

# Prévention du suicide : D'une demande initiale aux besoins institutionnels. Un partenariat sanitaire et social

*Le Centre Hospitalier Spécialisé de Montbert, devenu après délocalisation en 2012 à Bouguenais (44), le Centre Hospitalier Georges Daumézon, s'est engagé depuis le début des années 2000 auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays de la Loire à mettre en place des actions de prévention, en complémentarité des soins proposés à la population.*

*C'est dans le cadre d'une Fédération de Santé Publique, regroupant trois unités cliniques transversales, que l'équipe de prévention du suicide a vu le jour en 2002. Cette entité répondait à des recommandations d'actions de préventions prioritaires. Aujourd'hui, cette unité fait partie du pôle intersectoriel (1).*

*Convaincue du potentiel des acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne (professionnels, bénévoles, entourage), cette équipe, sous l'impulsion du Dr K. Yebbal, médecin responsable, a élaboré un modèle expérimental de prévention du suicide en lien avec la Stratégie Nationale d'Actions face au Suicide (2), porteuse elle même de recommandations sur l'intérêt de ces sentinelles*

*Cet article présente l'articulation entre :*

- l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet de santé publique ;*
  - les concepts relatifs au processus de la crise suicidaire et à sa prise en charge.*
- (Ces concepts apparaîtront en gras dans le texte)*

*Dans un souci de retour d'expérience, nous avons choisi de valoriser le projet qui suit, car il nous apparaît tout à fait représentatif des facteurs facilitants et des écueils rencontrés dans de telles démarches.*

## **INTRODUCTION**

En novembre 2007, dans un contexte de nombreux passages à l'acte suicidaire, plusieurs professionnels d'un établissement à caractère social (*volontairement anonymisé*) ont sollicité notre unité.

L'augmentation significative des tentatives de suicide dans leur établissement (14 entre septembre 2006 et novembre 2007) les amène à s'interroger, à évoquer leurs limites et leur sentiment de solitude face à la crise suicidaire et au fonctionnement institutionnel, en lien avec ce phénomène.

Emerge alors la volonté de certains professionnels – 7 - de s'engager sur cette problématique et d'être des acteurs de prévention auprès d'une population à risque. Toutefois, ils ont conscience qu'une réflexion ne pourra se faire que par l'étayage de professionnels spécialisés.

Ce projet de Santé Publique est le fruit d'un partenariat de cinq années entre ces deux institutions :

\* Un établissement à Caractère Social qui accueille, dans le cadre de la Protection de l'Enfance, des adolescents de 13 à 21 ans. Ils sont placés en M.E.C.S. (**M**aison d'**E**nfants à **C**aractère **S**ocial) car leur santé, leur sécurité, leur moralité sont en danger ou risquent de l'être, car les conditions de leur éducation, de leurs développements physique, intellectuel et social sont gravement compromises.

\* L'**U**nité de **P**révention du **S**uicide, Centre Hospitalier G. DAUMEZON qui vient, entre autres, en soutien aux intervenants de première ligne pour l'élaboration et la mise en œuvre de projets de prévention du suicide dans la communauté.

## DEMANDE INITIALE

C'est une demande de formation sur le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire qui nous est adressée lors de la 1<sup>ère</sup> rencontre. Cette réponse semble être aux yeux de ces professionnels, la solution pour permettre la diminution du nombre de passages à l'acte suicidaire, des jeunes accueillis dans leur établissement.

Cependant, au regard, du contexte de la demande, de l'état émotionnel du groupe (sentiments d'impuissance, d'épuisement, d'insécurité, d'isolement, d'incompétence, de responsabilité, d'urgence ... exprimés spontanément), mais aussi, de nos principes méthodologiques pour de tels projets, nous leur proposons un temps préalable d'élaboration. Celui-ci a pour objectifs, le repérage de l'impact douloureux de tels événements sur les intervenants, obstacle à la pensée, mais encore, l'évaluation de leurs différents besoins et ressources.

Leur direction donne un accord oral pour qu'ils puissent participer à cette phase du projet.

Un groupe de pilotage bipartite est constitué :

- 1 psychologue, 1 infirmière, 5 éducateurs pour la M.E.C.S.,
- 1 psychologue, 2 infirmières durant la 1<sup>ère</sup> année puis 2 infirmières pour l'U.P.S.

## DEFINITION DU PROJET

Il faudra une année d'élaboration à ce collectif pour, analyser les différentes situations de crise suicidaire auxquelles l'institution s'est trouvée confrontée, identifier et prioriser les actions à mener dans un projet global de prévention.

Au cours de cette phase, des aménagements en termes de temps, de lieux de réunions, sont nécessaires pour garantir les disponibilités physique et psychique de ces intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne.

Trois objectifs sont dégagés :

- \* Améliorer le repérage des signes de mal-être en amont du passage à l'acte suicidaire.
- \* Favoriser la mise en lien des intervenants intra et extra institution, afin de créer un maillage de sécurité pour les professionnels ainsi que pour les jeunes en souffrance.
- \* Optimiser la prise en charge, intra et extra institutionnelle, des jeunes en souffrance.

Cinq axes de travail émergent :

- \* Formation sur le repérage et l'intervention en situation de crise suicidaire.
- \* Elaboration d'un protocole **(3)** de prise en charge d'un jeune en crise suicidaire.
- \* Elaboration d'un protocole de postvention **(4)**
- \* Mise en réseau.
- \* Lien avec les familles

Ils sont validés par la signature d'une convention entre les 2 institutions, en décembre 2008.

Des communications sur l'avancée du projet sont réalisées afin de permettre une transparence.

## MISE EN OEUVRE DU PROJET

- *Formation au repérage et la prise en charge de la crise suicidaire (2008-2009) (5)*

Elle s'appuie sur les recommandations de la Stratégie Nationale d'Actions face au Suicide 2000-2005. 48 professionnels en bénéficient : adjoint de direction, cadres, psychologue, infirmière, éducateurs, enseignants, veilleurs de nuit, maîtresse de maison, famille d'accueil, assistante sociale, pastorale. La formation est assurée par un binôme infirmier/psychologue de notre unité. L'expérience de terrain des différents professionnels alimente largement nos apports théoriques (manuel du formateur/formation nationale J.L. Terra M. Seguin)<sup>5</sup>.

Pour le groupe de pilotage, cette formation constitue un préalable pour participer à la mise en œuvre des autres axes. En effet, réfléchir et travailler sur cette thématique du suicide nécessite en amont de questionner les représentations à l'œuvre pour chacun, afin d'optimiser la cohérence des interventions.

### LES ECUEILS A SOULIGNER :

- 1) La plupart des professionnels en position d'encadrement et de responsabilité institutionnelle ne s'engagent pas d'emblée, ce qui constitue une première limite :
  - Comment échanger en équipe pluridisciplinaire sans un minimum de langage commun, c'est-à-dire de clarification sur les représentations à l'œuvre ?
  - Comment tout professionnel peut-il prendre la part qui lui incombe dans l'accompagnement d'un jeune en crise suicidaire ?

*Une session supplémentaire de formation leur sera donc proposée.*

- 2) Les éducateurs se saisissent de la formation pour repérer les signes de mal être chez les jeunes et sont alertés par les situations à risque. Cependant, ils ont du mal à évaluer le niveau d'urgence, ce qui entraîne parfois, une surprotection inadéquate.

*On voit comment, dans ce contexte, le travail de réflexion et d'élaboration d'outils de repérage, d'évaluation du potentiel suicidaire... dans le cadre de la mise en place d'un protocole, prend toute son importance.*

- *Protocole de prise en charge du mal être et de la crise suicidaire (2009-2012) (6)*

Pour cet axe, un groupe de travail différencié, est constitué. Il sera nommé « *groupe protocole* ». Il se réunit mensuellement afin d'élaborer un référentiel pour les professionnels confrontés à la crise suicidaire d'un jeune. L'objectif de cet outil est d'harmoniser les pratiques en termes de repérage et d'intervention, afin d'améliorer la prévention des passages à l'acte suicidaire et de tracer la prise en charge pour pouvoir l'évaluer et l'ajuster si besoin.

Il y a, pour toute structure, des ressources internes opérantes d'emblée ou nécessitant d'être optimisées. Aussi, pour cette institution, un état des lieux des ressources existantes est réalisé. Le groupe de travail s'appuie alors sur des fiches de recueil de données, des instances existantes qui demandent cependant une optimisation quant à leurs contenus et/ou leurs fonctionnements. Il est également nécessaire de favoriser la connaissance et l'accès à ces

ressources institutionnelles de tout intervenant au sein de cette communauté. Par ailleurs, il apparaît utile de créer des outils complémentaires.

***Comme dans l'accompagnement d'une personne en crise suicidaire, pour elle-même et pour les intervenants de première ligne, il existe le plus souvent, des ressources qui ne sont pas ou plus identifiées comme telles. Le travail de Santé Publique consiste, en préalable, à aider les acteurs de terrain à repérer ces moyens, les optimiser, les valoriser. Par la suite seulement, et si besoin, on peut envisager de co-construire des moyens complémentaires. Il ne s'agit, en aucun cas, de venir plaquer un modèle « préfabriqué ».***

#### LES ECUEILS A SOULIGNER :

1) Bien qu'un nombre considérable de professionnels aient été formés, le deuxième axe mobilise peu en dehors des participants au groupe de pilotage. Le groupe « protocole » regrette qu'il n'y ait pas un représentant de chaque unité de vie, comme souhaité au départ afin de sensibiliser, en temps réel, les différents acteurs sur l'avancée du projet.

*Cependant, les présences assidues d'une adjointe de direction, de la psychologue, de l'infirmière et des éducateurs, ainsi que des communications sur l'avancée du projet lors des 2 assemblées générales annuelles permettent une information plus transversale de l'institution.*

2) Par ailleurs, notre postulat de départ: « *La prévention du suicide n'est pas uniquement l'affaire des spécialistes mais chacun de sa place peut être acteur* » se voit, du fait de la diversité des champs des intervenants (scolaire, éducatif, sanitaire, social), opposer la question du secret professionnel.

*Le rappel du cadre législatif « devoir de réserve partagé par tous les professionnels qui gravitent autour du jeune » permet de lever les réticences pour le partage de certaines informations nécessaires à la lecture éclairée de signes d'alerte.*

3) Enfin, une confusion apparaît sur les objectifs de cet espace de travail. Celui-ci se trouve phagocyté par des questions institutionnelles récurrentes, des situations de crises suicidaires, faisant obstacle à la pensée et nous sollicitant là, à une position de supervision.

*Nous sommes appelées alors, à préciser les cadres, du groupe de pilotage, du groupe « protocole », des espaces de reprise, de supervision, de soutien aux intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne.*

Ces différents écueils et le temps consacré à l'élaboration de cet outil (presque 2 années) ont pu conduire le collectif à des perspectives d'arrêt du projet du fait de doutes, de remises en question, de sentiments d'immobilisme.

#### LES RESSOURCES OPERANTES :

► Pour le groupe « *protocole* »:

Des priorités sont définies afin d'assurer un maximum de pertinence au projet : mise en attente des axes « réseau », « famille » et « postvention ». Pour autant, le travail d'identification des lieux ressources et relais ainsi que la place des familles en tant que ressources potentiellement mobilisables, sont amorcés de fait, dans l'axe « protocole ».

Un échéancier pour la finalisation du protocole est mis en place pour garantir l'engagement des intervenants et la pérennité de cette action

- ▶ Pour les professionnels de la M.E.C.S. :

Ils sont renvoyés à leurs propres instances d'élaboration (réunion d'équipe, analyse de pratique, supervision) ainsi qu'à la possibilité de nous solliciter, à d'autres moments, pour du soutien aux professionnels.

- ▶ Pour les professionnels de l'unité de prévention du suicide :

Nous faisons appel régulièrement à des éléments conceptuels de Santé Publique et de cadre d'intervention, à des espaces d'élaboration (réunion d'équipe, supervision) garants d'une mise en pensée en lieu et place de passages à l'acte. Ces outils et ces espaces de reprise sont pour nous, des moyens fondamentaux pour optimiser l'accompagnement des acteurs de première ligne, aux prises avec la crise suicidaire et leur institution dans son rapport avec ce phénomène.

## LES FONDAMENTAUX D'UN PROJET DE PREVENTION DU SUICIDE

- Le lien :

Malgré la signature d'une convention initiale, l'engagement des responsables institutionnels de cet établissement à caractère social, reste de principe, dans un 1<sup>er</sup> temps. Cela a pour effet de ralentir et de limiter la progression du travail. Grâce à l'arrivée, au cours de la phase d'élaboration du protocole, de deux adjoints de direction, le groupe est alors moins isolé au sein de l'institution.

*La rupture de lien, le clivage sont particulièrement à l'œuvre dans la problématique de la crise suicidaire, il s'agit alors de ne pas se trouver en situation de "miroir", ce qui favoriserait le "faire" au détriment de la mise en pensée.*

- La légitimité :

Celle-ci permet d'être reconnu et de se sentir autorisé à mener des actions. Aussi, pour ce projet il est nécessaire, que les temps de réunion soient validés comme temps de travail, que la direction soit à l'origine des convocations des professionnels engagés sur ces groupes, que des espaces de communication (Assemblée Générale, réunions de direction...) soient accessibles pour informer sur l'avancée du projet.

*La prévention du suicide n'est pas uniquement l'affaire de spécialistes (psychiatres, psychologues, soignants). Cependant, pour qu'un intervenant de première ligne, professionnel ou bénévole, puisse se sentir autorisé et compétent pour intervenir il doit être légitimé comme acteur au sein d'un projet global de prévention du suicide.*

- La cohérence :

L'implication des professionnels de chaque niveau de l'institution permet de redéfinir les missions inhérentes à chaque fonction pour une prise en charge globale et cohérente du jeune en crise suicidaire au sein d'un maillage articulé.

*« Chacun de sa place peut être acteur de prévention ». Il ne s'agit pas que chacun puisse tout mener : repérage, évaluation, intervention, orientation, alerte... Pour autant, en fonction des missions qui sont les siennes, le professionnel, quelle que soit sa place dans l'institution, porte la responsabilité de participer au dispositif global de prévention.*

- La triangulation :

Que ce soit pour les axes « Formation » ou « Protocole », on peut le constater, tout au long de l'avancée de ce projet, le cadre d'intervention est bousculé de diverses manières. Ces « dysfonctionnements » ne sont pas sans rappeler la désorganisation psychique dans laquelle se trouve le sujet en crise suicidaire. Comment, alors, ne pas être en miroir de celle-ci ?

*En effet, en tant qu'acteur de première ligne, l'intervenant peut être très régulièrement aux prises avec un phénomène de contamination. Des sentiments d'isolement, d'impasse, d'impuissance..., peuvent sidérer la pensée et empêcher la prévention du passage à l'acte ou de sa récurrence.*

Pour toutes ces raisons, comme nous l'avons déjà souligné, il est nécessaire de mobiliser un certain nombre de ressources et de préciser les différents espaces de travail et de soutien qui sont autant de moyens d'élaboration et de distanciation.

Aussi, les bilans annuels en présence des responsables institutionnels permettent l'évaluation du travail engagé et d'envisager les ajustements nécessaires (amendements à la convention).

L'engagement assidu de ces quelques professionnels, convaincus qu'il y a encore du possible en terme de prévention du suicide, malgré les nombreux passages à l'acte des jeunes et les risques en lien avec le public accueilli, a été une précieuse ressource. On peut même souligner qu'il s'agit d'un engagement **fondateur** pour l'existence de ce projet.

*La conviction d'un changement possible permet de lutter contre le sentiment de fatalité et de transmettre l'espoir. C'est à ces conditions que l'on peut envisager de prévenir le suicide et donc de construire un projet de santé publique.*

## **CONSTATS :**

Bien que le projet global de prévention imaginé ne soit pas complètement abouti, et malgré une constance des situations de grande détresse de certains adolescents accueillis dans leur institution, ils ont pu constater, depuis le début du projet, une diminution significative des tentatives de suicides.

Enfin, ils ont témoigné de sentiments de plus grande compétence et cohérence dans le repérage, la gestion de situations de détresse, voire de crise suicidaire, et de légitimité lorsqu'ils sollicitaient des relais spécialisés (urgences médico-psychologiques, centres médico-psychologiques).

## **PERSPECTIVES :**

Après cinq années, c'est le même petit groupe de professionnels qui continue de porter, à bout de bras, ce projet, au risque, avec le temps, d'un fort sentiment d'épuisement qui pourrait conduire à la démotivation.

Aussi, il paraissait souhaitable de focaliser l'investissement de ces professionnels sur l'axe protocole afin d'en assurer une finalisation optimale (diffusion, communication, expérimentation, évaluation). Pour que le projet prenne sens et que les professionnels s'approprient les outils, la phase d'expérimentation est fondamentale et nécessite une certaine temporalité.

Nous restons sollicitables pour toute situation de crise suicidaire nécessitant un soutien, et le temps venu, pour une aide à l'élaboration et la mise en œuvre des axes restés en suspens.

## **CONCLUSION :**

**Au regard de cette expérience, il nous est important de souligner que ce qui semble transposable en terme de santé publique, ce ne sont pas les outils de prévention « sur mesure » mais la méthodologie utilisée. Celle-ci est garantie grâce aux questionnements réguliers lors des instances d'élaboration (réunions d'équipe, supervision, analyse de pratiques...). Ces instances viennent faire tiers à différents niveaux : d'une part entre les acteurs du projet, et d'autre part entre les intervenants de première ligne et les sujets en crise suicidaire. Elles garantissent la possibilité d'une mise à distance pour une mise en pensée en lieu et place de mises en acte.**

*Cet article est le fruit d'une collaboration étroite avec la psychologue de cet établissement et nous l'en remercions.*

Françoise Lesimple et Nadine Bosque  
*Infirmières unité de prévention suicide, CH Georges Daumezon*  
*55 rue Georges Clémenceau, 44340 Bouguenais*  
*Tél : 02.51.82.93.80*

*(Rédaction en juin 2013 et février 2015)*

**1 : Le pôle intersectoriel :** est constitué de 5 unités cliniques,

- ⊙ Unité de Prévention du suicide
  - ⊙ Addictologie
  - ⊙ Equipe Mobile Psychiatrie Précarité  
(Constituant une fédération de santé publique)
  - ⊙ Psychogériatrie
  - ⊙ Centre d'Accueil PSychologique Intersectoriel
- Et de 3 unités transversales,
- ⊙ Pharmacie
  - ⊙ Département d'Information Médicale
  - ⊙ Médecine Générale.

Les missions du pôle intersectoriel s'adressent à toute la population de notre territoire (usagers, partenaires...) ainsi qu'à tous les professionnels de l'hôpital (secteurs de psychiatrie).

**2 : Stratégie Nationale d'Actions face au Suicide :** régie par la circulaire DGS/SD 6 C n° 2001-318 du 5 juillet 2001. Elle est l'aboutissement d'un engagement de longue date (années 70) de citoyens qui se sont mobilisés et constitués en associations et ont été rejoints par les professionnels du sanitaire pour ensemble, alerter les pouvoirs publics sur l'ampleur du phénomène. Elle s'appuie sur 2 conférences de consensus : « Prise en Charge Hospitalière des Adolescents après une Tentative de Suicide/novembre 1998 » et « La Crise suicidaire Reconnaître et Prendre en Charge/octobre 2000 » ce qui lui confère toute sa pertinence.

Elle propose 4 axes d'amélioration :

- ⊙ sensibiliser le grand public ;
- ⊙ former les intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne ;
- ⊙ améliorer la prise en charge des personnes en crise suicidaires et de leur entourage ;
- ⊙ améliorer les connaissances épidémiologiques.

Elle sera reconduite en 2005, puis en 2011, avec de nouvelles préconisations et a toujours cours aujourd'hui.

**3 : Protocole :** Que met-on derrière ce mot qui soulève tant de polémiques ? Il s'agit pour nous davantage d'un guide que d'une procédure rigide. Cela suppose de la part des intervenants : une prise de connaissance de cet outil, une implication active et réfléchie, une utilisation singulière pour chaque sujet en souffrance qui reste au centre de la prise en charge. Il a pour objectif institutionnel d'améliorer la prise en charge du mal être et de la crise suicidaire de façon cohérente, sécurisante (physiquement et psychologiquement) tant pour les professionnels que pour le public concerné.

**4 : Postvention :** recouvre l'ensemble des actions de prévention qui s'adressent aux endeuillés par suicide. Elle a pour objectif de prévenir la crise suicidaire pour cette population à risque et les générations à venir. Elle vient aussi en soutien aux intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne, confrontés à la mort par suicide d'un membre de leur communauté.

**5 : Formation nationale:** La Stratégie Nationale 2001/2005 préconise, afin d'optimiser et d'harmoniser les pratiques, la formation de formateurs sur le repérage et l'intervention en situation de crise suicidaire. Ceci à partir d'un contenu (épidémiologie, idées reçues, modélisation de la crise suicidaire, évaluation du potentiel suicidaire, intervention, mises en situation) élaboré par J.L. Terra, Professeur en psychiatrie, hôpital le Vinatier à Lyon et M. Seguin, Docteur en psychologie à l'Université de Montréal, tous deux, experts en suicidologie.

A l'issue de 3 journées de formation, les futurs formateurs reçoivent une mallette « outils » et sont appelés à dispenser en binômes, lors de journées organisées par les A. R. S., ce même contenu, auprès de groupes d'intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne. Sur l'U.P.S., le médecin, la psychologue et 2 infirmières font partie de ce dispositif.

**6 : Protocole avec logo de l'institution, nommé « Prise en charge du mal-être et de la crise suicidaire » :**

Il se présente sous forme d'un classeur dans lequel on retrouve 4 items principaux :

1. un guide d'intervention élaboré en fonction de la situation à gérer (mal-être, crise suicidaire, tentative de suicide, décès par suicide)
  2. un recueil des éléments administratifs, familiaux et des facteurs de risque (vulnérabilité) et de protection
  3. une fiche d'évaluation du mal-être comprenant :
    - ⊙ les signes de souffrance possibles déclinés dans 4 sphères : comportementales, émotionnelles, cognitives et somatiques.
    - ⊙ les éléments d'urgence (détermination, existence d'un scénario) et de dangerosité (accès au moyen léthal, létalité du moyen)
    - ⊙ une grille d'évaluation du risque suicidaire (faible, moyen, élevé)
    - ⊙ les pistes dégagées
  4. un répertoire des personnes ressources dans l'établissement (personnes ayant participé à l'élaboration du protocole)
- Ce protocole étant en phase d'expérimentation, il se termine par une fiche d'évaluation de l'outil.