

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Identifier les facteurs de risque

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

Les facteurs biographiques

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



La prévention du suicide

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

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

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

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

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

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

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

La mise en œuvre

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

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

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

partir de cas et la distribution de documents.

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

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

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

Schéma du programme éducatif

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

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

Agnès Batt

Inserm,
faculté de
médecine, Rennes

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

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

Les facteurs psychopathologiques

Si la prévalence de la morbidité psychiatrique des

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



La prévention du suicide

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire

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

Les facteurs de protection

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

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

Est à considérer en urgence faible une personne qui :

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

Est à considérer en urgence moyenne une personne qui :

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

Est à considérer en urgence forte une personne qui :

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

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

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

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

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

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

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

L'évaluation du potentiel suicidaire

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

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

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

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

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

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

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

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



La prévention du suicide

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

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

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

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

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

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

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

Selon l'étape de la crise suicidaire

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

Plusieurs étapes ont été décrites :

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

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

Conclusion

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