertie, à la réponse différée des services que l'on essaye de mobiliser. »

Pr Jean-Louis Terra

« Comment passer de deux personnes compétentes isolées à une institution qui a ses objectifs ? Est-ce qu'il y a des stratégies politiques mises en place dans ces institutions ?

Le pari lancé pour le milieu pénitentiaire est que toute personne qui est au contact des détenus doit être capable d'identifier et désamorcer une crise parce qu'un détenu rencontre peu de personnes.

La question est : Quelle stratégie adopte t'on en terme d'objectifs, de formations (initiales et continues), de pratiques, d'évaluation des pratiques et de mesure de l'atteinte des objectifs ? Pour les établissements de santé on a pu mettre dans la deuxième version du manuel d'accréditation de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) la manière de détecter une souffrance, la prendre en charge...

La question se pose en terme de formation : faut-il former un service hospitalier au complet plutôt qu'un spray de personnes, qui vont se sentir isolées ?

La question technique est : une personne en souffrance a-t-elle une chance, chaque jour, de rencontrer quelqu'un qui peut évaluer et intervenir ? »

« Psychologue au CHS de Sevrey : Nous sommes confrontés, dans le service dans lequel je travaille, à la difficulté de transmettre ce que l'on a pu apprendre et échanger au cours de nos formations. On le fait de manière informelle, le matin autour du café, mais on a beaucoup de

difficultés à formaliser cela, à instaurer des temps de réunions pour échanger sur les formations auxquelles on a chacun participé. »

« Infirmière à l'éducation nationale depuis deux ans, j'ai la chance, en terme de réseau, d'avoir travaillé avant à l'hôpital. Au collège, au retour de formation, il est difficile de pouvoir informer les autres collègues. En tant que professionnel de santé, je suis seule dans l'établissement. J'informe le proviseur de l'établissement. A lui de faire le relais s'il le souhaite.

La formation « repérage et gestion la crise suicidaire » nous a donné envie de prendre contact avec les autres personnes de la formation, de mettre des choses en place... Le but premier est d'abord de sensibiliser les collègues de l'établissement au problème du suicide.

Avoir le CASA d'Auxerre est une chance. Connaître le système par le biais de l'hôpital m'aide beaucoup. De même la formation nous aide à nous sentir moins seuls, moins isolés. »

Mme Murielle Rabord

« Une précision : le Ministère de l'Éducation Nationale a pris un positionnement : comprendre les besoins autour de la santé mentale sur les relations inter institutionnelles. A partir d'une analyse de ces besoins, ils proposeront des actions au niveau national. Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des établissements scolaires pour connaître leur besoins dans ce domaine. Sur cette question des formations sur la crise suicidaire, nous avons ainsi plus de relations au niveau local qu'au niveau national. »

« Assistante sociale à l'Éducation Nationale : dans certains établissements, les chefs d'établissements s'autorisaient à remettre ces questionnaires aux infirmières considérant que le problème du suicide ne les concernait pas directement.

Par ailleurs, le rapport Thelot qui est en train de sortir précise que le Ministère souhaite se défaire du personnel qui concerne l'écoute des adolescents (médecins scolaires, assistantes sociales, infirmières...) tout en sortant des circulaires sur la souffrance psychique des jeunes...

Les gens de terrain ne savent plus sur quel pied danser et quel va être leur devenir dans la prise en charge de ces adolescents. Le rapport précise qu'il faut prendre des intervenants à l'extérieur de l'Éducation Nationale et même embaucher alors que l'on parle à l'heure actuelle d'économies au niveau du système de santé. »

« Conseillère d'éducation à l'Éducation Nationale depuis plusieurs années, j'ai l'impression que l'on fonctionne par mode. Actuellement, la sécurité routière est au centre des préoccupations. Les projets d'établissements retenus sont souvent ceux qui vont dans la tendance du Ministère. Je ne sais pas si le suicide sera retenu dans notre établissement. »

Mme Hélène Versini

« Dans le lycée, on a beaucoup de mal à faire intervenir des gens de l'extérieur. Du personnel aurait été formé pour cette prise en charge. En tant que cellule d'urgence nous ne sommes pas appelés parce qu'il y a du personnel formé au niveau de l'Éducation Nationale. »

« Infirmière à l'Éducation Nationale, responsable du département de l'Yonne. Suite aux formations, nous avons essayé de rediffuser l'information à l'ensemble des infirmières du département, en demandant aux infirmières formées par les binômes et aux infirmières formées par l'institution (l'Éducation Nationale a mis en place des formations à destination du personnel depuis plusieurs années) de se réunir et diffuser l'information aux autres infirmières.

Au rectorat, la souffrance psychologique est une priorité (au même titre que les conduites addictives). »

Pr Jean-Louis Terra

« Une question se pose : est-ce que nous devons évaluer toutes les personnes que nous rencontrons ? (par exemple un service d'urgences a le devoir d'évaluer les crises suicidaires chez tous les arrivants, d'autres institutions repèrent ce qui émerge).

La prévention du suicide est un domaine où les savoirs et les connaissances ne sont pas figés. Il est important que l'ensemble des formations sur un territoire soit normés par rapport à un seul contenu. Il faut éliminer les fausses idées.

Je préfère une petite action pour des milliers de personnes que des grosses actions pour quelques personnes. »

Les enjeux de la conduite d'entretien

Pr Jean-Louis Terra

La conduite d'entretien en situation de crise suicidaire

Jean-Louis Terra

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

1

Pourquoi la qualité de l'entretien est déterminante ?

- L'entretien est la seule manière pour authentifier une crise suicidaire
- L'entretien est la seule voie d'accès pour conduire l'évaluation du potentiel
- L'engagement est indispensable pour accéder aux données cliniques pertinentes
- Le désamorçage se fonde sur l'accès aux émotions et à leur nomination
- Les solutions ne peuvent naître et vivre qu'en connaissant la personne et son contexte

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

2

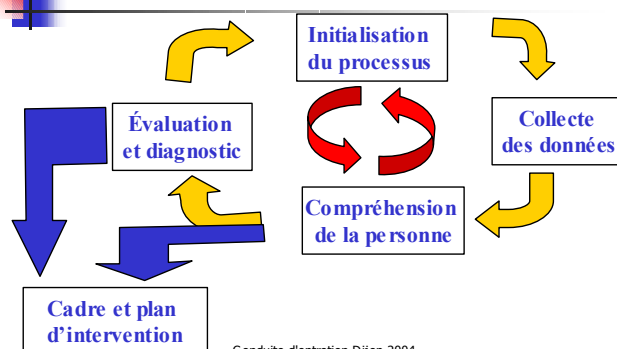
Enjeux

- Un humain tâche de comprendre un autre humain
- Explorer une pièce d'une vieille maison familiale avec, pour seule lueur, une bougie portée par la parole du patient
- Comment ne pas perturber le décor en allant trop vite
- En explorant les ombres, un souffle peut éteindre la flamme
- Mais avec patience, on commence à voir plus clair
- Les portraits de la famille se dessinent, les caractéristiques de celui qui les éclaire, le patient, émergent

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

3

Représentation du processus d'entretien



Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

4

La conduite

- Vous devez conduire l'entretien
- Cette conduite doit être la plus naturelle et discrète
- Laisser le patient raconter son histoire est la plus belle façon de conduire un entretien
- Ne pas confondre entretien non directif et non dirigé

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

5

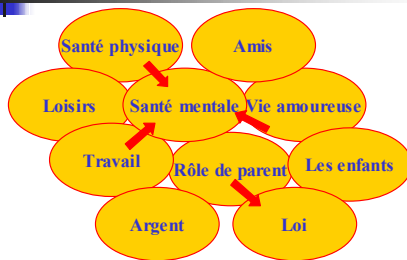
Petits conseils

- Ne pas être pressé
- Bien explorer une sphère avant de passer à une autre
- Demander des détails si les propos sont généraux
- Retenir les prénoms des membres de la famille, surtout ceux des enfants

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

6

Les sphères de la vie et la nécessité de transitions



Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

7

Peurs et craintes

- Suis-je en sécurité ici ?
- Est-ce que j'accepte de le faire « entrer dans ma vie intérieure » ?
- L'intervenant va-t-il m'irriter, m'énerver ?
- Va-t-il me juger ?
- Va-t-il me prendre pour un fou ?
- Va-t-il m'estimer ?

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

8

Peurs et craintes

- L'intervenant veut-il me faire faire des choses que je ne veux pas faire ?
- Est-ce qu'il va me dire des choses que je ne suis pas encore prêt à entendre ?
- Est-il capable de supporter ce que j'ai à lui confier ?
- Se montre-t-il bien intentionné pour m'aider ?
- Sera-t-il capable de m'aider ?

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

9

Exigences de la thérapie et exigences de la masculinité Dulac G (Frontières, 2000)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ THERAPIE ■ Dévoiler la vie privée ■ Renoncer au contrôle ■ Chercher de l'aide ■ Exprimer les émotions ■ Montrer ses faiblesses ■ Intimité non sexuelle ■ Aborder les conflits ■ Être introspectif | <ul style="list-style-type: none"> ■ MASCULINITE ■ Cacher sa vie privée ■ Maintenir le contrôle ■ Être indépendant ■ Cacher ses émotions ■ Montrer sa force ■ Sexualisation de l'intimité ■ Éviter les conflits ■ Agir, faire |
|--|---|

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

10

Connaître et repérer les différentes phases de progression de l'agressivité

- 1 Questions
- 2 Négations
- 3 Émotions
- 4 Intimidations
- 5 Passage à l'acte

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

11

Rechercher les facteurs de risque

- Utile pour évaluer le risque
- Indispensable pour connaître la personne
- Et pour diminuer la souffrance en lien avec ces facteurs de risque
- Ne pas oublier que le suicide est relationnel (conflits, pertes...)
- Leur exploration initiale sera d'autant plus sommaire que la personne est en urgence élevée

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

12

Quelques facteurs de gravité

- Psychose
 - Voix impérieuses
 - Gestes auto imposés
 - Hyper religiosité
 - Vengeance
 - Emprise extérieure (un double qui dirige)
- Attaques de panique

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

13

Quelques facteurs à ne pas négliger

- Personnalités
 - Dominatrices actuellement épuisées
 - Dépendants insatisfaits
 - En symbiose avec un être cher
- La négligence de l'entourage
 - Tentative découverte tardivement
 - Souhait de disparition
- Tonalité humaniste
 - Seule faon d'aider la famille

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

14

Les 4 périodes à explorer

- Les idées actuelles qui ont motivé l'entretien
- Les 6 à 8 semaines précédentes
- Les antécédents plus lointains : idées, tentatives
- Les idées et intentions pour les heures et jours à venir

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

15



Les questions à poser

- Pour évaluer le degré d'urgence c'est-à-dire la progression de la crise, trois questions sont essentielles :
 - Souffrez-vous au point de penser à vous tuer ? *Si oui*
 - Avez-vous pensé comment le faire ? *Si oui*
 - Avez-vous pensé quand le faire ?
- Éviter les malentendus:
 - Idées grises, noires, penser à vous faire du mal
 - Les questions formulées négativement
 - Repérer les moindres hésitations (Non, pas vraiment)

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

16

Rapport entre la prévalence annuelle de suicide, de tentative de suicide et d'idéation suicidaire (d'après A Lesage)

- Idéation : 4 000 pour 100 000 personnes
- Détection-protection 
- Tentative : 600 pour 100 000 personnes
- Détection-protection 
- Suicide : 17 pour 100 000 personnes

Explorer une tentative précédente

- Comment
- Gravité des gestes entrepris
- Degré de l'intention
- Sentiments vis-à-vis du fait de ne pas être décédé
- Degré de planification
- Rôle de l'alcool et des drogues
- Rôle des facteurs interpersonnels (colère, rejoindre)
- Profondeur du désespoir
- Pourquoi la tentative a échoué

Conduite d'entretien Dijon 2004
JL Terra

18



Les grands risques

- Avoir une idée préconçue et essayer de faire « rentrer » la personne dans ce cadre
- S'arrêter devant une émotion parapluie : colère, bouderie
- Et ne pas accéder aux autres
- Penser trop tôt à une solution
- Penser qu'il y a plus compétent et orienter trop tôt
- Se réfugier derrière les contraintes du métier ou de l'institution
- Penser que les bonnes raisons peuvent raisonner la subjectivité

L'adolescent en crise et le risque suicidaire, rappels cliniques

Dr Dominique Grisot, Pédopsychiatre, Centre hospitalier de Mâcon

Chez l'adolescent la crise suicidaire se présente sous deux grands volets :

- les signes d'appel
- le contexte de vulnérabilité

L'un et l'autre vont permettre d'orienter la prise en charge à proposer. L'entretien est conduit pour évaluer le degré de dangerosité dans lequel se trouve le patient.

Les signes d'appel se décomposent en deux étapes :

- La crise douloureuse, psychique qui n'a pas de spécificité : expression d'un processus douloureux (troubles du sommeil, troubles alimentaires...)

= crise qui permet d'alerter. Elle peut se manifester dans le domaine de l'expression des mots, par des troubles du comportement, des résultats scolaires... Souvent, on repère ces adolescents suicidaires par des conduites de marginalisation (alcool, tabac, absentéisme...).

Quelques particularités peuvent alerter pour penser à la crise suicidaire notamment l'automutilation (scarification...).

Les signes évolutifs de cette crise psychique sont un peu différents selon le sexe : pour les garçons : comportements violents, délictueux ; les filles ont un comportement plutôt tourné vers les conduites de fuite (absentéisme scolaire, troubles alimentaires, prises médicamenteuses volontaires...).

- l'expression d'idées ou d'intentions suicidaires

Il faut faire une différence entre l'idéation et l'intention : la situation d'urgence est différente. Cette expression d'idées peut être parfois indirecte : l'adolescent qui range ses affaires, fait des dons d'objets...

L'idéation suicidaire est plus difficile à mesurer car banale chez l'adolescent qui est souvent intéressé par tous ces concepts de morts... Par contre il faut toujours repérer que cette idéation, si elle témoigne d'une volonté de mourir est apportée pour dire « je ne vais pas bien ». Elle est l'expression d'être dans une impasse.

Pour repérer le degré d'urgence de cette douleur il faut explorer les facteurs de risques

Le contexte de vulnérabilité

C'est un engagement du professionnel qui va lui permettre de diriger l'entretien, même s'il n'est pas directif.

- Les facteurs de risque :

- Troubles psychiques, en particulier la dépression

La dépression chez l'adolescent est un facteur psychopathologique important. Le syndrome dépressif est difficile à repérer chez l'adolescent. A partir du moment où il y a dépression, on est dans un risque suicidaire important (surtout la dépression névrotique).

Lorsque l'enfant a des symptômes psychotiques, il est également dans un grand danger car soumis au caractère impulsif des idées qui se forment dans son esprit et au caractère impulsif du geste.

- Facteurs psycho sociaux et familiaux

L'adolescent qui est en isolement psychique n'est pas forcément isolé socialement. Le sentiment d'isolement n'est pas forcément lié à une solitude sociale.

Ce sentiment de solitude se traduit dans les situations familiales : on rencontre souvent des difficultés d'élaboration de la parole dans la famille, beaucoup de non-dits... Chez les garçons, le

Cores de Bourgogne – Actes de la journée d'étude et d'échanges autour des formations au repérage et à la gestion de la crise suicidaire – Octobre 2004

pourcentage de tentatives de suicide passe de 8% chez ceux qui n'ont pas subi de violences à 40% chez ceux qui ont été victimes de violences et notamment sexuelles.

La psychopathologie parentale est très importante : ce sentiment d'isolement peut être lié au fait que le parent n'est pas prêt pour assumer = il n'y a pas cette fonction de pare excitation (d'écran entre le traumatisme et l'enfant).

- Les tentatives de suicide

Le risque de récurrence après une première tentative de suicide est majeur dans les trois premières années.

- Les facteurs somatiques

Les enfants suicidaires ont plus que les autres d'antécédents de pathologies (hospitalisation, maladies graves...).

Un adolescent se suicide parce qu'il est souffrant et non parce qu'il est adolescent.

- Les facteurs déclenchants

Ils sont multiples et variés : décès d'un parent... plus souvent la rupture avec un copain, une mauvaise note.... On est souvent surpris de la disproportion entre le geste et l'importance de la douleur et l'événement déclenchant.

Ce repérage, ce listage des symptômes ne remplace jamais l'entretien, l'écoute et l'échange. La difficulté que l'on peut rencontrer chez l'adolescent est qu'il est très facile de lui parler mais les adultes ne comprennent pas toujours les messages qu'il leur envoie = on ne repère pas toujours les choses, non pas parce que l'on ne sait pas, mais parce que l'on n'entend pas. Il faut être dans l'entretien, se positionner comme témoin de la souffrance.

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide : une crise psychique est un processus évolutif, temporaire et dans les cas les plus fréquents réversible. L'enfant est dans un processus douloureux, on peut l'accompagner vers la réversibilité.

Prise en charge des adolescents en crise dans une unité d'hospitalisation

Dr Chantal Pichet, Pédiopsychiatre, Centre hospitalier spécialisé de Sevrey

La Cascade, unité pour adolescents du CHS de Sevrey, reçoit les adolescents qui ont déjà rencontré un médecin généraliste, médecin scolaire, psychiatre des urgences... Pour répondre rapidement on propose une consultation de pré admission. C'est une structure de 6 lits, qui appartient à une fédération. Unité apparue en 1996 qui accueille des jeunes entre 10 jours et quelques mois (moyenne de séjour = 24 jours).

L'entourage parental est fondamental pour que les adolescents se retrouvent. La suite donnée à la crise dépend de la capacité du jeune et des parents à se remettre en question.

Les jeunes reçus dans cette unité sont dans un processus où les symptômes apparaissent (troubles alimentaires, mouvements dépressifs, refus scolaire anxieux, phobie scolaire... bouffée délirante aiguë... Quand la pathologie s'installe, on fait un relais avec d'autres personnes (voire avec le service adulte).

La consultation de pré admission permet de poser les difficultés pour le jeune et sa famille. Les jeunes ont souvent du mal à verbaliser leur problématique. Il faut parfois amorcer la conversation, suivre les émotions du jeune, être authentique avec eux car il parle en tant qu'adulte.

Le jeune est hospitalisé pendant une semaine sans contact avec la famille, pour travailler sur la séparation avec les parents. Au bout de 10 à 15 jours, les contacts reprennent (téléphone, permissions le week-end...). On fait un point avec la famille sur l'arrêt ou non de l'hospitalisation. Pendant la première semaine, toute l'équipe (psychiatre, psychologue, infirmiers) travaille ensemble lors de réunions cliniques où chacun expose ses relations avec les adolescents. En effet, les adolescents se montrent différents en fonction des professionnels. On travaille beaucoup sur ce qui de l'ordre du transfert, contre transfert, sur les émotions du jeune et des soignants.

- Travail en équipe

Le psychiatre donne surtout un cadre de soins. Au sein du cadre, on travaille avec l'équipe.

- Travail des jeunes entre eux
- Travail avec la famille, à chaque contact avec l'infirmière... Un espace existe, en dehors de la structure où une assistante sociale reçoit les familles.

La fin de l'hospitalisation se prépare : on peut proposer l'hôpital de jour... Lorsqu'ils sortent, ils sont confiés à un tiers soignant = il y a passage du relais quand le contact est amorcé.

Dépression et suicide

Pr Bernard Bonin, Responsable de l'enseignement de la psychiatrie en Bourgogne,
Service de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire de Dijon

SUICIDE ET DEPRESSION

Pr Bernard BONIN

La dépression est une maladie

- Mot souvent utilisé
- Les symptômes sont communs, à distinguer d'une anxiété, d'une simple tristesse
- **Pathologie sévère, douloureuse, handicapante**
- C'est une maladie de l'humeur.
- Humeur: « Disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur » Pr Jean DELAY

Maladie souvent non considérée

- C'est une question de volonté
- Il faut y mettre du tien
- Prends sur toi
- Tu t'écoutes trop
- Ca ira mieux demain
- Pourtant tu as tout pour être heureux
- Si tu avais un cancer, je comprendrais
- Ton bilan de santé est normal, tu n'as rien...

La dépression est une maladie fréquente

- **100 millions** de déprimés dans le monde
- La prévalence sur la vie entière des états dépressifs majeurs est élevée, estimée à 17,9% dans l'étude de JP LEPINE (France, 1987)
Hommes: 10,7 % Femmes: 22,4%
- MALHERBE: « La garde qui veille aux barrières du Louvre n'en défend pas les rois »

La dépression est une maladie grave

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Symptômes - psychiques
- psychomoteurs
- somatiques

SYMPTOMES PSYCHIQUES

- Tristesse pathologique – Sentiments de vide, d'anéantissement – Douleur morale – Idées de culpabilité, d'incurabilité – Ruminations
- Diminution du sentiment d'estime de soi
- Perte de l'anticipation
- Indifférence – Anesthésie affective – Désintérêt
- Perte d'espoir Anxiété
- Idées de mort

SYMPTOMES PSYCHOMOTEURS

- Jean RACINE MITHRIDATE
Mon unique espérance est dans mon désespoir.

- Alfred de VIGNY STELLO
Tout ce que je vois m'est en dégoût profond. J'ai
le soleil en haine et la pluie en horreur

Ralentissement psychomoteur

- Paralyse psychique
- Aboulie: incapacité à vouloir
- Apragmatisme: absence d'activité
- Troubles cognitifs: attention, concentration...

Inhibition

SYMPTOMES SOMATIQUES

- Fatigue
- Perte de l'appétit Amaigrissement
- Troubles du sommeil
- Céphalées
- Troubles sexuels
- Douleurs
- Troubles digestifs.....

La dépression est une maladie qui se soigne

--Chimiothérapies

Traitements antidépresseurs

--Electroconvulsivothérapie

--Psychothérapies

--Autres traitements: photothérapie....

--Stimulation magnétique transcrânienne

Nombreuses formes cliniques

- Etat dépressif majeur
- Mélancolie
- Troubles bipolaires
- Dépression anxieuse
- Dépression hostile
- Dépression saisonnière
- Formes mono-symptomatiques.....

Diagnostic parfois difficile

- Enfant: troubles du comportement
- Adolescent: troubles du caractère
- Adulte: douleurs chroniques
- Personne âgée: troubles pseudo-déméntiels

LA DEPRESSION EST UNE MALADIE DANGEREUSE

« TOUT PATIENT DEPRIME PEUT MOURIR PAR SUICIDE . L'ATTRAIT DE LA MORT EST UNE CONSTANTE DE LA CONSTELLATION DEPRESSIVE »

Pr H. LOO

DEPRESSION: RISQUE DE SUICIDE

- Suicide en France: 12000 morts par an
- **50 à 80 %** imputables à un trouble de l'humeur
- Le suicide est la cause de décès de 15% des patients déprimés
- Le risque de suicide du patient déprimé est multiplié par
 - 36 par rapport à la population générale
 - 5 par rapport aux patients (autres troubles psy)

RISQUE SUICIDAIRE

Le risque suicidaire n'est pas limité à un moment donné de l'évolution dépressive:

40 à 70 % des suicides surviennent dans la première année d'évolution des troubles de l'humeur

IMPORTANCE DE L'ECOUTE

- Le suicide est l'expression de la douleur morale, du désarroi
- 70% des déprimés suicidaires avaient consulté un médecin dans le mois précédant leur décès
- 50% dans la semaine avant leur suicide

COMORBIDITES

L'EVOLUTION DE CERTAINES PATHOLOGIES, ASSOCIEES A LA DEPRESSION, DEMUTIPLIE LE RISQUE SUICIDAIRE

- Troubles anxieux: trouble panique
- Alcoolisme et toxicomanies
- Schizophrénie
- Troubles de la personnalité
- Affections somatiques graves

FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LE PATIENT DEPRIME

- Absence de traitement de la dépression
- Antécédents personnels ou familiaux de TS
- Communication de l'intention suicidaire
- Symptômes particuliers: insomnie, perte d'intérêt, perte de l'estime de soi...
- Caractéristiques cliniques de la dépression: sévérité, idées délirantes...
- Comorbidité: troubles anxieux, alcoolisme...
- Impulsivité - Agressivité

FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LE PATIENT DEPRIME

- Première année d'évolution des troubles psychiatriques
 - Isolement, solitude
 - Perte précoce des parents
 - Evénements de vie marqués par la rupture, la perte
 - Sexe masculin
- Age

TRAITEMENT de la DEPRESSION

Le traitement antidépresseur apaise la souffrance morale et les idéations suicidaires. C'est le moyen le plus efficace de prévention des conduites suicidaires chez les patients déprimés.

Reconnaître la dépression Importance du diagnostic le plus précoce possible

SUEDE: Ile de GOTLAND 1992
Programme de formation complémentaire des médecins généralistes portant sur les symptômes, l'étiologie, le diagnostic, la prévention et le traitement de la dépression

FORMATION ILE DE GOTLAND

- Deux ans après le début du programme
- Diminution de la fréquence des suicides
- Augmentation de la prescription des antidépresseurs
- Diminution de la prescription des anxiolytiques.

CONCLUSION

- VIGILANCE CLINIQUE
- RELATION THERAPEUTIQUE
- DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA DEPRESSION
- TRAITEMENT ADAPTE DES TROUBLES DE L' HUMEUR

CONCLUSION

**LA DEPRESSION PEUT
CONDUIRE AU SUICIDE
50 à 80 % des SUICIDES SONT
IMPUTABLES A UN
TROUBLE DE L'HUMEUR**

- PENSER LA DEPRESSION
LA DEFINIR

- PENSER A LA DEPRESSION
LA RECONNAITRE

Questions/Témoignages de la salle

« Président de Réseau 21, prévention du suicide en Côte d'Or : 3 interrogations/observations

- Lors de l'entretien, comment éviter de se faire piéger par un certain nombre de questions du patient, comment ne pas rentrer dans son jeu ?
- Lorsque l'adolescence se prolonge, le passage du témoin se fait très mal au sein des structures administratives et bien souvent, soit le médecin généraliste, soit la famille, recueillent le patient
- Je n'ai pas entendu parler, parmi les facteurs à risque, de certains effets secondaires de traitements psychotiques, en particulier chez les filles »

Pr Terra

- Il y a un ensemble de stratégies pour aider quelqu'un de fermé à l'entretien. Il faut en général travailler sur la résistance. Utiliser les commandements doux pour recentrer l'entretien.
- Les neuroleptiques ne font de bien qu'aux personnes qui en ont besoin.

Pr Bonin

Les toxiques dépriment. Certains médicaments comme les corticoïdes vont exciter alors que certains anti-hypertenseurs vont déprimer. Une polémique existe autour des antidépresseurs mais il faut être prudent : ils sont prescrits à des patients déprimés, qui portent déjà le risque suicidaire. Certains antipsychotiques, qui font prendre du poids, sont à manier avec précaution chez les adolescents.

« L'adolescent à beaucoup d'interprétations toutes faites. En qualité d'infirmière à l'Éducation Nationale, j'ai beaucoup de mal à les interpréter. Ils utilisent les expressions à la mode (ex : « tu vois ce que je veux dire ») et paradoxalement ils manquent de vocabulaire pour exprimer leurs idées : j'ai tendance à induire les mots. »

Dr Grisot

Les entretiens avec les adolescents nécessitent du temps. Ils ont plus que l'on ne croit de possibilités à s'adapter à notre langage.

Pr Terra

Essayer de rentrer dans leur histoire, de normaliser le discours. Plus on entre dans le détail, plus on arrive à la vérité.

Dr Grisot

Il faut repérer ce qui peut valoriser l'adolescent. Donner à l'enfant la connaissance que l'on a de sa souffrance. Nous sommes tenus, et en particulier les soignants, d'assister les personnes en danger.

Dr Pichet

Ce qui est important, c'est que les parents soient au courant de la situation. En ce qui concerne le diagnostic, ce sont surtout les médecins qui nous sollicitent avec le souci du secret professionnel envers les équipes éducatives et enseignantes.

« Infirmière à l'éducation nationale, je m'interroge sur la responsabilité de l'infirmière qui, lorsqu'elle détecte une situation de mal-être le vendredi, laisse passer le week-end avant de revoir l'adolescent et ce même si elle a jugé non nécessaire d'hospitaliser. »

Pr Terra

En ce qui concerne la responsabilité de l'infirmière... il faut démontrer que c'est un acte professionnel (marquer les informations dans un dossier : que vous avez tenu compte de tous les éléments et que vous avez décidé de ne pas hospitaliser).

Conseiller aussi la téléphonie sociale en cas d'absence pour le week end par exemple.

Conclusion

Le Dr Besse remercie les orateurs pour la qualité de leurs interventions ainsi que les personnes présentes pour leur participation à la journée et la richesse des débats.