

Petit lexique des notions entourant la crise suicidaire

- Le terme **suicide** est utilisé pour évoquer une mort dont la cause est la volonté avérée et délibérée de mettre fin à sa propre vie.
- Le terme de **conduites suicidaires** désigne le suicide et les tentatives de suicides (TS).
- Une **tentative de suicide** est définie comme un passage à l'acte non-fatal, acte auto agressif destiné à mettre fin à sa vie mais auquel la personne a survécu.
- Le terme de **personne suicidante** désigne les personnes ayant fait une TS récente (<1 ans).
- La **réitération suicidaire** désigne la répétition d'un geste suicidaire dans les jours, semaines ou mois qui suivent une TS. Le taux de réitération est ainsi compris entre 16% et 34% dans les 2 ans et le taux de décès par suicide entre 2% à 10% à 5 ans après une TS (1). Le risque est particulièrement élevé dans le mois qui suit la TS, notamment au cours de la première semaine.
- Les **idéations suicidaires** sont décrites comme des idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou bien à la douleur morale et à la détresse dans laquelle la personne se trouve et qu'elle juge insupportables. Elles se distinguent des idées de mort par le fait que le sujet envisage un acte volontaire dirigé contre lui-même.
- Inscrit dans le modèle « vulnérabilité-stress », le modèle de la **crise suicidaire** repose sur la notion centrale de stratégies de coping, qui constituent les stratégies personnelles d'adaptation mises en œuvre par un individu pour faire face à une situation stressante. On retient quatre grands types de stratégies de coping : la recherche de soutien social, la résolution de problème, la pensée positive et l'évitement. Dans le modèle de la crise suicidaire, la personne met en place des stratégies de coping qui vont progressivement s'avérer inefficaces ou inactives face à l'intensité du stress engendré par la situation, plaçant la personne dans un état de vulnérabilité. La majoration du stress par un évènement précipitant va conduire à l'apparition d'idées suicidaires et à l'état de crise suicidaire au travers d'un fort sentiment de prise au piège (2). La présence des idées suicidaires va alors rendre d'autant plus inopérante l'utilisation des stratégies de coping. La crise suicidaire est également liée à des altérations cognitives (prise de décision, mémoire autobiographique) et à un débordement émotionnel qui vont rendre d'autant plus difficile la mobilisation des stratégies de coping habituelles de la personne (2). Après le passage à l'acte suicidaire, s'il n'est pas abouti, le retour à l'état de vulnérabilité puis de base va se faire de manière très progressive, le temps que se restaurent les stratégies d'adaptation émotionnelles et cognitives de la personne. Cette vulnérabilité explique en partie les taux élevés de réitération suicidaire chez les personnes suicidantes.
- La **théorie interpersonnelle du suicide** (3) constitue aujourd'hui le modèle le plus documenté et partagé pour expliquer les mécanismes psychologiques et cognitifs à l'œuvre dans les conduites suicidaires. Ce modèle s'appuie sur trois dimensions distinctes :
 - La **lourdeur perçue** : sentiment d'être un fardeau pour les autres (« ils seront mieux sans moi »).
 - L'**appartenance frustrée** : sentiment de ne pas ou plus appartenir à son groupe social qui repose sur deux dimensions : la solitude (se

sentir déconnecté des autres) et l'absence de relations mutuelles bienveillantes (sentiment de n'avoir personne vers qui se tourner). Elle s'oppose à la notion de *connectedness*, qui indique le sentiment d'appartenance mutuelle à un groupe social.

– La **capacité suicidaire** : capacité de passage de l'idée à l'action qui découle de l'exposition répétée à des événements douloureux (incluant la douleur physique et sociale) et/ou générateurs d'angoisse, dont le plus important est une tentative de suicide antérieure.

- Le **risque suicidaire** constitue la potentialité de décès par suicide dans les heures ou jours à venir. Les études récentes démontrent des propriétés prédictives similaires pour l'évaluation clinique comparée aux échelles psychométriques. L'échelle Risque-Urgence-Dangerosité (RUD) constitue à l'heure actuelle l'échelle clinique la plus utilisée en France pour évaluer le potentiel suicidaire. Ce risque est évalué à partir des facteurs de risque de décès par suicide. L'antécédent récent de TS constitue le le plus important, suivi par la présence d'un trouble psychiatrique et d'une addiction. L'impulsivité, la faible estime de soi, la tolérance à la douleur, l'absence de sentiment d'appartenance et le désespoir sont des facteurs de risque psychologiques. L'urgence est évaluée en fonction de la progression des idées suicidaires. La fréquence et l'intensité des idées suicidaires sont évaluées, ainsi que la présence ou non d'un scénario pour le passage à l'acte. L'urgence suicidaire évalue notamment le temps qu'il reste pour mettre en œuvre une stratégie de prévention d'un passage à l'acte suicidaire. La dangerosité s'évalue en fonction de la létalité du ou des moyen(s) envisagé(s) et de l'accessibilité de ce(s) moyen(s). On peut ainsi distinguer un potentiel suicidaire faible en cas d'urgence faible, sans scénario envisagé. Le potentiel suicidaire moyen est retenu en cas de passage à l'acte planifié mais repoussé (existence d'un scénario à plus de 48h). L'urgence est considérée comme élevée lorsque le passage à l'acte est prévu dans les 24 à 48 heures.

Une nouvelle terminologie

La terminologie est importante en prévention du suicide pour limiter les phénomènes de stigmatisation. Les termes tels que « *suicide réussi* », « *suicidaire* » ou « *suicidés* » doivent être évités, au profit des termes « *suicide abouti* », « *personne en crise suicidaire* » ou « *personne décédée par suicide* ». Il faut également éviter d'utiliser le terme « *d'appel à l'aide* » pour évoquer une tentative de suicide, au risque de minimiser le geste, ses potentielles conséquences et complications.

Edouard Leaune

Praticien hospitalo-universitaire,
Centre de prévention du suicide, CH le Vinatier

1– Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2013 Nov-Dec;21(6):281-95.

2– Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law*. 2019 May;37(3):223-239.

3– Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010 Apr;117(2):575-600.