

Compte-rendu de formation interne – Intervention de Nathalie Schmid Nichols, CEPS

Le 20 février 2014 à Genève

Présent-e-s :
Nathalie SCHMID NICHOLS, psychologue responsable au CEPS
Sophie LOCHET, coordinatrice STOP SUICIDE
Alexia BONATO, chargée de projet Milieu scolaire
Irina INOSTROZA, chargée de projet Médias
Jean-Paul STADELMANN, chargé de projet Actions de terrain
Louis GAILLARD, assistant Campagne 10 septembre
Muriel ETIENNE, assistante Communication
Barbara RICKENMANN, responsable bénévoles

LA CRISE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT	2
De qui parle-t-on ?	2
Crise VS rupture	2
Les facteurs de risque	2
Les facteurs de protection	3
La prévention	3
EVALUER ET ORIENTER LES JEUNES SUICIDAIRES A GENEVE	4
Evaluer l'urgence	4
Réagir à un appel d'aide	4
Orienter vers le service compétent	5
ROLE ET PRESTATIONS DE L'UNITE DE CRISE	6
Le Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS)	6
Les Lits de crise (l'Appartement)	6
Le Centre de traitement ambulatoire intensif (CTAI)	6



La crise suicidaire chez l'adolescent

De qui parle-t-on ?

Le CEPS s'adresse aux adolescents (15-18 ans), mais la durée de l'adolescence tend à se rallonger, avec le phénomène de « l'adulcescence », ce qui justifie qu'on parle de prévention du suicide des jeunes jusqu'à 25 voire 29 ans.

Le CEPS accueille 20% de jeunes ayant fait une tentative et 80% de jeunes ayant des envies suicidaires.

Crise VS rupture

La crise est inhérente à cette période difficile qu'est l'adolescence, elle est liée au *devenir*. Dans la tête de l'adolescent, il y a un paradoxe entre le *désir* et la *crainte* de devenir adulte. La crise vient de ce paradoxe et est naturelle, pour ne pas dire normale. **L'adolescent subit son adolescence** : changements d'humeurs, volonté d'indépendance mais dépendance aux parents...

Le jeune en crise ne choisit pas la mort ; l'acte suicidaire est plutôt un non-choix. L'ado imagine le suicide comme un apaisement, et une tentative d'être mieux sans son fardeau. On retrouve souvent le fantasme du Phénix qui revit, et le désir de marquer sa présence passée par son absence (avoir un effet sur ses proches) pour cesser de « non-exister ». Celui qui commet le geste n'en réalise donc pas réellement l'effet. Le fait de « s'en prendre » à son corps est une manifestation d'une crise identitaire, permet de se réapproprier son destin.

Pour prévenir la crise, il faut **faire prendre conscience au jeune que la mort est définitive** et qu'il ne « reviendra pas » de son acte. Faire revenir la personne à la réalité.

Le refus fait partie intégrante de la construction identitaire de l'adolescent, de son affirmation de lui-même et n'est donc pas un signe négatif. Il doit être vu comme structurant, exprimant une revendication existentielle. Le professionnel essaie de faire comprendre à l'adolescent qu'il n'est pas là pour interdire et empêcher mais pour le protéger.

La crise peut durer très peu de temps. Si la crise se prolonge ou se répète (tentatives répétées), c'est qu'il y a un problème qui n'a pas été travaillé, ou qu'une psychopathologie s'installe.

Les facteurs de risque

On parle de facteurs de risques, déclencheurs ou prédisposants, et pas de « causes », pour permettre la nuance. (N.B : Les soignants ne sont pas forcément les mieux équipés pour identifier les causes, car toute une partie de la population n'est pas reçue dans les structures d'accueil, et donc ne sont pas étudiées).

On distingue 2 types de facteurs :

- les **facteurs distaux**, facteurs de risque « de fond » ou *prédisposants* : loin du présent, ils sont liés à la génétique, la situation familiale dans l'enfance, ou le caractère
- les **facteurs proximaux** ou *précipitants* : plus récents, tels que des troubles psychologiques, émergents, l'accès aux moyens, l'imitation, la récurrence ou des événements de vie difficile. La conjugaison de ces deux types de facteurs mènerait à l'acte suicidaire. (c.f. modèle conceptuel de Beautrais, 2000).

Les **principaux facteurs de risque** sont les troubles de l'humeur, les antécédents de tentatives de suicide, l'abus (ou la dépendance) de substances qui facilite le passage à l'acte, la violence subie ou agie, les suicides dans la famille, ou encore des conflits familiaux (divorce des parents).



Les **signaux d'alerte** sont les ruptures de lien, les attitudes de retrait, de non communication, les fugues ou l'absentéisme.

Les adolescents suicidaires sont-ils plus intelligents ?

Ce n'est pas une généralité. Mais une partie de la population à risque est dotée d'une grande intelligence.

Premièrement, les jeunes à haut potentiel (les « surdoués ») : ils sont souvent isolés car ils se sentent à part. Déjà à l'école, ils comprennent plus vite que les autres, s'ennuient, parfois ont un mauvais rapport avec les professeurs. Parallèlement, ils sont dans une famille qui ne les comprend pas toujours (surtout si ils sont seuls « à haut potentiel » dans leur famille), et sont souvent très sensibles émotionnellement.

Deuxièmement, on note que beaucoup de jeunes ayant commis un acte suicidaire ont une sorte de frustration intellectuelle, ils sont souvent peu armés pour faire face à la réalité, qui peut être décevante.

Les facteurs de protection

Le principal facteur de protection est le **lien**. Avoir des liens avec d'autres gens – de diverses natures et à différents niveaux de proximité – est fondamentalement protecteur.

C'est pour cela qu'on identifie l'isolement social, ou le refus de l'amitié comme des signaux d'alerte importants qui peuvent être détectés.

De nombreux autres facteurs de protection existent, liés :

- au contexte de vie (ex : la stabilité familiale),
- à la personne elle-même (ex : estime de soi)
- aux soins (ex : la capacité à demander de l'aide et à faire confiance)

La prévention

Le travail doit se faire en amont de l'acte. Il s'agit de **prévenir la rupture** (la rupture est un signal d'alerte, différent de la crise).

Prévenir le suicide c'est :

- Accueillir, contenir l'urgence, protéger.
- Lutter contre la rupture des liens : renforcer les liens existants, tisser de nouveaux liens autour de l'adolescent.
- Rendre plus difficile l'accès aux moyens : armes, drogues, accès aux hot spots, etc.
- Intéresser l'adolescent à son propre fonctionnement psychique
- Contenir les phénomènes de contagion (« effet Werther »)
- Prêter attention aux signes précurseurs : fugue, absentéisme, troubles alimentaires, consommation de substances, retrait, symptômes corporels, idées suicidaires et expression de réflexions liées à la mort.



Evaluer et orienter les jeunes suicidaires à Genève

Il existe plusieurs institutions qui prennent en charge les jeunes en difficulté à Genève. La principale est l'**Unité de Crise** des HUG, divisée en 3 pôles : le CEPS, le CTAI et les Lits de crise, mais il existe également l'Unité du Salève (soins psychiatriques pour adolescents), les urgences psychiatriques et les CAPPI (HUG).

Le **parcours « typique » de soin** passe par une situation d'urgence, l'évaluation de la situation puis l'orientation, et enfin la prise en charge. Différentes institutions sont sollicitées selon l'étape et la situation.

Toutes les personnes sont accueillies, les personnes sans papiers ou les populations marginales également. L'hôpital dispose de traducteurs, et tient également compte des contraintes liées à la religion dans la mesure du possible.

Evaluer l'urgence

L'évaluation de l'urgence est menée par des professionnels du CEPS (HelpAdoLine) ou par les urgences psychiatriques. En cas de grande urgence, appeler au 144, ou se présenter aux urgences psychiatriques des HUG si la personne peut se déplacer là-bas accompagnée.

Si l'évaluation n'est pas claire, la personne peut passer par les « lits d'évaluation » (service du HUG où la personne peut rester jusqu'à ce que le diagnostic soit clair) ou le service de psychiatrie de liaison du HUG.

L'évaluation de la situation porte sur les facteurs de risque et précipitants, les signes graduels (idées suicidaires, projets concrets), les dimensions anxiodépressives et impulsives, les conduites à risque, les conditions environnementales et les ressources de la personne. Devant la dépendance aux substances sans risque de passage à l'acte imminent, redirection vers Phoenix.

L'évaluation se porte sur 3 aspects (RUD) :

- le Risque (facteurs de risque et de protection),
- l'Urgence, (délai estimé avant le passage à l'acte),
- la Dangereusité (scénario du passage à l'acte).

Réagir à un appel d'aide

Face à un appel d'aide, on peut :

- **Clarifier, poser des limites** et évoquer le manque de contrôle sur le geste suicidaire. Face au refus d'un adolescent, il faut ne pas se décourager. Il s'agit d'accepter son refus – reconnaissance de sa position – mais en lui expliquant que c'est contre lui-même que se dirigent les conséquences de son acte. La règle d'or c'est de faire du refus un « allié ».
- Tenir compte de la mise hors-jeu des capacités des raisonnements. Surtout si c'est une situation urgente, il s'agit de tenter de **ramener la personne à la réalité** ; « Où êtes-vous ? », « Quel âge avez-vous ? »

Conduites à éviter :

- **Minimiser la souffrance** de l'appelant, la nier ou donner des exemples.
- **Rester seul.** En répondant à ce type d'appel, on peut être en état de sidération ; dans un tel cas, ne pas hésiter à faire appel à une deuxième personne du bureau ou même, si le degré d'urgence le permet, d'appeler en parallèle le CEPS.



Orienter vers le service compétent

En fonction de l'urgence et de l'âge de la personne, l'orientation sera différente. Elle est généralement décidée par le service des urgences.

Urgence élevée :

- les lits de crise de l'Unité de crise (conditionné à l'acceptation par le jeune d'un « contrat de soin »)
- l'unité du Salève si le jeune est en crise grave ou présente des signes psychotiques
- l'unité de Belle-idée pour des adultes en grave crise

Urgence moyenne :

- les lits de crise de l'Unité de crise
- le CTAI de l'Unité de crise : « l'accueil de jour »
- les CAPPI pour adultes (« accueil de jour », par secteur)
- le CARE (accueil pour la dépression et les bipolaires)

Urgence faible :

- le CTAI, travail thérapeutique individuel ou en groupe, suivi parental
- les thérapeutes privés
- les CAPPI
- le CARE

Troubles psychiques : bipolaire et borderline

Bipolaire : la personne bipolaire navigue entre deux pôles, l'un d'accélération et l'autre de dépression. Tous deux se caractérisent par une perte de la rationalité.

Borderline : pas des troubles à proprement parler psychotiques mais on est à la limite. Les personnes borderline ne se sentent pas malades mais sont discontinues dans leurs liens et ont un seuil d'anxiété très élevé. Elles sont toujours dans un état « limite ».

Beaucoup pensent que la société actuelle génère l'apparition de troubles psychologiques car elle « contient » beaucoup moins.

Quand il s'agit d'adolescents, il faut faire attention à ne pas se lancer trop vite dans des diagnostics, pour ne pas confondre des troubles et l'impulsivité naturelle des ados.



Rôle et prestations de l'Unité de crise

Le CEPS est né en 1996 de l'initiative de du psychiatre François Ladame, qui avec Maja Perret a créé le dispositif de l'Unité de crise avec le soutien de Children Action, en ouvrant un appartement pour des adolescents volontaires (14-18 ans), appelé Unité de crise, et en créant le CEPS, unité de prévention avec une ligne d'aide. En 2008, le CTAI est créé pour accueillir les jeunes qui ont besoin d'un soutien mais pas forcément de « s'isoler » dans l'appartement.

L'Unité de crise est financée pour moitié par les HUG et pour moitié par la Fondation Children Action

Le Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS)

Le CEPS offre différentes prestations de prévention :

- HelpAdoLine : 022 372 42 42. De 8h à 18h, ce sont des cliniciens (psychologues principalement) qui répondent au téléphone. Le soir ce sont les infirmiers qui travaillent à l'Appartement. Ils ont un rôle de guidance et d'orientation pour les personnes qui appellent, en évaluant le degré d'urgence et la prise en charge qui convient.
- réponses aux questions concernant le suicide sur le site www.ciao.ch
- réponse par mail à preventionsuicide@hcuge.ch
- prestations d'enseignement, de formation, participation aux congrès
- travail de réseau (Aire d'Ados)

Les Lits de crise (l'Appartement)

Cette unité se présente sous la forme d'un appartement « banalisé », hors de l'hôpital, où des jeunes de 14 à 25 ans viennent volontairement y passer entre 1 et 4 semaines, pour analyser leurs pensées suicidaires et leur comportement auto-agressif, entourés d'infirmiers en civil.

Le séjour est court et intensif et laisse une grande place à la réflexion, à l'ennui qui incite à l'introspection.

Les journées sont rythmées par les groupes de soins, entretiens avec les infirmiers ou les médecins

Le nombre de pensionnaires ayant effectivement déjà commis une tentative de suicide a baissé de 50 à 20%, ce sont donc essentiellement des jeunes ayant des idées noires ou suicidaires.

Le Centre de traitement ambulatoire intensif (CTAI)

S'adresse aux jeunes de 14 à 18 ans qui refusent ou ne supportent pas l'hospitalisation. C'est un suivi quotidien qui dure entre 1 et 2 mois et est très axé sur le groupe, la thérapie groupale. Les jeunes ont accès à toutes les prestations des Lits de crise.

Objectif : mobilité

Le CEPS souhaite développer la prévention avec un modèle « mobile » (type « unités psy mobiles », avec des infirmiers et des éducateurs) comme l'UMSCO à Genève ou les équipes mobiles en France. Ce projet sera peut-être travaillé dans le cadre du réseau Aire d'Ados.

