

# Les enjeux de la rencontre avec la personne suicidaire\*

## Apports du Groupe romand prévention suicide (GRPS)

YVES DOROGI<sup>a</sup>, Drs STÉPHANE SAILLANT<sup>b</sup> et LAURENT MICHAUD<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2019; 15: 644-9

**Cet article décrit le modèle d'aide à la rencontre de la personne suicidaire et à l'évaluation du potentiel suicidaire développé par le Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS). S'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles, il privilégie la rencontre clinique à l'évaluation, et se distancie des méthodes cherchant à prédire le suicide, qui peuvent entraver la rencontre. Ce modèle valorise un regard curieux de l'intervenant sur sa propre pratique et ses possibles préjugés en lien avec la problématique suicidaire.**

### Meeting suicidal patient: ongoing actions in French speaking Switzerland

*This article a model designed by an ad hoc group in French-speaking Switzerland to help professionals meeting suicidal patients. Based on current scientific knowledge, it promotes the clinical encounter with patient rather than a quantitative risk assessment, which may interfere with therapeutic alliance. This model underlines the importance of a reflexive position from the caregiver, who should keep a critical view on his own practice and opinions on suicidal process.*

### INTRODUCTION

Le Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS) rassemble des professionnels du champ de la santé mentale des différentes institutions psychiatriques de Suisse romande, ainsi que des personnes actives dans des associations concernées par la thématique suicidaire. Les actions du GRPS (formations, recherche scientifique, clinique, interventions auprès des médias) s'inscrivent dans la ligne des recommandations internationales et nationales: rapport 2014 de l'Organisation mondiale de la santé<sup>1</sup> et Plan national suisse de prévention du suicide, 2016.<sup>2</sup>

Le suicide et les comportements suicidaires constituent un problème majeur de santé publique. Environ un million de personnes décèdent de mort volontaire chaque année dans le

monde.<sup>1</sup> Les tentatives de suicide sont 10 à 40 fois plus fréquentes que les suicides et représentent une charge économique importante.<sup>3</sup> En Suisse en 2015, 1071 personnes ont mis fin à leur jour, ce qui représente deux à trois suicides par jour;<sup>2</sup> le suicide génère trois à quatre fois plus d'années de vie potentielles perdues que les accidents de la route et on estime à environ 25 000 chaque année les tentatives de suicide, dont seulement la moitié sont prises en charge par des professionnels du champ de la santé mentale. Outre les impacts sur les personnes elles-mêmes, le suicide et les comportements suicidaires ont finalement des répercussions majeures sur l'entourage (familial, amical, professionnel), les témoins fortuits, les professionnels et la communauté.

### LIMITES DES APPROCHES CENTRÉES SUR LE RISQUE SUICIDAIRE

Tout professionnel impliqué dans une rencontre avec une personne suicidaire se sent porteur d'une grande responsabilité. Dans ce contexte, la question de la détermination du niveau de risque suicidaire et de l'imminence ou non d'un geste fatal peut prendre une place importante et mettre l'intervenant sous pression. De plus, les attentes de la société évoluent et «il arrive que l'acceptation du risque de mort ne puisse pas toujours être prise en compte et que le suicide d'un patient fasse intervenir la notion d'une faute médicale».<sup>4</sup> Le recours à des échelles ou à des protocoles standardisés devient alors un réflexe naturel pour répondre à cette pression. Ce mouvement est renforcé par le contexte actuel des soins où ce type d'outils est devenu quasi incontournable.

Plusieurs éléments doivent cependant conduire à reconsidérer cette approche. Premièrement, les personnes suicidaires sont habituellement ambivalentes, et le processus suicidaire évolue dans le temps, ce qui rend difficile toute prédiction sur le suicide imminent.<sup>5</sup> Deuxièmement, l'occurrence de suicide avéré étant rare, les facteurs de risque individuels (prédisposant) représentent une faible proportion de la variance du risque et manquent de spécificité suffisante, ce qui entraîne des taux élevés de faux positifs ou de faux négatifs,<sup>6,7</sup> et ne permet pas de prévoir le suicide dans des situations individuelles de crise suicidaire.<sup>5,8,9</sup> Les guidelines internationales déconseillent ainsi l'utilisation d'échelle de prédiction pour déterminer le type de prise en soins.<sup>10</sup> Les échelles uniquement centrées sur les facteurs de risque peuvent en outre avoir des répercussions négatives: se sentir faussement rassuré, avoir recours inutilement aux soins contraints, répondre à l'anxiété du professionnel, se désengager d'une réelle rencontre

<sup>a</sup>Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, <sup>b</sup>Département de psychiatrie générale et de liaison (CNPad I), Centre neuchâtelois de psychiatrie, 2000 Neuchâtel, <sup>c</sup>Unité urgences et crise, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne  
yves.dorogi@chuv.ch | stephane.saillant@cnp.ch | laurent.michaud@chuv.ch

\*Article tiré en partie de l'ouvrage «Prévention du suicide Rencontrer, évaluer, intervenir». Livre publié par M+H. Sous la direction de Laurent Michaud et Charles Bonsack; en collaboration avec Yves Dorogi, Carole Kapp et Stéphane Saillant. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène, 2017.

clinique avec la personne en souffrance.<sup>11</sup> Ces éléments interrogent le mythe de la prédiction, dont on peut faire l'hypothèse qu'il n'est pas sans rapport avec l'idéal de toute puissance d'un professionnel qui pourrait tout prévoir ou tout traiter.

L'exploration des facteurs de risque est donc nécessaire, mais pas suffisante, dans le processus d'évaluation qui repose également sur d'autres dimensions que nous aborderons plus bas. Elle permet cependant au clinicien de s'appuyer sur des données objectives et d'identifier des éléments de vie sur lesquels une attention particulière sera portée (drapeaux rouges).

## ENJEUX DE LA RENCONTRE AVEC LA PERSONNE SUICIDAIRE

L'évaluation d'une personne suicidaire s'inscrit dans une rencontre où de multiples mécanismes relationnels sont en jeu. Face à cette population, le professionnel peut être fortement affecté émotionnellement, ébranlé dans son rôle et sa mission, bousculé dans sa pratique. Cette rencontre singulière confronte chacun à ses propres limites, ses représentations et ses valeurs. Le suicide est un sujet tabou, pour lequel il existe encore beaucoup d'idées reçues.<sup>12</sup> Celles-ci ont un effet négatif sur la création de l'alliance thérapeutique. Il est donc important de pouvoir en prendre conscience afin de mieux s'ajuster à la réalité intime de la personne en crise suicidaire.

Parler du suicide à quelqu'un, c'est avant tout ouvrir la porte à un dialogue, écouter la souffrance de l'autre et en accepter l'existence. Il existe cependant beaucoup de résistance à poser des questions approfondies sur le suicide que ce soit dans le contexte de la clinique ou de la recherche. La recherche a cependant montré qu'il n'y avait pas d'augmentation d'idées suicidaires ou de détresse psychologique à l'évocation de la suicidalité<sup>13,14</sup> et en a même relevé des effets positifs auprès de parents endeuillés par le suicide.<sup>15</sup>

Ces constats nous confortent dans notre approche de la personne suicidaire. Se préoccuper activement du suicide doit permettre de rejoindre la personne là où elle en est dans sa souffrance. Nous considérons que l'exploration active du processus suicidaire est la meilleure manière d'entrer dans la narration du sujet, de le re-subjectiver, de comprendre son histoire et d'engager la construction d'une alliance. Plus il est possible d'explorer les préoccupations suicidaires intimes, plus les données récoltées seront fiables. La construction d'une relation de confiance peut ainsi se faire directement et conjointement à l'abord de la problématique suicidaire. Les patients eux-mêmes mettent d'ailleurs en évidence l'importance de poser des questions directes sur le suicide.<sup>16</sup> Pratiquement, ce travail doit se faire en toute transparence dans une perspective de coconstruction. Tisser un lien de confiance nécessite pour l'intervenant la mise en œuvre d'un processus réflexif continu, tout en respectant le rythme de l'individu, sa souffrance et sa vulnérabilité. La relation se construit au travers d'un dialogue centré (en partie) sur la préoccupation suicidaire et jalonné par des reformulations, afin de vérifier la justesse de la compréhension de l'intervenant.

La communication autour du suicide est un autre enjeu important dans la prévention du suicide. Une revue récente montre qu'elle se produit, au travers de message verbal ou non verbal, chez plus de la moitié des sujets qui vont décéder par suicide.<sup>17</sup> Mais les éléments de communication indirects autour du suicide ne sont pas faciles à décoder. Ils peuvent être par exemple ambigus ou humoristiques et susciter différentes réactions comme du scepticisme, de l'inquiétude ou du refus.<sup>17,18</sup> Ce constat interroge la dimension communicationnelle du processus d'évaluation, notamment les approches qui s'appuient seulement, voire exclusivement, sur la question de la présence ou non d'idées suicidaires, question considérée généralement comme «porte d'entrée».<sup>10,19</sup> L'absence ou la négation d'idées suicidaires n'est en effet pas synonyme d'absence de processus suicidaire. Près de 80% des personnes décédées par suicide en milieu hospitalier avaient nié toutes idées suicidaires peu de temps avant leur geste fatal.<sup>20</sup> D'autres études montrent qu'il y a très peu d'associations entre l'expression d'idées suicidaires et un passage à l'acte ou un suicide, même chez les adolescents. La majorité des personnes exprimant des idées suicidaires ne vont pas poursuivre dans leur processus avec une planification, et la majorité de ceux qui ont élaboré une planification ne se suicide pas.<sup>21</sup> Il est noté dans ces mêmes études que l'émergence d'idées suicidaires est associée à une augmentation des tentatives de suicide dans l'année qui suit, tant chez les adultes que chez les adolescents. Par contre, l'évaluation de la gravité des idées suicidaires dans le passé a montré une plus grande corrélation avec le suicide que les idées suicidaires présentes.<sup>22</sup> En résumé, se préoccuper de la présence d'idées suicidaires est nécessaire mais pas suffisant, et leur investigation, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, dans le passé, est très importante.

Par ailleurs, lutter obstinément contre le passage à l'acte, mouvement naturel et légitime, peut amener l'intervenant à être trop préoccupé par la recherche de solutions immédiates, ce qui engendre un décalage dans l'ajustement relationnel. La priorité devrait être la rencontre de la personne prise dans cette tempête émotionnelle, cognitive et comportementale, les solutions émergeant généralement lorsque la rencontre opère justement. L'intervenant devrait par ailleurs garder à l'esprit qu'il est soumis à une obligation de moyens et pas de résultat.

Finalement, notons que la construction d'un lien est semée d'embûches.<sup>23</sup> L'omission en est l'illustration la plus fréquente. Il n'est pas rare que la personne nie la présence d'idées suicidaires lorsqu'on lui pose la question pour la première fois. La personne peut aussi montrer une façade afin de se défendre d'une détresse interne effroyable et honteuse et répondre «à côté». L'intervenant peut aussi être pris, par exemple, par une surcharge de travail ou préoccupé par une autre situation et «oublier» d'aborder certaines questions, comme le suicide. La *distorsion cognitive* est un autre piège redoutable, qui influencera la relation en lien à des perceptions affectées, par exemple, par un état dépressif majeur ou par une prise de toxique, ou simplement par une peur intense. La *présomption* est généralement issue d'une opinion fondée sur des croyances ou des apparences, comme de penser qu'une personne âgée de 83 ans ne peut pas se suicider, vu son âge. Elle peut être la source d'une mauvaise compréhension et empêcher un réel ajustement à l'autre.

## UN MODÈLE D'AIDE À LA RENCONTRE ET À L'ÉVALUATION DU POTENTIEL SUICIDAIRE

Nous présentons ici un modèle d'aide à la rencontre et à l'évaluation du potentiel suicidaire qui intègre les enjeux relationnels complexes décrits plus haut et prend en compte les limites des approches quantitatives. Ce modèle s'appuie sur les travaux de Monique Seguin et Jean-Louis Terra<sup>24</sup> sur la crise suicidaire et de Thomas Joiner sur la théorie interpersonnelle du comportement suicidaire.<sup>25</sup> Il privilégie une approche qualitative de l'évaluation et propose un changement de posture de l'intervenant, qui se met aux côtés de la personne en souffrance pour explorer avec elle son processus suicidaire. Inscrit dans une démarche globale qui comprend une observation clinique et sémiologique, le modèle s'appuie aussi sur les renseignements obtenus auprès des réseaux primaires et secondaires de la personne.

Différentes dimensions, complémentaires et indissociables sont explorées dans la rencontre. L'urgence est d'abord évaluée à travers l'exploration précise du processus suicidaire, l'accessibilité à des moyens létaux permet ensuite de qualifier le *Danger*, tandis que les *Risques* sont évalués dans leurs dimensions actuelle ou proximale (facteurs précipitants et signaux d'alerte) et historique ou distale (risque épidémiologique: facteurs prédisposants et facteurs protecteurs). Le **tableau 1**, utilisé dans les institutions psychiatriques de plusieurs cantons romands, résume ces différentes dimensions.

### UDR<sup>2</sup> (Urgence, Danger, Risque actuel et Risque épidémiologique)

#### Urgence (processus suicidaire)

L'évaluation de l'*Urgence* passe par l'exploration du processus suicidaire. Ce dernier s'inscrit dans une temporalité qui peut durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois ou années, et présente une fluctuation quant à son intensité, voire des moments de pause. Comme le précise Shea,<sup>23</sup> l'évaluation doit s'intéresser à l'histoire même d'un processus suicidaire. Cet auteur nous propose d'évaluer le processus par étape chronologique en commençant par le présent de la rencontre, puis le passé récent (deux mois), le passé plus lointain, pour revenir ensuite au présent et futur proche. Il s'agit d'abord des préoccupations intimes de la personne autour de la construction de ses pensées suicidaires (passives, actives avec ou sans scénario), de l'avancée de ses comportements suicidaires (préparatifs, mise en acte, etc.) et de son intentionnalité (planification). Comme nous l'avons vu, la personne en crise ne communique pas forcément ses préoccupations suicidaires dans le moment de la rencontre. Elle peut omettre d'en parler ou même affirmer qu'elle n'a pas d'idées suicidaires pour de multiples raisons. C'est ici tout l'intérêt de remonter dans le passé récent pour rechercher la présence d'un processus en progression et identifier la construction d'un scénario suicidaire interrompu, sans ou avec tentative(s). Dans cette exploration, l'intervenant doit tenir compte de l'ensemble des signaux émis par la personne. La communication non verbale et le comportement de l'individu sont des éléments à intégrer dans l'évaluation. Les décalages entre le discours explicite («je ne veux pas vraiment me suicider») et implicite (le comportement montre au contraire une velléité suicidaire)

doivent être clarifiés. Cette «confrontation bienveillante» permet généralement à la personne de s'ouvrir sur ses pensées intimes et de parler plus librement de son processus suicidaire. Notons finalement que certaines situations que l'on peut qualifier d'«urgence suicidaire» nécessitent une intervention immédiate (**tableau 1**).

#### Danger (accessibilité aux moyens létaux)

Il s'agit pour cette dimension d'évaluer avec précision l'accessibilité directe et immédiate à un moyen de se suicider (arme, corde, médicaments, etc.) et le degré des préparatifs, en questionnant ouvertement la personne suicidaire sur ses intentions. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'intervenir sur le(s) moyen(s) afin de faire diminuer le danger (par exemple, faire appel à la police pour retirer une arme à feu, retirer les médicaments non nécessaires), cela en toute transparence et en accord avec la personne, dans la mesure du possible. Toutefois, en cas d'urgence imminente et de refus de la personne, il est recommandé de faire appel à la police pour intervenir et retirer le moyen létalement envisagé.

#### Risque actuel (facteurs précipitants et signaux d'alerte)

S'intéresser aux préoccupations suicidaires d'une personne en souffrance comprend également la mise à jour des facteurs précipitants et des signaux d'alerte. Ceux-ci sont reconnus comme des éléments proximaux d'un passage à l'acte.

Les facteurs précipitants<sup>1,25</sup> représentent les difficultés liées à des événements de vie récents pouvant être déclencheurs d'un passage à l'acte suicidaire. Elles peuvent être de tout ordre, comme un licenciement, une rupture affective, un placement en établissement ou encore un échec scolaire. Dans tous les cas, elles ont un fort impact sur la personne déjà fragilisée. Celle-ci n'est d'ailleurs souvent pas en état de faire le lien avec l'un de ces facteurs et l'aggravation de «son» processus suicidaire. Le facteur précipitant peut intervenir en «fin» de processus suicidaire pour déclencher un geste grave ou létalement, mais il peut également intervenir au cours de la construction du processus avec des conséquences moins graves.

Les signaux d'alerte ou signes avant-coureurs indiquent la présence d'une crise suicidaire active. Contrairement aux facteurs précipitants, les signaux d'alerte sont de nature subjective. Ils relèvent de l'observation de l'état actuel d'une personne (émotion, pensée et comportement). En d'autres termes, le signal d'alerte suicidaire est le premier signe détectable qui indique un risque (non prédictif) accru de suicide à court terme (minutes, heures ou jours).<sup>19</sup> Ainsi, l'intervenant identifie la présence (ou non) de signaux d'alerte, comme par exemple, un sentiment de désespoir, et fait émerger les événements précipitants propres au processus suicidaire de la personne tout en favorisant des hypothèses de compréhension sur la présence d'un tel mouvement. Cette démarche permet de mettre du sens sur sa détresse et ainsi de diminuer les sentiments de honte et de culpabilité.

#### Risque épidémiologique (facteurs prédisposants et facteurs protecteurs)

Les facteurs prédisposants relèvent des caractéristiques et du parcours de vie de la personne suicidaire. Généralement distaux par rapport au passage à l'acte, leur identification constitue moins une priorité mais favorise la compréhension

**TABLEAU 1**

**Aide à la rencontre et à l'évaluation du potentiel suicidaire (UDR<sup>2</sup>)**

ICS: idées et conduites suicidaires; UDR<sup>2</sup>: Urgence, Danger, Risque actuel et Risque épidémiologique.

**Urgence**  
**Rencontrer la personne et parler du processus suicidaire**

L'évaluation temporelle des pensées et des mises en acte suicidaire\* permet de faire émerger au travers de la narration les idées, les plans, mais aussi leurs mises en action (gestes, achats, repérages de lieux, lettre, etc.), afin de comprendre l'évolution et la dynamique du processus suicidaire. Elle se fait en quatre étapes

1. les ICS ayant motivé la consultation (voir plus bas pour les «suicidants»)
2. les ICS récentes (au cours des deux derniers mois)
3. les ICS passées
4. les ICS immédiates et futures

Principaux aspects à approfondir auprès d'un suicidant

- |  |  |   |
|--|--|---|
| • Méthode utilisée (moyen, contexte du lieu) | • Regret du geste accompli                   | • Hallucinations associées au geste       |
| • Contexte des mesures de secours            | • Prise de conscience de la gravité du geste | • Impulsivité                             |
| • Degré d'intentionnalité                    | • Facteurs précipitants                      | • Compréhension / interprétation du geste |
| • Préparatifs                                | • Substances associées au geste              |   |

\* S.C. Shea, 2008

**Danger**  
**Parler de l'accessibilité au(x) moyen(s) du(es) scénario(s) présent(s) ET passé(s)**

Il s'agit surtout d'évaluer avec précision l'**accessibilité** directe et immédiate à un moyen de se suicider en questionnant ouvertement la personne suicidaire sur ses intentions, telles que: médicaments, arme à feu, corde, etc. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'intervenir sur le(s) moyen(s) afin de faire diminuer le danger (p.ex.: faire appel à la police pour retirer une arme à feu, retirer les médicaments non nécessaires), ce en toute transparence et en accord avec la personne

**Risque actuel**  
**Faire émerger les facteurs précipitants et identifier les signaux d'alerte**

Facteurs précipitants (non exhaustifs)	Signaux d'alerte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes réelles ou ressenties (décès, divorce, rupture affective, emploi, etc.)</li> <li>• Echecs (professionnels, scolaires, projets personnels, etc.)</li> <li>• Humiliation, violence (scolaire, publique, etc.)</li> <li>• Conflit interpersonnel</li> <li>• Diagnostic d'une maladie mentale</li> <li>• Diagnostic d'une maladie mortelle ou gravement handicapante</li> <li>• Difficultés financières</li> <li>• Accès à une arme à feu</li> <li>• Tentative de suicide ou suicide d'un proche</li> <li>• Isolement social, privation de liberté</li> <li>• Hallucination impérieuse, sensation d'être contrôlé par un autre, préoccupation religieuse, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Désespoir</li> <li>• Rage, colère, cherche à se venger</li> <li>• Agir avec imprudence ou se livrer à des comportements à risque</li> <li>• Se sentir piégé (sans porte de sortie)</li> <li>• Augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues</li> <li>• Retrait (famille - proches - société)</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Agitation</li> <li>• Insomnie ou l'hyposomnie</li> <li>• Changements d'humeur importants</li> <li>• Plus de raison de vivre (perte de sens et de but dans la vie)</li> </ul>

**Risque épidémiologique: facteurs prédisposants et facteurs protecteurs**  
**Rencontrer la personne en relevant les caractéristiques (adversités, ressources) de son parcours de vie**

Facteurs prédisposants (non exhaustifs)		
Individuels	Familiaux	Psychosociaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents suicidaires</li> <li>• Présence et gravité de problème de santé mentale (psychopathologie y.c. addiction)</li> <li>• Faible estime de soi</li> <li>• Impulsivité, agressivité</li> <li>• Problèmes somatiques /douleurs chroniques</li> <li>• Orientation sexuelle, et identité de genre atypique</li> <li>• Violence physique, sexuelle, fugue, IVG, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violence, abus physique, psychologique ou sexuel</li> <li>• Relation conflictuelle avec les parents /enfants</li> <li>• Négligence de la part des parents /enfants</li> <li>• Conflits avec le partenaire, conflits familiaux</li> <li>• Comportements suicidaires chez un parent/enfant/conjoint</li> <li>• Problèmes de santé mentale d'un parent/enfant/conjoint, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés économiques persistantes</li> <li>• Isolement social et affectif</li> <li>• Séparation, rupture, perte, deuil</li> <li>• Placement foyer / institution / EMS / détention</li> <li>• Difficultés scolaires, professionnelles, retraite</li> <li>• Effet de contagion à la suite d'un suicide</li> <li>• Problèmes d'intégration sociale, migration, déménagement, etc.</li> </ul>

**Facteurs protecteurs**

Stratégies d'adaptation déjà utilisées - Famille, proches - Relation interpersonnelle stable et soutenante - Réseau de soins - Vivre en couple - Avoir la foi, croyance - Avoir des projets - Pouvoir exprimer et communiquer ses inquiétudes angoissées - etc.

**Recommandation**

<p><b>Urgence suicidaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La personne envisage clairement un scénario (où, comment)</li> <li>• Le moyen envisagé dans le scénario est accessible et avec une létalité importante (p. ex.: une arme à feu)</li> <li>• Présence et intensité de facteurs précipitants et des signaux d'alerte</li> <li>• Diminution de la peur de la mort et/ou augmentation de la tolérance à la souffrance physique</li> </ul>	<p>En cas d'urgence suicidaire, l'intervenant doit mettre en place une intervention, idéalement en toute transparence et en partenariat avec la personne suicidaire. L'urgence suicidaire nécessite une réponse individualisée. Les éléments perturbateurs, la qualité relationnelle, la présence d'une maladie psychiatrique, seront également intégrés dans la réflexion. L'appel à un regard tiers, en présence ou par téléphone, devrait précéder toute prise de décision. L'évaluation du potentiel suicidaire doit être intégrée à l'évaluation clinique globale et documentée dans l'attitude générale</p>
--	---

globale de la personne et éclaire l'émergence du processus suicidaire. A contrario, les ressources propres de la personne et/ou de son réseau primaire et secondaire, ainsi que d'autres caractéristiques (par exemple, la présence d'enfants au sein d'un foyer ou la pratique religieuse) peuvent moduler

positivement la progression d'un processus suicidaire, en fonction bien entendu de l'impact de ces caractéristiques sur le vécu subjectif de la personne. L'intervenant doit ainsi les rechercher activement afin d'évaluer les possibilités de les mobiliser.

## Éléments complémentaires

### «Capacité acquise» à se suicider

La théorie interpersonnelle du comportement suicidaire définit la «capacité acquise» comme élément nécessaire dans la construction d'un processus suicidaire. Elle est acquise au cours du processus suicidaire et se construit au travers d'expériences répétées. La diminution de la peur de la mort est le premier mouvement nécessaire à cette évolution. La personne pense au suicide de manière plus précise, commence à s'habituer à la peur de mourir en imaginant des scénarios suicidaires, et envisage leurs mises en action. *La diminution de la peur de la mort* renforce l'intentionnalité suicidaire et favorise une progressive mise en action. *L'augmentation de la tolérance à la douleur physique* favorise le passage à l'acte. Le suicide est non seulement effrayant, mais physiquement douloureux. L'accoutumance à des expériences de violence physique permet d'augmenter cette tolérance.<sup>25</sup>

Tenir compte de ces deux dimensions (peur de la mort et tolérance de la souffrance physique) permet d'évaluer plus finement le sujet dans la construction de son processus suicidaire. Les comportements d'accoutumance en lien au processus suicidaire et/ou à des comportements auto-dommageables vont influencer ces deux dimensions. Les liens sont aussi à faire avec les éléments de vie influençant fortement la capacité à se suicider (facteurs précipitants/prédisposants): maltraitance infantile, antécédents suicidaires familiaux, impulsivité, exposition à la violence, etc.

### Obstacles

L'évaluation ne peut être parfois réalisée que partiellement pour des raisons liées au contexte de la rencontre ou encore à l'état de la personne. Dans tous les cas, elle nécessite une prise de recul, parfois à l'aide d'un tiers (collègue, superviseur, supérieur, professionnel d'une unité d'urgences psychiatriques, etc.).

Notons finalement que des éléments perturbateurs peuvent également influencer la qualité de l'évaluation et complexifier la rencontre, notamment lorsque la personne:

- présente un trouble cognitif;
- est sous influence de toxique;
- présente une décompensation psychotique (hallucination impérieuse, sensation d'être contrôlé par un autre, préoccupation religieuse);<sup>23</sup>
- présente un trouble relationnel exacerbé (par exemple, emprise relationnelle);
- est évaluée dans un contexte d'urgence, pendant lequel le lien thérapeutique est souvent fragile.

### Réseau primaire et secondaire de la personne en souffrance

L'intervenant doit être proactif pour promouvoir les contacts avec les réseaux primaire (proches) et secondaire (professionnels), et leur inclusion dans la prise en soins. Leur mobilisation est essentielle pour soutenir le sujet en souffrance, tant via la relation que, pour les proches, par des aspects concrets (accompagnement, hébergement). Elle est aussi une plus-value durant le processus d'évaluation. Les informations recueillies complètent celles obtenues directement et améliorent la compréhension de l'intervenant. Les éléments discordants entre le discours des proches/professionnels et celui

du patient doivent faire l'objet d'une attention particulière et être discutés ouvertement. Des éléments clivés peuvent ainsi être rassemblés; il n'est pas rare d'observer alors un soulagement symptomatique et de voir émerger des solutions.

### Dispositif de soutien pour l'intervenant

L'intervenant ne doit pas rester isolé face à une personne suicidaire. La prise de recul nécessaire pour lutter contre les risques de mouvements délétères, comme le rejet ou la contamination de l'isolement, doit pouvoir se faire d'une manière ou d'une autre. Il est important de penser le dispositif de soins en anticipation à la rencontre avec une personne suicidaire. A qui (collègue, confrère, superviseur, structure de soins d'urgences psychiatriques, etc.) l'intervenant peut-il faire appel en cas de besoin? Quelles sont les limites de l'intervention?

### Question de l'engagement

L'utilisation du contrat de non-suicide ou contrat de non-passage à l'acte est très controversée.<sup>26,27</sup> Sous ce vocable sont compris les accords verbaux ou écrits conclus entre un professionnel et un patient qui s'engage à ne pas passer à l'acte et/ou à faire appel à de l'aide s'il se sent submergé par ses pensées suicidaires. Il se décline donc de multiples façons, mais la plus courante est l'engagement verbal. Malgré le manque de preuves scientifiques quant à son utilité clinique, de nombreux professionnels en santé mentale continuent à l'intégrer dans leur pratique. Les défenseurs de cette pratique mettent en avant des effets positifs sur l'alliance thérapeutique. Les données existantes vont au contraire dans le sens que les patients peuvent ressentir un manque de confiance dans la relation engagée, ne se sentent pas entendus dans leur détresse, et que le recours à l'engagement est perçu comme une tentative des praticiens de se protéger de toute responsabilité.<sup>28</sup> Il est très utile, cependant, de réfléchir avec la personne sur les stratégies possibles en cas de crise et les moyens concrets pour diminuer la tension interne ou demander de l'aide, ce pour quoi les outils comme le plan de crise conjoint peuvent être d'une aide précieuse.<sup>29</sup> Finalement, le recours à un contrat se fait souvent en réaction à une pression anxiogène sur l'intervenant, notamment en termes de responsabilité, qui représente souvent un obstacle majeur pour le soignant dans la rencontre avec la personne en crise suicidaire. Il est donc important d'encourager la formation des professionnels afin qu'ils puissent intégrer les différents enjeux présentés ici.

## CONCLUSION

L'évaluation de la personne suicidaire est d'une grande complexité. Face à cette population, le soignant se trouve très souvent confronté à des sentiments d'anxiété, d'insécurité, de malaise ou d'impuissance, qui font écho au vécu de la personne en crise. Nous pensons que la prise en considération de ces éléments émotionnels propres au soignant (parfois nommés réactions contre-transférentielles) est indispensable pour une évaluation optimale de la suicidalité.

Le sentiment de responsabilité (fantasmée ou réelle) face à la personne suicidaire représente une autre crainte majeure du soignant dans l'évaluation du potentiel suicidaire. Le soignant a une responsabilité de moyens mais non de résultats,

et il est nécessaire de faire preuve d'humilité face à une personne en crise suicidaire, au risque sinon d'osciller entre un sentiment de toute-puissance et celui d'une impuissance absolue.

Nous plaidons donc pour une clinique centrée sur la rencontre avec la personne en crise suicidaire et proposons un modèle permettant d'explorer qualitativement les différentes dimensions de la suicidalité, qui se distancie des questionnaires et autres échelles souvent proposés, outils qui ont montré leurs limites et ne permettent pas de prédire le suicide. Cette approche nécessite un investissement en termes

de formation,<sup>30</sup> d'accompagnement et de supervision. Le temps consacré aux développements de compétences spécifiques est nécessaire pour constituer un réseau de professionnels plus à l'aise dans la rencontre avec la personne suicidaire pouvant s'appuyer sur un savoir-faire solide mais aussi conscients de ses propres limites et du fait que, indépendamment de la qualité des soins fournis, le suicide «... nous impose un temps illusoire sur un acte imprévisible».<sup>31</sup>

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- 1 \*\*OMS. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. 2014.
- 2 \*\*Health SFOoP. National action plan: preventing suicide in Switzerland. Bern: Swiss Federal Office of Public Health, 2016. Disponible sur: [www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-ingold/bericht\\_suizidpr%C3%A4vention.pdf.download.pdf/Report%20Suicide%20prevention%20in%20Switzerland.pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-ingold/bericht_suizidpr%C3%A4vention.pdf.download.pdf/Report%20Suicide%20prevention%20in%20Switzerland.pdf).
- 3 Czernin S, Vogel M, Fluckiger M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly* 2012;142:w13648.
- 4 Kaision JM, Gasser J. Suicide and mental institutions, the Lausanne example. *Rev Med Suisse* 2016;12:1574-8.
- 5 \*Murray D. Is it time to abandon suicide risk assessment? *BJPsych open* 2016;2:e1-e2.
- 6 Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2016;209:277-83.
- 7 Berman AL, Silverman MM. Suicide risk assessment and risk formulation part II: Suicide risk formulation and the determination of levels of risk. *Suicide & life-threatening Behav* 2014;44:432-43.
- 8 Nielssen O, Wallace D, Large M. Pokorny's complaint: the insoluble problem of the overwhelming number of false positives generated by suicide risk assessment. *BJPsych Bull* 2017;41:18-20.
- 9 Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;114:151-8.
- 10 Excellent NifHaC. Self-harm: longer-term management. NICE clinical guideline 133. 2011.
- 11 \*\*Mulder R, Newton-Howes G, Coid JW. The futility of risk prediction in psychiatry. *Br J Psychiatr: J Mental Sc* 2016;209:271-2.
- 12 \*Lester D, McIntosh J, Rogers JR. Myths about suicide on the suicide opinion questionnaire: an attempt to derive a scale. *Psychol Rep* 2005;96:899-900.
- 13 \*Dazzi T, Gribble R, Wessely S, et al. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med* 2014;44:3361-3.
- 14 Crawford MJ, Thana L, Methuen C, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *Br J Psychiatr: J Mental Sc* 2011;198:379-84.
- 15 Omerov P, Steineck G, Dyregrov K, et al. The ethics of doing nothing. *Suicide-bereavement and research: ethical and methodological considerations*. *Psychol Med* 2014;44:3409-20.
- 16 Snyder DJ, Ballard ED, Stanley IH, et al. Patient opinions about screening for suicide risk in the adult medical inpatient unit. *J Behav Health Serv Res* 2017;44:2364-72.
- 17 \*Pompili M, Belvederi Murri M, Patti S, et al. The communication of suicidal intentions: a meta-analysis. *Psychol Med* 2017;46:2239-53.
- 18 Owen G, Belam J, Lambert H, et al. Suicide communication events: lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Soc Sci Med* (1982) 2012;75:419-28.
- 19 \*Rudd MD. Suicide warning signs in clinical practice. *Curr Psychiatr Reports* 2008;10:87-90.
- 20 Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatr* 2003;64:14-9.
- 21 Silverman MM, Berman AL. Suicide risk assessment and risk formulation part I: a focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide Life-threatening Behav* 2014;44:420-31.
- 22 Beck AT, Brown GK, Steer RA, et al. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life-threatening Behav* 1999;29:1-9.
- 23 \*\*Shea SC. Evaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir, 2008.
- 24 Seguin M, et Terra JL. Manuel du formateur. Paris: Direction Générale de la Santé, 2005.
- 25 \*Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Review* 2010;117:575-600.
- 26 McMyler C, Prymachuk S. Do 'no-suicide' contracts work? *J Psy Mental Health Nursing* 2008;15:512-22.
- 27 Edwards SJ, Sachmann MD. No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis* 2010;31:290-302.
- 28 Weis A. The no-suicide contract: possibilities and pitfalls. *Am J Psychother* 2001;55:414-9.
- 29 \*Ferrari P LP, Milovan M, Suter C, et al. Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement. Pratiques et contenus du plan de crise conjoint. RSRL. 2018;Publication n°11.
- 30 Publique Ofdls. Exemples pratiques Prévention du suicide. Disponible sur: [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/praxisbeispiele-suche.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/praxisbeispiele-suche.html).
- 31 Simon RI. Imminent suicide: the illusion of short-term prediction. *Suicide Life-threatening Behav* 2006;36:296-301.

\* à lire

\*\* à lire absolument