

🚨 Evaluation du degré d'urgence suicidaire 📞:

0. Absence d'idées suicidaires actuelle

1. Idées diffuses ou précises mais non ruminées. «Flashes»

Première étape avec apparition d'idéation suicidaire. Les idées peuvent être diffuses (idée de mort, de sommeil plus ou moins long, accident mortel) ou plus précise mais généralement brève. Sont inclus dans cette étape les personnes qui ont déjà pensé au suicide par le passé, même si elles n'y pensent plus actuellement.

2. Idées plusieurs fois par semaine. Suicide envisagé comme une possibilité

La personne pense au suicide plusieurs fois par semaine. La personne y pense, se pose des questions, envisage cette possibilité de plus en plus sérieusement, mais n'est pas encore obsédée quotidiennement par ce choix.

3. Idées suicidaires fréquentes. Quotidiennes.

La personne pense au suicide régulièrement : «Chaque jour, je me réveille en me demandant si cela vaut la peine de continuer à vivre, si je ne serais pas mieux mort»

4. Seule solution ou scénario principale - Scénario complet

La planification du suicide est en cours. La personne a décidé que le suicide est la seule solution ou que c'est l'option principale. A ce stade, la personne mentionne qu'elle ne sait pas exactement comment elle va le faire, ni à quel moment elle va le faire. Il manque un ou des éléments de la planification (où ?, quand ? comment ? avec quoi ?)

5. Projet de passer à l'acte avec un délai supérieur à 48h

La personne a le projet de passer à l'acte au-delà de 48 heures. La personne possède le moyen ou en a facilement l'accès : arme, médicaments...

6. Projet de passer à l'acte dans les prochaines 48h

La personne a le projet de passer à l'acte dans les 48 heures. L'endroit où la situation précise est connue. Le moyen est à disposition.

7. Projet de tentative immédiate

La planification est complète et imminente. La personne a projet de passer à l'acte immédiatement. Le moyen retenu est immédiatement disponible : les médicaments sont déballés, l'arme à feu est chargée. La personne menace de l'utiliser pendant l'appel ou immédiatement après avoir raccroché.

8. Tentative en cours ou débutée et stoppée

La personne a mis en œuvre son plan d'action : les médicaments ont été absorbés, la mutilation s'est effectuée, l'arme à feu a été utilisée. L'intervention médicale est nécessaire, soit pour une prise en charge médicale compensatoire soit pour une privation de liberté de sauvegarde.

X. Décès

📢 L'urgence d'un passage à l'acte

Dans une situation d'urgence, il est nécessaire d'évaluer le potentiel suicidaire, il résulte d'une combinaison de trois facteurs : le risque suicidaire, qui est la combinaison des plusieurs facteurs et l'état de cheminement de la volonté de se donner la mort. L'urgence du passage à l'acte, et la létalité du moyen : parle-t-il de prendre des médicaments ou d'utiliser une arme à feu ?

En situation d'urgence absolue, devant une personne qui est sur le point de passer à l'acte, trois points essentiels de la négociation sont à garder en tête :

1. **Créer et entretenir une relation de confiance** (ne mentez jamais, ne promettez jamais quelque chose que vous n'êtes pas sûr de tenir)
2. **Evaluer l'urgence qui justifiera les éventuelles actions mises en place** (agir verbalement ou physiquement ?)
3. **Faire verbaliser les émotions de la personne** (il y'a toujours une solution, le processus n'est pas irréversible)
4. **Ne jamais utiliser des propos culpabilisants ou moralisateurs** (« Pensez à vos enfants »)
5. **N'intervenez physiquement qu'en dernier recours : SI le sauveteur ne se met pas en danger ET qu'il est SÛR de son action**
En cas de présence d'une arme (blanche ou à feu) ou tout autre objet dangereux, intervenez conjointement avec les forces de l'ordre.



On se retrouve le mois prochain pour... les noyades

Le Scope N° **11**
SpO2 **99** %
P.N.I. **07**
2020

Rédaction : **Pierrick TRUPIN**
Supervision médicale : **Dr Rahman PAQUIRIMOÏDINE**

Vérfié par

La crise suicidaire

Après un numéro complètement physiopathologique, nous avons choisi un sujet avec un thème moins technique et plus psychologique. En effet dans ce domaine aussi, des situations d'urgences peuvent survenir. Si gérer un arrêt cardio-respiratoire peut se faire avec des gestes, des algorithmes, des recommandations... la souffrance psychique demande plus de feeling car il ne sera pas possible de tout normer. Dès le départ, là où des « constantes » permettent de chiffrer certaines données médicales, il est plus difficile d'avoir recours au scoring en psychiatrie. L'idée de ce numéro est d'évoquer une situation qui donne généralement du « fil à retarder » aux équipes intervenantes.

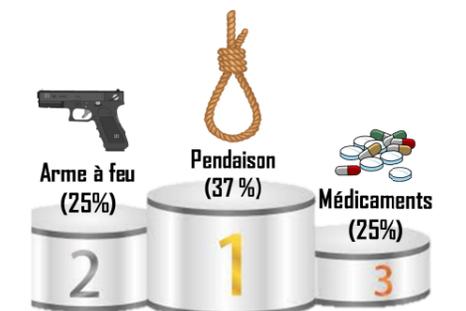
Mais où les pragmatiques diront qu'il suffit de « sédaté et d'immobiliser dans un matelas coquille », les débats éthiques et philosophiques s'ouvrent. Car toute intervention de secours, toute prise en charge hospitalière commence dès qu'il y'a une victime et c'est pour elle qu'une démarche holistique se met en place. Les retours d'expérience, très riches si ils sont partagés, et ce quelle que soit l'issue de la démarche thérapeutique, permettent de voir émerger des recommandations, des facteurs de risques et à terme de pouvoir se positionner dans la situation d'urgence que peut générer une crise suicidaire.



📊 Epidémiologie et santé publique

Source : <https://www.who.int/fr>
Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/>

Autant poser le cadre conceptuel rapidement : selon l'organisation mondiale de la santé, le suicide ferait plus de morts que les guerres et les homicides réunis. Il est la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans. Chaque année, c'est environ 800 000 personnes dans le monde, soit une moyenne d'un mort toutes les 40 secondes. La France arrive dans les pays d'Europe les plus touchés. Chaque années, 9 000 décès sont déclarés suite à un suicide. De plus, 5% de la population adulte déclare avoir pensé à se suicider au cours de l'année. L'impact professionnel est démontré dans les raisons qui ont poussé les personnes à se donner la mort.



Moyens les plus fréquemment utilisés chez les personnes suicidées

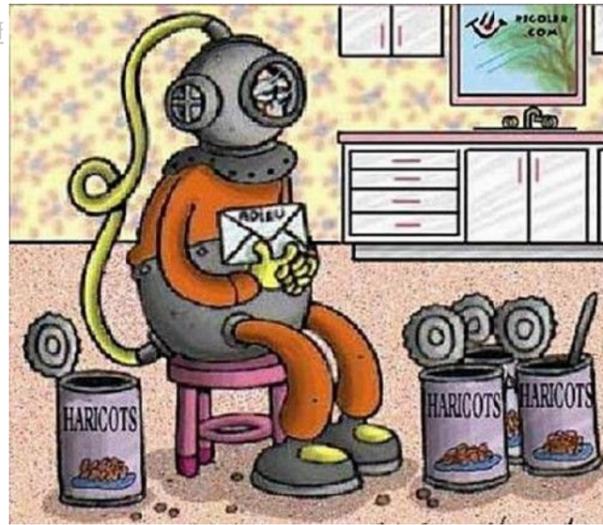
Source : <http://www.psyfontevraud.free.fr/cours44>

Le Scope : le bulletin de l'urgence -

📺 Suivez nous sur Facebook : Le Scope - 📧 Contact : bulletin.le.scope@gmail.com

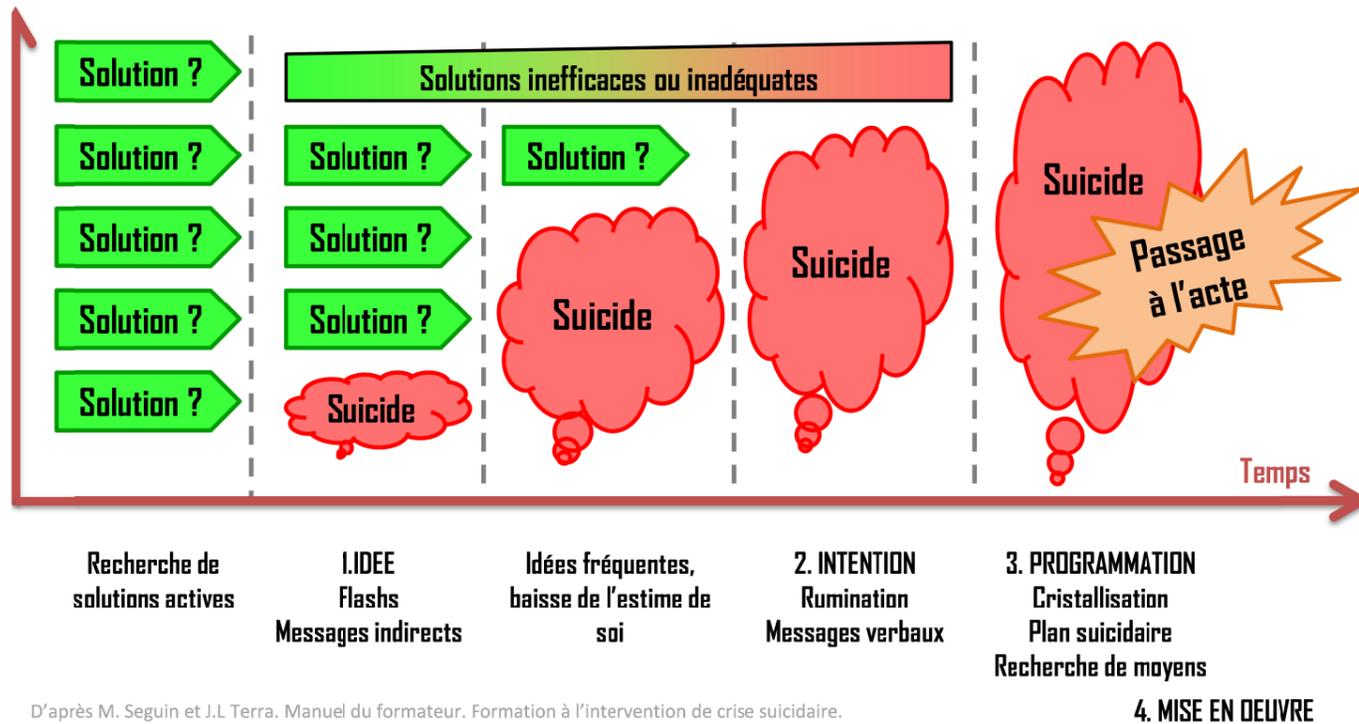
Conceptualiser le suicide

Source : http://eipas.org/images/crise_suicide.pdf



Les chiffres parlent d'eux-mêmes, la problématique du suicide est un réel enjeu de santé publique. Étudier la mortalité, la morbidité et les causes associées à l'acte suicidaire, est une manière de renforcer les stratégies de prévention du suicide. Derrière le terme de crise suicidaire, se cachent différentes étapes, chacune avec leur stratégie pour permettre à la victime d'être aidée. Mais, pour pouvoir aider quelqu'un, il faut accepter son comportement suicidaire et cela exige une compréhension de son état psychique. Même si il existe certains cas de passage à l'acte dont l'issue est létale, sans signe annonciateurs et au comportement impulsif (raptus suicidaire), la crise suicidaire est généralement progressive et découle d'un cheminement pessimiste, dont l'issue est de plus en plus inévitable : **la mort** (ou le *tché-tché...* non ?... OK,).

La pensée suicidaire évolue donc et atteint un stade crise, où la question d'une mort éventuelle est à prendre en considération. La crise suicidaire peut se définir par : «une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci se sent dans une impasse et est confrontée à des idées noires de plus en plus envahissantes ; le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen, face à sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise». Arrive dans un premier temps les idées suicidaires «elles correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. Ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires. On parle de sujets suicidaires». La personne, faute d'avoir trouvé des solutions existantes, commence à envisager la mort comme l'une d'elles. Cette idée va grandir progressivement, et prendre de plus en plus de place dans l'esprit de celle-ci. Cette idée, de plus en plus importante va finir par obséder l'esprit de la personne. Des conduites suicidaires, généralement plus ou moins à risques, vont commencer à survenir. Certains facteurs de risques peuvent favoriser l'arrivée de l'idéation suicidaire : tableau ci-contre. Les tentatives de suicide sont de létalité variable mais, peuvent se définir par «tout acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique et n'aboutissant pas à la mort». In fine, le suicide est une mort volontaire. Durkheim (1897) l'a défini comme «la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer».



D'après M. Seguin et J.L Terra. Manuel du formateur. Formation à l'intervention de crise suicidaire. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. D.G.S. 2004 (p45)

La prise en charge repose sur le dépistage précoce des idées suicidaires. Plus on est loin du passage à l'acte, plus des solutions alternatives peuvent être proposées. Progressivement, les solutions seront abandonnées au profit d'une pensée grandissante qu'il sera difficile de contrer. A partir d'un certain stade, le recours à l'hospitalisation et à un traitement médicamenteux et quasiment inévitable.

Evaluation du potentiel suicidaire

Facteurs INDIVIDUELS	1	Homme
	2	Age compris entre 30 et 59 ans ou de plus de 75 ans
	3	Antécédent personnels de tentative de suicide
	4	Désespoir
	5	Troubles dépressifs non bipolaires
	6	Troubles bipolaires
	7	Troubles de la personnalité
	8	Schizophrénie et troubles apparentés
	9	Troubles anxieux
	10	Dépendance
	11	Anorexie mentale
	12	Mauvaise estime de soi
	13	Problème de santé physique
Facteurs FAMILIAUX dans l'enfance	14	Antécédent de tentative de suicide chez les parents
	15	Antécédent de suicide chez les parents
	16	Maltraitance physique, psychologique ou sexuelle
	17	Abandon pendant l'enfance
	18	Divorce ou mésentente des parents
	19	Relations conflictuelles avec les parents
	20	Problème de santé mentale chez les parents
	21	Dépendances des parents à l'alcool et/ou aux drogues
Facteurs PSYCHOSOCIAUX présents ou passés (avec répercussions actuelles)	22	Conflit avec une ou des personnes importantes pour le sujet
	23	Séparation avec un membre de sa famille
	24	Séparation avec une relation amicale ou amoureuse
	25	Deuil récent d'un membre de la famille
	26	Deuil récent d'une relation amicale ou amoureuse
	27	Deuil ou séparation d'un animal de compagnie
	28	Difficultés économiques persistantes
	29	Habitat en zone rurale
	30	Victimisation, harcèlement moral
	31	Isolement social ou affectif
	32	Endeuillé(e) par un suicide
	33	Contexte de contagion de suicide
	34	Problème d'intégration sociale
	35	Placement en institution
	36	Difficultés scolaires ou professionnelles
	37	Difficultés avec la loi.
	38	Antécédent de séjour en administration pénitentiaire
	39	Antécédent de passage prolongé en unité psychiatrique
	40	Isolement psychosocial

Le suicide est un phénomène multifactoriel et complexe, pour lequel une cause précise ne peut être définie, les différents facteurs interagissant avec les autres. Ce tableau présente 40 facteurs de risques répartis en trois familles et en trois catégories : Les **facteurs primaires** qui peuvent s'additionner et interagir entre eux, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et peuvent être influencés par les traitements. Les **facteurs secondaires** sont faiblement modifiables par une prise en charge. Les **facteurs tertiaires** peuvent en potentialiser d'autres.

Trois idées reçues sur le suicide

Par J.L. Terra : www.hcsp.fr

«C'était son choix de se suicider»

Le geste suicidaire résulte 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.

«Il fait ça pour se donner en spectacle»

Le geste suicidaire pour attirer l'attention

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.

«Si elle en parle c'est qu'elle ne le fera pas»

Ceux qui veulent vraiment mourir le font dans leur coin

La majorité des personnes qui tentent de se suicider en parlent dans les mois qui précèdent. Il faut prendre au sérieux tout signe d'alerte de ce risque de passage à l'acte. Le suicide est en réalité un «non choix» de quelqu'un qui veut arrêter de souffrir. Généralement, le passage à l'acte est l'aboutissement d'une rumination de plus en plus importante. Pendant cette période, apparaissent des signes de plus en plus clairs de sa détresse et de sa détermination de mettre fin à ses jours.