



Recommandations de bonnes pratiques en prévention du suicide pour les professionnels du secteur psycho- médico-social

Un pass dans l'impasse

Centre de référence de prévention du suicide
182, chaussée de Waterloo – 5002 Saint-Servais
Tél. : 081/777.878 – www.info-suicide.be



AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



Table des matières

Préambule	3
Méthodologie.....	4
Recommandations pour les professionnels du secteur psycho-médico-social	5
Particularités chez les personnes âgées.....	7
Particularités chez les hommes	9
Particularités chez les adolescents ou jeunes adultes avec une orientation sexuelle non- standardisée (homosexuelle, bisexuelle ou transsexuelle)	12
Particularités chez les personnes incarcérées	13
Bibliographie	14

Préambule

Depuis 2013, le Gouvernement wallon a mandaté l'asbl *Un pass dans l'impasse* en qualité de Centre de référence en santé mentale spécifique "suicide" afin de répondre à son ambition de fournir un appui aux acteurs du secteur psycho-médico-social face à cette thématique. Ce service dénommé *Centre de référence de prévention du suicide (CRePS)* vise à promouvoir les formations et sensibilisations sur le territoire wallon, l'appui aux professionnels, la concertation transrégionale et transsectorielle et la diffusion d'informations en relation avec la thématique. Le centre a également une mission générale d'aide à la prévention du suicide destinée à la population.

Ainsi, il met à disposition des travaux, études et recherches pour aider les professionnels dans leurs pratiques au quotidien face à cette thématique qui met souvent mal à l'aise, tant par le fait qu'il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel que par le sentiment d'impuissance qu'il peut susciter.

Après avoir pris connaissance du réseau et rencontré les services concernés dans les différents bassins de soin en Wallonie, le CRePS souhaite émettre des recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention du suicide.

Ces premières recommandations proposent des repères spécifiques à différents publics cibles tels que les professionnels du secteur psycho-médico-social, les journalistes ainsi que les membres de la société civile. Le document présent cible les recommandations destinées aux professionnels du secteur psycho-médico-social .

Elles ont pour finalité de donner des pistes d'actions et de réflexions sur **COMMENT COMPRENDRE** ce phénomène, **COMMENT REPERER** les personnes à risque, **QUE FAIRE** et **COMMENT REAGIR** face à une personne en crise suicidaire.

Méthodologie

Afin d'établir des recommandations de bonnes pratiques en prévention du suicide, l'équipe du Centre de référence en prévention du suicide (CRePS) a réalisé à partir de mi-mars 2018, une revue de la littérature en la matière.

Après avoir identifié les principales sources actualisées et souvent validées scientifiquement, le CRePS a sélectionné les recommandations en fonction des besoins de différents publics cibles, à savoir : la population générale, les professionnels du secteur psycho-médico-social, les journalistes ainsi que les autorités publiques.

Les recommandations reprises dans ce document sont loin d'être exhaustives et ont différents niveaux de validation : un grade B (présomption scientifique fournie par les études), un grade C (moindre niveau de preuve), ou correspondent à un accord entre experts.

L'objectif final de ces recommandations est de contribuer à la réduction du nombre de suicides en Wallonie.

Ces propositions de recommandations se trouvent dans la ligne du travail de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que du Ministère belge de la santé. De plus, ce document a été soumis aux membres du comité scientifique pour sa validation, de façon à construire un instrument approprié à destination des différents publics cibles dénommés ci-dessus. Les membres du comité scientifique s'accordent pour dire qu'il s'agit d'une excellente base de travail en fonction du temps imparti pour le réaliser.

Recommandations pour les professionnels du secteur psychosocial

Le suicide est un problème majeur de santé publique, or nous constatons qu'il s'agit encore d'un sujet tabou, même chez les professionnels de la santé. En effet, le suicide ne laisse pas indifférent, il touche personnellement, car il s'agit d'une mort prématurée, violente et volontaire. Par conséquent, beaucoup de professionnels sont peu, voire pas préparés et/ou formés à faire face à une personne suicidaire ou suicidante (Coppens, 2017, pp 17-23).

Afin de réduire le nombre de suicides, il est primordial de pouvoir évaluer et prendre en charge les comportements suicidaires (Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Cette compilation de recommandations pour la prévention du suicide reprend plusieurs groupes sociodémographiques à risque ou plus fragilisés, qui ont été identifiés de façon réitérative dans les guides nationaux et internationaux de prévention du suicide.

Recommandations internationales en prévention du suicide sur base scientifique

- Formez-vous « à identifier la dépression et d'autres troubles mentaux et troubles liés à l'usage de substances psychoactives », à identifier la présence d'idéations suicidaires, à évaluer le niveau de risque et être à même de réagir en conséquence (par exemple : proposer à la personne d'éloigner le moyen létal) (Organisation mondiale de la Santé, 2014, p. 41).
- Prenez en compte et soyez attentif aux milieux et aux groupes à risque (les endeuillés par suicide, les victimes d'abus et de discrimination, les personnes âgées isolées, les adolescents en rupture, les réfugiés, les migrants, les détenus ...) (Organisation mondiale de la Santé, 2014, p. 37).
- Améliorez le traitement et le suivi des personnes à risque suicidaire (Organisation mondiale de la Santé, 2014, p. 41 ; Service public fédéral, 2012, p. 79).
- Améliorez la prise en charge et le suivi aux urgences hospitalières et développez et implémentez des outils évaluant le risque suicidaire à court terme (Les Ministres de la Santé, 2015).
- Améliorez le suivi en ambulatoire des personnes ayant commis une tentative de suicide.
- Renforcez les mesures de postvention pour les personnes endeuillées ou touchées par le suicide afin de « réduire le risque d'imitation des comportements suicidaires. Il peut s'agir de postvention à l'école axée sur la famille ou bien communautaire » (Organisation mondiale de la Santé, 2014, p. 37).
- Contrez la tolérance sociale à l'égard du suicide (Service public fédéral, 2012, p. 120 ; Reynders, 2011, p. 27).
- Identifiez l'impact de nos valeurs, et de nos croyances parfois fausses concernant notre manière d'entendre le suicide et d'intervenir face à une personne suicidaire (par exemple : les patients suicidaires éprouvent le désir absolu de mourir ou le suicide est un acte impulsif) (Roy, 2015).

Pistes d'intervention au cours d'une entrevue avec une personne suicidaire (Lafleur & Séguin, 2008)

- Abordez directement les intentions suicidaires.
- Ecoutez et permettez l'expression des émotions.
- Faites preuve de respect et soyez directif.
- Centrez-vous sur la crise actuelle.
- Transmettez l'espoir.
- Rompez l'isolement de la personne suicidaire.
- Offrez des solutions valables.
- Evitez de moraliser.
- Travaillez sur les perceptions.
- Ne travaillez pas seul.
- Mettez sur des facteurs protecteurs tels que le soutien social, le sentiment d'utilité, l'estime de soi, etc.

Attitudes à éviter (Lafleur & Séguin, 2008)

- Ignorer l'expression de la souffrance.
- Enchaîner les questions les unes après les autres.
- Aller trop rapidement vers les solutions.
- Chercher à convaincre à tout prix la personne qu'elle doit vivre.
- Orienter trop rapidement la personne vers un autre organisme et s'en désintéresser.
- Avoir peur de poser directement la question.
- Recourir trop facilement à l'application de la loi.

Particularités chez les personnes âgées

Le modèle sociétal dans lequel nous baignons véhicule le mythe de l'éternelle jeunesse, avec pour corollaire une dévalorisation des signes de vieillissement.

Les soignants n'échappent pas à ce modèle culturel. En outre s'y ajoute une autre dimension. De nombreux soignants éprouvent des difficultés à accepter qu'ils ne sont pas les dépositaires de la vie de leurs patients. Si un patient ne se conforme pas à cette vision et manifeste des idées de mort, il est vite désigné comme relevant de la santé mentale (Gueibe, 2017).

Un tel contexte culturel tend à ignorer les changements physiologiques liés au vieillissement (diminution d'appétit, atténuation du goût de vivre, tristesse...). Ces changements sont souvent catalogués de symptômes dépressifs, engendrant des sur-prescriptions de psychotropes, des attitudes de contrôle ou de surprotection et paradoxalement, la dépression semble être banalisée à cette période de la vie.

Un autre point à souligner est que même si les personnes âgées parlent beaucoup de leur désir de mort, elles n'éprouvent généralement pas le besoin d'en parler avec des professionnels. La plupart ne conçoivent pas les soins « psy » comme un accompagnement susceptible de les soulager : « Je ne suis pas folle au point de consulter ! ».

Attitudes à privilégier

- Reprenez l'ensemble des pistes d'intervention au cours d'une entrevue avec une personne suicidaire (Lafleur & Seguin, 2008), citées à la page 6 du présent document.
- Cherchez à « adoucir » la vie (musique, animaux, amis, nourriture...) (Roy, 2015).
- Faites la distinction entre l'expression des propos en rapport avec la mort attribuée à une préoccupation sur la fin de leur vie et la formulation d'idéations suicidaires (Castelli-Dransart, 2015).
- Réinvestissez les relations face au sentiment d'être un fardeau et à la croyance d'être inutile pour les proches et pour la société (Roy, 2015).
- Reliez la personne à son histoire de vie (Roy, 2015).
- Mettez en valeur les compétences et les savoirs de la personne âgée.
- « Décloisonnez dans l'accompagnement pour appréhender la fin de vie sous toutes ses formes (prévention du suicide- soins palliatifs- euthanasie) sur un continuum vie-mort, afin de répondre de manière professionnelle et appropriée » (Castelli-Dransart. 2015, p. 18).
- L'aidez à retrouver un sentiment de sécurité (aide pour les démarches administratives).

Attitudes à éviter

- Se laisser influencer par son propre sentiment d'impuissance et de découragement au risque « de devenir insensible et de faire son métier avec une certaine neutralité dans un comportement opératoire », au risque de perdre la capacité d'empathie pour le patient, ce qui peut amener une grande souffrance chez le soignant (Charazac-Brunel, 2014, pp 238-239).
- Vouloir lui changer les idées sans aborder le suicide, par exemple, en proposant des activités occupationnelles pour combler la solitude émotionnelle (Roy, 2015).
- Juger sur base de son apparence (peut-être est-elle en manque de soins).

Particularités chez les hommes (Reynders, 2011)

Au moins $\frac{3}{4}$ des suicides sont commis par des hommes, c'est un phénomène que l'on retrouve dans la grande majorité des sociétés occidentales. Le suicide est un phénomène multifactoriel, c'est donc une combinaison d'éléments qui prédisposent au suicide, y contribuent ou déclenchent le passage à l'acte. Il s'agit également d'un déficit en facteur de protection, dont une série de facteurs explicatifs sont identifiés pour expliquer le nombre important de suicides chez les hommes. En situation de détresse et de vulnérabilité, les exigences de la masculinité refont surface et induisent des changements de comportements.

- **Les hommes utilisent des moyens plus létaux.** D'après cette hypothèse, la différence entre les taux de suicide des hommes et des femmes s'expliquerait notamment par les chances de survie selon la méthode utilisée. Ce choix plus fréquent de méthodes létales par les hommes peut s'expliquer par leur plus grande accessibilité (permis de port d'armes) leur familiarité et leur acceptabilité. Les hommes pourraient avoir une intention suicidaire plus forte. (Contrairement aux femmes, ils n'ont, en effet, pas l'intention de changer leur milieu mais l'adhésion au rôle masculin peut les conduire à envisager le suicide comme une option plus acceptable puisqu'il est une manière de mettre fin à sa souffrance par soi-même en cohérence avec la valeur d'autonomie).
- **Les hommes bénéficient souvent d'un moins bon soutien social (facteur de protection des conduites suicidaires).** Parmi les explications potentielles du manque de soutien social, on trouve leur réticence à demander de l'aide, ainsi que leur dépendance à l'égard de leur partenaire amoureux. De plus, le mode d'expression des émotions est généralement différent : les femmes ont tendance à pleurer leur colère tandis que les hommes crient leur tristesse, selon un mode d'expression véhiculant davantage d'agressivité.
- **Les particularités du rôle masculin.** L'adhésion au rôle masculin traditionnel est associée à une plus grande réticence à exprimer ses émotions et à avoir recours à la demande d'aide, nuisant ainsi à l'obtention de soutien social (facteur de protection important en prévention du suicide) (Beaulieu, 2014).

Dès lors, il y a nécessité d'aller au-devant des hommes car l'accompagnement n'est pas toujours adapté à leur réalité : il ne faut pas vouloir les changer mais s'adapter davantage à leur manière de fonctionner. Il faut intervenir de manière précoce et proactive auprès des hommes vivant des situations de détresse.

Attitudes à privilégier

- Reprenez l'ensemble des pistes d'intervention au cours d'une entrevue avec une personne suicidaire (Lafleur & Seguin, 2008) citées à la page 6 du présent document.
- Valorisez la demande d'aide.
- Aidez-le à mettre des mots sur ce qu'il ressent.
- L'approche orientée vers les solutions peut être adaptée à ses besoins car la prise en charge se fait dans « l'ici » et « maintenant ».
- Soyez particulièrement attentif aux exigences de la masculinité (conserver le contrôle, nier sa douleur...) qui peuvent avoir un impact sur les attitudes favorables au suicide.
- Tentez d'inclure les proches de la personne dans l'accompagnement (Beaulieu, 2014).

Particularités chez les adolescents

La propension à agir de manière impulsive est propre à cet âge et la prise de risque est en quelque sorte une matière première pour se construire, avec cependant l'éventualité non négligeable de mourir, d'être blessé ou d'hypothéquer son avenir. Ces comportements qui mettent le jeune en danger sont à la fois les symptômes de sa souffrance mais aussi une tentative pleine d'ambivalence de se faire entendre, d'exister aux yeux des parents ou de l'entourage.

Les conduites à risque n'échappent pas aux modulations du genre. La souffrance des filles s'intériorise davantage là où chez les garçons, elle prend plus souvent une forme d'agression à l'encontre du monde extérieur. Les filles qui vont mal ont tendance à retourner la violence contre elles à travers leurs corps quand les garçons s'en prennent à la société par des actes délictueux. Il s'agit souvent pour eux de ne pas perdre la face et de maintenir leur place parmi les autres en relevant des défis. Malheureusement, beaucoup sont blessés ou trouvent la mort dans des rites de virilité.

Le geste suicidaire ou son équivalent, chez l'adolescent, n'a pas d'explication univoque mais ces comportements correspondent à une douloureuse volonté de bouleverser les routines familiales, de manifester la détresse, de provoquer un soutien et d'être reconnu comme digne d'exister. (Pommereau, 2016)

Attitudes à privilégier

- Reprenez l'ensemble des pistes d'intervention au cours d'une entrevue avec une personne suicidaire (Lafleur & Seguin, 2008) citées à la page 6 du présent document.
- Privilégiez une double approche : individuelle et familiale.
- Toute relation d'aide ou de conseil envers l'adolescent devrait éviter l'adulto-centrisme, c'est-à-dire le fait de juger de haut.
- Tout adulte est en position de prévention face à un adolescent en plein désarroi mais il faut une approche de proximité, en apparence diluée dans l'évidence des relations quotidiennes, qui ne relève pas d'une attitude professionnelle. Sans se départir de son rôle, sans abuser de la situation, mine de rien, l'adulte peut témoigner d'une compréhension et donner un témoignage qui offre une piste au jeune en maintenant la bonne distance.
- Cherchez à distinguer les idées des comportements suicidaires.
- Cherchez à distinguer les écarts de conduites et conduites de rupture (Pommereau, 2006).
- Ne l'obligez pas à consulter un professionnel, au risque d'augmenter ses résistances.
- Utilisez des médias (images, jeux, chansons...) pour faciliter la mise en mots de sa souffrance.
- Faites-lui comprendre que le secret professionnel est respecté, mais que si la situation devient trop dangereuse, il sera préférable de prévenir un tiers capable de l'aider à assurer sa propre sécurité, éventuellement ses parents.
- Soyez attentif à l'image qu'il a de lui-même.
- Instaurez une distance relationnelle confortable (Jeammet, 2007 ; Nasio, 2013).

Particularités chez les adolescents ou jeunes adultes avec une orientation sexuelle non-standardisée (homosexuelle, bisexuelle ou transsexuelle) (Lane, 2010)

Ce groupe de personnes oscille constamment entre « le devoir de s'adapter » et « le souhait de vivre sa vie ». Dans cette ambivalence, ce groupe présente autant de fragilités que le groupe précédent.

L'intensité de cette ambivalence va certainement dépendre du niveau d'acceptation législative, culturelle et sociale de son entourage. Il faudrait prendre en considération que cette population pourrait être davantage fragilisée de par le fait qu'il existe encore beaucoup de stigmatisation sociale.

Attitudes à privilégier

- Reprenez l'ensemble des pistes d'intervention au cours d'une entrevue avec une personne suicidaire (Lafleur & Seguin, 2008) citées à la page 6 du présent document.
- Brisez l'isolement par la main tendue et la solidarité.
- Contrebalancez la stigmatisation par le respect de la diversité humaine.
- Remplacez la honte par l'égalité et la reconnaissance sociale (Dorais, 2001).

Particularités chez les personnes incarcérées

Le travail de Bourgoïn (1993, pp. 609-625) ainsi que de Tesu-Rollier et Wolf-Fédida (2014) confirment l'urgence de développer des mesures pour prévenir le suicide dans le milieu carcéral en France vu le taux élevé de suicide dans ce milieu. Selon Tesu-Rollier et Wolf-Fédida (2014), le risque de suicide abouti en prison se situe entre 5% et 15%. Ce qui donne l'impression qu'en milieu carcéral, le nombre de suicides est majeur, ceci se justifie par l'espace restreint et surveillé dans lequel les personnes incarcérées se trouvent. Cette surveillance peut empêcher d'une certaine manière de passer à l'acte mais d'un autre côté, elle a pour conséquence un enregistrement des suicides plus complet. Malgré cette surveillance en milieu carcéral, le suicide est présent et en hausse vu les conditions dans lesquelles se trouvent les prisonniers.

En Belgique, la situation n'est pas différente, d'après l'étude de Windham-Thomas (2012, pp. 3-11), chez les personnes incarcérées le taux de suicide est en hausse et notamment à cause des conditions d'incarcération, qui sont loin de respecter les droits de l'Homme.

« En effet, le suicide connaît une hausse considérable en Belgique depuis maintenant plusieurs années. Si l'on en croit les chiffres du Ministère de la Justice, le nombre de suicides en prison était de 8 en 2004, 11 en 2005 et 2006, 13 en 2007, 16 en 2008, 12 en 2009 et 20 en 2010 » (Windham-Thomas, 2012, p. 3).

Les personnes incarcérées souffrent d'une grande fragilité à cause du manque de liberté qui néglige leurs besoins basiques en tant qu'être humain (droit à une douche privée, vie sexuelle, manque de vêtement, manque de loisirs, manque de sommeil, mauvaise nutrition...). Dans ces conditions, l'abus de produits toxiques (drogue, alcool,...) favorise la fragilité mentale.

Attitudes à privilégier

- Reprenez l'ensemble des pistes d'intervention au cours d'une entrevue avec une personne suicidaire (Lafleur & Seguin, 2008), citées à la page 6 du présent document.
- Organisez des activités permettant à la personne incarcérée d'évacuer son stress (sport, art, lecture, possibilité de travailler ou se former dans la prison ou même ailleurs si cela est possible etc.).

Bibliographie

- Beaulieu, D. (2014, septembre). *Hommes en détresse ; Le lien entre le suicide et la masculinité traditionnelle*. Présentation colloque hommes en détresse ; de la prévention à la postvention, Liège.
- Bourgoin, N. (1993). Le suicide en milieu carcéral. *Population*, 48(3), 609-625.
- Coppens, E. (2017). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of Affective disorders*, 227, 17-23.
- Dorais, M. (2001). *Mort ou Fif. La face cachée du suicide chez les garçons*. Québec, Canada : VLB éditeur
- Gueibe R. (2017, juin) *le suicide des personnes âgées*. matinée de la commission des aînés de la province du Luxembourg le 22 juin
- Jeammet. (2007). *Gérer la distance relationnelle aux objets d'attachement. Une des tâches essentielles de l'adolescence*. In Braconnier A. (Ed.), *L'adolescence aujourd'hui* (pp. 11-20). Toulouse, France: Erès.
- Lafleur, C., & Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Laval, Canada : Les Presses de l'Université Laval.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., & Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux. Retrieved from http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Sante_Publique/Prevention_Promotion_sante/sante_mentale_et_prevention_du_suicide/MAN_2018-04-06_Guide_bonnes_pratiques_prevention_suicide_intervenants.pdf
- Les Ministres de la Santé (2015). *Plan conjoint en faveur des malades chroniques. Des soins intégrés pour une meilleure santé*. Retrieved from https://www.integreo.be/sites/default/files/public/content/plan_fr.pdf
- Nasio, J.-D. (2013). *Comment agir avec un adolescent difficile ?* Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

- Pommereau, X. (2006). *Ado à fleur de peau. Ce que relève son apparence*. France : Albin Michel.
- Pommereau, X. (2016). *Les goûts du risque à l'adolescence. Le comprendre et l'accompagner*
France : Albin Michel.
- Reynders, A et al. (2011). *L'effet des facteurs sociocognitifs et de la recherche d'aide sur le comportement suicidaire : différences régionales entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas*. Repéré à https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2011_rapport_vl_nl_wal_fr.pdf.p.24-27
- Reynders, A et al. (2011). *L'effet des facteurs sociocognitifs et de la recherche d'aide sur le comportement suicidaire : différences régionales entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas*. Repéré à https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2011_rapport_vl_nl_wal_fr.pdf.PP25
- Roy, F. (2015, septembre). *Favoriser l'espoir chez les personnes âgées*. Conférence dispensée dans le cadre du colloque international. Prévention du suicide ou suicide assisté : comment accompagner la personne âgée ?, Namur.
- Service public fédéral. (2012). Guide pratique destiné aux services d'urgence pour l'identification, l'accueil et l'accompagnement de patients suicidaires. Repéré à <http://www.info-suicide.be/wp-content/uploads/2014/02/urgence.pdf>.
- Tesu-Rollier, D. D., & Wolf-Fédida, M. (2014). Mental Health in Prison: Prevention from Suicide. *Psychology*, 5, 1583-1590.
- Windham-Thomas, A. (2012) *La problématique du suicide en milieu carcéral. Analyses & Etudes Société*. 16, 3-11
- Windham-Thomas, A. (2012) *La problématique du suicide en milieu carcéral. Analyses & Etudes Société*. 16, 15