

LA GESTION DES SITUATIONS  
DE CRISE SUICIDAIRE

La crise suicidaire est une crise psychique déclenchée par un facteur précipitant et marquée par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes face à un sentiment d'impasse<sup>34</sup>. Elle est souvent le résultat de l'intrication de facteurs de risque individuels, familiaux et psycho-sociaux.

La personne en crise est submergée par ses émotions, le suicide apparaît rapidement ou progressivement comme le seul moyen, et la mort la seule issue pour que se termine cet état de souffrance.

Avec une fréquence plus élevée que chez l'adulte jeune, les troubles psychiatriques et particulièrement la dépression sont fortement associés au geste suicidaire des personnes âgées.

Chez les personnes âgées, le désespoir, le vécu d'isolement, l'existence de conflit avec ses proches, la mauvaise condition physique, la précarité financière ou encore les situations de rupture (déménagement, deuil, disparition d'un animal domestique, etc.) peuvent également favoriser le risque suicidaire<sup>35</sup>.

Les analyses épidémiologiques témoignent d'une utilisation plus fréquente par les personnes âgées de moyens de suicide violents (pendaison, utilisation d'une arme à feu, noyade, etc.), ce qui est une des explications d'un nombre élevé de suicides aboutis<sup>36</sup>.

Dans 70 % des cas les suicides de personnes âgées ont lieu à domicile. Dans les établissements d'hébergement, le risque de suicide est accru dans la première année qui suit l'entrée de la personne.

#### POINT DE VIGILANCE

Pour certaines personnes âgées, le passage à l'acte a lieu très peu de temps après la survenue de l'élément déclencheur. La rapide dégradation de l'état de la personne laisse alors peu d'opportunités d'observation des signes suicidaires. Ces états d'urgence soudains s'avèrent difficiles à diagnostiquer et à prévenir<sup>37</sup>.

## 1 ORGANISER LA GESTION DES MOMENTS DE CRISE AVEC RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

Le risque suicidaire est une estimation, une probabilité à plus ou moins long terme qu'une personne réalise un geste suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire tient compte du vécu de la personne, de son histoire de vie, des pertes subies, de son état de santé psychique ou encore des éventuelles tentatives de suicide antérieures.

<sup>34</sup> VAN HEERINGEN, C., MARUSIC, A., *Understanding the suicidal brain*, The British Journal of Psychiatry, 2003.

<sup>35</sup> Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD) *Prévention du suicide chez les personnes âgées*, Paris, 2013.

<sup>36</sup> Le rapport précité du CNBD, précise en ce sens que les suicides sont particulièrement aboutis chez les hommes très âgés de l'ordre de 1 sur 1,2. Le ratio est de 1 sur 3,3 pour les femmes.

<sup>37</sup> PELEGE, P. *Le suicide des personnes âgées*, article de l'ouvrage de JEANNE, Y., *Vieillesse handicapée*, pp 233-236, ERES Toulouse : 2011.

L'organisation par le service ou l'établissement de la gestion des situations de crise doit être anticipée par l'encadrement et nécessite, pour être efficace, d'être connue de l'ensemble des professionnels.

Le Programme national d'action contre le suicide<sup>38</sup> préconise en ce sens un « *développement des pratiques de prévention et de postvention* » du passage à l'acte suicidaire notamment via une incitation à « *prendre en compte dans le projet d'établissement des services et établissements sociaux et médico-sociaux la question de la prévention du suicide* ».

### Enjeux et effets attendus

- Les principales conduites à tenir face à une personne en situation de crise suicidaire sont formalisées et connues des professionnels.
- Des décisions adaptées à l'état de crise de la personne sont prises.
- Les conséquences de cette situation de crise sur la personne et/ou ses proches sont autant que possible diminuées.

### RECOMMANDATIONS

- ↳ Sensibiliser les professionnels à la distinction, difficile mais nécessaire, entre l'expression par une personne âgée de propos en rapport avec la mort et la formulation d'idées suicidaires.

#### POINT DE VIGILANCE

Les préoccupations liées à la mort peuvent être un sujet très fréquemment abordé par les personnes âgées. Si ces propos restent isolés, ils ne traduisent pas systématiquement une réelle volonté de se donner la mort mais plutôt une préoccupation sur la fin de leur vie.

- ↳ Identifier en amont les personnes ressources, en interne ou en externe, qui pourront aider à l'évaluation de la situation et/ou prendre le relais de la gestion de la crise, et notamment :
  - le médecin référent et/ou spécialiste ;
  - une personne « sentinelle » présente au sein du service ou de l'établissement et identifiée comme référente sur les questions liées au risque suicidaire et au suicide;
  - les numéros d'urgence ;
  - les professionnels du secteur psychiatrique ou psycho-gériatrique.
- ↳ Élaborer des protocoles d'urgence adaptés à la diversité des situations :
  - en cas d'urgence suicidaire ;
  - en cas de décès par suicide (à intégrer dans le protocole décès).

<sup>38</sup> Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. *Programme national d'action contre le suicide - 2011-2014*. Paris: 2011.

- ↳ Mentionner au sein de ces protocoles :
  - les coordonnées des personnes à prévenir : l'encadrement et/ou la direction du service, les premiers secours, la personne de confiance, le médecin traitant, la police, etc. ;
  - la répartition des rôles en cas de crise : qui doit être appelé en premier ? Qui appelle ? Que faire en cas d'absence de réponse ?, etc. ;
  - les conduites à tenir : quels sont les gestes et les paroles à privilégier en attendant l'arrivée des secours et/ou du médecin et/ou de la police pour le constat médico-légal ? Quelles sont les règles de confidentialité à respecter ?, etc. ;
  - le plan de communication interne (vis-à-vis du personnel, des autres résidents) et externe (vis-à-vis des proches, des bénévoles, de la presse, etc.).
- ↳ Expliciter ces protocoles auprès de tous les professionnels :
  - collectivement lors de réunions d'équipe ou individuellement lors d'entretiens ;
  - aux professionnels intervenant la nuit ;
  - aux nouveaux arrivants lors de leur prise de poste.
- ↳ S'assurer de la mise à disposition effective de ces protocoles auprès de tous les professionnels ainsi que de leur mise à jour régulière.
- ↳ Proposer aux professionnels l'utilisation d'outils d'aide au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire (par exemple à l'aide de questionnaires spécifiques).
- ↳ Encadrer l'utilisation de ces outils d'aide au repérage :
  - en formant les professionnels à leur utilisation ;
  - en aidant les professionnels à l'analyse des résultats obtenus ;
  - en laissant aux professionnels l'opportunité d'exprimer leurs difficultés liées à l'utilisation de ces outils, sur des temps de réunions collectives ou en entretien individuel.

## 2 ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE SUICIDAIRE, AGIR ET ALERTER DE FAÇON ADAPTÉE

L'urgence suicidaire correspond à la possibilité qu'une personne ayant des idées suicidaires passe à l'acte durant les 24 ou 48 h à venir. Il s'agit d'un état de crise à un moment donné, d'une situation particulièrement instable qui peut varier de jour en jour, voire d'heure en heure.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte dans l'appréciation du degré d'urgence : les facteurs d'urgence témoins de l'imminence d'un geste (intensité, temporalité, lieu et modalités de l'acte suicidaire envisagés) et les facteurs de dangerosité comme l'accessibilité et la létalité<sup>39</sup> du moyen envisagé.

<sup>39</sup> ELNOUR AA., HARRISON J., *Lethality of suicide methods*. Injury Prevention, 2008, vol.14, pp39-45.

Lorsque l'on parle de létalité des moyens, on réfère généralement à leur capacité d'entraîner la mort, et selon l'étude d'Elnour et Harisson, la probabilité de causer la mort de chacune des méthodes de suicide se répartit comme suit : Arme à feu 90 % , Pendaison/asphyxie 83 %, Noyade 80 %, Saut devant un objet en mouvement 79 %, Gaz et leur émanations 62 %, Saut d'un lieu élevé 60 %, Accident de véhicule 32 %, Instruments tranchants 3 %, Médicaments, drogues et poisons 2 %.

Au domicile de la personne ou en établissement, les professionnels confrontés à une telle situation ne peuvent ni ne doivent gérer seuls la situation. Ils doivent donc connaître les personnes ressources à appeler dans ce cas.

#### POINT DE VIGILANCE

Il est important de faire attention aux nombreuses « idées reçues » liées au suicide.

**« Parler avec une personne de ses intentions suicidaires, c'est faciliter son passage à l'acte »**

Au contraire cela permet, dans la mesure où la personne évoque ses intentions suicidaires d'elle-même, de mieux évaluer le risque de passage à l'acte.

**« S'il parle de son suicide, c'est qu'il ne le fera pas » / « Depuis le temps qu'il le dit, il ne le fera pas » / « Il le dit, il ne le fera pas »**

Il s'agit à nouveau d'idées fausses sur le suicide, il ne faut jamais banaliser de tels propos. Dans 80 % des cas une personne se confie à ses proches sur ses intentions suicidaires dans les jours qui précèdent le passage à l'acte. De la même façon, les analyses épidémiologiques prouvent que la majorité des personnes ayant accompli un geste suicidaire a consulté le médecin traitant dans le mois qui précède le passage à l'acte.

**« On ne peut rien faire face à quelqu'un qui veut se suicider, c'est son choix »**

Au contraire, la reconnaissance de la souffrance psychique peut permettre à la personne d'envisager autrement son avenir.

Dans la majorité des cas, le suicide est un choix contraint par une pathologie psychiatrique (et principalement la dépression) qui nécessite la mise en place d'aides et de soins.

#### Enjeux et effets attendus

- L'évaluation du degré d'urgence et de la dangerosité de la situation est faite par les professionnels formés.
- La qualité de la transmission de l'alerte passée par le professionnel témoin de la crise déclenche l'intervention rapide des services compétents et adaptés à la situation (secours, police, etc.).
- La gravité des conséquences de la crise suicidaire, en particulier l'aboutissement du geste suicidaire, est autant que possible diminuée.

#### RECOMMANDATIONS

- ↳ Repérer, lors de l'échange avec la personne ou via l'observation de ses attitudes, des éléments révélateurs comme :
  - la verbalisation explicite d'idées suicidaires dont les modalités sont assez précises ;
  - l'expression d'un sentiment de culpabilité ou de faute impardonnable,
  - la rédaction d'une lettre d'adieu ou d'un testament ;
  - un refus brutal de communication ou des aides habituellement reçues et acceptées ;
  - une amélioration brutale et inexpliquée de l'humeur ;
  - un niveau d'anxiété inhabituel ;
  - une alcoolisation inhabituelle ;
  - .../...

- ↳ Signifier son entière disponibilité pour l'écoute et l'échange avec la personne, en interrompant ou n'entreprenant pas les tâches initialement programmées (soins, toilette, ménage...).
- ↳ Établir la communication avec la personne dans un cadre respectueux et empathique. Par une écoute active, l'encourager à verbaliser sur les événements douloureux et à exprimer ses émotions.
- ↳ Lorsque la personne exprime des allusions explicites ou implicites au suicide :
  - reformuler avec elle ses intentions suicidaires ;
  - faire préciser si possible le scénario élaboré, le degré d'intensité des idées de mort, les possibilités d'accès facilités aux moyens létaux et les éventuels facteurs protecteurs (convictions personnelles, présence de l'entourage, etc.) ;
  - poser des questions précises et directes.
- ↳ Évaluer la facilité d'accès aux moyens évoqués (armes à feu, fenêtre non sécurisée, cordes, produits toxiques, médicaments...) et en réduire l'accessibilité autant que faire se peut en expliquant à la personne l'aspect protecteur de telles mesures.
- ↳ Proposer à la personne de contacter les personnes ressources pour elle (famille, amis, professionnel médical ou psychologique) auprès desquelles elle pense pouvoir trouver réconfort.
- ↳ Expliquer à la personne la nécessité de faire appel à l'encadrement du service et au médecin traitant pour définir la conduite à tenir et mieux l'aider.
- ↳ Prendre contact avec l'encadrement afin que ce dernier sollicite le médecin traitant, le référent familial ou toute personne en mesure de décider de la meilleure orientation possible pour la personne (consultation médicale, hospitalisation avec ou sans l'accord de la personne<sup>40</sup>, etc.)

#### POINT DE VIGILANCE

Les questions directes posées à une personne qui formule des propos suicidaires peuvent sembler embarrassantes, mais elles permettent pourtant de mieux préciser le mode d'action envisagé (moyens évoqués, lieu envisagé, moment prévu) ; ce que l'on pourrait traduire de façon simplifiée par les questions « comment ? Où ? Quand ? ».

Une personne ayant des idées suicidaires peut en effet interpréter ces questions directes de son interlocuteur comme une compréhension de sa souffrance et à l'inverse, l'absence de questionnement comme un désintérêt.

<sup>40</sup> D'après l'article L.3211-1 du Code de la santé publique, « une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale ». Néanmoins, en cas de troubles mentaux empêchant la personne de donner son consentement et nécessitant des soins psychiatriques immédiats assortis d'une surveillance médicale régulière ou constante, une demande d'admission dans un établissement autorisé, selon les modalités décrites dans l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, peut être nécessaire.

### 3 SOUTENIR LES PERSONNES AYANT ÉTÉ CONFRONTÉES DIRECTEMENT OU NON AU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Concernant les mesures à prendre à la suite d'un geste suicidaire abouti ou non, il est nécessaire de prendre en compte la valeur traumatique de l'acte lui-même pour ceux qui en sont les témoins ou les découvreurs, la complexité du travail de deuil en cas de suicide abouti et l'impact d'une telle situation sur l'entourage plus ou moins proche de la personne (entourage familial, amical, mais aussi professionnel).

La survenue d'un passage à l'acte suicidaire doit faire l'objet de réponses appropriées et rapides pour en limiter les conséquences, et ce dans un contexte d'état de choc.

#### Enjeu et effet attendu

- La personne qui a accompli le geste suicidaire non abouti est soutenue/accompagnée/suivie et le risque de récurrence suicidaire est diminué.
- Les personnes (professionnels et/ou proches de la personne ayant accompli le geste suicidaire) qui ont été confrontées directement ou non à une crise suicidaire s'expriment et développent des stratégies d'adaptation permettant de limiter l'apparition d'un deuil pathologique.

#### RECOMMANDATIONS

##### Concernant la personne ayant accompli le geste suicidaire

#### POINT DE VIGILANCE

La période qui suit un passage à l'acte est considérée comme une période à risque de récurrence car la personne demeure dans un état vulnérable.

- ↳ Rester particulièrement vigilant, dans les semaines qui suivent le passage à l'acte, sur l'intentionnalité de la personne ayant fait une tentative de suicide :
  - en observant l'évolution des propos et des attitudes de la personne en lien avec le passage à l'acte effectué et/ou une volonté de réitération du geste ;
  - en vérifiant régulièrement que l'accès aux moyens létaux n'est pas de nouveau facilité.
- ↳ Proposer une aide à la mise en place, en interne ou en externe au service ou à l'établissement, d'un suivi spécifique à la personne sortant d'une crise suicidaire.
- ↳ Mobiliser la personne dans le suivi médical et/ou psychologique mis en place à la suite de son passage à l'acte, notamment :
  - en lui exposant l'intérêt de ce suivi ;
  - en lui expliquant l'importance de son adhésion et son implication dans le suivi ;
  - en lui rappelant les dates de consultation et en l'aidant si besoin à s'y rendre.

- ↳ Contribuer à la prévention du risque de récurrence du geste suicidaire :
  - en organisant, en lien avec le médecin traitant, une aide à l'observance d'un traitement éventuellement prescrit ;
  - en sécurisant l'environnement direct de la personne.

#### Concernant le(s) aidant(s) de la personne

- ↳ Informer le(s) aidant(s) de la disponibilité des professionnels d'encadrement de la structure pour les rencontrer s'ils le souhaitent.
- ↳ Orienter le(s) aidant(s) de la personne ayant accompli un geste suicidaire vers une consultation chez leur médecin traitant, qui pourra mettre en place une prise en charge adaptée (traitements, suivi spécialisé psychologique/psychiatrique...).

#### Concernant les résidents de l'établissement dans lequel le suicide a eu lieu

- ↳ Rassurer autant que faire se peut l'ensemble des résidents :
  - en les informant du décès de la personne sans indiquer la nature du décès ;
  - en se montrant disponible pour répondre aux éventuels questionnements dans le respect de la dignité de la personne décédée et des règles du secret médical.
- ↳ Pour les résidents ayant été témoins de l'acte suicidaire ou de l'agitation engendrée par

#### POINT DE VIGILANCE

Une majoration du risque suicidaire est souvent observée chez les proches d'une personne suicidée ou ayant accompli un geste suicidaire.

l'acte, ainsi que pour tout résident en exprimant le besoin, proposer un soutien psychologique.

- ↳ Adapter au(x) besoin(s) du/des résident(s) le soutien proposé : entretien individuel, groupe de parole, organisation pour assister aux obsèques, etc.

#### Concernant les professionnels du service ou de l'établissement

- ↳ Organiser rapidement une rencontre entre les responsables du service ou de l'établissement, et le(s) professionnel(s) ayant été confronté(s) directement à la crise suicidaire afin que ceux-ci puissent s'exprimer sur leur vécu de la crise, leur souffrance face à ce geste, leur éventuel ressenti de culpabilité face à cet événement, etc.
- ↳ Soutenir les professionnels concernés et repérer autant que possible d'éventuels signes de souffrance psychique « post crise ».
- ↳ Informer si besoin les professionnels de la possibilité de solliciter sur ce sujet leur médecin, le cas échéant le médecin du travail, voire un soutien psychologique individuel ou en groupe.



- ↳ Organiser à distance raisonnable de la période de crise une réunion d'équipe avec tous les professionnels, permettant notamment de reprendre :
  - déroulé de la situation ;
  - les éléments qui ont facilité/empêché la bonne gestion de la crise ;
  - les éléments de complexité ;
  - les points d'organisation ou de protocole à améliorer.
- ↳ Faire appel autant que possible à un psychologue de préférence extérieur au service ou à l'établissement (par exemple les équipes de psychiatrie rattachées au Samu et formées au suivi des situations de crise) pour animer cette réunion et répondre aux questions diverses.

#### ILLUSTRATION

*Dans un Ehpad, à la suite du suicide d'une personne âgée, un suivi psychologique individuel et collectif a été proposé à l'ensemble des personnes présentes dans la structure (professionnels et résidents).*

*Parmi les résidents, les personnes considérées « à risque de suicide » ont été identifiées et rencontrées par la psychologue de l'établissement. Les résidents ont également été rencontrés par le directeur et le cadre de santé.*

*Pour les professionnels, ceux directement liés à l'évènement ont été rencontrés individuellement (un suivi psychologique leur a été proposé), les personnes volontaires ont pu bénéficier d'un temps de régulation proposé par la cellule d'urgence médico-psychologique de proximité, la semaine suivante. Enfin, une soirée d'information sur le suicide des personnes âgées a été organisée quelques temps plus tard.*

*Ces actions d'écoute, d'échange, d'information et de sensibilisation ont par la suite permis aux professionnels de mieux repérer, évaluer et être plus attentifs face à une crise suicidaire.*

## L'essentiel

### ORGANISER LA GESTION DES MOMENTS DE CRISE AVEC RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

- En sensibilisant les professionnels à la distinction entre l'expression par une personne âgée de propos en rapport avec la mort et la formulation d'idées suicidaires.
- En identifiant en amont les personnes ressources, internes ou externes, qui pourront aider à l'évaluation de la situation et/ou prendre le relais de la gestion de la crise.
- En élaborant des protocoles d'urgence adaptés au risque suicidaire et en s'assurant de la mise à disposition effective de ces protocoles auprès des professionnels, y compris ceux travaillant de nuit.
- En encadrant l'utilisation éventuelle d'outils d'aide au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire.

### ÉVALUER LE DEGRÉ D'URGENCE SUICIDAIRE, AGIR ET ALERTER DE FAÇON ADAPTÉE

- En repérant lors de l'échange avec la personne ou de l'observation les signes révélateurs de l'urgence suicidaire (signes verbaux ou non verbaux).
- En signifiant son entière disponibilité pour l'écoute et l'échange avec la personne, en interrompant ou n'entretenant pas les tâches initialement programmées.
- En évaluant la facilité d'accès aux moyens létaux évoqués par la personne et en les éloignant autant que faire se peut.
- En proposant à la personne de contacter les personnes ressources pour elle (proches, famille, amis, etc.) auprès desquelles elle pense pouvoir trouver réconfort.

### SOUTENIR L'ENSEMBLE DES PERSONNES AYANT ÉTÉ CONFRONTÉES DIRECTEMENT OU NON AU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

#### Concernant la personne ayant effectué le geste suicidaire

- En restant particulièrement vigilant dans les semaines qui suivent le passage à l'acte suicidaire sur l'intentionnalité de la personne de récidiver ou non son geste.
- En mobilisant la personne sur le suivi médical et/ou psychologique mis en place suite à son passage à l'acte.

#### Concernant le(s) aidant(s) de la personne

- En informant le(s) aidant(s) de la personne de la disponibilité des professionnels d'encadrement de la structure pour les rencontrer s'ils le souhaitent.
- En orientant le(s) aidant(s) de la personne ayant accompli un geste suicidaire vers une consultation chez leur médecin traitant, qui pourra mettre en place une prise en charge adaptée (traitements, suivi spécialisé psychologique/psychiatrique...).

### **Concernant les résidents de l'établissement dans lequel le suicide a eu lieu**

- En se montrant disponible pour répondre aux éventuels questionnements des résidents.
- En proposant à tout résident qui en exprime le besoin un soutien psychologique adapté.

### **Concernant les professionnels du service ou de l'établissement**

- En organisant rapidement une rencontre entre l'encadrement et les professionnels ayant été confrontés directement ou non à la situation de crise, afin d'échanger avec eux sur le traumatisme potentiel engendré.
- En accompagnant si besoin les professionnels qui manifesteraient un besoin de soutien ou d'accompagnement psychologique à la suite de la situation de crise.
- En organisant à distance raisonnable de la période de crise une réunion d'équipe avec tous les professionnels, animée si possible par un psychologue de préférence extérieur au service ou à l'établissement.