

Chapitre V. La prise en charge des suicidants

*Dr. Bentamra JAOUI
Fatima-Zohra SEBAA
Mostéfa MIMOUNI*

Introduction

Cette partie est consacrée aux soins et à la prise en charge des personnes ayant fait une ou des tentatives de suicide ainsi que leur famille. Les objectifs de ce travail de recherche visaient autant la connaissance et la compréhension du phénomène que les modalités de sa prise en charge. Ainsi, cette partie comporte :

- Une synthèse des débats avec des personnes de qualité ou personnes sources issues des principales disciplines (psychologues, psychiatres, médecins, juristes, religieux, et professions annexes, les intervenants, etc.) pour comprendre et connaître les possibilités de prise en charge préconisées par ces disciplines pour les suicidants et leur entourage. Cette partie se compose de quatre axes :

- Une consultation des personnels soignants pour explorer leur représentation d'un centre de prise en charge pour suicidants
- L'exposé de deux expériences réservées aux suicidants en France
- La prise en charge de suicidants : de l'évaluation à l'orientation
- Enfin une proposition pour un centre de prise en charge

1. Préliminaires : débats pluridisciplinaires

Ces débats ont été organisés pour faire l'état des lieux et pour analyser ce qui est proposé aux suicidants et aux familles dans la société algérienne et du système de soins. Les questions centrales de ce débat, portaient sur :

- Comment se fait l'accueil au niveau du service des urgences hospitalières pour les suicidants et leur famille ?
- Quelles sont les modes de prise en charge proposées et quelles sont les limites de cette prise en charge ?
- Quelles sont les propositions pour l'amélioration de cette prise en charge ?

1.1. Regards croisés le suicide et tentatives de suicide

Pour élargir son champ de connaissance, le groupe de recherche a opéré des 'consultations' sur la base de tables rondes réunissant des praticiens et chercheurs sur différents aspects du phénomène. Dans ce cadre là, nous présentons ici le compte rendu de la table ronde du 19 octobre 2005 tenue au CRASC et qui a regroupé des chercheurs de différentes disciplines : psychologues, psychiatres, sociologues, juristes et imam (ensuite une brève synthèse de la journée d'étude sur la prise en charge avec présentation du projet de centre élaboré par M. Mimouni pour le groupe de recherche.)

Cette table ronde avait pour principal objectif de débattre des questions sus-citées avec les chercheurs et praticiens en contact direct avec les personnes ayant fait une TS, de confronter différentes pratiques et d'échanger des points de vues. Il était surtout question d'ouvrir un débat sur la question et non de faire le procès de tel ou tel service ou institution.

Ainsi, en plus de l'équipe de recherche elle-même, ont été invités :

- un imam qui dirige une école d'apprentissage du Coran,
- un juriste,
- un psychologue représentant de la Protection Civile,
- une psychologue au niveau du service des UMC Oran,
- deux médecins du CISM (centre intermédiaire de santé mentale) Secteur sanitaire Oran Est,
- deux psychiatres,
- des enseignants-chercheurs (sociologie, psychologie, anthropologie),
- des doctorants en psychopathologie.

Après une brève présentation par l'équipe, du projet et des résultats obtenus, de deux exemples de modalités de prise en charge à travers le monde, et après avoir rappelé la nécessité de créer un centre de prise en charge de suicidants et de mettre l'accent sur la nécessité d'une approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire, nous avons laissé la parole aux invités.

Pour l'imam : le suicide est « Haram ». Le « traitement » religieux si on peut l'appeler ainsi, consiste en deux directives complémentaires : la menace ou « tarhib » de l'enfer par le fait de revivre éternellement son geste et la consolidation (« tarlidh ») qui consiste à transformer les conceptions qu'ont ces personnes de la vie, du malheur et de l'action que

peut ou ne peut pas entreprendre tout être face au malheur. Il s'agit donc de consolider les préceptes de l'islam : pourquoi l'être humain a été créé ? La nécessité de l'humilité, le rôle de l'humain qui est tenu de tout faire pour protéger son âme « ennefs » (sa vie), sa religion, ses biens, son honneur. Selon l'imam, le suicide n'est pas nouveau, il a existé du temps du prophète et il cite le cas d'un musulman qui a fait le djihad et qui s'est quand même suicidé, le prophète avait prononcé la sentence « condamner à djahanem malgré son djihad ». La prière n'est pas autorisée pour un suicidé (mais est souvent tolérée). Cela pénalise surtout la famille qui se sent jugée, dépréciée, puisque le suicidant est considéré comme un « criminel » qui a transgressé une loi fondamentale, et qui a accaparé un droit divin celui de donner la mort, alors que sa vie comme sa mort n'appartiennent qu'à Dieu.

Pour le juriste : dans le droit positif il n'y a aucune sanction. Pour le droit musulman, la « shari'a », le suicidé est condamné à l'enfer car « il a offensé Dieu et a fait fi de Sa compassion » mais l'islam ne prévoit pas de sanction du suicidé ou de son entourage contrairement à la religion chrétienne qui sanctionnait le suicidé même mort en le traînant dans les rues, en saisissant ses biens et en l'excommuniant. Sur le plan juridique, la seule sanction est adressée aux personnes si elles ont facilité et encouragé le geste ou alors si ces personnes n'ont rien fait pour empêcher la personne de se suicider. Pour cette dernière possibilité, cela équivaut à une non-assistance à personne en danger.

Quant à la protection civile, son rôle est restreint et se limite à acheminer le corps vers la morgue. Mais cela pose un problème important qui nécessite un débat approfondi sur l'état psychologique des soignants qui s'occupent de ces corps parfois déchiquetés, disloqués, etc. Tout ceci constitue un traumatisme chez des intervenants que personne n'assiste et qui en arrivent parfois à se suicider ou à être tenté de le faire par suite des tensions qu'ils subissent. Alors que dans pareille situation un débriefing est plus que nécessaire.

Le service des urgences médicochirurgicales (UMC) reçoit un nombre de plus en plus élevé de cas de suicide et de tentatives de suicide. Ce service ressemble à une véritable cour des miracles. Il ne dispose que d'une seule psychologue qui doit faire face à toutes les situations où on a besoin d'elle. Si elle est dans l'impossibilité matérielle de s'occuper de tous ceux qui attendent à leur vie, elle le fait au moins pour ceux qui semblent les plus ébranlés. Le service fait appel à un psychiatre pour les cas qui présentent des symptômes d'ordre psychiatrique. Par ailleurs un embryon de réseau existe entre le CHU et d'autres institutions : les personnes qui nécessitent et surtout qui acceptent un suivi qu'il soit

médical, psychologique, juridique, social... sont orientées vers ces relais que sont les CISM (centre intermédiaires de santé mentale), les UDS (unité de dépistage scolaire) pour les jeunes lycéens, les CIAJ (centre d'informations et d'animation des jeunes) ; l'urgence psychiatrique ; les associations... Mais pour la psychologue, le réseau n'est pas suffisamment structuré dans la mesure où : « *il manque le travail de liaison qui permet d'assurer un suivi optimum et une évaluation des actions des uns et des autres. A partir du moment où la personne est orientée vers tel ou tel service elle est perdue de vue et personne ne sait ce qu'elle est devenue* ».

Pour le psychiatre, le suicide est lié à une souffrance psychique et non psychiatrique puisque seuls 20% sont des cas psychiatriques avérés. Le suicide est un acte hors norme qu'il est facile de le ramener à la folie, à la perte de la raison ; cela déculpabilise et ne fait que renforcer la souffrance psychique et l'isolement de ces personnes.

Il ressort du débat que si chaque discipline a ses propres conceptions de l'acte suicidaire, ces dernières ne sont pas antithétiques.

Par ailleurs la gravité de l'acte est reconnue par l'ensemble des intervenants et amène le débat sur le plan philosophique : l'être humain est-il libre de disposer de son corps et de sa vie comme il l'entend ? Si oui, le débat est clos et nous sommes tentés de dire que finalement nous (praticiens) n'avons pas grand-chose à dire et surtout à faire. Quoique, en tant qu'êtres humains, êtres semblables à la personne qui souffre, nous nous sentons concernés, responsables d'une certaine manière et avons le devoir de chercher à comprendre.

L'autre proposition est que l'humain n'est pas libre de disposer de sa vie et s'il décide de se « supprimer », c'est qu'il est soit malade mental et dans ce cas, il est irresponsable (cas de psychotiques, mélancoliques et grands dépressifs), soit il vit dans des conditions insupportables qui épuisent son énergie et diminuent son élan vital, soit il agit pour punir et se venger de son entourage, familial et/ou social qui n'a pas su lui donner la sécurité nécessaire à son bien être.

Quel que soit le cas, le suicide implique la responsabilité de la société et des individus, qu'ils soient intervenants, soignants ou membres de la famille : tout être humain est concerné par un tel acte et doit viser à restaurer la confiance entre ces personnes en souffrance et leur milieu.

Regards sur la prise en charge du suicide et tentatives de suicide

A partir des débats centrés, cette fois-ci, sur la prise en charge des suicidants et de leurs familles, nous avons résumé brièvement les positions des intervenants comme suit :

- Le religieux relève que le suicide est un acte contre nature et antireligieux par excellence. Il nécessite une prise en charge basée sur les principes religieux : prise de conscience de la gravité de l'acte entrepris et des effets qu'il pourrait avoir sur son devenir dans l'au-delà, nécessité de le ramener à Dieu en lui rappelant « Sa miséricorde » et « Sa bonté ». Selon l'imam, l'explication et la lecture du Coran sont les principaux vecteurs de cette rééducation thérapeutique du suicidant qui ne doit pas être rejeté, mais bien au contraire ramené sur la Voie de Dieu.
- Le juriste musulman ne fait que rappeler que l'être humain n'a pas le droit de porter atteinte à sa vie. Il n'en a que « l'usufruit et non la propriété », et aucune disposition pénale ou thérapeutique n'est prévue en dehors de conseils de « retour à Dieu » et de respect des préceptes religieux.
- Le psychiatre met l'accent sur la nécessité de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge thérapeutique : certains mettent l'accent sur la dépression qui précède le passage à l'acte suicidaire (souvent révélée par l'autopsie psychologique), d'autres considèrent que toute personne qui fait une TS est dans un état psychologique équivalent à une crise paroxystique qui nécessite une hospitalisation d'urgence et des soins médicamenteux en mesure d'amener à une sédation de l'angoisse et pouvoir par la suite entreprendre une psychothérapie approfondie.
- Les psychologues voient également la nécessité de prendre en charge les personnes qui ont fait une TS et leur entourage de manière à éviter la récurrence d'une part et soulager en aidant le patient à verbaliser ses souffrances, d'autre part. La famille a autant besoin que le patient d'un soutien psychologique pour l'aider à surmonter ce traumatisme.

Réflexion autour de la création de centres d'accueil pour suicidants

Il s'agit d'améliorer la qualité de l'accueil aux urgences ainsi que les premiers contacts et en particulier le respect de la confidentialité. Les soins qui seront réalisés ou proposés, doivent être présentés au patient

dès que son état somatique le permet. Il est très important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité.

L'ouverture de structures de prise en charge des suicidants constitue pour nous une priorité. Parlera-t-on de centres ou d'unités de soins riches ? Nous avons organisé de nombreux débats autour de la question de la prise en charge⁷⁷ et un colloque. Le riche débat qui a suivi a surtout permis aux membres de l'équipe de se faire une idée plus précise sur comment aborder la question de la prévention et de la prise en charge en faisant intervenir différents secteurs et en conjuguant les efforts de tous.

Le principal objectif de cette rencontre était de mettre à l'épreuve du terrain notre réflexion concernant le projet d'unité de soins et de prise en charge psychologique des personnes ayant fait une ou des tentatives de suicide, ainsi que de leur famille.

Nous avons donc invité des personnes directement concernées et surtout aptes à prendre les dispositions et décisions nécessaires à la mise en place de cette structure. La rencontre a eu lieu en présence de représentants de la Direction de la Santé et de la Population (DSP), de différents CISM et secteurs sanitaires de la wilaya d'Oran, des psychiatres et psychologues exerçant dans des unités de soins (CHU UMC, médecine légale Oran, EHS Sidi Chahmi, CHU Sidi Bel Abbès).

Nous avons également invité les étudiants de l'Ecole Doctorale en anthropologie à assister, et ce, afin de susciter des travaux de recherche sur la question.

Après la présentation de l'argumentaire et des grandes lignes du projet de centre de prise en charge et l'exposer de quelques expériences dans le monde. Suite à ces présentations, le débat fut fort intéressant et riche en informations.

La représentante de la DSP, partageant notre souci quant à la prise en charge de cette population, reconnaissant le problème de l'absence de statistiques fiables a été séduite par notre approche et a approuvé la création d'une structure de prise en charge même à titre pilote à l'instar des CISM (centre intermédiaire de santé mentale) et CIST (centre d'intervention et de suivi du toxicomane).

Lors des débats, l'accent a été mis sur les gains d'un tel centre qui permettrait non seulement de réduire les souffrances du suicidant et de sa famille, mais en plus en réduisant les récives, il permettrait de faire

⁷⁷ *Tentatives de suicide, modalités de prise en charge : Réalités et perspectives.* Journée d'étude, 25 janvier 2006, CRASC

l'économie de journées d'hospitalisation, libérerait des places dans les services des urgences et soulager ce service surchargé.

Le service des UMC CHU Oran reçoit tant de patients que le suivi psychologique des personnes ayant fait une TS est quasiment impossible, il ne s'agit pas d'une prise en charge psychologique correctement menée car l'espace n'est pas adéquat et d'autres malades (accidentés, maladies de toutes sortes...) nécessitent également la présence du psychologue. C'est en cela que pour la psychologue des UMC, en plus d'orienter les personnes vers les CISM, CIST, elle pourrait également diriger les personnes ayant fait une TS vers ce centre de prise en charge.

Des psychologues au sein de polycliniques expriment leur inquiétude face à la présence d'enfants de moins de douze ans ayant fait une TS. Ils soulèvent le problème de la formation du personnel et surtout quelles sont les nouvelles techniques de prise en charge de ces personnes, de part le monde.

Il ressort de l'ensemble des débats, qu'il y a nécessité de la prise en charge psychologique par :

-L'examen somatique immédiat évalue la gravité du geste suicidaire et permet de définir le traitement adapté. Il doit être complété dans un second temps par une évaluation de l'état général, de l'hygiène de vie, du développement pubertaire et de la vie sexuelle. Toutes ces informations vont apporter des éléments utiles à l'évaluation psychologique. Celle-ci doit débiter le plus précocement possible. Il faut s'assurer qu'elle peut se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique. Il est généralement impossible de recueillir dans le contexte des urgences tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique, l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle est réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien sont :

1. **P'étude du contexte de la crise**, signification du geste suicidaire : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchant, idées suicidaires passées et actuelles, antécédents de TS personnels ou dans l'entourage ;

2. **P'évaluation de la santé mentale** : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, prise de médicaments psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac ; la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes pouvant faire craindre une récurrence à court terme. Rechercher les signes de maltraitance, d'abus sexuels, d'événements traumatisants : rupture (en particulier amoureuse), fugues, grossesses ;

3. le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, scolaire ou professionnelle, degré d'autonomie, conduites avec prises de risques (excès de vitesse, sports ou jeux violents). Y a t-il un projet de vie ? Projet scolaire, professionnel et relationnel ?

Pour une prise en charge optimale, il faut bien cerner la structure de la personnalité et identifier les différents symptômes ou signes manifestes et leur(s) signification(s). Il est impossible, voire illusoire de traiter sans tenir compte de la dynamique familiale, car comme nous l'ont montré les résultats de l'enquête, l'incompréhension, le manque de communication et l'isolement, constituent les principaux facteurs déclenchant des TS et suicides. Les parents sont des auxiliaires, des co-thérapeutes loin d'être négligeables.

Quelle que soit l'aide que peuvent apporter les soignants, elle ne peut réussir sans l'adhésion de l'entourage et sa collaboration active. En plus de cet aspect, il est nécessaire de tenir compte du besoin des familles elles-mêmes d'avoir un soutien psychologique pour qu'elles puissent devenir ces auxiliaires dont a besoin le corps soignant pour aider le suicidant à refaire surface et ne pas récidiver.

Nous avons déjà démontré que la famille subit un choc, elle est traumatisée, violemment secouée devant le passage à l'acte d'un de ces membres. Nous avons également montré les réactions contrastées, mais toujours douloureuses des familles en fonction de leurs capacités, du type de relation et des représentations qu'elles se font d'elles-mêmes et de leurs membres. Ainsi quand la famille est capable de compréhension et d'empathie, cet acte lui fait prendre conscience de sa situation conflictuelle apparente ou non. Mais quand la famille est incapable de replacer l'acte dans son contexte, la tentative de suicide peut exacerber les perturbations au sein de la cellule familiale qui aura autant besoin d'aide et de soins.

C'est dans ce contexte là que la prise en charge après la TS est primordiale car elle permet de :

- Faire une halte salutaire et un recadrage nécessaire dans un moment de crise aiguë
- Conforter et encourager les familles compréhensives dans leur façon de prendre les choses et de considérer la TS comme un langage d'amour et non de haine
- Soutenir les familles déséquilibrées par ce geste, tout en les aidant à considérer la situation sous l'angle du vécu de leur enfant.

- Aider également à percevoir cet acte comme une demande d'aide et non comme une agression dirigée contre eux.

- Existence d'espaces d'écoute et de soutien

Ces espaces existent à travers toute l'Algérie (polycliniques, hygiène scolaire (UDS), CIAJ (Centre d'information et d'animation pour jeunes), CISM (centre intermédiaire de santé mentale...), mais tant que le suicide reste une question taboue, les personnes en crise n'y viendront pas. C'est pour cette raison qu'il faut absolument en parler, faire des campagnes d'information et de formation auprès des praticiens sur le suicide et la dépression. Faire prendre conscience aux parents et éducateurs de l'importance de leur rôle dans la prévention et le suivi de leur enfant.

Il s'agit de faciliter les consultations précoces en cas d'apparition de troubles prémonitoires pouvant conduire au suicide, et ce, grâce à un véritable travail en réseau avec des médecins généralistes, des psychologues, des psychiatres, des socio-anthropologues, etc.

- Centre de prise en charge des suicidants

Enfin il est primordial de penser à la mise en place de structures pour les personnes ayant fait des tentatives de suicide. Soigner le soma ne suffit pas ! Il s'agit de mettre un terme à la souffrance, qui peut engendrer d'autres troubles du comportement, plus ou moins graves. Il s'agit aussi d'éviter les récives, c'est une question non seulement de santé publique mais aussi d'éthique.

Après ces débats organisés au sein du CRASC, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons passé au corps médical et personnel de soins dans le but d'obtenir leurs propositions et leur vision de ce centre. Les résultats obtenus vont nous servir à enrichir, ajuster et compléter notre propre vision de ce centre, de ses fonctions, et de son organisation.

1.2. Consultation pour la création d'un centre de prise en charge de suicidants

Argumentaire

La première partie de l'étude a nettement montré que la grande détresse psychologique des suicidants et de leur famille, était souvent occultée par tout le dispositif de soins existant actuellement. Pour une lutte efficace contre le suicide, une connaissance approfondie du phénomène s'impose, mais également s'impose la nécessité de bien cerner la population visée : suicidants et leur famille/proches.

Il faudrait institutionnaliser l'aide apportée au suicidaire. Elle devrait pouvoir se faire dans des services spécialisés où le patient pourrait être

admis pour un temps même bref. Nous avons décidé au sein du groupe de recherche de savoir quelles étaient les réactions, représentations et propositions du personnel médical et paramédical, concernant la création d'un centre ou d'une unité de prise en charge des suicidants et de leur famille. Nous avons élaboré un questionnaire comportant 16 questions relatives à la population 'concernée' par ce centre, le type d'hébergement, l'équipe de suivi, les formes de prise en charge, etc.

1.3. Synthèse des résultats

La population est de 18 personnes (médecins, TSS -techniciens supérieurs de la santé- et deux psychologues)

Pour les répondants, le suivi du suicidant doit 'être pluridisciplinaire et doit se faire sur les plans psychologique, médical, psychiatrique et social, selon la gravité de l'acte et les difficultés particulières à chaque cas. Les répondants mettent l'accent sur la nécessité du travail de groupe pour 'éviter la récurrence' (18/18) et mieux 'cerner les causes'.

La récurrence reste la préoccupation la plus importante et est intimement liée à une perception psychiatrique du geste. Cette perception psychiatrique se confirme dans les réponses à la question sur : *qui doit être pris en charge dans ce centre*. Presque tous disent « les dépressifs, les toxicomane et les personnes avec des troubles psychiatriques », ces réponses en disent long sur la perception des raisons du suicide qui ne peuvent avoir de raisons que psychiatriques.

Quant à la prise en charge des parents de suicidants, tous disent que la famille doit être intégrée dans un protocole de soins, car nous sommes en présence de :

- problèmes de communications intra-familiales : 10
- responsabilité éducative : 09
- déculpabilisation : 07
- « corriger » les erreurs : 07

Le lieu de la prise en charge, pour les deux tiers des répondants : 'l'hôpital' serait le mieux indiqué pour une telle prise en charge. Mais un tiers d'entre eux pensent que le centre doit être 'hors de l'hôpital' dans des centres spécifiques préférables (auberges de jeunes, vie à la campagne (pour éviter la vie citadine et ses stress)

Le mode d'hébergement privilégié par les répondants est de 'deux' par chambre au début de l'admission au sein du centre et ensuite 'à plusieurs' pour faciliter la communication, la fortification du lien social et éviterait la solitude et l'isolement : « A plusieurs ils se soutiendraient mieux ! »

La prise en charge est d'abord préconisée pour l'individu lui-même, ensuite serait entreprise une psychothérapie familiale si nécessaire. Tous pensent que c'est un travail d'équipe, mais la prise en charge proprement dite doit être menée par un psychologue clinicien et/ou un psychiatre. Tout le monde doit adhérer au protocole de prise en charge : équipe de l'unité mais aussi suicidants et leur famille.

Pour ce qui est des activités complémentaires aux soins, tous ont abordé la question des loisirs et de leur nécessité. La nouveauté réside dans le fait que certains ont préconisé un travail pédagogique, scolaire pour les jeunes qui en auraient besoin. Le travail de l'équipe ne devrait pas se limiter uniquement aux soins, mais également faire de la sensibilisation et de la prévention auprès des jeunes dans les quartiers, maisons de jeunes, lycées, etc.

Pour les trois quarts des répondants, la posture constitue une étape importante de cette prise en charge, pour permettre d'assurer aide et soutien psychologique à tout moment. Deux répondants, par contre, pensent qu'il vaut mieux aider le suicidant à « oublier » son acte et de ne pas l'inciter à revenir.

Les noms choisis pour le centre reflètent vraiment la position de chacun quant à la prise en charge du phénomène du suicide :

Espoir – Renaissance – Apprendre à vivre – Amis de la vie – Soleil levant – El hayat – sont les noms proposés par les répondants.

1.4. Exemples de centres pour suicidants

Quelles sont les expériences de centre de prévention et de prise en charge de suicidants de part le monde ?

L'idée d'un centre de prise en charge s'occupant des problèmes de suicide, remonte à 1906. Deux centres ont alors été ouverts : l'un à New York et l'autre en Angleterre. Gérés par l'Armée du Salut (association de bienfaisance), il n'était nullement question de faire de la prise en charge thérapeutique ou de prévenir le passage à l'acte. Le but étant de s'occuper des personnes ayant fait une tentative de suicide. D'ailleurs le département « anti suicide » au sein de l'Armée du Salut, existe toujours.

Quant à la prévention, le premier centre fut ouvert à Vienne en 1948, après la première guerre mondiale, suivi de celui de Los Angeles en 1959 et enfin le centre de Bruxelles en 1970. Nous voyons bien que pour les occidentaux, la nécessité de prise en charge du phénomène n'est apparue que très récemment.

En 1978, un symposium international consacré à la prévention du suicide a donné naissance à une association japonaise pour la prévention du suicide (JASP). Il s'agit pour cette association de faire prendre

conscience à la population des signes avant-coureurs de détresse et de favoriser la communication avec les sujets suicidaires, pour changer l'idée qu'ils ont d'eux-mêmes.

Aux Etats-Unis, les autorités sanitaires confrontées au problème de suicide des jeunes, ont créé plus de 200 centres : National Save, A life league, Suicide et crisis center... Ces centres sont coordonnés par l'American Association of Suicidology. Le National Institute of mental health a même créé un département de recherche sur le suicide.

Il y eut également, la création de centres de recherche sur le suicide ainsi que l'introduction dans les programmes scolaires de politique de prévention. La particularité de ces programmes c'est qu'ils sont destinés aux adolescents, mais également aux parents et enseignants. Ils conseillent et donnent des informations sur le problème du suicide : comment reconnaître une personne à tendance suicidaire ? Quelles sont les institutions auxquelles on peut s'adresser ? Etc.

Il faut tout de même signaler que certains états continuent de considérer les tentatives de suicide comme des délits (Alabama, Washington, New Jersey...), mais ceux qui passent à l'acte n'ont jamais été poursuivis.

Au cours de ce projet de recherche nous avons pris des contacts avec des chercheurs et praticiens. Deux expériences nous ont semblées pertinentes à approcher : le centre Abadie à Bordeaux (France) et le service de psychiatrie du CHR de Montpellier (Pr D Castelnaud).

Pour le centre Abadie, un séjour d'une semaine dans le service, nous a permis d'en saisir les principales démarches de prise en charge. Pour le service du Pr Castelnaud, une rencontre internationale sur les suicides et tentatives de suicide ayant eu lieu à Alger, nous a permis de prendre connaissance de sa méthode de prise en charge et d'en débattre avec lui.

• **Le centre Abadie (Bordeaux)**

Avant la création du centre, l'équipe (composée au début de psychiatres et de psychologues) a commencé en 1992, à se pencher plus particulièrement sur le cas des adolescents ayant fait une ou des TS et admises au sein du service des urgences du CHU de Bordeaux. Le psychiatre chef de service, le Pr. Xavier Pommereau, considère uniquement les TS chez les adolescents.

Pour un suivi psychothérapeutique, une quinzaine de lits furent dégagés au sein même du CHU de Bordeaux, pour les personnes ayant fait une TS et permettre ainsi à l'équipe qui s'était constituée de travailler avec le patient. Au bout de cinq ans de présence au sein du CHU et après

avoir constaté les premiers résultats probants de l'équipe, une structure extra-muros fut proposée : le centre Abadie.

Le centre se fixe donc pour mission le traitement, mais également la prévention de la « crise suicidaire ». Il n'opère pas en situation d'urgence, il y a même une liste d'attente et 20% des patients sont domiciliés hors de la région bordelaise.

Le centre se propose de mettre en place un cadre thérapeutique, dont le règlement intérieur en constitue l'outil principal. Le non-respect du règlement peut aller jusqu'à l'exclusion et la fin de soins et ce dans le souci permanent de poser les limites et respecter le cadre pour des adolescents qui ressentent particulièrement cette absence de cadre structurant.

- Comment s'opèrent les admissions au centre ?

Le « choix » des patients s'opère au sein même du service des urgences. L'adhésion au projet thérapeutique proposé, est une condition sine qua non. L'adolescent suicidaire mais aussi sa famille doivent être demandeur d'aide et accepter le contrat thérapeutique proposé. Il est d'emblée écarté toute personne toxicomane ou malade « psychiatrique ». Un règlement intérieur est soumis à l'intéressé et à sa famille. Il est surtout demandé aux jeunes de ne pas sortir seuls, de ne pas recevoir de visites et surtout accepter d'être fouillés à l'entrée au service. Si le jeune pose problème à l'intérieur du centre ou s'il ne respecte pas le règlement intérieur, il est mis fin au contrat thérapeutique liant les deux parties. Les chambres sont individuelles, décorées par les pensionnaires eux-mêmes. D'ailleurs au cours de la visite de l'équipe médicale, des remarques sont souvent faites à ce propos : « les murs de ta chambre sont nus, n'as-tu rien à dire ?... »

Garçons et filles sont susceptibles d'être admis au centre Abadie, mais il a été remarqué une nette prépondérance des adolescentes.

- En quoi consiste la prise en charge ?

A l'entrée de l'adolescent au centre, une coupure de 48 heures est faite. Le jeune n'a pas le droit aux visites, aux sorties, au téléphone et aux activités du centre. Le but est de permettre à chacun de se centrer sur soi-même et de parvenir à faire le point. Les adolescents sont donc dans des chambres individuelles, une salle commune les rassemble lors des repas (pris obligatoirement ensemble) et des activités de groupe (jeux de sociétés, télévision). Dans cette salle un grand tableau blanc permet aux jeunes pensionnaires d'écrire leurs impressions, leur poésie ainsi que leur ras le bol.

L'équipe chargée de la prise en charge, est composée de psychiatres, psychologues, paramédicaux, assistantes sociales, mais aussi les personnes chargées de l'entretien des locaux, car ils rapportent tout incident survenu dans la chambre du patient (présence d'objets dangereux, littérature morbide...) en présence de tous.

Le rôle de chacun est clairement établi et chaque action entreprise est tributaire de l'action des autres.

Parallèlement à la psychothérapie (de groupe et individuelle), une prise en charge médicamenteuse (anxiolytiques, sédatifs...) est prescrite si nécessaire. Le psychologue ou psychiatre référent s'occupe du patient suicidaire, mais la famille est vue par l'assistante sociale ou un autre psychologue ou psychiatre. Le but est de bien différencier les personnes et les lieux d'écoute.

Chaque début de journée, lors de la réunion de staff, les informations sont mises en commun et chacun est partie prenante et donc informé des décisions prises et des démarches thérapeutiques ultérieures.

Tous les 15 jours, un groupe de paroles est proposé aux parents. Le groupe de paroles ($\frac{3}{4}$ d'heure) des adolescents est obligatoire, ainsi que la présence au briefing du soir pour revenir sur les événements de la journée.

Le temps de présence au centre va dépendre de chaque cas, mais il n'est jamais inférieur à une dizaine de jours. Car pour les concepteurs du projet de prise en charge, il s'agit impérativement de marquer une halte entre le moment du passage à l'acte et le retour à la vie de famille.

Retour qui est activement préparé par toute l'équipe, par l'écoute (du patient et de sa famille) et par l'observation continue, il s'agit de maintenir mais souvent de refaire le lien avec l'extérieur et les autres.

• Service de psychiatrie CHR Montpellier

Ce service fonctionne comme tout service de psychiatrie traditionnel au sein des CHU, avec hospitalisation et traitements (chimiothérapie et psychothérapie). Les personnes ayant fait une TS sont donc considérées comme étant atteintes d'un trouble mental ou ayant de gros troubles de la personnalité. Le service n'est pas exclusivement réservé aux adolescents comme le centre Abadie.

Lors de la rencontre internationale sur « les suicides et les conduites suicidaires » tenue à Alger et à laquelle nous avons participé, le Pr Castelnau a rapporté l'expérience de son service quant à la prise en charge des personnes ayant fait une TS.

Le patient est tout d'abord admis dans une unité de 07 lits, appelée service de crise où la première indication thérapeutique est le « bien dormir ». Il s'agit pour le patient d'une cure de sommeil de 18h sur 24h. Il s'agit de bien expliquer au patient la nécessité de cette étape qui dure trois jours, ainsi qu'à sa famille. Cette cure est associée à un traitement antalgique ainsi que des anxiolytiques et antidépresseurs.

Suite à ces trois jours, une prise en charge relationnelle, faite de soins et de nursing où le contact physique est préconisé ; tout ceci pour favoriser et susciter l'échange verbal.

A sa sortie du service de crise, deux options sont envisagées :

- Un traitement en ambulatoire d'une dizaine de jours (60% des patients)

- Maintien de l'hospitalisation (40% des patients)

Il a été constaté un pourcentage très faible de récurrence.

Pour ce cas, nos informations sont restreintes car nous n'avons pas eu l'occasion de visiter le service et de nous entretenir avec l'équipe chargée de la prise en charge ainsi qu'avec certains patients comme nous l'avons fait au centre Abadie. Nous nous sommes surtout basés sur la communication faite par le Pr. Castelnaud et l'entretien que nous avons eu avec lui.

2. Prise en charge de suicidants : de l'évaluation à l'orientation

2.1. Introduction

Le suicidant est le sujet qui a survécu à sa tentative de suicide. Les termes descriptifs délimitant la définition du mot suicide (acte autodestructeur mortel) restent d'importance capitale dans la pratique et la prévention.

En effet, une victime « qui savait devoir produire le résultat » selon Durkheim, de son acte fatal, montre, au-delà de son acte d'autolyse, sa détermination à se donner la mort.

Un tel déterminisme n'émerge pas du néant, mais il est le produit d'une souffrance dans un contexte biopsychosocial particulier.

Ce contexte requiert qu'on ne doit sous-estimer, dans nos interventions thérapeutiques ou préventives, aucune dimension de la souffrance humaine.

Le processus suicidaire est souvent émaillé de troubles dépressifs obligeant les praticiens à avoir une vigilance clinique qui leur permet, non

seulement, de poser convenablement leur diagnostic mais surtout de proposer des prises en charge thérapeutiques précoces.

La crise suicidaire comporte un élément aigu, l'imminence d'un retournement catastrophique et, par-là même, exige une réponse et une décision. La tentative de suicide 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 tout autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par une situation difficile.

Le suicide ou la tentative de suicide, sont précédés d'une période de désorganisation psychique intense. Cette période est appelée crise suicidaire. Sa conceptualisation est importante aussi bien sur le plan clinique où elle permet d'évaluer ce moment critique que sur le plan préventif.

Si la tentative de suicide se distingue souvent en pratique par ses nuances sémiologiques et psychopathologiques par rapport au suicide, il ne convient pas pour autant d'en faire, en matière de prise en charge, une distinction avec le suicide ou avec même l'idée suicidaire.

Le suicidé compte souvent, comme le montrent les études de terrain, des antécédents de tentative de suicide.

La prévention primaire ou prévention en amont, est laborieuse car les causes du suicide sont multifactorielles. Cela est validé par l'absence de facteur de risque spécifique au suicide.

La prévention secondaire ou en aval, axe son intervention sur la prévention de la récurrence. Toute tentative de suicide est exposée à la répétition et elle reste un élément prédictif d'un décès par suicide.

Cette réalité pronostique renseigne sur l'importance de la prise en charge des suicidants dans la prévention de la récurrence.

2.2. Le parcours de la prise en charge

- Au niveau du domicile familial

Le suicide est encore un sujet tabou dans notre société. Appeler un intrus à découvrir une tentative de suicide au sein d'une famille est quasi impossible. On évite à tout prix d'être disqualifié aux yeux des autres ou à mettre à nu les failles de sa famille.

Ainsi, le système familial ne tarde pas à faire appel à ses propres compétences et à ses propres ressources dans la gestion de cette crise.

Ainsi la loyauté des membres à ce même système les incite à retrouver, par des mécanismes défensifs, l'homéostasie antérieure. Mais

aussi importante que soit la réaction défensive d'une famille, l'acte suicidaire réussira souvent à produire son impact en provoquant la hantise de sa récurrence.

En revanche, la famille ne pourra se passer des services de secours ou de l'appel d'un médecin quand les répercussions de l'acte suicidaire sur le corps sont graves ou susceptibles de le devenir.

Le médecin appelé à domicile doit éviter toute argumentation visant à banaliser l'acte suicidaire ou à culpabiliser le sujet ou sa famille. La formule « chantage au suicide » doit être proscrite de son langage médical.

Il est important, par ailleurs, de considérer toute tentative de suicide, quel que soit son degré de gravité, comme une demande implicite de rupture du suicidant d'avec son milieu familial.

Un tel écart de ce milieu est souhaitable dans le champ psychothérapeutique. Il vise à créer une meilleure dynamique relationnelle intra familiale ultérieure.

- Au service des urgences médico - chirurgicales

Généralement, les suicidants sont préalablement vus par des médecins urgentistes appelés à faire des interventions dans un but diagnostic ou thérapeutique.

On soulève à ce niveau le manque, chez ce personnel, d'expérience ou de formation psychologique nécessaire à la prise en charge des suicidants

Un tel manque pourrait mettre l'intervenant dans une gêne rendant difficile sa relation avec le suicidant. Il est même rapporté des contre-attitudes négatives risquant de compliquer la situation du patient.

La focalisation de la prise en charge des urgentistes sur la partie atteinte du corps ne doit pas faire oublier que la vraie souffrance, chez le suicidant, est d'ordre psychologique. De cette réalité dépendra en effet la qualité de la prise en charge du suicidant, à court et à long terme.

- Pourquoi une unité d'accueil médico - psychologique ?

L'espace des urgences médico - chirurgicales semble jouer chez certains suicidants, en proie à des menaces ou à des vraies ruptures de relation, un lieu de renégociation des liens rompus.

L'acte suicidaire serait donc, non seulement une autolyse, mais également un langage d'une problématique relationnelle sous-jacente dont le sens reste à décoder.

Face à ce nombre, sans cesse grandissant, des patients suicidants parvenant au service des urgences, nous sommes appelés à nous adapter à la nature de leur demande : celle-ci ne doit pas se limiter à des examens ou à des soins d'ordre somatique, mais doit prendre en considération, pour une meilleure prise en charge, le contexte bio –psycho –social ayant été à l'origine de l'acte suicidaire.

A cet effet, nous proposons la création d'une unité d'accueil médico – psychologique pour suicidants à laquelle on fixera les objectifs suivants :

- Collaborer efficacement avec les médecins urgentistes dans la prise en charge concernant la problématique psychique du patient
- Permettre aux patients (grâce à l'équipe exerçant au sein de cette unité) d'exprimer ses conflits relationnels à l'origine de son acte
- Eviter de réagir par des paroles ou des contre-attitudes susceptibles de retentir négativement sur le suicidant. L'efficacité d'un apport psychothérapeutique est liée au degré de la relation de confiance nouée avec le sujet. Une telle relation ne serait possible que si le patient se sent compris dans sa souffrance.

Ni le déni, ni la culpabilité et encore moins le jugement de valeur ne doivent caractériser nos interventions. Le suicidant n'entrerait en contact relationnel avec le thérapeute que s'il se sent reconnu dans sa souffrance.

- Impliquer la famille dans la prise en charge thérapeutique, car elle est souvent au centre de la problématique suicidaire

Vouloir réintégrer rapidement le suicidant au sein de sa famille augmenterait le risque de récurrence.

En ayant un moment de recul vis-à-vis de sa famille, le sujet peut avec l'aide de l'équipe soignante, s'apercevoir d'autres réalités.

Un suicidant devrait passer au moins une nuit au niveau de cette unité où il aura l'opportunité de verbaliser les affects en rapport avec sa souffrance.

- Analyser l'impact de l'acte suicidaire sur la famille reste important. C'est à partir de cette analyse et de celle de l'état psychique du suicidant que des projets thérapeutiques d'aménagement dans les modalités relationnelles peuvent être proposés.

- Objectifs de l'entretien avec le suicidant

L'objectif principal reste la prévention de la récurrence. Un travail préliminaire est indispensable pour atteindre cet objectif.

Grâce alors à un entretien semi -structuré, nous analyserons les antécédents familiaux et personnels du sujet à la recherche :

- des antécédents suicidaires.
- des antécédents des troubles psychiatriques.
- des conduites toxicomaniaques.
- de l'existence de séjours hospitaliers psychiatriques.
- de la présence d'affections médicales chroniques ...

L'entretien tient aussi à mettre en exergue l'éventuelle présence de facteurs de vulnérabilité mais aussi de protection.

Il faut, évidemment, rechercher tout investissement affectif extra – familial et son lien avec l'histoire du sujet et les éventuels conflits conséquents avec sa propre famille.

Toute suspicion de pathologie mentale doit faire l'objet d'un examen clinique et éventuellement la demande d'un avis psychiatrique.

Il est important de rappeler que les troubles psychopathologiques, particulièrement anxio – dépressifs, ont un fort lien avec le suicide.

L'analyse proprement dite de l'acte suicidaire vise à préciser :

- si le passage à l'acte était prémédité ou impulsif
- la gravité du moyen utilisé
- la concomitance avec des symptômes psychopathologiques (anxiété, dépression, délire, hallucination, confusion...)
- la réaction émotionnelle (rupture sentimentale, sentiment d'humiliation, conflit familial, stress socio – professionnel)

L'analyse de la structure de la personnalité sous – jacente permet de reconnaître les traits vulnérables rendant le sujet intolérable aux frustrations (personnalité immature, narcissique, névrotique, schizoïde.....)

- Objectifs de l'entretien avec la famille

On doit mettre à la disposition de la famille un espace de parole lui offrant la possibilité d'exprimer son propre ressenti suite à la tentative de suicide.

Les émotions diffèrent d'une famille à une autre ; ainsi sont notées des réactions comme : la dramatisation, l'indifférence, la culpabilité, l'humiliation, le rejet...

La famille traverse-t-elle une crise liée à son cycle de vie ? Cette crise est-elle à l'origine de la souffrance actuelle que l'acte suicidaire vient de révéler ? Quels sont les scénarii envisageables sur l'évolution du système familial après la tentative de suicide ?

L'effet de la tentative de suicide peut-il donner lieu à un réaménagement relationnel positif ou, au contraire, à des résistances plus importantes aux précédentes ?

Toutes ces interrogations nous obligent à travailler avec la famille pour asseoir une meilleure prise en charge thérapeutique.

D'autres contacts :

Pour les étudiants vivants dans les cités universitaires, le contact avec le médecin ou le psychologue connaissant le patient peut être utile, dans la mesure où ils peuvent nous renseigner sur un éventuel contexte conflictuel.

L'assistante sociale peut apporter son concours en aidant à la compréhension de la situation professionnelle et à une meilleure orientation.

Les sorties hâtives des suicidants sont à éviter tant la récurrence chez eux est importante. Il est inconcevable qu'un suicidant quitte la salle d'urgence sans avoir reçu le moindre soutien psychologique, en revenant chez lui avec la même souffrance ayant provoqué son acte suicidaire.

Pour ces différentes raisons, il est nécessaire de faire une analyse médico-psychologique minutieuse du patient et une évaluation adéquate de la situation de son système familial :

- Première situation :

Le suicidant ne présente pas de troubles mentaux manifestes, son acte s'inscrit plus dans le cadre réactionnel, on lui propose un suivi médico-psychologique où il sera revu, dans un premier temps, au niveau de l'unité pour une réévaluation clinique, et puis il sera orienté pour un suivi en ambulatoire. Le choix d'orientation sera concerté entre le patient et l'équipe soignante.

Ainsi, le relais de la prise en charge thérapeutique pourra être pris par le médecin traitant du sujet ou un autre médecin d'un secteur public ou privé.

- Deuxième situation :

Si le patient présente des troubles psycho-pathologiques manifestes, particulièrement dépressifs, une prise en charge médicale s'avère nécessaire.

L'avis psychiatrique, dans ce cas, est important aussi bien pour confirmer le diagnostic que pour une éventuelle institution d'un traitement psychotrope.

En revanche, si le patient refuse d'aller consulter chez un psychiatre, on devrait l'orienter selon son désir vers d'autres prestataires de service médico-psychologiques.

Nous rappelons, à ce titre, que les compétences du psychiatre sont d'un grand apport pour les suicidants en proie à des troubles psychiques avérés.

La façon avec laquelle on doit transmettre l'information médicale influence, dans ces cas, la décision du patient et de sa famille.

- Troisième situation :

Il y a des situations où le suicidant présente des troubles mais il en est totalement inconscient, refusant toute forme d'aide et de soins. Son hospitalisation en milieu psychiatrique s'avère donc indispensable malgré son refus de soins.

La tentative de suicide s'inscrivant alors dans le cadre d'une pathologie mentale sévère et doit faire l'objet d'une demande d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Il s'agit d'une hospitalisation à la demande d'un tiers (souvent la famille) ou à la demande d'une autorité.

L'hospitalisation, dans tous les cas, offre une grande possibilité pour approfondir l'approche clinique et psychopathologique du patient. Elle permet la compréhension du système familial et envisage les meilleurs protocoles thérapeutiques en phase de cure et de post – cure.

Conclusion

Toute explication réductionniste superficielle imputant la tentative de suicide à une simple frustration extérieure peut dérouter l'intervenant.

Notre approche doit, en revanche, prendre en compte le contexte bio-psycho-social du sujet où aucun facteur humain n'est exclu.

L'unité d'accueil médico-psychologique est un espace adéquat pour répondre à cet objectif. Elle aura à sa charge la mission d'évaluer la situation du suicidant et de son entourage, mais surtout de bien l'orienter par rapport à sa prise en charge thérapeutique.

Sa création répondra à une demande sans cesse croissante des suicidants dans notre société.

La hantise du praticien face à un suicidant reste le risque de la récurrence suicidaire. La prévention de cette dernière nous oblige à instaurer un

suivi médico-psychologique au long cours. Les troubles psychiques avérés sont souvent redevables d'un traitement psychotrope adéquat. Parfois, une hospitalisation en milieu psychiatrique du suicidant est indispensable.

3. Projet d'une unité de prise en charge

3.1. Comprendre pour mieux agir

Nous allons essayer de rendre visible le sens que peut revêtir cette notion dans une unité de soins en matière de prévention des récidives et d'aide à apporter aux TS.

Le poids de la perte : le suicide est un séisme dans la structure familiale et dans l'environnement immédiat. Les personnes de l'entourage reçoivent les ondes de choc qui réveillent l'angoisse de mort pouvant fragiliser leur équilibre et transformer les représentations qui lui sont associées⁷⁸.

La mort dans l'imaginaire social est acceptée comme une fatalité qui vient 'd'en haut', elle n'attire aucun désir de la part du sujet vivant. On ne va pas à la mort, c'est elle qui vient à nous, 'on attend' qu'elle vienne et on préfère ne pas y penser et s'occuper à 'vivre sa vie'.

La mort par suicide ou la tentative de suicide, est un désir de mort. Elle va poser deux questions dont les réponses sont difficilement saisissables et souvent approximatives ou hypothétiques car elles « éveillent l'inquiétante étrangeté »:

- Comment admettre ou comment comprendre qu'un individu, une personne, « un proche » veuille quitter la vie ?
- Comment concevoir et se représenter que l'on désire se donner réellement la mort ?

La réponse selon l'entendement des parents et de l'entourage est que leur enfant ou parent n'est pas dans son état 'normal', une puissance maléfique l'aurait poussé à agir de la sorte. Cette puissance peut revêtir plusieurs explications : l'envoûtement (essehr), el djnoun, l'ensorcellement, la folie.

Cette approche a du « logique »: elle empêche l'institution sociale (familiale, scolaire, de soins, voire l'Etat.) de culpabiliser, de masquer sa participation directe ou indirecte à la 'fabrication' de suicidants et de suicidés. Dans cette optique, quelles que soient les raisons ou les causes soulignées par les spécialistes dans le suicide ou la tentative de suicide, le

⁷⁸ Tout le système éducatif algérien est réglé et régulé socialement à partir du culturel (us et coutumes) et du cultuel (rites et rituel)

passage à l'acte s'opère chez ceux qui 'n'ont pas pu ou pas su faire face' à la crise d'existence par manque de moyens 'matériels ou immatériels' (sous entendant par là que leur foi en Dieu n'est pas assez 'solide') ou n'ayant pas pu ou pas su trouver l'aide nécessaire pour retrouver l'équilibre et se 'maintenir en vie'.

Le travail sur le deuil chez les parents de suicidés a montré, que contrairement aux parents dont l'un de leurs membres est mort naturellement, d'une maladie ou par accident : et, bien que douloureux, ces décès sont prévisibles et admis, même si la perte est difficilement acceptée, le processus du deuil s'amorce, contribuant à les libérer de la douleur, alors que la mort par suicide empêche les parents de dépasser cette tragédie, d'aller de l'avant. Inconsciemment ils se posent l'inquiétante question de savoir où et comment ils ont failli dans l'éducation de leur enfant ?! Il leur est difficile de se résoudre à enterrer l'idée d'une responsabilité, d'une incapacité, d'une angoisse d'être à l'origine du drame (mouçiba) et accepter symboliquement d'avoir été 'meurtriers' d'un des leurs.

Les enjeux psychiques de ces bouleversements sont considérables et exigent que soient pensés et repensés les repères fondamentaux de l'identité sociale, ainsi que ses référents. Nous avons vu tout au long de cette recherche combien le terrorisme et l'islamisme ont déséquilibré la société algérienne dans son ensemble, et surtout la famille. Les déplacements de population ont créé une urbanisation forcée, massive et concentrationnaire qui a condamné à l'anonymat des populations habituées à un habitat horizontal et ouvert sur le voisinage et les parents à différents degrés, ceci d'un côté. D'un autre côté, le suicide et la TS expriment la fragilité des personnes quand elles ne trouvent pas le milieu où elles peuvent exprimer leur malaise et recevoir le soutien nécessaire au maintien des mécanismes « de vie ». En effet, si la TS est pensée ainsi, elle invoque de façon explicite le résultat d'une dépression en lien avec le sentiment de ne pas disposer de 'tuteur' comme dirait B. Cyrulnik ce qui renvoie tout à fait au sens, en langue arabe, de la prise en charge qui se traduit par 'Takaful' dérivant du verbe 'Ta/Kafala' donnant le nom de Kafala (tutorat, 'adoption') et 'prendre en main, sous sa responsabilité' puisque El-Kaff, c'est la paume de la main, la prise en charge pourrait être considérée comme une prise en main pour soutenir et mener à bon port. En effet, le sujet « candidat » au suicide est comme une personne ayant plongé en apnée dans les profondeurs des eaux de l'océan. Le ramener à la surface pour respirer et continuer ainsi à vivre, nécessite une remontée s'opérant par paliers successifs de décompression et s'il le faut, il séjournera dans un caisson de décompression afin de le ramener à son

rythme d'avant la plongée. Il en est de même pour le sujet ayant fait une chute vers « la mort » : pour le ramener à la conscience de soi, il faudra procéder par étapes de réadaptation (à la vie ?!) progressives vers le réel et la réalité.

Le centre serait pour la personne ayant fait une TS, le caisson de l'apnéiste. Ainsi la prise en charge a pour but d'alléger les souffrances et la détresse, responsables de la dépression et de la dépréciation du désir de vivre. Une unité de prise en charge de suicidants nécessite une conjugaison saine et sereine de l'ensemble du personnel qui y travaille. Animés d'une même conviction que 'la vie vaut la peine d'être vécue' et que la personne ayant fait une TS doit assumer ses actes et prendre conscience de l'inefficacité et surtout de la dangerosité de telles pensées ou de tels actes.

Si la prise en charge doit s'opérer par paliers, cela veut dire qu'elle fait appel à une compétence spécifique et nécessaire à chaque étape, afin de remettre les mécanismes de vie en état fonctionnel pour l'étape suivante et ce jusqu'à la « guérison » du TS et de son entourage. Ce qui implique un travail dynamique et collectif où chaque intervenant apporte de sa compétence ce qui est juste et nécessaire à la complémentarité des autres compétences. Ainsi, il n'y a pas de discipline unique pour prendre en charge les personnes ayant fait une ou des TS. Le médical ne peut être la seule réponse face à un acte aussi complexe. Mais l'ensemble des disciplines impliquant l'individuel, le psychosocial, le social, l'économique et le culturel.

La direction d'une telle unité ne peut être que collégiale en matière de prise en charge. Cette dernière va du médical, quand cela s'avère nécessaire, à la thérapie psychologique et sociale, ainsi que la mise en action dans l'univers du travail, des loisirs et des relations familiales, d'activités symboliques, apportant un matériel psychique à élaborer avec les soignants et les suicidants.

Il est évident que de la représentation que possède la société de la 'prise en charge', ainsi que du 'suicidant', dépendra le résultat recherché pour faire sortir le TS et son entourage de l'idée de la mort comme solution à la détresse, au désarroi et au découragement dans lequel il se trouve. Le travail doit se faire au niveau de ces représentations et amener à la conjugaison des efforts de tous les acteurs sociaux : dans le secteur de la santé, de l'éducation de l'économie, des espaces culturels et culturels. C'est l'affaire de tous : le phénomène du suicide et de la tentative de suicide ne peut pas relever que du sanitaire, les études ont montré la difficulté du diagnostic et l'impossibilité d'établir des pronostics,

tellement les causes et les raisons sont multiples et peuvent être autant endogènes qu'exogènes, dépendant fortement des conditions actuelles d'existence.

Présentée ainsi, la prise en charge de suicidants nécessite fondamentalement une approche interdisciplinaire et l'implication aussi bien des familles que les compétences des décideurs de programmes de vie socioculturels et socio économiques, ainsi qu'éducatifs.

Toute prise en charge revoit au sens de diminution, voire de suppression de tout ce qui fait 'surpoids' ou 'force excessivement contraignante' et que l'individu ne peut supporter à lui seul ou par ses propres moyens. En matière de tentative de suicide, il faudra aider la personne à mieux supporter ce qui constitue, en elle ou dans son environnement, une « charge » handicapante qui l'empêche de vivre sa vie de sujet. Si le suicide est l'expression palpable du refus qu'oppose le sujet à la vie, la TS ne peut être saisie que dans le sens d'un appel à l'aide, un SOS du suicidant à ceux qui peuvent l'amener à se raccrocher à la vie et à la vouloir, la 'désirer' et enfin l'accepter telle qu'elle.

Le suicidant manque de moyens de régulation avec le réel ou souffre de leur inefficacité. Beaucoup plus sensible aux frustrations, il est fragilisé devant les situations de crise, panique et cherche à sortir de l'état de détresse et d'angoisse dans lequel il se trouve par n'importe quel moyen : la mort semble être, apparemment et à ce moment précis, la solution la plus aisée face à l'angoisse qu'il ressent.

3.2. Organisation et fonctionnement

Nous n'avons pas pu trancher s'il doit s'agir d'une unité de prise en charge au sein du CHU ou d'un centre autonome dans ou hors enceinte de l'hôpital. Cette décision revient aux décideurs en fonction des moyens qui seront alloués à ce projet⁷⁹. Ce service de prise en charge de suicidants ou suicidaires doit être sous la responsabilité d'un médecin ou d'un psychologue, formé à la communication et à la gestion du travail en équipe.

La structure de l'unité/centre de soins doit englober des espaces propres aux patients et d'autres destinés aux soins et briefing de l'équipe soignante.

Pour les résidents les chambres peuvent être à deux, trois ou un seul lit en fonction des profils de personnalités et des conduites thérapeutiques à tenir. Une salle à manger et une salle de détente

⁷⁹ Ce projet sera remis à la Direction de la santé et de la population d'Oran (DSPA) qui pourrait le mettre en pratique tel quel, le transformer ou s'en inspirer.

(d'oxygénation et de relation à l'autre : TV, jeux de sociétés, discussions de groupe...) et un espace extérieur pour les activités de détente et de sport.

Pour l'équipe soignante, en plus des bureaux pour chaque médecin et psychologue (pour veiller à la confidentialité) il s'agit de prévoir une salle de soins ainsi qu'une salle permettant les exercices de psychomotricité (canaliser l'agressivité, exercices autour du corps, sports...)

• **Lieu d'implantation**

Une unité de soins, d'aide ou de prise en charge de suicidants, doit inévitablement s'inscrire dans un périmètre hospitalier de médecine générale et non psychiatrique. La notion de folie étant corrélative à la psychiatrie dans notre société, elle peut entraver la mise en confiance de la personne ayant fait une ou des TS et de son entourage, nécessaire à toute prise en charge. L'adhésion des TS et de leurs parents est fondamentale dans la mise en route d'un programme de soins et d'aide appropriés. L'emplacement du centre doit faire l'objet d'une étude attentive :

- Le centre peut être dans les CHU mais doit absolument être hors des services psychiatriques (EHS) pour éviter la stigmatisation, sinon les patients et leurs familles n'accepteront pas de s'y rendre.

- S'il n'est pas au sein des CHU, il doit être à proximité des polycliniques ou y attenant de manière à en faciliter l'accès par l'orientation de ces services.

- Il doit disposer d'espaces verts où les patients ont des activités sportives, de loisirs et de repos. L'espace clos est à éviter car il risque de faire sentir aux patients qu'ils sont enfermés dans un espace carcéral et renforcer leur culpabilité.

• **Population concernée**

Les tentatives de suicides intervenant parfois, lors de syndromes psychopathologiques graves, comme le raptus suicidaire des schizophrènes ou lors de névroses dépressives et de mélancolies graves, ne seraient pas traitées dans ce centre que nous proposons, car ces tableaux cliniques constituent généralement une partie de la population des services psychiatriques ; seront également orientés vers d'autres structures, les toxicomanes et les alcooliques.

Par contre, chez de nombreux sujets, jeunes surtout, il y a un besoin plus ou moins inconscient de « jouer la comédie » du suicide pour impressionner l'entourage, se faire aimer ou se faire pardonner. Cela peut

également avoir comme objectif conscient ou inconscient d'exercer un chantage ou des représailles sur un ou des membres de l'entourage. Mais il n'y a pas un réel désir de mourir, sauf dans le cas où cette pseudo tentative dépasse les intentions et aboutit à la mort. La tentative de suicide du sujet hystérique, n'est qu'une « mise en scène » dans laquelle l'auto-agressivité est comme mise au service de l'auto-affirmation. La « comédie », comme elle peut être qualifiée, n'est jamais entièrement consciente et n'exclut certainement pas la souffrance. D'ailleurs pour ces sujets extrêmement suggestibles, la presse joue un rôle très important, elle peut parfois agir par contagion psychique suscitée par ses perpétuelles informations sur le sujet.

De nombreuses études, parlent du suicide et des tentatives de suicide comme un fait « urbain ». Déjà, Durkheim avait découvert un rapport entre suicide et urbanisme. Ce lien fut par la suite confirmé par le fait que l'auto-agressivité est toujours plus grande en ville qu'à la campagne. On estime que dans la corrélation urbanisme/suicide, l'auto-agressivité est favorisée par le sentiment de solitude et par l'insuffisance ou l'absence de liens sous-tendant les rapports à l'intérieur des familles (comme nous l'avons démontré dans la première partie et les études de cas) et de la société en général, mais elle peut être le fruit des frustrations, des manques que la société de consommation dans les villes (anomie due à l'excès des consommables possibles et l'incapacité matérielle d'y accéder) renforcée par l'exhibition éhontée de richesses inaccessibles. Pour les jeunes, qui ont un besoin naturel de s'affirmer, il est difficile de regarder les autres vivre et jouir de biens qu'ils n'auront jamais. Ces manques, ces frustrations, viennent en raviver d'autres (il faut ajouter l'insatisfaction affective en lien avec les tabous et interdits affectifs et sexuels), sur le plan affectif ou relationnel et pourraient rendre les tensions insupportables.

La grande majorité des jeunes qui font des TS sont des personnes ordinaires qui, confrontées à des situations stressantes, semblent obnubilées par la seule solution qui leur paraît possible « en ce moment » c'est d'en finir avec « l'insupportable » de quelque sorte que ce soit.

- **Finalité : consolider la personne**

La prise en charge des TS est une action qui vise à rétablir et renforcer les mécanismes de défense nécessaires à la vie. Aussi les résultats recherchés doivent amener à consolider l'individu de l'intérieur et le réconcilier avec lui-même, avec les autres et avec l'ensemble de son environnement et avec la vie et tout ce que cela suppose comme efforts, sacrifice, abnégation, énergie et responsabilités de soi et des autres.

Comment aider cette population à ne pas récidiver d'une part et surtout à ne pas se laisser détruire par cet acte ? Comment la renforcer et l'amener à intégrer ce fait dans son expérience et à en apprendre pour mieux affronter les difficultés qui ne manqueront pas ? Renforcer la résilience de ces personnes nécessite des moyens appropriés, un personnel formé à la relation et aux techniques appropriées.

3.3. L'équipe soignante

• Composition

La prise en charge étant pluridisciplinaire, l'équipe doit intégrer toute compétence nécessaire à l'acte de soin et de thérapie.

- Dimension médicale : médecin généraliste, psychiatre et une équipe paramédicale sensibilisée et formée à la relation d'aide et d'écoute
- Dimension psychologique : psychologue et psychothérapeute : diagnostic, soutien psychologique pour les patients et leur famille.
- Dimension sociale : assistante sociale pour l'aide et la réinsertion socio-économique
- Dimension culturelle et culturelle : insertion dans des activités sportives, culturelles, religieuses, etc.
- Dimension pédagogique : insertion dans les programmes de sensibilisation (groupe de parole, IEC...) (Voir organigramme en fin de texte)

• Fonctionnement de l'équipe

Un double travail peut être envisagé :

- un travail de préparation à la prise en charge dès l'arrivée du patient au centre (ou unité) de soins. Ce travail de « sélection » est assuré par le psychiatre et le psychologue pour s'assurer que la personne entre bien dans les critères cités plus haut. Ensuite, après des entretiens et une période d'observation, il s'agira pour l'équipe soignante de faire un diagnostic aussi précis que possible pour bien connaître les points faibles de la personnalité et les ressources sur lesquelles va se fonder la prise en charge. Seront utilisés à cet effet, en plus de l'entretien, les techniques nécessaires (tests affectifs, projectifs, coping pour déterminer les stratégies et types de traitement des problèmes et prise de décision, etc.) Déterminer la conduite à tenir pour chaque cas et tracer un programme à suivre tout au long du séjour. Il est impératif de s'assurer de l'adhésion du sujet au projet thérapeutique et son acceptation dans l'unité se fera après lecture et acceptation du règlement intérieur (ce règlement intérieur

devrait être rédigé sur la base du respect mutuel, mais aussi de la liberté d'expression et de la souplesse relationnelle.)

- Les parents sont tenus d'accepter le contrat thérapeutique, de manière à éviter leurs interventions intempestives qui pourraient faire échouer la prise en charge mais également pour obtenir leur soutien.

- La durée du séjour doit être déterminée au départ avec le patient (il ne s'agit pas de le retenir contre son gré, ou uniquement à la demande de la famille...). Les visites sont réglementées en fonction de chaque cas. L'isolement pour ceux qui le désirent doit être discuté avec le thérapeute et sera permis si cela s'avère nécessaire.

La structure du centre se fait en fonction de l'organisation de l'acte de prise en charge. A partir de nos réflexions, des entretiens avec des intervenants, des personnes sources et de la 'consultation pour la création du centre', il ressort les fonctions suivantes que doit assumer l'équipe :

- 1) l'accueil et le diagnostic sans dramatisation ni culpabilisation
- 2) la conduite à tenir et projet thérapeutique spécifique à chaque cas ;
- 3) les activités thérapeutiques proprement dites (de soins et types de psychothérapies et d'activités culturelles, sociales, artistiques) ;
- 4) le soutien aux parents, thérapies systémiques, groupes de discussion entre les parents et programme d'éducation préventive, etc.
- 5) enfin, envisager un suivi en post cure pour les personnes qui le désirent.

• **Principes et éthique**

Pour bien fonctionner, le centre a besoin d'un credo « être au service des suicidants » basé sur un ensemble de principes fondamentaux non négociables. Ce credo engage inévitablement à la complémentarité des compétences à partir de la considération (valeur) accordée par chacun à l'action de l'autre. L'analyse des entretiens met en exergue l'importance accordée aux valeurs : équité, éthique, déontologie qui nécessitent respect et considération vis-à-vis de la personne ayant fait une ou des tentatives de suicide et de sa prise en charge en tant que sujet en souffrance.

L'équipe doit fonctionner sur le principe de la considération et non sur la base d'une structure hiérarchisée. D'où la nécessité de constituer une équipe, de l'agent au responsable de service : tous doivent respecter la même déontologie, la même éthique dont le maître mot est la considération. Au sein de l'équipe chacun devrait être conscient de son

rôle et avoir présent à l'esprit qu'à un moment ou un autre, son action intervient dans le processus de prise en charge.

3.4. Formation de l'équipe

Il est inconcevable de choisir un personnel dans une structure ou de le recruter et de l'installer sans formation spécifique.

• Objectifs

La formation de l'équipe de soins est nécessaire sur au moins trois points :

- Actualisation des connaissances pour chaque discipline (médicale, psychologique, psychothérapeutique, sociale...)
- Mise en complémentarité des différents acteurs et des activités de prise en charge
- Etablissement de programmes de soins cohérents, ainsi qu'une politique de réinsertion et de prévention des tentatives de suicide.

Cette formation est essentielle pour :

- Déterminer des objectifs opérationnels et clairs de la prise en charge de suicidants dans ce centre,
- Mettre à niveau les compréhensions et représentations de tout un chacun sur la TS (beaucoup de soignants y compris des médecins spécialistes en restent au blâme ou à la condamnation morale ou religieuse),
- Le recrutement doit se faire sur la base d'un casting serré doit avoir lieu pour éviter les bras cassés, les « juges », les censeurs et certains soignants « sadiques »,
- Déterminer avec précision les personnels à recruter : médecins, psychologues, psychothérapeutes, assistantes sociales, paramédicaux, agents d'entretien, etc.

• Contenus du programme de formation des personnels

- Un rappel de notions médicales, psychologiques, paramédicales, etc. en mettant toujours l'accent sur l'éthique propre au centre,
- Etude de la psychologie de l'enfant, l'adolescent et du jeune adulte,
- Spécialiser la formation des psychologues, psychothérapeutes sur les thérapies individuelles et de groupes les plus probantes,
- Initiation à la socio anthropologie et à la psychiatrie sociale,
- Mise à jour des personnels pour l'animation culturelle et sportive.

La finalité de cette formation est de faire en sorte que chaque poste de travail soit le complément de l'autre en amont et en aval et protéger ainsi les pensionnaires du centre des interventions intempestives : de l'agent au responsable du centre, toute l'équipe doit être sélectionnée, briffée régulièrement lors des réunions hebdomadaires.

Il s'agit également d'empêcher des interventions routinières et irréfléchies comme cela se fait dans les structures verticales de la prise en charge qui fait naître des conflits de statut et de rôle atrophiant la dynamique du système dans son ensemble. L'objectif est de comprendre la demande par rapport à la finalité du centre et d'organiser la réponse en conséquence. Pour protéger l'équipe de sombrer dans la routine, il est nécessaire de créer, en plus des briefings quotidiens, des garde-fous : la réunion hebdomadaire, la supervision, etc.

Pour cela, la sélection du personnel doit être très minutieuse, il ne suffit pas de disposer des diplômes requis et d'être volontaire, mais la sélection doit requérir chez les candidats aux postes proposés :

- la disponibilité psychologique et professionnelle,
- un réel engagement et une capacité réelle d'empathie,
- la discrétion doit être totale,
- la considération et le respect au-dessus de tout.

En conclusion, l'unité (ou centre) de soins a pour but de réintroduire le jeune, ayant fait une tentative de suicide, dans le circuit de la vie psychologique, sociale et culturelle. La participation et la contribution des autorités locales et des associations socioculturelles et médicales, sont fondamentales pour la réalisation et la réussite des programmes de prise en charge.