

Lafleur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec : Presses de l'Université Laval

Sylvie Corbeil et Carole Sénéchal

Volume 39, numéro 1, 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1096856ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1096856ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce compte rendu

Corbeil, S. & Sénéchal, C. (2010). Compte rendu de [Lafleur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec : Presses de l'Université Laval]. *Revue de psychoéducation*, 39(1), 105–107.
<https://doi.org/10.7202/1096856ar>

- **Lafleur, C. et Séguin, M. (2008). *Intervenir en situation de crise suicidaire*. Québec : Presses de l'Université Laval.**

Ce livre s'inscrit bien dans l'ensemble des efforts déployés au Québec depuis quelques années pour proposer aux intervenants une formation en matière de suicide. Exposés quotidiennement à des situations cliniques complexes, ces derniers doivent situer la signification du symptôme suicidaire à l'intérieur des psychopathologies associées afin d'adapter leur intervention. Or, les professionnels de la santé restent résolument ancrés dans une logique médicale traditionnelle dont les limites apparaissent de plus en plus évidentes face à des personnes dont la contention psychique fait défaut et qui doivent recourir à un étayage externe. En ce sens, plusieurs personnes suicidaires nécessitent des soins qui dépassent l'offre habituelle ce qui oblige à l'innovation des pratiques.

Le premier chapitre de l'ouvrage cité en titre survole les principales notions impliquées dans la problématique du suicide. Inspiré de la définition de Caplan, le processus de crise est conceptualisé sur un continuum. Précédé d'une période de vulnérabilité, l'état de crise proprement dit, d'une durée habituelle de six à huit semaines, est caractérisé par un premier temps de désorganisation, essentiellement dépressive avec l'apparition d'idéations suicidaires. L'agir a généralement lieu au cours de la phase aiguë de la crise lorsque la tension ne peut être endiguée par des mécanismes d'adaptation de moins en moins efficaces. La crise se termine par une phase de récupération, certes marquée par un soulagement de l'angoisse, mais dont l'issue reste variable. Sont décrites cinq étapes du processus suicidaire montrant la constriction psychique progressive vers l'option du suicide de même que les signes habituellement manifestés tout au long de cette désorganisation. Ce processus, explique-t-on, peut se dérouler très rapidement en fonction des événements et sous l'effet de certains facteurs de risque. Des précisions seraient utiles afin de mieux évaluer la dimension impulsive du geste suicidaire, tout de même assez fréquente chez les adolescents et les jeunes adultes. Enfin, les auteurs introduisent une typologie des crises qui différencie divers parcours suicidaires : dans le contexte soit d'une crise psychosociale, soit d'une crise psychopathologique, soit d'une crise psychotraumatique. Schématiquement présentées, les processus suicidaires gagneraient, nous semble-t-il, à être mieux explicités en fonction des contextes de crise. S'il est dit que la symptomatologie reste similaire, les seuls éléments diagnostiques distinctifs auraient trait à la vulnérabilité psychologique et au passé de la personne suicidaire. Les indications thérapeutiques brèves ou à long terme seront fonction de cette évaluation.

Ces propos des auteurs soulèvent une réflexion de fond en ce qui concerne les clientèles suicidaires. En effet, les recherches en suicidologie montrent que les suicides complétés s'inscrivent le plus souvent dans le cadre de psychopathologies spécifiques. Or, la problématique suicidaire ne peut se réduire au cas des suicides complétés. Sur un plan statistique, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont nettement plus étendues, ce qui fait incidemment du suicide un problème de santé publique. Les professionnels de la santé sont d'ailleurs davantage confrontés à ce genre de situations cliniques. À l'heure actuelle, certains chercheurs

pensent que les pathologies associées aux suicides complétés et aux tentatives de suicide seraient assez semblables. S'il est vrai que la tentative de suicide reste le meilleur prédicteur d'un éventuel suicide complété, il reste que la plupart des conduites suicidaires ne sont pas mortelles et que la majorité des personnes ayant des idéations suicidaires ne passeront pas à l'acte. Il est assez généralement reconnu que le suicide est multidéterminé et donc qu'un ensemble de facteurs (hasards de vie, aide thérapeutique adéquate, support social...) peuvent influencer le cours d'une crise suicidaire et son issue. Toutefois, il est possible que ces groupes se distinguent au-delà de l'expression symptomatique similaire c'est-à-dire au niveau du mode de fonctionnement psychique et de la relation d'objet. Tenir compte de ces différences permettrait peut-être de mieux prévenir certains suicides qui surviennent dans un contexte d'apparente normalité, le suicide lui-même indiquant l'amorce de la maladie. Il importe donc d'être attentif à ce que l'intention suicidaire brève ou soutenue signifie surtout lorsque l'expression symptomatique se fait discrète. Il est nécessaire d'affiner les repères diagnostiques afin que l'on puisse mieux évaluer la possibilité d'un passage à l'acte mortel chez une clientèle clinique qui, ayant tendance à s'exprimer sur le mode de l'agir, incline les intervenants à banaliser le risque suicidaire.

Le deuxième chapitre décrit le modèle habituel d'intervention en contexte de crise suicidaire. Il met d'emblée l'accent sur la mobilisation des compétences relationnelles de l'intervenant afin d'instaurer un lien de confiance. Favoriser l'expression des émotions, clarifier les événements troublants, vérifier les perceptions du patient à l'égard de sa situation, comprendre les motifs du suicide et en traduire le sens figurent au nombre des stratégies préconisées. L'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires doit être effectuée rapidement, car elle oriente l'intervention dans l'immédiat. Le repérage des aidants naturels permet de briser l'isolement et de protéger la personne suicidaire. Enfin, une formulation de la crise et un plan d'action sont proposés à la personne suicidaire dans le but de l'aider à trouver les moyens efficaces pour faire face à ses difficultés. Il importe de se centrer sur les besoins immédiats afin de diminuer l'excès de souffrance et de stimuler la reprise du sentiment de contrôle. Dans certains cas, une entente de non-suicide ou de report de l'échéance du passage à l'acte seront nécessaires. Différentes pistes d'intervention en cours d'entretien sont suggérées. Il s'agit ici plutôt d'attitudes et de principes d'intervention dont plusieurs ont été décrits précédemment. Certains pièges à éviter sont par la suite énoncés. Ils tournent autour de la difficulté pour le clinicien de contenir l'angoisse du suicidaire et de son propre sentiment d'impuissance qui peut engendrer un activisme thérapeutique qui bouche l'espace de parole.

La dernière partie de ce chapitre traite des éléments de l'évaluation. Y sont énumérés les principaux facteurs de risque issus des recherches les plus récentes. Sur le plan individuel, les pathologies les plus fréquemment associées au suicide sont ainsi répertoriées : trouble dépressif majeur, abus de substances et troubles de personnalité. Dans les cas de comorbidité, le risque suicidaire est nettement augmenté. Les facteurs de risque d'ordre familial relèvent des événements de la vie passés, d'une éventuelle carence affective ou de violences de toutes natures, autant de facteurs qui prédisposent d'ailleurs à l'éclosion de telles pathologies, ce qui montre bien que le suicide complété s'inscrit souvent dans une lourde histoire de vie. L'impact désorganisateur des stress actuels, toujours plus nombreux chez les personnes suicidaires, semble relié aux traumatismes précoces qu'ils

réactivent. Enfin, le concept d'urgence suicidaire est différencié de celui de dangerosité. L'urgence suicidaire a trait à l'imminence du passage à l'acte dont l'échéance peut varier rapidement en fonction d'éléments tels que la consommation de substances toxiques, le degré de détachement émotionnel et la détérioration du fonctionnement quotidien en raison de la sévérité de la dépression ou de symptômes psychotiques. La notion de dangerosité concerne le degré de planification et de la létalité du scénario suicidaire envisagé. Une grille d'évaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité est proposée. Cet outil est fort bien conçu car il rassemble les éléments pertinents à prendre en considération au moment de l'évaluation.

Le dernier chapitre vise à intégrer le contenu théorique à la pratique. Il commente l'entrevue présentée sur le DVD accompagnant le livre, une très heureuse initiative de la part des auteurs. Il s'agit là d'un apport d'autant plus majeur à la formation des intervenants qu'il présente une situation clinique très réaliste et courante, tout en soulignant les pièges fréquents de ce type d'intervention. Notons que la situation exposée porte sur une crise psychopathologique, laquelle permet de bien illustrer la technique préconisée par le modèle d'intervention proposé. Cependant, les difficultés cliniques rencontrées dans ce genre de situation dont les résistances à l'alliance thérapeutique, la tendance à détruire ce que l'intervenant tente de proposer comme sens à la détresse, l'urgence du soulagement attendu, le manque de motivation à s'engager dans le traitement... n'apparaissent pas dans l'exemple. Par la suite, néanmoins, plusieurs vignettes cliniques donneront à l'intervenant l'occasion de s'exercer à l'évaluation du risque et de l'urgence suicidaires de même qu'à l'établissement des priorités d'intervention.

L'originalité de ce livre réside certainement dans l'outil pédagogique qu'il constitue grâce aux exercices et aux illustrations cliniques qui favorisent l'assimilation d'un contenu clair et facile à lire. En ce sens, il s'agit d'une bonne introduction à l'intervention dans le cas d'une crise suicidaire. Sur le plan conceptuel, l'ouvrage souffre toutefois quelque peu d'excès de synthèse ; il comporte également certaines redondances et il gagnerait à intégrer, au sein du modèle d'intervention de crise, les nuances judicieuses que suggèrent les données des recherches récentes. Les auteurs soulignent l'importance de distinguer les concepts de dangerosité et d'imminence du passage à l'acte pour orienter l'intervention sans toutefois préciser les stratégies thérapeutiques adaptées aux différents scénarios possibles. De même, la typologie des crises n'est pas prise en considération à l'intérieur du modèle d'intervention. Si ce modèle garde toute sa pertinence comme base de l'intervention, il semble plus adapté à des personnes en crise psychosociale, telle que celle-ci se trouve définie dans le texte, alors que la plupart des conduites suicidaires mortelles s'inscrivent dans des contextes de psychopathologies avérées. Il serait donc nécessaire de conceptualiser de nouvelles pratiques pour mieux répondre aux besoins plus spécifiques de ce type de clientèle et aux besoins de ceux dont le mode d'expression privilégié reste l'agir suicidaire.

Sylvie Corbeil et Carole Sénéchal