



Prévenir le suicide : repérer et agir

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

Prévenir le suicide

Jean-Louis Terra

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

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

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

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

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

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

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

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

La formation des professionnels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Construire une culture commune par la formation

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

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

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

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

Dépasser les idées reçues sur le suicide*

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

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

Huit personnes sur dix donnent des signes précurseurs

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



La prévention du suicide

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

«Le geste suicidaire résulte bien d'un choix»

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

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

«Pour se suicider, il faut être courageux»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«Le suicide est impulsif»

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

Deux autres éléments ralentissent le processus :

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

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

«Le suicide est agressif»

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

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

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

Quelques idées reçues sur la prévention à dépasser

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

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

«Les antidépresseurs augmentent le risque de suicide»

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

En réalité, l'amélioration du diagnostic et du traitement

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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



La limitation de l'accès aux moyens du suicide : l'exemple des armes à feu

Rendre l'accès aux armes à feu plus difficile a une incidence favorable sur la diminution des décès par suicide. C'est ce que montrent les résultats des pays qui ont mis en œuvre cette mesure.

Le film reportage de Michael Moore, *Bowling for Columbine*, pourrait inciter à penser que la France est épargnée par le problème des armes à feu. Ce qui est presque exact pour les homicides et les accidents ne l'est pas pour le suicide. Environ 22 % des foyers français détiennent au moins, une arme à feu et dix décès surviennent, en moyenne, chaque jour par l'utilisation de ce moyen. Huit sont des suicides et deux sont des homicides ou des accidents. Une arme à feu a été le moyen utilisé pour 2 950 suicides en 1995 en France (source Inserm/CépiDc), soit environ le quart des suicides. La stratégie nationale d'action face au suicide 2000-2005 inclut dans ses objectifs la limitation de l'accès à ce moyen très létal.

Un risque démontré

- Les résultats des recherches épidémiologiques (cas/témoin) indiquent qu'il y a 4,7 fois plus de risques de suicide et 2,7 fois plus de risques d'homicide dans un foyer où il y a une arme à feu que dans celui où il n'y en a pas.

- De plus, le risque de meurtre d'une femme est 5 fois plus élevé dans un foyer pourvu d'une arme à feu.

- Si une arme à feu est gardée constamment chargée, le risque de suicide est multiplié par 9, mais descend à 3 si l'arme est verrouillée ou rendue inopérante.

- La présence d'une arme dans un domicile « tue » 22 fois plus souvent quelqu'un du foyer qu'un agresseur extérieur.

- Le fait de posséder une arme ou d'en faire l'acquisition augmente de 7 fois le risque de suicide par arme

de poing dans l'année qui suit l'achat en Californie.

- L'acquisition par une femme d'une arme de poing augmente de 38 fois le risque de suicide dans l'année qui suit l'achat.

Ainsi, une arme à feu entreposée à domicile peut être une menace importante, si son propriétaire ou un membre de son entourage présentent une crise suicidaire ou des accès de violence à l'endroit de leurs proches. L'arme à feu est un moyen fréquemment utilisé dans les cas d'homicide suivi de suicide. Cette séquence dramatique représente environ 1 % des suicides.

L'excès de risque de suicide est attribuable à la létalité considérable des armes à feu, qui est évaluée à 92 %¹. La létalité élevée oriente les personnes suicidaires vers le choix de ce moyen quand il leur est accessible. La rapidité de la mise en œuvre ne donne pas de temps de réflexion pour stopper le processus suicidaire. D'autres moyens ont un délai de mise en œuvre qui donne une chance d'interrompre le geste en cours, comme

l'intoxication médicamenteuse ou l'utilisation d'un objet tranchant.

Prévenir le suicide par la réduction de l'accès aux armes à feu

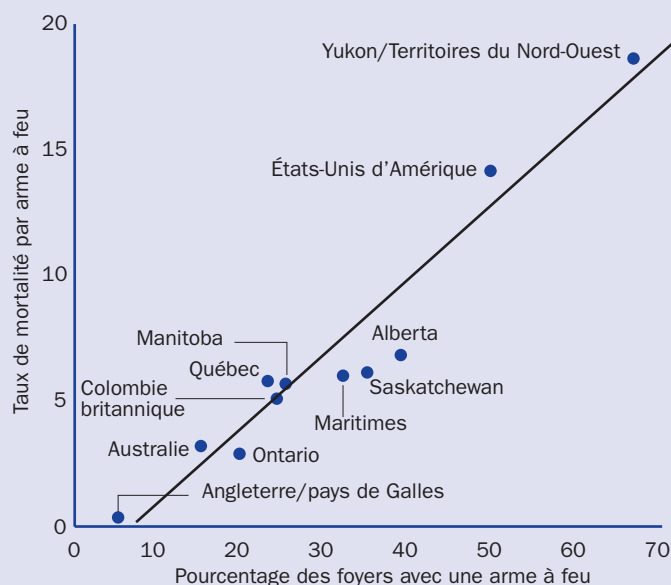
Adoptée par plusieurs pays, dont l'Angleterre et l'Australie, cette stratégie associe des incitations pour limiter le nombre d'armes dans les foyers et pour les entreposer avec sécurité.

Les politiques de réduction du nombre d'armes partent du fait que le nombre de suicides par ce moyen est proportionnel au taux de foyers qui en détiennent (figure 1)¹. Seulement 4 % des foyers anglais détiennent une arme à feu. Ce taux peut constituer un élément de compréhension d'un taux de suicide qui est deux fois moindre qu'en France. L'Australie vient de réaliser le rachat de 500 000 armes aux propriétaires qui n'en avaient plus l'usage. Une telle opération est estimée rentable si l'on considère les coûts induits par les blessures et par les décès¹. Mais surtout elle réduit le nombre des endeuillés par suicide et aussi celui des victimes secondaires

figure 1

Pourcentage des foyers avec une arme à feu en 1993, et taux de mortalité par arme, par région (moyenne de 1990-1996)¹

Sur cette figure la France se situerait au même endroit du nuage que le Québec.



Jean-Louis Terra

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

quand les proches découvrent le corps, notamment quand ce sont des enfants en bas âge.

L'entreposage sécuritaire impose de faire un acte raisonné, en déverrouillant le système de protection, avant le geste ultime. Ces opérations ralentissent la mise en œuvre de l'arme².

La mise en place d'un délai de réflexion lors de l'achat, complété ou non par une enquête auprès des personnes vivant dans le foyer, est un mécanisme de prévention qui a été mis en place au Québec au sein d'un ensemble très complet de mesures. Le nombre annuel de décès par armes à feu est passé de 1 400 en 1980, à moins de 1 000 en 1998².

Le retrait immédiat par les forces de l'ordre d'une arme à feu à une personne ayant un projet d'homicide ou de suicide est possible en France depuis la loi du 15 novembre 2001. Peu de publicité a été faite à cette possibilité alors qu'une personne suicidaire sur cinq est « exposée » à une arme à feu à son domicile. Il n'existe pas pour l'instant de recommandations largement diffusées aux cliniciens et autres intervenants.

La réduction de l'accessibilité aux armes à feu est un axe de prévention encore trop peu développé en France. Son intérêt réside dans le fait, qui a été démontré, qu'il n'y a pas de transfert vers un autre moyen de suicide de létalité comparable². L'objectif premier n'est pas de faire disparaître les armes à feu, mais de faire en sorte que ceux qui les détiennent, ainsi que leur entourage, en soient, moins souvent, les premières victimes. 

Nous remercions Antoine Chapdelaine² pour son expertise dans ce domaine. La politique conduite au Québec sous son impulsion épargne chaque année de nombreuses vies.

1. Miller, T. and Cohen, M. « Costs of gunshot and cut/stab wounds in the United States, with some canadian comparisons ». *Accid Anal Prev* 1997 ; 29 [3] : 329-41.

2. Lavoie M., Cardinal L., Chapdelaine A., St-Laurent D. « L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec ». *Maladies chroniques au Canada*. 2001, 22 ; 1 : 26-32.

Michel Walter
Professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service du Service hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et de psychologie médicale, CHU de Brest

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 62.

La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention

Comme toute crise, la crise suicidaire traduit un moment de rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et avec son environnement. Elle se caractérise par une période de désorganisation qui culmine en une phase aiguë, avant de se conclure par une période de récupération. Si le risque majeur en est le suicide, le geste suicidaire ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, les autres manifestations pouvant être la fugue, l'agressivité, l'abus d'alcool et de toxiques, ou toute autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par une situation difficile.

Représentée comme la trajectoire qui va du sentiment d'être en situation d'échec à l'impossibilité de sortir de cette impasse et de concevoir une issue autre que la mort, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus fréquentes et envahissantes jusqu'au passage à l'acte, elle ne répond pas à un cadre nosographique précis. Pour autant la crise suicidaire n'est pas totalement imprévisible. Son potentiel suicidaire peut être évalué et des interventions organisées.

Évaluer le potentiel suicidaire (risque, urgence, danger) ?

L'évaluation du potentiel suicidaire est triple ; elle doit prendre en compte les facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste, les facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et les facteurs de danger. Un quatrième niveau, plus rarement évoqué, est constitué par le repérage de facteurs de protection [32].

Identifier les facteurs de risque

Le contexte suicidaire doit être analysé en distinguant facteurs de risque biographiques et psychopathologiques.

Les facteurs biographiques

Ces facteurs de risque sont bien identifiés : antécédents de tentatives de suicide (TS), statut familial et socioprofessionnel, certaines maladies somatiques. Toutefois, un facteur de risque est dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène et concerne une population ; il ne se situe donc pas au niveau de la causalité individuelle. De plus, les phénomènes suicidaires répondent à un modèle multifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux



La prévention du suicide

et psychopathologiques. Enfin, ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation de différents facteurs de risque, mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Toute politique de prévention doit évidemment tenir compte de ces données (corrélation, plurifactorialité, interaction) au risque de passer à côté de son objectif [33].

- Les antécédents de tentative de suicide représentent l'élément biographique le plus « à risque » : 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les dix ans (1 % par an). Par ailleurs, les antécédents familiaux de décès par suicide sont également un facteur de risque.

- Le statut familial et socioprofessionnel : l'isolement affectif expose plus les veufs, célibataires, divorcés ou séparés ; les situations de désinsertion ou de

Dans l'île de Götland : de l'expérimentation au réalisme de l'expérience

L'expérience de Götland, en Suède, est souvent citée en exemple de ce que l'on peut faire pour prévenir le suicide en agissant sur la formation du corps médical.

Dans les années soixante-dix, dans l'île de Götland (56 000 habitants), située au large de Stockholm, le nombre de patients souffrant de troubles dépressifs et la prescription de médicaments anxiolytiques, hypnotiques et sédatifs étaient supérieurs à la moyenne nationale. Quelques variations avaient été observées, mais leurs effets étaient restés transitoires et sans effet notable sur les taux de suicides, supérieurs à la moyenne nationale. Dans le même temps, les médecins généralistes de Götland exprimaient le sentiment qu'ils rencontraient fréquemment des syndromes dépressifs. Ils se disaient désarmés pour faire face à ce type de problèmes et mentionnaient leur souhait d'accéder à une formation sur le sujet.

L'hypothèse a été faite qu'un nombre significatif de personnes présentant un risque suicidaire restait en dehors de tout contact avec le corps médical et que répondre aux demandes des généralistes par le biais d'une formation pourrait contribuer à une amélioration de la situation.

La mise en œuvre

Un programme d'éducation des médecins généralistes (PEMG) a

été mis en place en concertation avec le Comité pour la prévention et le traitement de la dépression (CPTD), le service de psychiatrie de Götland et le secrétariat à l'éducation du comté. Le nombre de patients référés à l'hôpital par généraliste, de cas d'urgence enregistrés en psychiatrie, le nombre d'arrêts de maladie accordés en médecine générale pour troubles dépressifs, les prescriptions des généralistes en relation avec la maladie dépressive, l'hospitalisation en psychiatrie pour troubles dépressifs, ainsi que le nombre de suicides et l'intensité des contacts avec le système de santé (généralistes et/ou psychiatres) ont constitué autant d'indicateurs repérés à quatre périodes entre 1982-1983 et 1986¹.

Les « enquêtes » portaient sur la connaissance des généralistes des troubles dépressifs et de leurs pratiques. L'objectif du PEMG était d'améliorer la connaissance que les praticiens avaient de la dépression. Dans ce but, une série de cours portant sur l'étiologie et la pathogénie de la dépression, la classification des différentes formes, les traitements, les âges de la dépression, les traitements à long terme, la suicidologie, l'environnement psychosocial, les déprimés et leurs familles ont été mis en place. La formation incluait aussi des groupes de discussion à

partir de cas et la distribution de documents.

Le programme a été répété deux fois en 1983 et deux fois en 1984, pour donner à tous les généralistes l'occasion de participer (ce qui n'a pas été toujours le cas).

L'évaluation réalisée fin 1985 et portant sur les indicateurs utilisés a montré que :

- Le nombre de patients adressés à l'hôpital pour dépression a diminué. Dans le même temps, le nombre de patients hospitalisés pour dépression majeure a diminué et atteint un taux inférieur à la moyenne nationale. L'explication de W. Rutz est que les généralistes, une fois formés au traitement de la dépression (même majeure), se sont sentis plus à même de les prendre en charge à domicile.

Schéma du programme éducatif

Octobre 1982 à janvier 1983	Période contrôle I
Février 1983	Enquête 1 PEMG 1
Octobre 1983 à janvier 1984	Période contrôle II
Février 1984	Enquête 2 PEMG 2
Octobre 1984 à janvier 1985	Période contrôle III
Février 1985	Enquête 3
Octobre 1985 à janvier 1986	Période contrôle IV

1. Rutz W., Wallinder J., Eberhard G. et al. « An educational program on depressive disorders for general practitioners on Götland: background and evaluation ». *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 : 79 : 19-26.

Agnès Batt

Inserm,
faculté de
médecine, Rennes

fragilisation socioprofessionnelle (chômage, emploi précaire, retraite récente) représentent également un facteur de risque.

- Certaines maladies somatiques : les affections chroniques favorisent les conduites suicidaires d'autant plus qu'elles sont hyperalgiques, fonctionnellement handicapantes ou réputées incurables.

Les facteurs psychopathologiques

Si la prévalence de la morbidité psychiatrique des

suicidants est un peu moins élevée que celle des suicidés, le risque de conduites suicidaires est néanmoins nettement augmenté en cas de troubles psychiatriques, notamment dans la dépression.

- Les syndromes dépressifs : le risque permanent est d'autant plus grand que le tableau est celui d'une dépression mélancolique, surtout dans les formes avec des idées d'autoaccusations délirantes ou dans les formes anxieuses ; les troubles unipolaires exposeraient plus au risque suicidaire que les troubles bipolaires. Les

- Le nombre de journées d'arrêt de travail a diminué et parallèlement la durée moyenne des arrêts de travail pour dépression a augmenté.

- La prescription des antidépresseurs a augmenté de 52 %, celle du lithium est restée stable et une plus grande prudence a été notée dans la prescription des sédatifs, hypnotiques et tranquillisants.

- Le taux de suicides sur l'île est passé de 25/100 000 en 1982 à 7/100 000 en 1985. L'éventualité d'une diminution du taux de suicides indépendante du programme a été éliminée par la mise en parallèle avec les taux observés au plan national, qui avaient diminué, eux aussi, mais de façon beaucoup moins nette. En 1985, la différence était statistiquement significative.

- En outre, l'analyse du coût du programme montrait un bénéfice pour l'économie nationale net (évalué à 150 000 000 F de 1988).

- Enfin, la bonne acceptation de la procédure par les généralistes était soulignée. Les auteurs du programme pouvaient donc conclure que ce type de programme était un succès et que le modèle pouvait servir dans d'autres domaines.

Qu'en est-il trois ans après l'arrêt du programme éducatif ?

En 1988, soit trois ans après la fin du programme, seuls 72 % des généralistes qui avaient suivi tout ou partie des formations pratiquaient encore sur l'île. La prise en charge hospitalière des patients déprimés avait remonté, au niveau national, ainsi que

les taux de suicides. La prescription d'antidépresseurs s'était stabilisée au niveau de la Suède, la prescription des tranquillisants, sédatifs et hypnotiques avait diminué, reflet probable d'une meilleure reconnaissance de certaines pathologies. Rutz et al. [21] en concluent que les effets du PEMG ont été strictement limités, dans le temps, à la durée du programme, ce qui leur permet d'affirmer que les effets étaient réels et non pas un simple reflet de la tendance nationale. Par contre, ils en concluent que de tels programmes, pour être efficaces sur le long terme, doivent être répétés environ tous les deux ans.

Les auteurs ont noté, d'autre part, que c'était principalement les taux de suicides chez les femmes qui avaient diminué, alors que les taux chez les hommes restaient pratiquement inchangés, en lien avec le fait que les déprimés de sexe masculin avaient moins de contacts avec le système de soins ou étaient moins compliants. D'autre part, les généralistes, y compris ceux qui ont suivi un PEMG, auraient du mal à identifier une dépression chez un homme du fait d'une symptomatologie atypique. D'où ce paradoxe d'un pays, la Suède, où les hommes apparaissent, dans les statistiques, deux fois moins déprimés que les femmes mais se suicident cinq fois plus. Ils en déduisent que, pour être efficace, un programme d'éducation soit s'intégrer dans un plan d'ensemble, global et polyvalent².

Poursuivant leur réflexion, Walinder et Rutz³ suggèrent l'existence d'un

« syndrome dépressif masculin » qui comprendrait une faible tolérance au stress, un comportement de « acting-out », un faible contrôle de l'impulsivité, une charge héréditaire d'abus de produits toxiques et une histoire de suicide (description supportée par les résultats de l'étude Amish et le concept de van Praag⁴). Cela les conduit à développer l'échelle de dépression masculine de Götland et à repenser le concept de PEMG, pour prendre en compte la spécificité décrite.

En conclusion, l'optimisme de l'expérimentation des années 1983-1986 est passée par l'épreuve de l'expérience de terrain et des défis de la recherche. Un réalisme prudent a émergé, porteur d'argumentations à venir, d'autant que, en Suède toujours, Isacson et son équipe [11], prônent l'utilisation systématique des antidépresseurs pour réduire de façon conséquente les taux de suicide, en opposition aux travaux de van Praag cités. 

2. Rutz W. « Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education ». *International Clinical Psychopharmacology*. 1999 ; 14 (suppl) : S27-S33.

3. Walinder J., Rutz W. « Male depression and suicide ». *International Clinical Psychopharmacology*. 2001 ; 16 (suppl 2) : S21-S24.

4. Van Praag H. M. « Why has the antidepressant era not shown a significant drop in suicide rates ? » *Crisis*. 2002. 23 [2] : 77-82.



La prévention du suicide

dépansions réactionnelles ou névrotiques augmentent également le risque de passage à l'acte.

Le risque est accru si la séméiologie dépressive comporte la présence d'une agitation anxieuse, d'une insomnie grave, d'un repli sur soi, d'une perte de plaisir (anhédonie), d'un sentiment de désespoir et si l'évolution de la maladie dépressive est récente. Enfin une comorbidité associant anxiété et/ou conduites addictives et des conditions de vie dominées par l'isolement sont des facteurs aggravants.

- Les psychoses : dans la schizophrénie, le risque suicidaire est toujours présent (10 % des schizophrènes décèdent par suicide), soit à la phase initiale de la maladie (bouffée délirante aiguë inaugurale), soit à la phase d'état (prise de conscience de la psychose), soit lors d'une phase dépressive (dépression post-psychotique). Dans les délires chroniques non schizophréniques, les conduites suicidaires sont moins fréquentes.

- Les conduites addictives : il paraît utile de distinguer les équivalents suicidaires (overdose toxicomaniaque ou conduites d'alcoolisation massives aboutissant au coma éthylique) et les tentatives de suicide. Ces dernières surviennent électivement lors d'un état confusionnel par absorption massive ou à l'occasion d'une dépression et/ou d'une crise aiguë d'anxiété liées au sevrage. Enfin, la comorbidité alcoolique augmente le risque dans les autres maladies psychiatriques, essentiellement par effet désinhibiteur.

- Les tableaux névrotiques : le risque est rare dans la névrose obsessionnelle, même si le sujet peut être envahi par des ruminations suicidaires ; il est peu élevé également dans les troubles phobiques, sauf lors de raptus anxieux. Le risque est plus élevé dans certains troubles anxieux comme les attaques de panique, surtout en cas de comorbidité dépressive ou alcoolique. La névrose hystérique est la névrose entraînant le risque suicidaire le plus élevé ; les tentatives de suicide sont fréquentes, caractérisées par leur hyperexpressivité, leur tendance à la récurrence et à l'escalade, leur fonction de revendication affective et pas seulement de désir de mort ; le danger est alors de minimiser et de banaliser le geste.

- Les troubles de la personnalité : deux types de personnalités pathologiques sont particulièrement impliqués, la psychopathie et les états limites. Les psychopathes se caractérisent par leur impulsivité, leur intolérance à la frustration, leur impossibilité à différer la satisfaction, leurs conduites addictives (alcool, toxiques), qui sont autant de facteurs favorisant le passage à l'acte. Les sujets ayant un état limite ou borderline ont fréquemment des angoisses d'abandon, des effondrements dépressifs les rendant particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires.

Évaluer les facteurs d'urgence du passage à l'acte

L'évaluation de l'urgence vise à apprécier la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte. Cela permettra de situer le patient dans le processus suicidaire et de

mieux organiser sa prise en charge dans les 24 ou 48 heures. Il est souhaitable d'explorer :

- Le niveau de souffrance psychique, avec en particulier l'intensité du sentiment de désespoir, mais aussi de dévalorisation, d'impuissance, voire de culpabilité.

- Le niveau d'impulsivité « trait » et « état » marqué par une instabilité comportementale, des antécédents de passages à l'acte, de fugues ou d'actes violents, des troubles panique, réalisés au mieux chez la personnalité borderline.

- Le degré d'intentionnalité (apparition d'idées de suicide passives ; présence d'idées actives et prévalentes ; rumination suicidaire ; cristallisation et planification d'un scénario suicidaire). Ainsi, le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ».

- L'événement précipitant (perte, conflit), qui n'est souvent que le dernier d'une longue série.

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

La potentialité mortelle du scénario suicidaire doit être évaluée en repérant les intentions du patient, les moyens qu'il pense utiliser et l'accessibilité à ces moyens. Le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ». Plus les questions seront précises, plus les réponses à ces questions seront elles-mêmes précises et l'intervention adéquate. Il est évident que celle-ci sera différente selon que la personne dit avoir l'intention de se suicider le soir même avec les moyens qui se trouvent à sa disposition ou qu'elle songe vaguement au suicide sans scénario précis. Quant à l'accessibilité directe aux moyens, elle augmente la dangerosité du projet suicidaire, d'autant plus qu'il existe une impulsivité sous-jacente.

Les facteurs de protection

Peu d'études ont été consacrées aux éléments protégeant les sujets à risque contre un passage à l'acte. Ainsi, l'évocation de la famille et la projection dans un avenir meilleur sont les « raisons de vivre » le plus souvent retrouvées chez des patients dépressifs [2]. Plus globalement, la qualité du support social et familial (capacité à faire face, ou à l'inverse renforcement du risque dans le cas de familles à « transaction suicidaire ou mortifère »), le fait de ne pas se sentir isolé et la prise en charge thérapeutique sont considérés comme protecteurs.

À des fins cliniques, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen, élevé. Ainsi, un patient pourra être à risque faible, en urgence élevée et avec un scénario à forte létalité ; un autre à risque fort, en urgence faible et avec un degré de létalité bas. C'est toutefois le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la Conférence de consensus [23] :

Est à considérer en urgence faible une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante ;
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

Est à considérer en urgence moyenne une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

Est à considérer en urgence forte une personne qui :

- est décidée ; sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- est très isolée.

Les modalités d'intervention : de l'implication relationnelle à la décision de soins

L'intervention comprend trois temps [23] : l'établissement d'un lien de confiance par l'implication relationnelle, l'évaluation du potentiel suicidaire, et la décision et l'action de soins.

L'intervention en trois temps***L'établissement d'un lien de confiance***

L'établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne en crise suicidaire repose essentiellement sur les compétences individuelles de chaque intervenant. La capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre, la capacité d'empathie à l'égard de la personne suicidaire, la capacité de se lier à une personne agressive plutôt que de réagir d'une manière défensive, la capacité de mettre en mots ce que vivent des personnes désespérées et silencieuses, la capacité d'accepter le comportement suicidaire sans cautionner le geste, bref la capacité de s'impliquer relationnellement au sens de « se mettre

dans les plis » feront toute la différence. Il s'agit donc avant tout de reconnaître la douleur et la souffrance, de se positionner comme témoin de la souffrance de l'autre, car la souffrance est d'autant plus vive que, non partagée, elle exclut, elle exile.

Reste à savoir comment établir cette relation de confiance. Le point central est la communication par l'intervenant du ressenti que provoque en lui le comportement ou le discours suicidaire : « je me fais du souci pour vous ». Il s'agit donc là d'une démarche centripète consistant à aller au-devant de la demande par la mise en mots et la reconnaissance de la souffrance, démarche qui doit toujours s'effectuer dans le respect de ses propres limites et de ses propres compétences.

L'évaluation du potentiel suicidaire

L'évaluation du potentiel suicidaire est basée sur la triple évaluation du risque, de l'urgence et du danger (voir ci-dessus), et inclut l'évaluation du facteur précipitant, même si cet événement n'est souvent que la goutte qui fait déborder le vase, ou le dernier en date d'une longue série de pertes affectives ou d'événements traumatisants.

En ce qui concerne les échelles d'évaluation du risque suicidaire, comme par exemple l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck [1], leur intérêt est indéniable en recherche mais leur utilisation systématique en pratique clinique peut être un obstacle à l'établissement d'une relation de confiance si le remplissage de cette échelle (et l'obtention d'un score) devient l'unique enjeu de l'entretien.

Hypothèse de crise et recherche d'une stratégie d'action

Une hypothèse de crise est formulée et la recherche d'une stratégie d'action suggérée à la personne sous la forme d'une entente pour les prochaines consultations. Ces propositions peuvent être empreintes d'une certaine directivité, surtout dans les situations où l'urgence suicidaire est élevée.

Variations dans les modalités de l'intervention***Selon le statut de l'intervenant***

Pour mettre en place un dispositif de prévention, il faut aller là où sont les personnes en souffrance, et non pas là où nous voudrions qu'elles soient. Cela revient à sortir d'une philosophie des systèmes soignants centrés sur la demande, c'est-à-dire d'une réflexion centripète (« venir à moi ») pour entrer dans une réflexion centrifuge (« aller à eux »).

Il s'agit donc de repérer les différents cercles concentriques qui gravitent autour de la personne qui va mal. En ce qui concerne les adolescents, le premier cercle est constitué par les personnes en contact, à savoir la famille, les pairs, les adultes de l'école et des lieux de formation, le monde des loisirs.

Si l'on prend l'exemple de l'école, il est évident que tous les adultes de la communauté scolaire, quelles que soient leurs fonctions (enseignant, CPE, personnel administratif, assistante sociale), sont des « capteurs de souffrance » potentiels. Cela implique que chacun d'entre



eux peut être « choisi » par l'élève en difficulté comme interlocuteur privilégié et qu'il ne doit pas rester sans réaction : il est dans l'obligation d'accuser réception du message de souffrance. L'établissement de ce lien de confiance initial repose sur la reconnaissance de la souffrance de l'autre en communiquant son ressenti, son souci de l'autre : « je me fais du souci pour toi ». Il est toutefois fondamental que cet engagement relationnel tienne compte des limites et des compétences de chacun.

Il importe donc pour ces intervenants du premier cercle de ne pas rester seuls et de pouvoir passer le relais à un deuxième cercle constitué par les professionnels soignants. Le passage de relais de la personne-ressource non soignante vers le soignant ne doit pas être trop hâtif ou trop magique (« tu verras, il va régler le problème »), doit respecter le lien antérieur (personne-ressource il est, personne-ressource il reste si besoin) et doit être clairement formulé en aidant le jeune à comprendre la démarche suggérée [20].

Pour tenter de typologiser les différentes modalités de passage de relais entre intervenants du premier cercle et intervenants du deuxième cercle, trois configurations relationnelles peuvent être évoquées [34] : l'exclusion, la subordination, la complémentarité ou coresponsabilité.

- La relation d'exclusion, correspondant à un refus d'établir des relations entre les deux cercles, est exceptionnelle ; elle peut toutefois se trouver en germe dans certaines démarches, visant par exemple à ouvrir dans les murs de l'école une consultation médicopsychologique pour « répondre aux besoins des élèves en difficulté ». La confusion des cadres (éducatif et thérapeutique) est alors maximale et ce type de démarche procède purement et simplement d'un fantasme de maîtrise.

- Dans la relation de subordination, le deuxième cercle est reconnu comme pôle de référence tant au niveau théorique qu'au niveau pratique auprès des personnes en difficulté. Le risque est alors, dans une logique substitutive, de court-circuiter les compétences relationnelles du premier cercle, pourtant au contact, et d'échouer dans la mise en place d'une relation de soins.

- Dans la relation de complémentarité enfin, les deux cercles collaborent du fait d'une spécificité mutuellement reconnue et de responsabilités propres en termes de mission (maintien et développement des liens existants, repérage des signes d'alerte, reconnaissance de la

souffrance, passage de relais pour les uns ; évaluation du potentiel suicidaire, mise en place d'interventions thérapeutiques, organisation d'un suivi pour les autres). Il s'agit donc dans ce type de configuration relationnelle d'élaborer un programme en partenariat et de construire un espace de coresponsabilité.

Selon l'étape de la crise suicidaire

La crise suicidaire peut être modélisée sous la forme d'un cheminement tunnelaire marqué du sceau de l'ambivalence [23].

Plusieurs étapes ont été décrites :

- la recherche de stratégies ou de solutions à la crise, « cela va se passer, je l'espère »,
- l'apparition et le développement des idées de suicide, « si j'avais un accident, cela mettrait un terme à tous mes problèmes », « je ne m'en remettrai jamais, mieux vaut en finir » ;
- la rumination de l'idée suicidaire, « j'y pense tout le temps » ;
- la cristallisation et la planification d'un scénario, « je règle mon affaire, et après je me tue » ;
- l'événement déclenchant et le passage à l'acte, « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

Si, pour chaque étape, la reconnaissance de la souffrance est la condition indispensable à l'établissement d'une relation en légitimant l'autre comme sujet, il paraît également important, en phase de rumination suicidaire, de tenter de reformuler de façon compréhensible ce qui arrive à la personne, tant les erreurs cognitives sont importantes à ce stade. Enfin, l'évaluation du potentiel suicidaire est nécessaire au cours de chaque étape, et s'accompagne de la mise en place d'actions de plus en plus directives jusqu'à l'hospitalisation quand le passage à l'acte se révèle imminent.

Conclusion

Identifier la crise suicidaire et en évaluer la dangerosité rendent possible l'action thérapeutique et donc la prévention du passage à l'acte suicidaire. Cette évaluation du potentiel suicidaire est triple : facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste, facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence du passage à l'acte et facteurs de danger. Les modalités d'intervention sont étroitement dépendantes du statut de l'intervenant et de l'étape de la crise suicidaire. Elles associent écoute et reconnaissance de la souffrance, reformulation, mais aussi des actions plus directives pouvant aboutir à l'hospitalisation. 