

atelier atelier atelier...

IX. Stratégies de prévention

...atelier atelier atelier

Prévention à la carte : un outil pour sensibiliser, réduire le risque chez les jeunes

Marc SHELLY
Directeur d'AREMEDIA¹
France

Dépister la suicidalité chez les jeunes n'est pas chose aisée. Un outil, recourant à la médiation neutre de l'informatique, a été mis au point; cet outil pourrait contribuer à une prévention personnalisée du suicide en favorisant notamment l'élaboration psychique de la problématique individuelle.

Pour dépister la suicidalité chez les jeunes, on dispose de peu d'outils pertinents, orientés vers la prévention personnalisée et la réduction des risques, capables de mobiliser les ressources personnelles, de promouvoir l'exercice de l'autonomie ainsi que de susciter éventuellement la capacité à demander de l'aide. AREMEDIA a mis au point un outil recourant à l'interactivité et à la neutralité de l'informatique, favorisant un taux élevé de confiance et évitant tout affichage stigmatisant.

Un auto-questionnaire informatisé arborescent recueille anonymement l'histoire de la personne en l'aidant à construire son propre récit de vie, représentant ainsi événements et ruptures éventuels, conduites et pratiques à risque, consommation de produits psycho-actifs, sexualité non protégée, violences sur soi ou sur autrui, ...) tout en l'orientant, le cas échéant, vers un relais téléphonique anonyme. En outre, les données d'intérêt épidémiologique sont simultanément recueillies. Un auto-questionnaire, fortement arborescent, est mis à disposition du public sous forme de bornes interactives, accessibles dans un espace confidentiel. Axé sur l'histoire de la personne, cet outil, médiateur neutre, permet au sujet de (re-)construire son «récit de vie» en identifiant les événements clefs, étapes, ruptures et manques éventuels et à les mettre en lien éventuel avec son style de vie, ses éventuelles conduites et pratiques à risque actuelles : consommation de psycho-actifs licites/illicites, sexualité non protégée, violences sur soi-même, etc. Selon les réponses apportées par le consultant, le logiciel délivre, le cas échéant, des messages personnalisés et ciblés sous forme d'affichage dynamique des «numéros verts» de la téléphonie anonyme, généraliste ou spécialisée. Simultanément sont aussi recueillies des données statistiques anonymes d'intérêt épidémiologique, élaborées avec le concours de l'INSERM U 472.

Ce dispositif est socialisé par de jeunes médiateurs et médiatrices («pairs») proches du public par l'âge, l'origine socio-culturelle, le style de communication... Ces jeunes médiateurs ne se présentent pas comme des profession-

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

nels de la prévention. Ils sollicitent le public en tant qu' «expert» et non pas en tant que cible de l'intervention, en leur demandant :

- D'apporter leur aide pour évaluer, «Prévention à la Carte»;
- Et ce faisant, «participer à la recherche».

Peu de questions ont été soulevées au sujet de la santé mais les différentes pratiques de prévention ont été longtemps débattues. Par l'utilisation de graphiques et d'échantillonnages, on a pu montrer qu'il y avait peu de différences entre homme et femme mis à part que la femme prend plus de temps à «s'interroger» et à trouver des solutions.

Les résultats

Une évaluation de cet outil a été réalisée en 2001 sur un échantillon non sélectionné de jeunes (n = 351 ; âge moyen : F = 20 ans, H = 21ans) vivant principalement en région parisienne, rapportant pour 18% d'entre eux des idées suicidaires récurrentes (F = 19,4% ; M = 14,2%) et pour environ 12% (2F/1H), au moins une tentative de suicide.

En cas d'idées suicidaires, les scores varient selon la capacité de l'outil à :

- Apprendre quelque chose sur soi (15% vs 9,6%);
- Sensibiliser à des risques personnels ignorés (11,7% vs 7,6%);
- Faire réfléchir sur le sens éventuel de son comportement (28,3% vs 20,6%);
- Inciter à adapter son comportement (43,3% vs 39,5%)

et ce, pour F = 48,65% : H = 36,4%.

Logique d'intervention

On rencontre sans le savoir des personnes qui sont confrontées à la problématique du suicide. Les différentes actions peuvent leur apporter un outil, mais une formation pourrait éventuellement éviter un dérapage et donc effectuer une prévention. Les vrais acteurs préventifs sont les numéros verts et les diverses institutions.

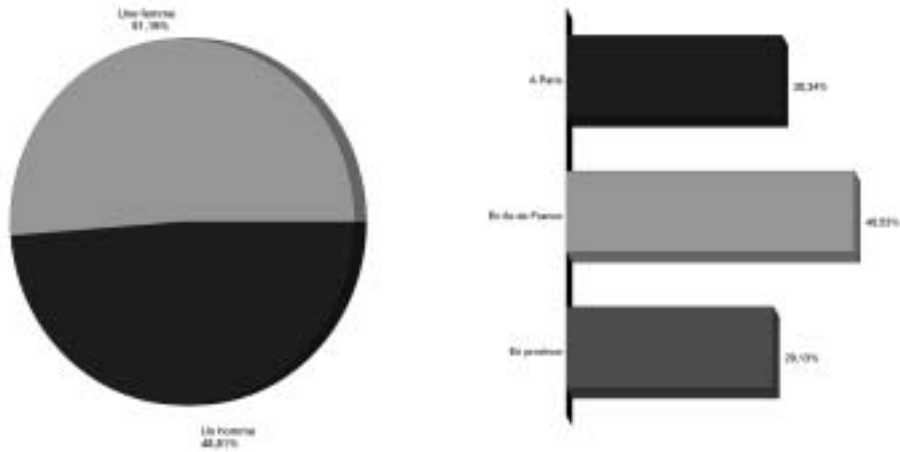
Evaluation : données globales sur l'échantillon complet

n=420

hommes = 205 femmes = 215

Age médian : * hommes : 22 (19/26) * femmes : 20 (18/25)

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

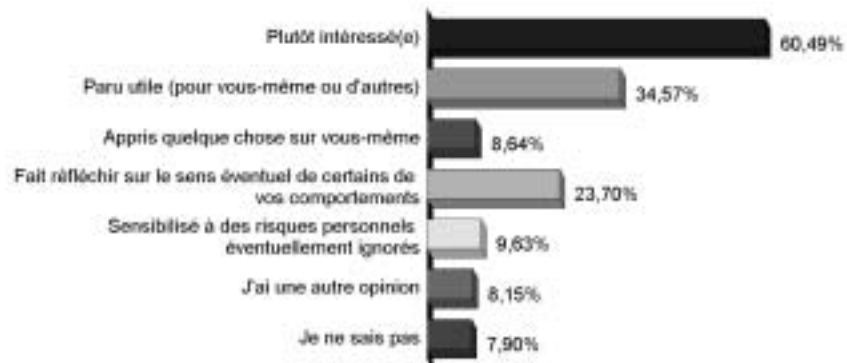


Ce programme vous a :

Hommes



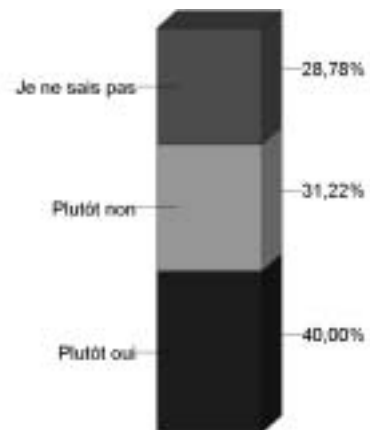
Femmes



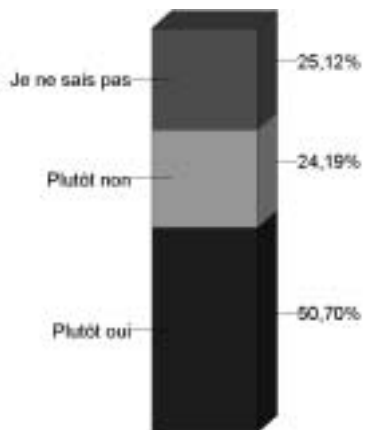
Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Ce programme vous incitera-t-il à adapter, si nécessaire, vos attitudes et comportements ?

Hommes

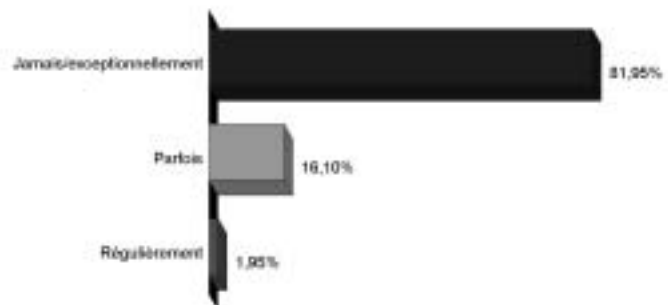


Femmes

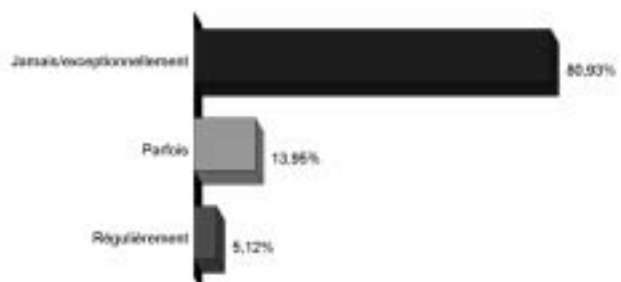


Idées suicidaires : vous arrive-t-il de penser sérieusement à vous suicider ?

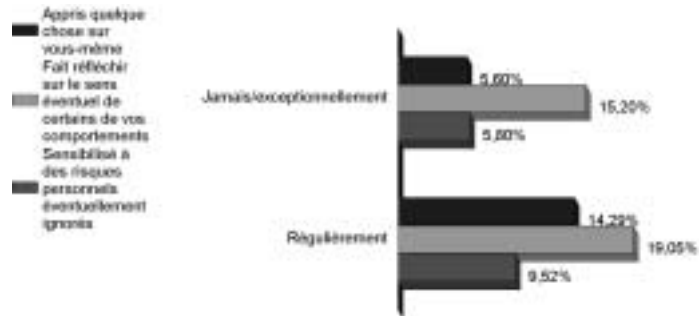
Hommes



Femmes

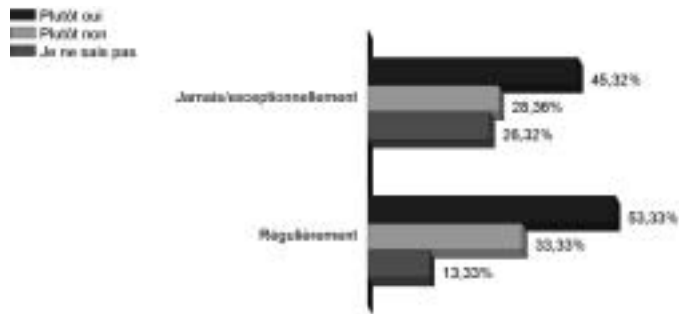


Idées suicidaires et évaluation de l'outil
Idées suicidaires et élaboration psychique

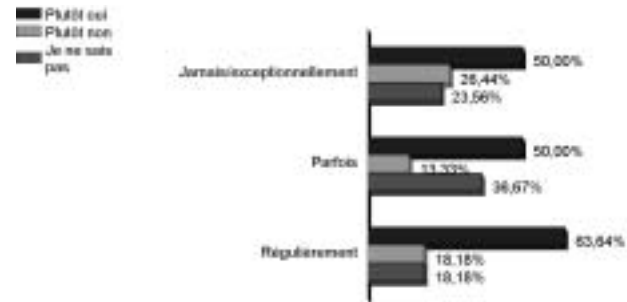


IS et intention d'adapter ses comportement et attitudes

Hommes

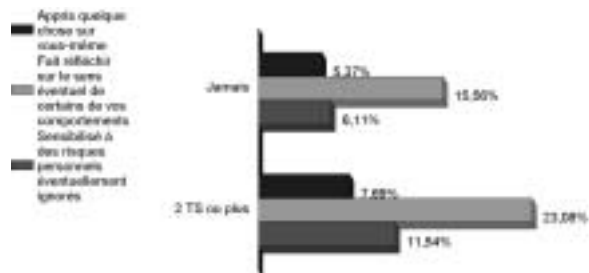


Femmes



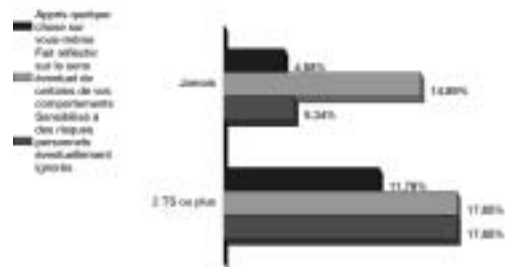
IS et élaboration psychique

Hommes



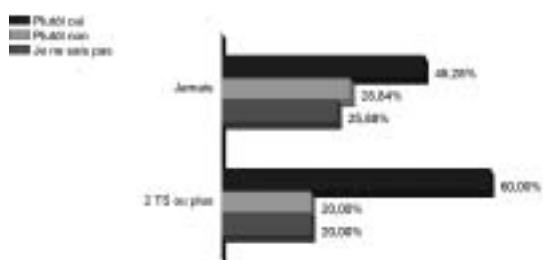
Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Femmes

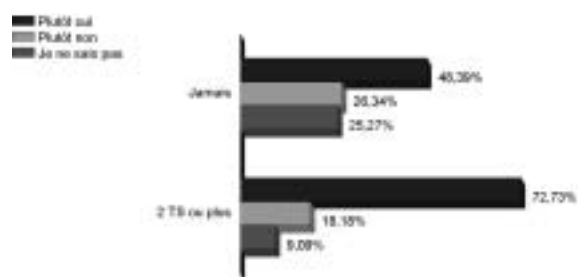


IS et intention d'adapter ses comportements et attitudes

Hommes

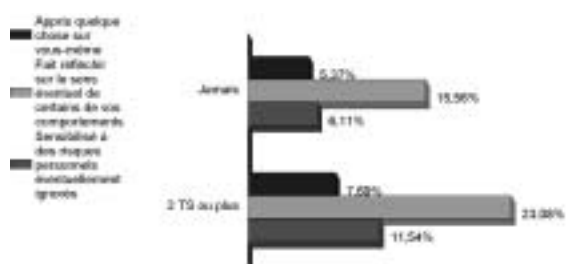


Femmes

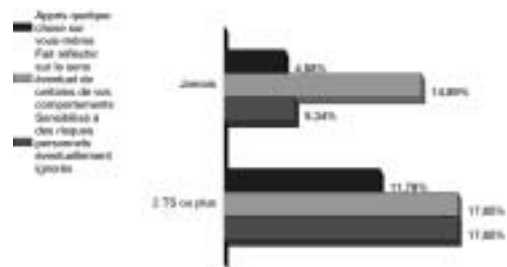


Tentatives de suicide et évaluation de l'outil TS et élaboration psychique

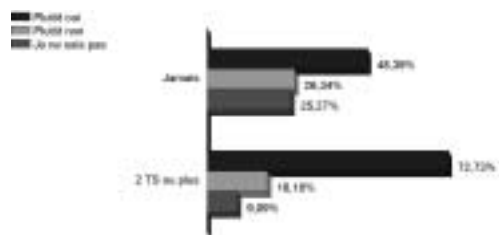
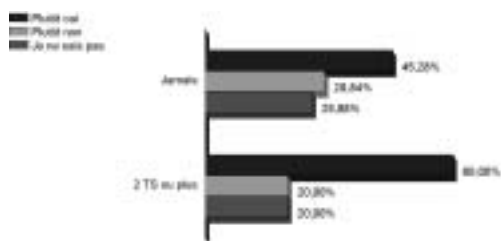
Hommes



Prévention du suicide & pratiques de réseaux



TS et intention d'adapter ses comportement et attitudes



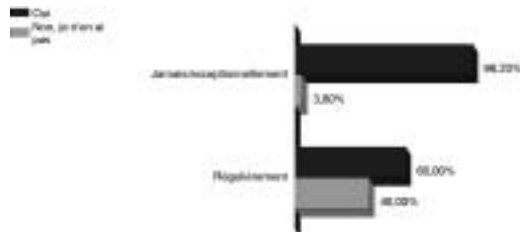
Avez-vous un confident/IS/TS/Interlocuteur privilégié ?

Avez-vous une personne dans votre entourage à qui vous pourriez vous confier en cas de besoin ?



Prévention du suicide & pratiques de réseaux

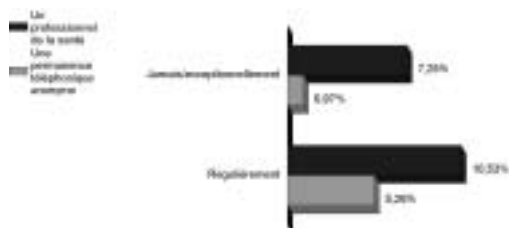
Femmes



Interlocuteur privilégié en cas de problème personnel



Avez-vous un confident et IS et/ou TS ?



Au terme de cette évaluation préliminaire menée sur un échantillon limité de jeunes comprenant un sous-groupe de personnes impliquées dans une problématique suicidaire et souffrant notamment d'idéation suicidaire récurrente et/ou ayant fait au moins 2 TS.

«PRÉVENTION A LA CARTE» apparaît comme un outil intéressant à utiliser dans le cadre d'interventions non sélectives ou ciblées.

1. AREMEDIA, Association de Recherche Européenne pour la MEDECINE et l'INFORMATIQUE interactive, est une association dont l'objet est la conception, la réalisation, la mise en oeuvre et la mise à disposition de toutes technologies de communication, notamment par l'utilisation de moyens informatiques, en vue de leur application dans le domaine de l'éducation à la santé, de la prévention, de la médecine et de la santé publique.

La semaine nationale de prévention du suicide : une stratégie de marketing social

Lucie CHARBONNEAU
Chercheuse au CRISE
Canada

Durant les sept jours de la semaine de prévention du suicide, près de 500 organismes s'engagent dans de nombreuses activités afin de promouvoir la prévention du suicide au Québec. La majorité des médias québécois, tant écrits qu'électroniques, participent à la promotion de cette semaine de prévention. Chaque édition vise à modifier progressivement certaines croyances populaires entourant le suicide.

Dans le cadre de la semaine de prévention du suicide, qui se tient depuis 1989 annuellement au Québec, près de 500 organismes de tous horizons présentent de nombreuses activités ayant tous pour but de promouvoir la prévention du suicide. La stratégie utilisée est celle du marketing social et vise à la réduction des comportements suicidaires. La campagne de 2002-2004 répondait : «Jamais de la vie» au suicide.

Le marketing social est un outil au service de la santé; il vend des bonnes habitudes de vie et des bons comportements afin d'en améliorer les conditions. Il s'agit de vendre de manière ciblée, des idées sociales favorables à la santé.

En marketing, on parle des quatre P :

- **Le produit** : dans ce contexte, le produit représente le message à vendre, c'est-à-dire les bonnes habitudes;
- **Le prix** : c'est-à-dire les coûts et bénéfices du message en question;
- **La promotion** : représente ici les stratégies de vente;
- **La place** : c'est le véhicule par lequel on va transmettre le message et par lequel on va tenter de le «vendre»; on parle dans ce cas, des différents médias.

Le but est donc la prévention et le changement des attitudes et des modes de pensée face au suicide, mais si l'on veut changer les habitudes, il faut changer la culture et les différents modes de vie et de pensée, donc aussi les croyances populaires qui ont parfois la vie dure. La seconde étape, plus qu'importante, est de convaincre afin que les personnes sensibilisées croient en cette prévention. Afin de les persuader, il faut donc agir sur les connaissances, les croyances et les attitudes. Mais en pratique, l'étude montre qu'il est très difficile de changer de comportement; pour ce faire, il faut changer les cartes de représentation interne de la personne.

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Objectifs de la semaine de prévention

- Prévenir la tentative de suicide car elle est devenue «banale» et il y a peu de prise de conscience;
- Sensibiliser les jeunes à la problématique du suicide afin qu'ils soient capables de détecter les différents facteurs révélant des idéations suicidaires.

La logique d'intervention

On attribue souvent différents facteurs au suicide tels que le milieu, la culture, les conditions de vie,... La logique d'intervention a une vision multifactorielle (ce n'est pas parce que la personne vit dans un milieu de pauvreté qu'elle va se suicider). Elle va voir l'individu dans son environnement plus large et ainsi tenter d'intervenir sur le système environnemental et sur les valeurs culturelles. La logique d'intervention est d'agir directement sur la personne afin de susciter une prise de conscience pour qu'en finalité elle dise NON au suicide.

Matériel promotionnel utilisé

- Distribution de dossiers afin d'aider les différents intervenants face à une éventuelle problématique de suicide;
- Cahier technique suscitant diverses activités (par exemple dans le milieu scolaire);
- Diffusion d'affiches;
- Distribution de signets, crayons, pochettes d'allumettes avec slogans.

Les promoteurs

- Porte-paroles (souvent des comédiens ou des acteurs...);
- Les médias tant écrits qu'électroniques; des émissions spéciales sont diffusées sur les différentes pratiques de prévention;
- Diffusion d'informations au sein de différents milieux tels que les écoles, les institutions d'aide sociale et les divers services.

Dans leurs actions de prévention, les affiches aux graphiques révélateurs ont été souvent utilisées.

Bon nombre de campagnes ont été réalisées au Québec en vue d'une prise de conscience que le suicide n'est pas un problème privé, un problème personnel et n'est pas une solution. Elles veulent mettre en évidence que le suicide peut être prévenu, mais aussi entendu.

Est-ce la bonne voie? A-t-on changé les manières de penser? Malheureusement non, car peu de personnes sont vraiment touchées par le programme de prévention et de sensibilisation. Cela est dû à un manque de budget et de ressources ne permettant pas une grande étendue du programme. Mais pour les années à venir, on envisage d'élargir ce programme afin de toucher une plus grande population.

Prévention du suicide des jeunes en Province du Luxembourg

Florence RINGLET
Cécile SERON
Prévention du suicide dans les milieux scolaires
Belgique

Suite au constat du nombre croissant de suicides chez les jeunes, la Province du Luxembourg a mis sur pied le service D.Clic afin d'effectuer un travail de prévention en milieu scolaire. Ce service travaille essentiellement avec les personnes responsables de ces jeunes. Des journées de sensibilisation leur sont proposées afin de leur permettre d'agir en connaissance de cause.

Suite au nombre croissant de suicides chez les jeunes, une commission de prévention a été créée. Cette commission a été mise en place à l'aide de diverses institutions : hôpitaux, police, centres PMS, professionnels de la santé mentale et responsables politiques. Le but de cette commission est la recherche de pistes de réflexion aboutissant à un projet global de prévention. Grâce à cette commission, l'équipe de D.Clic a pu élaborer un programme de prévention et définir divers axes de prévention (grâce à la collaboration de plusieurs personnes ressources). La commission a pour tâche première de proposer un programme de prévention du suicide, mais aussi de développer des réflexions concernant le projet, des critiques et l'analyse du contexte.

D.Clic propose :

- Lors d'un état de stress, une prise en charge individuelle (pour tout intervenant rencontrant une situation de stress liée à sa vie professionnelle), une prise en charge spécialisée (dans les états de stress post-traumatique), des actions de sensibilisation, ... ;
- Lors d'un deuil difficile, un suivi psychologique individuel, la possibilité de participer à des groupes d'entraide (ces groupes ont une visée de soutien et non de thérapie). Ici le centre travaille en collaboration avec la plateforme des soins palliatifs de la Province du Luxembourg ;
- La prévention chez les jeunes par une intervention en milieu scolaire.

Le programme intervient en milieu scolaire et ne cible pas les jeunes en particulier. L'équipe a, entre autres, développé l'épidémiologie du suicide dans la tranche des 15-25 ans, a défini les facteurs de risque et l'idéation suicidaire.

Ce programme a pu être effectué lors de journées de formation, avec différents intervenants tels que des professeurs, des éducateurs mais aussi des membres des centres psycho-médico-sociaux. Ces journées de sensibilisa-

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

tion permettent à ces personnes de réagir en connaissance de cause, c'est-à-dire de déceler, d'accueillir et d'orienter les différents jeunes en proie à des idées suicidaires, de décoder les signes avant-coureurs, de prévenir les risques et de développer les supports pour de nouvelles identifications et ressources en estime de soi.

Les moyens de prévention parallèles

- Formations et informations à la demande d'institutions et de personnes situées en première ligne de la problématique. Par exemple, les assistants sociaux sont parfois démunis face à la problématique du suicide;
- Personnes en deuil : prise en charge individuelle par des psychologues travaillant au cas par cas;
- «Théâtre-action» visant à ouvrir et à susciter des pistes de réflexion. Psychologues, psychiatres, comédiens et CPAS travaillent main dans la main, le psychologique côtoie le culturel. Le public de ces représentations est souvent constitué de travailleurs sociaux et de psychologues, mais aussi de familles concernées. Les pièces de théâtre sont représentées à plusieurs reprises; elles sont donc toujours en rapport direct avec la problématique et sont souvent suivies d'un débat-atelier. Les ateliers théâtraux ont été maintes fois proposés aux jeunes mais sans grand succès.

La Province du Luxembourg a également un deuxième projet qui se met en place : la création d'un centre de recherche sur le modèle québécois du CRISE afin d'élaborer des programmes de sensibilisation à la problématique.

Cette prévention, élaborée dans une grande ouverture d'esprit, est effectuée à l'aide de cassettes vidéo (afin d'améliorer la réceptivité des jeunes) et grâce à la mise en place d'un réseau d'aide et de formation d'adolescents-intervenants (personnes-ressources qui vont favoriser les liens).

La prévention du mal-être des personnes âgées en milieu rural

Olivier AROMATORIO
Directeur de «Codes 57»
France

Une étude a été réalisée dans une commune du département de La Meuse afin de réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les personnes âgées en milieu rural et de développer la solidarité dans les villages autour de ces personnes souvent isolées.

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Une action de prévention a utilisé comme support, le théâtre forum. Cet outil a été mis en œuvre tout au long des étapes de l'action (diagnostic, définition des priorités, mise en œuvre, évaluation et élaboration des perspectives).

Le contexte

Un programme régional de santé vient de définir, pour la région lorraine, la prévention des suicides et des tentatives de suicide comme une des priorités de santé. Les personnes âgées font partie des populations prioritaires dans le secteur rural. Parmi les associations de personnes âgées, l'instance locale de coordination gérontologique (ILCG) du canton de Void-Vâcon (Département de la Meuse) est particulièrement active et souhaite développer un projet de santé.

Le promoteur de cette action est donc l'ILCG de Void-Vâcon, soutenue méthodologiquement par le comité départemental d'éducation pour la santé de la Meuse (Codes 55). Les intervenants techniques sont le comité départemental d'éducation pour la santé de Moselle (Codes 57) et l'association FARES (Formation, Accueil, Ressources humaines, Écoute et Santé). Les financeurs sont la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de La Meuse, le SIVOM, les aînés ruraux et les communes du canton.

Les objectifs

Général

Réduire le nombre de suicides et de tentatives de suicide chez les personnes âgées du canton de Void –Vâcon.

Secondaire

Développer la solidarité dans les villages autour des personnes âgées isolées.

Déroulement

Création d'une pièce de théâtre forum

Phase I

La mobilisation des participants a été facilitée par le dynamisme déjà présent au sein de la structure et le travail local préalable du Code 55. L'action a débuté avec les personnes âgées du groupe de l'ILCG par un travail sur les représentations de la santé et du mal-être en milieu rural. Le groupe a défini la priorité et donc l'objectif de l'action : réduire l'isolement des personnes âgées dans les communes du canton. La réflexion puis un travail à partir d'improvisation ont permis d'écrire un scénario et de mettre en place une mise en scène.

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Phase II

La mise en scène a été adaptée à la technique du théâtre forum qui doit amener les spectateurs à réagir en proposant des améliorations à la situation présentée sur scène. Ainsi, le spectacle (environ une vingtaine de minutes) est présenté une première fois, puis les spectateurs sont invités à prendre la parole («le forum») et à désigner les moments où ils jugent opportun de modifier ce qu'il viennent de voir sur scène. Les propositions s'effectuent alors directement en venant remplacer un comédien (ou le suppléer) pour reconstruire l'histoire.

L'animateur joue un rôle fondamental : on l'appelle le «Joker». Il constitue l'interface entre la scène et la salle. Il est chargé d'animer le forum, de faciliter l'expression du public et d'être le garant du cadre dans lequel se déroule le débat. Ici, la responsable du groupe des personnes âgées de l'ILCG et une chargée de projet du Codes 55 ont joué ce rôle.

Résultats

Processus

- 12 personnes âgées ont débuté l'action mais 8 l'ont suivie dans son intégralité ;
- Un texte a été écrit : «Je ne sers plus à rien» ou «La déprime de Marie» ;
- 6 séances sur les communes du canton étaient prévues, 10 ont été réalisées devant l'intérêt du public pour cette réflexion ;
- 750 spectateurs ont assisté aux séances (pourcentage important de la population) ;
- L'action s'est poursuivie l'année suivante avec l'écriture d'un nouveau scénario («Marie part en vacances») abordant les thèmes des difficultés financières, les troubles de la mémoire, les troubles sphinctériens et le placement en institution). La poursuite de cette action a permis d'intégrer des personnes ayant été repérées la première année comme ayant des difficultés.

En termes de santé, peu de résultats ont pu être mis en évidence. Seule l'évolution de l'attitude des participants vis-à-vis de l'action a été relevée. En effet, l'analyse des réponses improvisées sur scène montre une adaptation face aux propositions des spectateurs.

Le théâtre forum et l'éducation pour la santé

Le théâtre forum est un outil à géométrie variable qui lui donne une capacité d'adaptation aux besoins des professionnels intervenant en éducation pour la santé. Il peut être simplement utilisé en tant qu'outil dans une action. Une troupe de comédiens vient alors jouer devant le public à qui s'adresse l'action. Il vient participer à l'action et peut intervenir, en fonction de sa construction, à l'une ou l'autre des étapes de la programmation d'une action de santé.

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Ou bien, comme dans l'action qui a été présentée, il peut devenir support de l'intégralité de l'action et favoriser la participation de la population dès le diagnostic de départ puis à la définition des objectifs, la mise en œuvre et l'évaluation de l'action.

Cette action se situe donc a deux niveaux d'intervention :

- Au niveau d'une action d'éducation pour la santé proprement dite pour les 8 personnes ayant suivi l'intégralité de l'action ;
- Au niveau d'une intervention ponctuelle d'information ou de sensibilisation pour les 750 spectateurs du canton qui a mobilisé un certain nombre de personnes ayant rejoint le groupe l'année suivante.

Prévention du suicide au Sud de Nantes à partir d'une structure hospitalière

Kahina YEBBAL
Martine BOUCHER
Centre Hospitalier de Montbert
France

Le Centre Hospitalier de Montbert s'est engagé dans le cadre des Contrats d'Objectifs et de Moyens, signés le 14 avril 2000 avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de Loire, à mettre en œuvre, dans le cadre d'une fédération, des actions prioritaires de prévention : établir un programme régional de prévention du suicide, développer les réseaux de prise en charge des personnes alcooliques et mieux répondre aux besoins des gens en situation de précarité. Cette fédération est une structure transversale intersectorielle (trois secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie « infanto-juvénile ») ouverte sur la réalité des secteurs.

La France a mis du temps à se convaincre que le suicide constitue un grave problème de santé publique nécessitant la mise en œuvre d'une politique de prévention. Ce sont d'abord les bénévoles non professionnels qui se sont engagés dans cette voie, en prenant en compte le désespoir et la détresse des suicidants. Les médecins, et parmi eux les psychiatres, ont ensuite pris le relais et aujourd'hui, les pouvoirs publics s'engagent enfin. De 1995 à 2000, dix régions, dont le Pays de la Loire, ont mis en place un programme régional de prévention du suicide et le programme national a vu le jour à partir de ces programmes régionaux et de deux conférences de consensus. Le grand

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

intérêt de ce programme est de tenir compte des expériences et des travaux de terrain; il prend d'ailleurs l'allure d'un ensemble de recommandations professionnelles.

INTERVENTIONS SUR LE TERRAIN

Etat des lieux en France :

- 11.000 suicides par an;
- 160 000 tentatives de suicide par an passant par le système de soins (médecins généralistes, urgences) en Pays de la Loire (état des lieux réalisé en 1997 par l'ORS, Observatoire Régional de Santé);
- Le suicide est la première cause de mortalité prématurée chez les hommes de 25 à 45 ans;
- La mortalité régionale dépasse de 25% la moyenne nationale (800 décès par suicide par an);
- La Sarthe et la Mayenne sont particulièrement touchées par le suicide des sujets âgés.

Axes d'actions

Quatre axes d'actions sont prévus par la Circulaire du 5 juillet 2001 dans le cadre de la stratégie de prévention du suicide :

Axe 1 : favoriser la prévention primaire

Cet axe de prévention nécessite de sensibiliser, d'informer le grand public et de former les professionnels et les bénévoles de première ligne.

Axe 2 : réduire l'accès aux moyens les plus létaux du suicide

Une étude sur les circonstances des suicides dans le métro est réalisée en association avec la RATP et l'association UNPS, en vue de définir une politique active de prévention. Une étude similaire sur le suicide par armes à feu et une autre par l'utilisation de médicaments sont en cours.

Axe 3 : améliorer la prise en charge des personnes en mal-être et leur entourage (famille, proches)

Afin d'éviter les récurrences, il est utile de mieux repérer et prendre en charge les personnes à risque suicidaire en améliorant la prise en charge hospitalière des suicidants (40% des récurrences se produisent dans les trois premiers mois qui suivent la tentative de suicide). Un accompagnement spécifique est indispensable pour les endeuillés ainsi qu'une information et un soutien complets aux proches.

Axe 4 : améliorer les connaissances épidémiologiques sur le suicide et les tentatives de suicide

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Pour améliorer les connaissances épidémiologiques sur le suicide et les tentatives de suicide, il faut recueillir un maximum de données statistiques et rechercher les causes favorisantes du suicide, en s'appuyant :

- au niveau local : sur le Département d'Information Médicale (DIM);
- au niveau départemental : sur l'Observatoire Départemental de Santé Mentale (ODSM fi SISMLA);
- au niveau national : sur la Direction des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques (DREES).

Modèles d'intervention

Prévention primaire : volet santé publique

Comment va-t-elle s'opérer? Par la promotion d'actions d'éducation à la santé en amont de toute manifestation de comportements à risque ou de symptômes et par la sensibilisation de l'ensemble de la population générale à la problématique du suicide.

Prévention secondaire : volet social

Il s'agit, dans ce domaine, d'améliorer le repérage de la crise suicidaire auprès des personnes en souffrance psychique par la formation d'intervenants de première ligne. Cette formation est issue de la conférence de consensus intitulée «La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge» parue en octobre 2000; sa mise en place, son développement et sa généralisation à tous les professionnels et aux bénévoles amenés à rencontrer une personne potentiellement suicidaire font partie des axes principaux du programme national de prévention du suicide qui est repris dans son intégralité par la Circulaire du 5 juillet 2001. Cette formation est destinée à détecter les risques de passage à l'acte et à favoriser une prise en charge adaptée. Elle représente un modèle d'intervention destiné à être utilisé par un grand nombre d'intervenants, professionnels et non professionnels, issus de milieux sanitaires et non sanitaires; de ce fait, ce modèle ne se substitue pas aux autres modèles psychopathologiques utilisés en psychiatrie.

Contenu :

- Les idées reçues sur le suicide;
- Les données épidémiologiques;
- L'intervention en situation :
 - la notion de crise suicidaire;
 - les notions de crise psychiatrique et de crise psychosociale;
 - reconnaître un état de crise;
 - principes d'intervention et prise en charge d'urgence;
- Triple évaluation du potentiel suicidaire :
 - évaluation du risque;
 - évaluation de l'urgence;
 - évaluation de la dangerosité.

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

Prévention tertiaire : volet hospitalier

Il s'agit, dans ce cadre, d'intervenir auprès de l'entourage du suicidant. L'objectif n'est pas de soigner la famille, mais de proposer un lieu d'écoute, différencié de celui du patient, où la famille puisse s'autoriser à verbaliser ses difficultés, ses affects, ses craintes et ses limites ainsi qu'un lieu d'information et de renforcement des compétences familiales naturelles.

PROJET : «SOUTIEN AUX FAMILLES DE SUICIDANTS»

Constat préalable

- Le service de soins répond à l'accueil du suicidant, mais il n'existe pas de soutien formalisé de la famille en souffrance;
- L'engagement thérapeutique auprès du patient ne permet pas toujours une neutralité bienveillante vis-à-vis de l'entourage;
- La charge de travail dans les services empêche souvent une réelle disponibilité pour la famille;
- L'intérêt est d'avoir des espaces différenciés et spécifiques pour le patient et son entourage.

Objectif

L'objectif général est de diminuer les récurrences de tentatives de suicide en repérant et en renforçant les compétences protectrices naturelles de l'entourage. Il ne s'agit donc pas de soigner la famille, mais de lui proposer une écoute et un soutien.

Protocole

Les indications et le cadre :

Ce soutien s'adresse :

- À toutes les familles des personnes hospitalisées pour tentative de suicide au Centre Hospitalier;
 - Il est proposé par le médecin référent du patient, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire;
 - Une carte d'information est remise à la famille par le médecin référent;
 - L'engagement reste à l'initiative des familles;
- La famille prend rendez-vous au secrétariat de la Fédération de Santé Publique;



Les endeuillés : mettre des mots sur l'événement, les souffrances, les affects, les craintes...

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

- Les entretiens se déroulent dans un lieu différencié du lieu de soins, en l'occurrence dans les locaux de la Fédération de Santé Publique où se trouve l'équipe de prévention du suicide;
- Les entretiens sont menés par deux professionnelles du pôle de prévention du suicide, la psychologue et l'infirmière.

Le déroulement :

Trois entretiens sont proposés :

1^{er} entretien

- permettre à l'entourage de mettre des mots sur l'événement, sur les difficultés, les affects, les craintes et les limites;
- évaluer les compétences protectrices naturelles des proches, pour eux-mêmes et pour le patient.

2^e entretien

- si l'entourage est en grande souffrance, il est dirigé vers un lieu de soutien et de soins (associations, thérapeutes familiaux);
- si l'entourage possède assez de ressources internes, des informations sont données sur les signes d'alerte de la crise suicidaire permettant une vigilance plus objective et sur les structures et les personnes ressources de proximité.

3^e entretien

- à trois mois d'intervalle des deux premiers afin de faire un bilan avec la famille.

L'évaluation

Un temps d'évaluation est prévu six mois plus tard mais avec l'équipe de secteur qui participe à ce protocole expérimental.

Les pré-requis pour une meilleure prévention

Les échanges avec nos collègues hospitaliers nous ont amenés à réfléchir à des pré-requis nécessaires pour mener à bien des actions de prévention :

1. Prendre en compte la résistance au changement liée à la crainte que nos interventions n'augmentent la demande de soins;
2. Se décentrer de l'approche individuelle clinique vers une approche groupale de santé publique. Cela nécessite la construction de passerelles entre la psychiatrie et la santé publique. Pratiquer la psychiatrie communautaire, c'est passer d'une cellule de soins vers une cellule de santé publique;
3. Travailler en partenariat et accepter d'être un élément du réseau au même titre que les autres partenaires, être à l'écoute et accepter de ne pas maîtriser tout le processus qui va du repérage à la prise en charge;

Prévention du suicide & pratiques de réseaux

4. Avoir une rigueur méthodologique en termes d'organisation, d'objectifs et d'évaluation des besoins, de la demande, des retombées de l'action en termes d'impact, d'efficacité et de pertinence à court et moyen termes ;
5. Innover dans le dispositif de soins en créant des modalités d'interventions nouvelles et originales.