

+ 60 ans

Dépression

Risque
Suicidaire

Boîte à
Outils

Idées
Reçues

Repérer

Agir



Repérage de la dépression & du risque suicidaire chez le senior à domicile



+ 60 ans

Dépression

Risque
Suicidaire

Boîte à
Outils

La réalisation de ce guide vient prolonger les actions menées par le groupe de travail du Dispositif d'Appui à la Coordination de la Vienne (DAC-PTA 86), depuis plusieurs années, pour les professionnels travaillant auprès des personnes âgées à domicile et leurs proches.

Ce groupe de travail remercie tout particulièrement :

Le Docteur Jean-Jacques Chavagnat et son équipe de la coordination territoriale prévention suicide du Centre Hospitalier Laborit, et Monsieur Patrick Blossier, cadre de santé,

Le Docteur Lorène Girault-Bouchand de la fédération psychiatrique de la personne âgée du Centre Hospitalier Laborit

Le service communication du Centre Hospitalier Laborit

L'Association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT Poitou) et la MSA Poitou

pour leur aide et leur contribution dans la conception, l'élaboration, la rédaction, la relecture et la mise en forme de ce guide.



66

Préambule

La dépression ne fait pas partie du processus normal de vieillissement 99

La vieillesse est une étape de la vie parmi d'autres ; au cours de son évolution et de son développement, chaque personne doit faire face, à différentes reprises, à des moments de changements importants, des crises qui mettent parfois en grandes tensions les capacités d'adaptation : crise d'adolescence, crise de la cinquantaine, de la retraite, de la vieillesse.

Dans cette succession d'étapes de développement, la vieillesse, pour celui qui la vit, comme celui qui côtoie la personne âgée (les proches et les professionnels), confronte les capacités d'adaptation aux pertes multiples, à la solitude et à la perspective de la mort.

Le statut, l'apparence de la personne qui « a été » se sont peu à peu transformés. Les caractéristiques physiques, la posture du corps, l'énergie, les rôles et la position sociale sont sortis des normes attendues.

La fragilité qui en découle peut exposer au découragement et à l'accablement, qui, en l'absence d'adaptation favorable font à leur tour le lit de la dépression et éventuellement du risque suicidaire.

Cependant, la dépression, qui reste la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez les sujets âgés, ne fait pas partie du processus normal de vieillissement, en dépit des idées reçues.

Cette représentation répandue conduit beaucoup à confondre une condition de l'existence « être devenu vieux » avec les symptômes d'un état pathologique « souffrir d'un état dépressif ».

Avec pour conséquence, le risque de laisser sans soin une personne souffrant de dépression, comme celui, à l'inverse, de traiter une personne dont l'état ne relève pas d'un véritable processus pathologique.

Ce guide s'adresse aux professionnels intervenant au domicile et à l'entourage, étant susceptibles de rencontrer des personnes âgées exprimant un mal être. Il s'agit de pouvoir repérer, évaluer et accompagner la personne dans ce moment de vie.

En effet, il est établit qu'en France comme dans d'autres pays, la dépression de la personne âgée est une pathologie largement

sous-estimée et sous-diagnostiquée par les acteurs de la santé. Les formes spécifiques du trouble dépressif, dans cette tranche d'âge, sont souvent méconnues, minimisées et la personne âgée, elle-même, a des difficultés à verbaliser en tant que telle sa tristesse. La dépression, sans soin ni traitement, s'aggrave jour après jour, pouvant, dans certains cas, conduire au risque suicidaire.

Ce guide n'a aucune valeur de diagnostic et reste un support d'aide dans l'accompagnement. Son objectif est de mettre à disposition des informations et des outils afin d'améliorer le repérage de la dépression et prévenir les risques suicidaires. En effet, le désespoir et la dépression sont des facteurs majeurs dans l'apparition d'un risque suicidaire ; dans 50% des cas les personnes qui se suicident souffrent aussi de dépression et la population âgée est la tranche d'âge la plus touchée.



Sommaire

Pages

6

22

42

Dépression

Risque
Suicidaire

Boîte à
Outils





66

Ne pas confondre déprime et dépression :
Du latin *depressio* « *enfoncement* », la dépression est définie comme un trouble de l'humeur, c'est-à-dire une maladie psychiatrique à part entière.

”



VRAI ou FAUX

“ **Être triste est synonyme de dépression** ”

FAUX

La tristesse est une émotion à part entière faisant partie de la vie de tout être humain, contrairement à la dépression qui est un trouble pathologique de l'humeur. La dépression se manifeste d'abord par une humeur triste durable et/ou une perte de l'élan vital, de l'intérêt et du plaisir pour la plupart des activi-

“ **Les personnes déprimées sont forcément en dépression** ”

FAUX

La dépression se distingue de la « déprime » par le fait que plusieurs signes sont associés, qu'ils durent dans le temps (au moins 2 semaines) et qu'ils ont un impact négatif sur la vie quotidienne des personnes. D'autres symptômes cognitifs, affectifs, physiques et comportementaux peuvent compléter le tableau

“ **Une personne dépressive verbalise systématiquement son mal-être** ”

FAUX

Les patients dépressifs, avec une perte d'autonomie, ont moins tendance à exprimer leurs idées dépressives. Il faut donc savoir les rechercher ailleurs que dans les mots. La dépression est d'intensité variable, allant de la démotivation au désespoir profond.

“ **La dépression peut avoir de graves conséquences sur le quotidien de la personne âgée** ”

VRAI

Chez la personne âgée, les conséquences de la dépression peuvent être particulièrement lourdes. Elle est source d'une grande souffrance. Elle tend à augmenter l'isolement de la personne, induit ou aggrave la perte d'autonomie, la probabilité d'institutionnalisation et le risque suicidaire.

Les différents masques de la dépression

La dépression se manifeste par une humeur triste et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles. À cela peut s'ajouter une diminution ou une augmentation de l'appétit avec perte ou prise de poids, des troubles du sommeil, de la fatigue, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, une baisse des facultés de mémoire et de concentration, et des pensées de mort.

Le repérage de la dépression chez la personne âgée est souvent moins évident que celle d'un sujet plus jeune. En effet, la personne âgée a plus de difficulté à verbaliser son mal-être et peut présenter une apparence faussement sereine.

La tristesse et le manque de plaisir sont souvent « en arrière-plan » et les troubles de l'humeur peuvent être masqués par des symptômes inhabituels, psychiques mais aussi somatiques.

Certains types de dépression ou « masques » se retrouvent plus chez la personne âgée :

Le masque somatique



Mr R : « ce matin, j'avais mal à l'épaule en me levant, là je ne digère pas et en plus j'ai mal au genou. Les médicaments ne me font rien. J'ai mal partout. »

Il s'agit de la dépression la plus fréquente chez les personnes âgées et en milieu rural. Elle est caractérisée principalement par des plaintes somatiques, la souffrance psychique n'est pas exprimée par la personne (possible évolution vers une dépression hypocondriaque). Toutefois elle peut être mise en évidence à travers un entretien clinique.

Pour la personne âgée, il est plus facile de dire « j'ai mal » plutôt que « je me sens mal ».

Les douleurs corporelles « bougent » : avec des plaintes telles que : fatigue, douleurs récurrentes, rebelles aux traitements habituels, de localisation et d'intensité variables, sans rythme précis, troubles du sommeil (la personne dort mal, trop ou pas assez), symptômes

divers (troubles de la mémoire, plaintes cardiaques et/ou respiratoires, constipation, perte d'appétit, amaigrissement, démangeaisons...).

La douleur n'est pas améliorée par le recours aux antalgiques mais va progressivement céder à un traitement antidépresseur.

Le masque hostile

Mme M : « Elles ne sont même pas fichues de laver mes cheveux correctement et tout est comme ça, que ce soit la cuisine ou le ménage. Ma fille n'en n'a rien à faire de moi, elle ne vient que deux fois par an. De toute façon, je sais bien qu'elle veut me mettre avec des vieux, je pourrais crever elle s'en fiche. Les aides à domicile sont toutes des incapables, vous avez vu l'état de ma maison, même le repas elles ne sont pas capables de le préparer. Et vous là qu'est-ce que vous allez faire de plus ? »



Cette dépression s'exprime souvent à travers une anxiété, une agitation hostile et une agressivité souvent dirigée contre l'entourage direct du patient. La personne devient irritable, exigeante avec des réactions incompréhensibles pour l'entourage. La culpabilité et l'autodépréciation sont au second plan. La reconnaissance de ce syndrome dépressif n'est pas toujours facile, ce qui égare le diagnostic et retarde le traitement.

Le masque anxieux



Mme L : « Je me suis encore endormie tard hier soir, je n'arrête pas de penser qu'il va falloir que je quitte ma maison depuis que mon mari est mort. Ça sert à quoi que je suis encore là, tout le monde est mort, je ne peux plus faire mon jardin, c'est comme s'il n'y avait plus rien à l'intérieur de moi »



Les différents masques de la dépression

Cette dépression concerne plus souvent les femmes. Il y a une absence de douleur morale. La personne présente un tableau d'agitation anxiante, un ralentissement psychomoteur. Elle éprouve des inquiétudes permanentes reliées à des faits anodins, une peur de sortir et une incapacité à se détendre ; la personne peut se sentir terrassée par une grande inhibition avec des ruminations. Une dépendance grandissante s'installe alors.

Nous retrouvons aussi une passivité, un refus d'aide qui peut aller jusqu'au négativisme. Souvent un événement déclencheur peut être à l'origine de la dépression : retraite, départ au loin des enfants ou des petits enfants, un deuil en particulier du conjoint ou une prise de conscience soudaine du fait « d'être vieux » ! Le risque suicidaire est important du fait de l'absence d'inhibition psychomotrice.

Le masque délirant



La fille de Mme D : « Ma mère a toujours été méfiante vis à vis des aides qui venaient faire la toilette à mon père. Depuis son décès, elle ne veut plus les voir. Elle dit que la dernière qui est venue a fouillé partout et lui a volé ses bijoux. Alors qu'ils sont toujours au coffre. J'ai vérifié, ils y sont toujours. »

Cette dépression est masquée par les troubles délirants. Nous pouvons retrouver des idées délirantes de différents types : délire d'incurabilité, délire de ruine, délire d'auto accusation, délire de persécution (vol ou empoisonnement), délire de jalousie. Dans ces situations, la personne semble tenir des propos incohérents et voir des choses qui n'existent pas (délire interprétatif voire hallucinatoire).

Le masque mélancolique

Témoignage d'un aidant dans le film « Les emmurés du silence » : « *C'est comme si je n'avais plus personne à côté de moi. Elle ne réagit plus même si elle est consciente de ses difficultés, elle ne veut plus*



voir personne, elle n'arrive plus à faire des gestes simples du quotidien, elle n'arrive plus à s'alimenter. Je me sens impuissant... »

La dépression mélancolique inclut une douleur morale insupportable, une prostration et un mutisme. La personne peut aussi tenir des propos auto-dévalorisants. La mélancolie peut à l'inverse, s'accompagner d'un état d'opposition massive (comportement régressif, refus alimentaire absolu) ou d'une agitation et de troubles du comportement. Elle impose souvent une hospitalisation en urgence du fait du retentissement somatique rapide et du risque suicidaire majeur fréquemment observé. La mélancolie est donc un versant grave de la dépression.

Le syndrome de glissement

Mr M : « Foutez-moi la paix, laissez-moi mourir » Elle est plus spécifique au « grand âge » (personnes de plus de 85 ans). La personne ne se lève plus, n'a plus d'appétit, plus de communication. Elle peut parfois être agressive mais est le plus souvent d'une très grande passivité.

Dans le peu de paroles que la personne échange, elle demande qu'on la laisse tranquille et exprime le souhait de mourir.



Ce renoncement à la vie est très difficile à vivre pour l'entourage et les professionnels.

Il s'agit d'un équivalent suicidaire.



Les différents masques de la dépression

La dépression d'épuisement (surtout chez l'aidant)



Mr S parle de ses parents : « Depuis que ma mère est en maison de retraite, mon père ne fait plus rien, il tourne en rond toute la journée. Pourtant avant, il râlait de devoir toujours s'occuper de maman. »

Nous retrouvons ces dépressions chez les personnes qui se dévouent pendant des mois voire des années à soigner leurs proches malades. La dépression apparaît s'il y a rétablissement, entrée en EHPAD ou décès de la personne aidée. La personne aidante ressent alors un vide autour d'elle en lien avec la perte de son rôle ; il va falloir qu'elle réinvestisse et réorganise différemment sa vie.

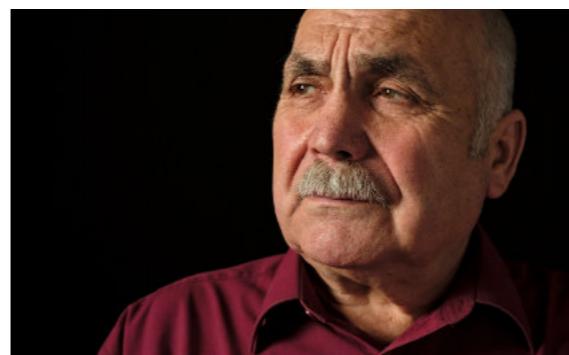
PARTICULARITÉS

La dépression peut être la cause ou la conséquence des troubles cognitifs

Mr K : « Depuis que ma femme a vu le neurologue pour sa mémoire, elle ne veut plus rien faire à la maison, elle n'arrête pas de dire qu'elle va devenir folle. Elle a des mots pas très gentils alors que ce n'est pas son habitude. »

Les troubles cognitifs peuvent être une forme d'expression de la dépression, ils régresseront alors avec le traitement. Mais la dépression peut aussi être réactionnelle aux troubles cognitifs (la personne a conscience de ses troubles, le diagnostic vient d'être annoncé...). Les troubles cognitifs ne « protègent » pas contre la dépression !

L'apparition d'un état dépressif n'est cependant pas systématique en cas de troubles cognitifs avérés.



Le masque apathique

Mme C parle de son époux : « Mon mari a toujours tout géré dans la maison et maintenant il reste assis à attendre je ne sais quoi. Il pourrait faire des efforts quand même. Heureusement que je n'ai pas les deux pieds dans le même sabot »

L'apathie est un déficit de la motivation, caractérisé par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt. Elle peut facilement être confondue avec la dépression.

Elles présentent toutes les deux des signes communs ou proches, qui sont associés dans 50% des cas. L'apathie expose la personne à un risque de négligence, voire de maltraitance : la personne ne demande jamais rien, elle peut alors être oubliée, délaissée... L'absence d'initiative ou d'intérêt est parfois prise pour de la paresse, du laisser-aller et peut être sévèrement jugée.

Spécificités chez la personne âgée

La dépression du sujet âgé est difficile à repérer et donc sous diagnostiquée. Elle peut passer inaperçue du fait des différents « masques » qu'elle peut revêtir. La dépression est caractérisée par une durée plus longue avec des récidives fréquentes car la personne est plus vulnérable. Nous pouvons parler de chronicité.

La persistance du mal-être majore le risque suicidaire. Il est donc nécessaire de toujours rechercher des idées suicidaires y compris auprès de son entourage.

Même après la guérison de l'épisode dépressif, le sujet âgé reste fragile.





La dépression peut se voir

Regard triste, pleurs fréquents, anxiété inhabituelle, démotivation, la personne reste au lit, s'empêtre facilement ou est ralentie, les plats se périment au frigo, une négligence inhabituelle, un délire, une dépendance à l'alcool...

La dépression peut s'entendre



Voix monocorde, idées de mort voire idées suicidaires, inquiétudes inhabituelles, rumination, plaintes somatiques récurrentes, insomnie, fatigue, difficultés à se concentrer, troubles de la mémoire.

Repérer à travers le discours : « A quoi bon ? A quoi ça sert ? Je suis trop vieille, Je n'ai plus envie, Je suis fatiguée, trop fatiguée pour faire quelque chose... ».

Un syndrome douloureux inhabituel doit systématiquement faire évoquer une dépression chez la personne âgée.

La dépression peut se sentir



Apparition d'odeurs désagréables (corporelles, logement,...), haleine alcoolisée, moins de bonnes odeurs en lien avec la préparation des repas.

Repérer les signes de la dépression

Il est possible d'aider la personne âgée souffrant de dépression, en repérant, évaluant et agissant ensemble :

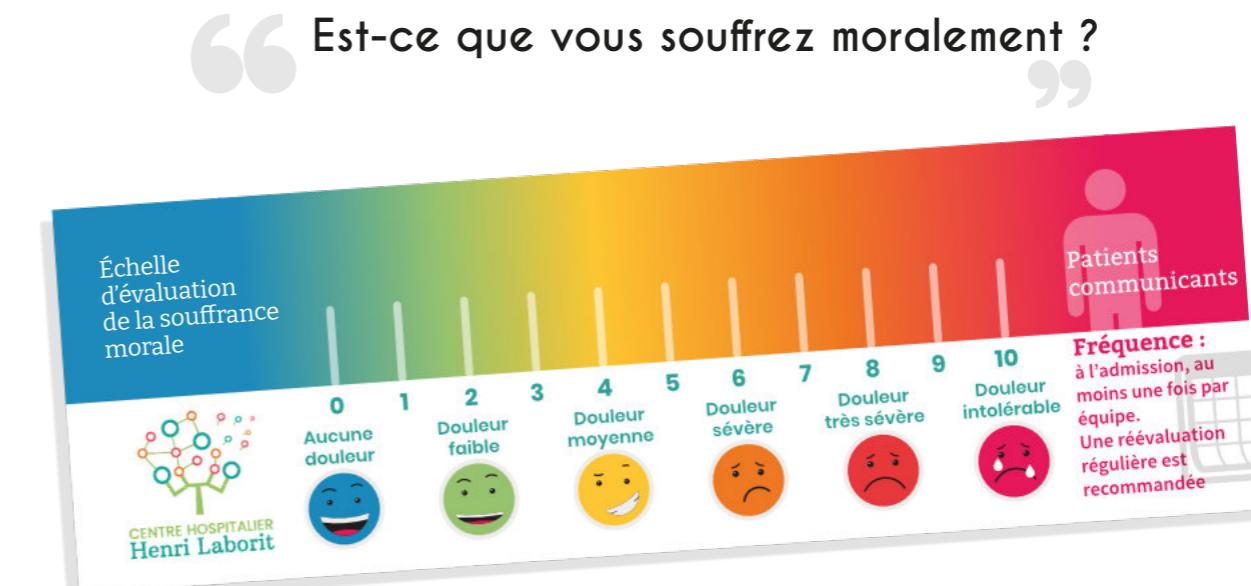
Echelle Mobiqual « Voir, entendre, sentir » (cf. partie Boîte à outils)

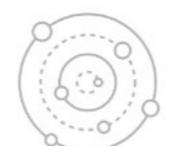
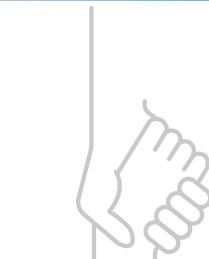
Cette échelle d'observation permet d'être plus attentif. En effet, il n'est pas simple de reconnaître la souffrance psychique chez la personne âgée.

Évaluer l'intensité de la souffrance morale

Questionner la personne permet de reconnaître et valider sa souffrance, sans dissocier l'aspect physique et psychique intrinsèquement liés. La personne est entendue dans sa globalité.

L'outil ci-dessous a une valeur de soutien au dépistage mais ne relève pas d'un diagnostic qui incombe au médecin. Il permet d'interroger la personne directement :





Repérer les facteurs de risque et de protection dans la dépression

Certains aspects de la vie de la personne peuvent majorer la dépression, appelés facteurs de risques. D'autres au contraire vont minorer la dépression, ce sont les facteurs de protections.

Les facteurs de risques dans la dépression

Les facteurs de risques peuvent être d'ordre personnel et/ou environnemental. Ils sont regroupés dans le tableau ci-dessous :

PERSONNEL	ENVIRONNEMENTAL	RESSOURCES INTERNES	RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femmes > hommes ▪ Prévalence chez les femmes de moins de 85 ans ▪ Maladie chronique (douloureuses et/ou invalidantes) ▪ Annonce d'une rechute ▪ Perte d'autonomie +/- brutale ▪ Antécédents de dépression ▪ Certains médicaments ▪ Troubles cognitifs ▪ Addictions ▪ Être aidant d'une personne dépendante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solitude ▪ Isolement ▪ Carences relationnelles ▪ Survenue d'événements potentiellement traumatisques : deuil (personne ou animal de compagnie, rôle social...) ▪ Conflits familiaux ▪ Difficultés financières, mise sous protection juridique ▪ Déménagement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estime de soi ▪ Capacité à faire face et à affronter les difficultés ▪ Mise en œuvre de solutions adaptées ▪ Capacités à prendre du recul ▪ Optimisme ▪ Capacité à demander de l'aide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien familial, amical et professionnel ▪ Intégration sociale, appartenance à un groupe ▪ Maillage associatif, groupe d'entraide ▪ Professionnels médicaux et paramédicaux...



Accompagner & agir

Accompagner

L'accompagnement d'une personne dépressive est difficile. Certains comportements sont à privilégier et d'autres à éviter.

COMPORTEMENTS À PRIVILÉGIER	COMPORTEMENTS À ÉVITER
▪ Reconnaître l'existence de la tristesse de la personne	▪ Éviter de forcer la personne à faire quelque chose qu'elle n'a pas envie de faire
▪ Adopter une attitude bienveillante, montrer que vous la comprenez	▪ Éviter de solliciter de façon incessante
▪ Privilégier autant que possible l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne	▪ Éviter d'aller trop vite, de faire ou proposer plusieurs choses à la fois
▪ Valoriser la participation aux actes de la vie quotidienne, aux ateliers, activités	▪ Éviter de faire la morale à la personne, de faire des remarques qui pourraient être vécu comme blessantes, humiliantes ou du chantage
▪ S'appuyer sur ce que vous connaissez de la personne (histoire, centres d'intérêts)	▪ Éviter de réprimander, d'infantiliser et d'imposer.
▪ Mettre en avant les aspects positifs d'une situation	▪ Éviter de laisser la personne dans l'obscurité (rideaux tirés, volets et portes fermés)
▪ Discuter avec la personne des contacts qu'elle a eus récemment	▪ Éviter de tout faire à leur place
▪ Renforcer positivement toutes les réussites, même minimes	▪ Éviter de tenir des discussions anxiogènes
▪ Ne pas faire à la place des familles et essayer de les impliquer	▪ Éviter de parler de façon monocorde
▪ Respecter les moments de silence	
▪ Repérer les changements dans l'alimentation	
▪ Être attentif aux proches	
▪ Valorisation de l'image et de l'estime de soi	
▪ Etre attentif lors d'une entrée en structure ou d'un deuil, les risques de dépression peuvent surgir au bout d'un à six mois.	

A RETENIR

Les personnes dépressives ne peuvent pas agir sur leur maladie.

Il est donc inutile de faire appel à leur volonté pour s'en sortir, car le malade se sentira incompris ou culpabilisera, ce qui augmentera sa souffrance.

N'essayez pas non plus de minimiser son état de souffrance

en lui disant, par exemple : « Mais non, c'est un petit coup de blues, ça va passer. » Vous ne feriez que le détourner de son traitement.

Il est préférable d'éviter au malade des changements importants

(par exemple un déménagement de chambre) au cours de sa dépression.

Les personnes dépressives éprouvent de grandes difficultés à prendre des décisions.

Certaines en sont même incapables et leur demander de faire un choix peut les placer dans un désarroi total.

Lorsque la personne suit un traitement, il ne faut jamais l'approuver si elle confie son désir d'arrêter ses médicaments.

L'entourage doit au contraire tout faire pour l'en dissuader.

Discuter ouvertement du risque de suicide avec une personne dépressive.

En parler est le meilleur moyen d'évaluer le danger.

Ne cherchez pas à remettre en cause ces idées de mort, montrez à la personne que vous la comprenez.

Parfois, le silence vaut mieux qu'une litanie de conseils impossibles à suivre.

Le dépistage d'un état dépressif chez la personne âgée repose sur le repérage précoce de la souffrance psychique.

Chacun peut dans la mesure du possible être attentif à la souffrance de l'autre. En repérant et en évaluant mieux, en agissant ensemble, il est possible d'aider la personne âgée souffrant de dépression.

Il nécessite :

L'observation de la personne dans son environnement

La prise en compte des modifications : attitudes, paroles et gestes de la personne et de ses aidants.

L'évolution des comportements et événements comme les mises en danger, les conduites à équivalent suicidaire, conscients ou inconscients.

Une écoute attentive



Accompagner & agir

“

**Porter de l'attention,
entourer, rassurer,
s'intéresser à l'autre**

**Être présent, respecter,
ne pas juger,
permettre à la personne de
se sentir en confiance**

**Aider, soutenir, échanger,
chercher ensemble des
solutions aux difficultés**

**Accompagner, alerter,
orienter faire appel
à d'autres personnes**

”



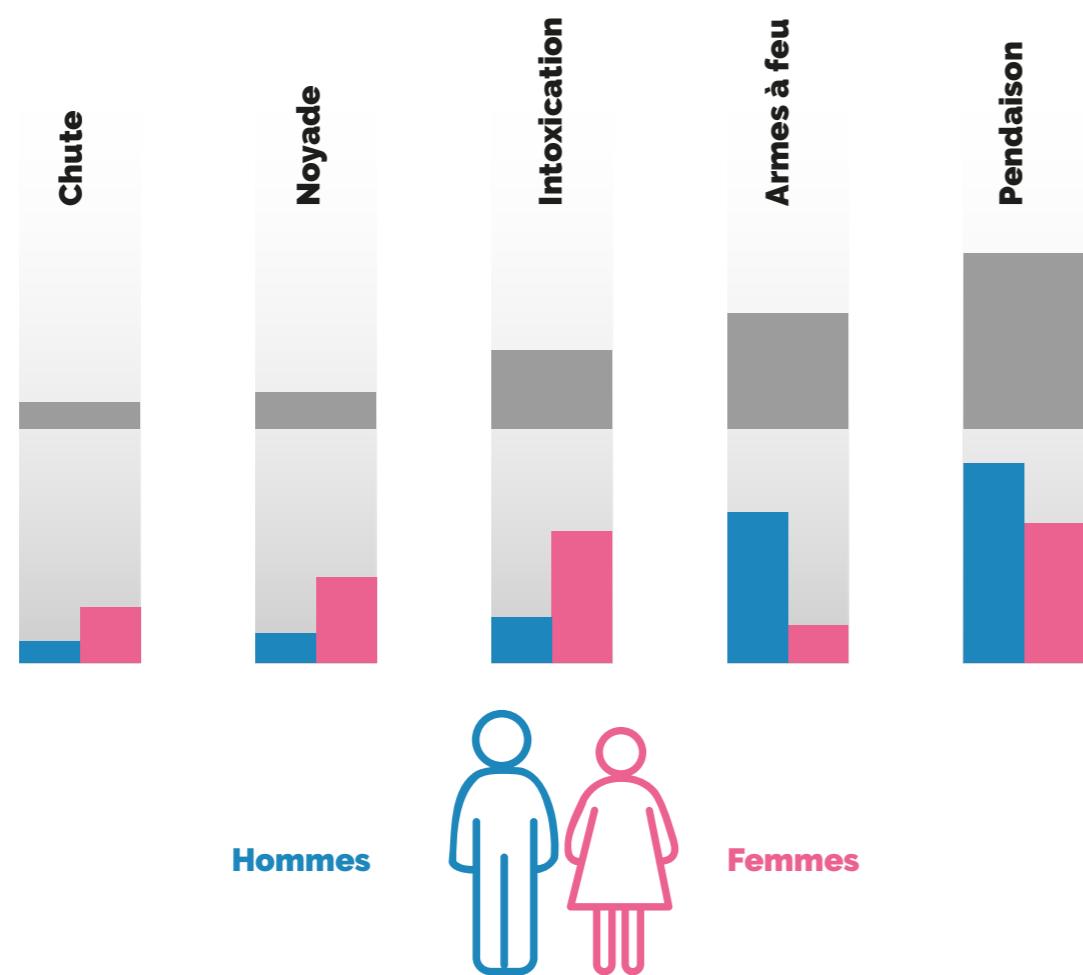


FAUX

Les femmes se suicident moins que les hommes : les femmes ont une capacité à gérer les émotions plus importantes et ont davantage de facteurs de protection (réseau relationnel plus important).

Cependant, nous constatons plus de tentatives de suicide dans la population féminine et plus de suicides aboutis dans la population masculine.

Les différents moyens utilisés



VRAI ou FAUX

Les femmes se suicident plus que les hommes

“ ”

Spécificités chez la personne âgée

L'écart entre tentatives de suicide et suicide aboutit se réduit à mesure que l'âge avance.

1 personne sur 10 avec des idéations suicidaires fera une tentative de suicide

1 tentative de suicide sur 4 aboutira au décès



Le risque suicidaire est donc particulièrement important chez la personne âgée.

Nous retrouvons :

- Une détermination particulièrement importante à se donner la mort, une tentative davantage planifiée
- Moins de facteurs de protection
- Association de moyens
- Moyens de suicides plus létaux
- Moindre surveillance des proches
- Moins de résistance physique, fragilité somatique

Si une personne âgée commence à avoir des idées suicidaires, le risque de décès par suicide est donc élevé.

La dépression favorise l'apparition d'idées suicidaires :

50% des personnes âgées déprimées sont en crise suicidaire.





66

VRAI ou FAUX



FAUX

Absence d'autres alternatives

- La personne ne trouve plus de solution, elle se sent dans une impasse.
- Le suicide est perçu par la personne en souffrance comme **LA** solution.
- Le suicide devient la solution pour cesser de souffrir.
- La personne ne recherche pas obligatoirement la mort **mais la fin d'une souffrance devenue insupportable**.
- Le suicide devient **LA** solution pour cesser de souffrir

Absence de choix : il s'agit donc d'un non choix

En réalité, elle ne veut pas mourir mais sortir d'une souffrance qui est devenue pour elle insupportable, insurmontable et interminable.

La personne a épuisé toutes les solutions pour tenter d'arrêter sa souffrance, il s'agit alors pour elle de la seule réponse. Elle se trouve donc face à un manque d'alternatives, de choix, elle se sent dans une impasse, « **les portes se ferment** »

Le suicide devient **LA SEULE** solution pour cesser de souffrir.

Ce n'est donc pas un choix mais au contraire une **absence de choix** ; un « non-choix ».

99

**Les personnes
qui se suicident
le font par choix**

Réversibilité

Cependant, à n'importe quel moment de la crise suicidaire, il peut y avoir réversibilité.

Les personnes étant très attachées à leur scénario, il s'agit d'essayer de limiter l'accès au moyen (ex: ôter les médicaments permettra de gagner du temps).

En écoutant et en reconnaissant la souffrance psychique et le désespoir, en orientant la personne vers les professionnels formés à l'accompagnement de la crise suicidaire, il peut être possible d'ouvrir la personne à d'autres possibilités, solutions et d'autres choix.

66

**A n'importe quel moment
de la crise suicidaire, il
peut y avoir réversibilité.**

99



FAUX

Nous ne pouvons pas parler de courage ni de lâcheté qui sont des jugements de valeur

C'est un acte désespéré

L'acte suicidaire n'est ni héroïque, ni lâche, ni le fait d'une faiblesse de caractère.

C'est l'aboutissement d'un processus dans lequel la personne ne voit plus d'autres issues pour mettre un terme à une souffrance qui est devenue insupportable.

On est au-delà de la dépression, de l'espoir, on parle de désespoir.

Il est important de :

- prendre au sérieux les verbalisations suicidaires
- faire attention au défi (« t'es pas capable de le faire »)
- favoriser l'expression de la souffrance.

66

VRAI ou FAUX

Pour se suicider
il faut être courageux

*« Le suicide est cette lâcheté
qui demande tant de courage »
Robert Sabatier*

99

VRAI ou FAUX

66

Les personnes
qui parlent de se suicider veulent
seulement attirer l'attention



FAUX

Les personnes expriment un mal être, c'est un cri de détresse.
Cela peut être pour elle une façon de demander de l'aide

Il est important :

- de ne jamais banaliser des propos suicidaires
- questionner la personne directement sur ses propos suicidaires
- chercher le sens de cette menace.

Même si cela peut être vécu comme une forme de « manipulation », il n'est pas anodin de mettre sa vie en jeu.

99



+ 60 ans

Risque
Suicidaire

Idées
Reçues

Repérer

Agir



66

VRAI ou FAUX

Les personnes
qui veulent se suicider ne
donnent pas d'indication
avant de passer à l'acte

“ ”

X FAUX

En fait le passage à l'acte suicidaire est souvent l'aboutissement d'un processus de plusieurs semaines.

Au cours de ce processus, il s'avère que **8 personnes sur 10, expriment des mots ou des signes non verbaux** qui, associés les uns aux autres, doivent inciter à investiguer les intentions de la personne. Qui plus est, plus la personne est proche du passage à l'acte, plus elle est prête à en parler.

LES INDICATIONS VERBALES

C'EST TROP DIFFICILE
POUR MOI... JE N'EN
PEUX PLUS

JE NE PEUX PLUS
CONTINUER COMME
ÇA... IL FAUT QUE
CELA S'ARRÈTE

JE SOUFFRE TROP

Messages exprimant une
souffrance intense

SI JE DISPARAISSE,
JE NE MANQUERAIS
A PERSONNE

Messages indirects

SI JE POUVAIS AVOIR
UN ACCIDENT, TOUT
SERAIT RÉGLÉ

LA VIE NE M'INTÉRESSE PLUS...
CE SERAIT MIEUX
POUR TOUT LE MONDE
SI JE N'ÉTAIS PLUS LÀ

LA SEULE SOLUTION
POUR MOI
C'EST DE MOURIR

JE N'EN PEUX PLUS,
JE VEUX MOURIR

Messages directs
exprimant
un désir de mourir

JE VOUDRAIS
ÊTRE MORT

JE NE DEMANDE
QU'A EN FINIR

JE SERAIS BEAUCOUP
MIEUX MORT...

JE NE
PASSERAIS PAS
UN AUTRE
WEEK-END
COMME ÇA

JE VAIS RÉGLER
MES AFFAIRES
ET APRÈS
JE VAIS EN FINIR

JE NE VAIS PAS
VOUS EMBARRASSER
LONGTEMPS

BIENTÔT,
VOUS
N'ENTENDREZ
PLUS
PARLER
DE MOI

Messages exprimant
une menace ou une
intention suicidaire

JE NE SERAI
PEUT-ÊTRE PLUS LÀ
QUAND VOUS
REVIENDREZ

JE SAIS
CE QUE J'AI
À FAIRE ET PERSONNE
NE POURRA M'EMPÊCHER

NE VOUS INQUIÉTEZ PAS, JE
CONNNAIS LA SOLUTION À
MES PROBLÈMES



66

VRAI ou FAUX

Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication avant de passer à l'acte (Suite)



FAUX

99

VRAI ou FAUX

66

Parler de suicide à une personne peut lui donner envie de passer à l'acte



FAUX

99

LES INDICATIONS NON VERBALES

SIGNES CLINIQUES	SIGNES COMPORTEMENTAUX
------------------	------------------------

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles du sommeil ▪ Troubles de l'alimentation ▪ Plaintes récurrentes ▪ Troubles de l'humeur ▪ Recours à des produits toxiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un changement prononcé du comportement ▪ L'arrêt d'un traitement ou un refus de soins ▪ Les préparatifs de départ : règlement et le rangement de ses affaires, don d'objets personnels investis... ▪ L'acquisition d'une arme, d'une corde... ▪ Le stockage de médicaments ▪ Un intérêt soudain pour les choses liées à la mort ▪ L'incurie soudaine ou progressive. |
|--|--|

Il est au contraire important d'en parler dans une relation duelle.

Parler du suicide c'est :

- ouvrir la porte à un dialogue,
- favoriser l'expression de la souffrance
- valider et authentifier la souffrance.

Il ne faut donc pas avoir peur d'utiliser le mot suicide et de poser des questions claires.

En effet, plus la question sera précise plus la réponse le sera et permettra la diminution de l'angoisse et de la surcharge émotionnelle.

Sans crainte vous pouvez ainsi poser ces questions :

- Est-ce que vous pensez au suicide ?
- Comment voulez-vous le faire ?
- Quand voulez-vous le faire ?

Il faut également questionner l'entourage car parfois la personne ne va pas verbaliser ses idées suicidaires lors du questionnement mais l'aura déposé auprès de ses proches.



Modélisation de la crise suicidaire

La progression de la crise

On croit fréquemment qu'une crise suicidaire se produit de manière spontanée. En fait, il est possible qu'un grand choc, comme un décès, précipite un état de crise. Cependant, de façon générale, il se produit **une progression** de l'état d'équilibre vers un état vulnérable, lequel culmine finalement à l'état de crise et au passage à l'acte.

“ La reconnaissance de ces différentes étapes permettra de désamorcer (dans certains cas) la crise suicidaire avant le passage à ”

Généralement, l'individu manifeste un ensemble de réponses comportementales lorsqu'il est confronté aux événements stressants de la vie. Habituellement, ces réponses permettent de maintenir un **état d'équilibre**.

En effet, lorsqu'un événement vient rompre cet état d'équilibre, par exemple un ou des changements majeurs survenant dans son milieu, l'individu cherche à retrouver l'équilibre antérieur par la mise en place d'un ensemble de stratégies et de mécanismes d'adaptation. Cependant, la déstabilisation s'accentue lorsqu'une personne affronte des obstacles importants ou lorsqu'un enchaînement d'événements négatifs se produit.

Ainsi, **chez la personne âgée, la dépression**, la perte d'autonomie, des pertes financières, le passage à la retraite ou un deuil peut induire la perte d'estime de soi ou encore la perte d'amis, empêchant la personne en crise de maintenir ou d'atteindre, pour un certain temps, cet état d'équilibre ou de stabilité.

Lorsque l'individu perd ses capacités habituelles de faire face aux événements stressants, on dira qu'il se trouve **dans un état de vulnérabilité**.

À cette étape, l'individu a épuisé son répertoire de réponses habituelles. Il ne parvient plus à évacuer une tension devenue trop intense au moyen des réponses qu'il connaît. L'individu en état de vulnérabilité évalue sa situation de manière négative; ces sentiments continuent d'accroître la tension et celle-ci devient de plus en plus difficile à éliminer.

L'épuisement des ressources cognitives peut provoquer une plon-

gée dans le monde des émotions, émotions souvent négatives qui embrouillent de plus en plus sa perception de la réalité.

L'individu se dirige rapidement **vers une phase de désorganisation et de confusion émotive** (Kirk, 1993).

L'état de déséquilibre prend alors graduellement le dessus et la personne se retrouve en crise. À cette étape, si la personne arrive, par une recherche de solutions, à une résolution efficace du problème, l'équilibre est retrouvé et la crise est évitée. Si, par ailleurs, la recherche de solutions s'avère infructueuse et/ou lorsque la personne est confrontée à des échecs répétés ou à un événement déclencheur supplémentaire, le stress et la tension continuent d'augmenter et poussent la personne vers un état de crise.

Il s'agit d'une période de désorganisation, de trouble et de stress importants pendant laquelle la personne tentera de trouver une solution acceptable permettant de diminuer le niveau de tension.

**“ L'état de crise est une période de déséquilibre intense.
Cette période se caractérise par trois grandes étapes :**

(1) une période de désorganisation qui culmine jusqu'à (2) une phase aiguë avant de se conclure par (3) une période de récupération.

d'après Monique SÉGUIN, Ph.D

Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?
Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull
Directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil - Centre de recherche Fernand-Séguin
Hôpital Louis-H.Lafontaine, Montréal

+ 60 ans

Risque
Suicidaire

Idées

Reçues

Repérer

Agir

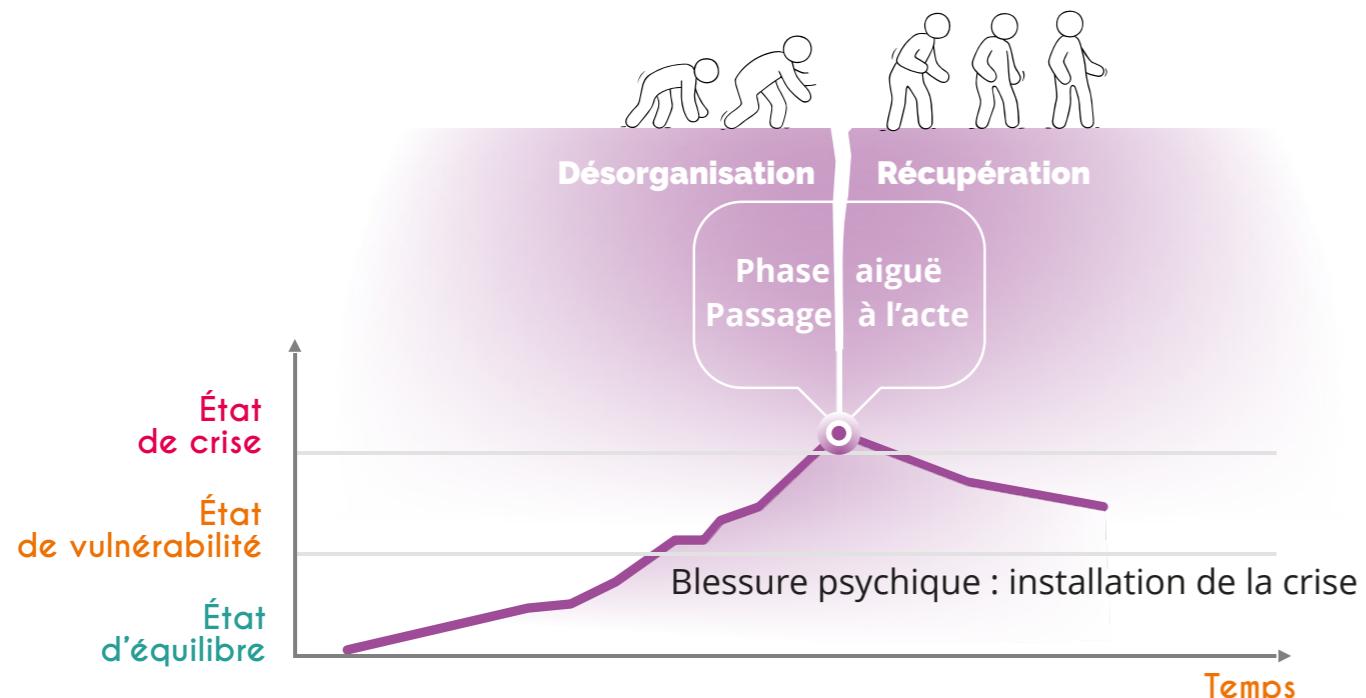
Modélisation de la crise suicidaire

C'est au cours de cette période de phase aiguë que pourra survenir la tentative de suicide chez un individu déjà vulnérable et souffrant de dépression.

La période de crise et de trouble intense peut durer de 6 à 8 semaines (Messick et Aguilera, 1976). Cette période de déséquilibre est exigeante pour l'individu et ne peut être tolérée longtemps ; une action structurante devient alors nécessaire. L'individu adoptera, de façon consciente ou inconsciente, des solutions, adéquates ou non, pour retrouver un certain équilibre.

Les graphiques suivant représentent l'évolution de l'état psychologique d'une personne en état de crise suicidaire.

CRISE SUICIDAIRE : MODÉLISATION DE LA CRISE



Sources : Pr. Monique SÉGUIN, Pr. Jean-Louis TERRA

MODÈLE DE LA CRISE SUICIDAIRE

Solutions inefficaces ou inadéquates



Recherche active de

SOLUTIONS

Flash Messages indirects

SOLUTIONS

Idées fréquentes
Baisse d'estime de soi

SUICIDE **SOLUTIONS**

Ruminations
Messages verbaux

SUICIDE **SOLUTION**

Cristallisation
Plan suicidaire
Recherche de moyens

SUICIDE

PASSAGE À L'ACTE

+ 60 ans

Risque
Suicidaire

Idées

Reçues

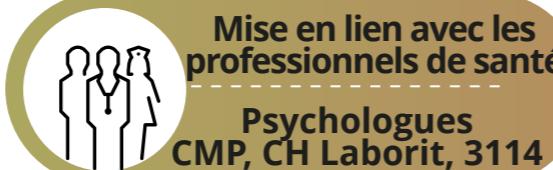
Repérer

Agir

Repérer et intervenir



Renvoyer la personne à son médecin traitant



Accompagner dans l'après

Le dispositif de recontact VigilanS

En France métropolitaine, les tentatives de suicide entraînent près de 100 000 hospitalisations et environ 200 000 passages aux urgences par an, soit environ 20 tentatives de suicide pour un décès. Le risque suicidaire est majoré pour les personnes ayant un antécédent de tentative de suicide :

- 75% des récidives ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide.
- La survenue d'une tentative de suicide multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante, et par 4 le risque de suicide ultérieur.

Le dispositif **VigilanS**, créé en 2015 dans les Hauts-de-France et maintenant généralisé à toute la France, a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récidives de tentative de suicide.

Ce dispositif consiste en un système de recontact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle.

VigilanS constitue un véritable outil de suivi qui procède en trois étapes :

A sa sortie de l'hôpital, le patient reçoit la carte avec le numéro de téléphone de VigilanS, qu'il peut contacter à tout instant afin de maintenir le dialogue.

Si la personne a déjà fait plus d'une tentative de suicide, les vigilanceurs la contactent par téléphone entre dix et vingt jour après sa sortie de l'hôpital pour s'informer de son état de santé.

S'il ne répond pas, le médecin traitant et le psychiatre sont contactés. Quant au patient, il reçoit une carte postale personnalisée ou un SMS tous les mois durant quatre mois. Au bout de 6 mois, toutes ces personnes sont rappelées pour une évaluation téléphonique détaillée de leur situation et de leur état de santé mentale. À la suite de cette évaluation, la veille est soit reconduite, soit terminée car jugée superflue.

La post-véntion

La postvention correspond à l'ensemble des interventions déployées après un suicide dans le milieu dans lequel le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée.

Elle a pour objectifs de :

- Diminuer les risques d'effet d'entraînement dans le milieu ;
- Diminuer la souffrance des individus ;
- Augmenter le sentiment de sécurité dans le milieu ;
- Renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité ;
- Favoriser un retour au fonctionnement normal du milieu.

Actuellement, les activités de postvention se divisent en deux grands domaines :

1. Les interventions de deuil auprès des personnes endeuillées à la suite d'un suicide, c'est-à-dire celles qui ont un lien d'attachement avec le décédé (voir paragraphe suivant)
2. l'intervention de stress, de crise et ou/de deuil dans le milieu auprès des individus qui ont été touchés ou exposés au suicide d'un membre de l'entourage.

Un milieu qui a vécu le suicide d'un membre de l'entourage n'est pas nécessairement un milieu endeuillé, c'est pourquoi il est important de mettre en place des interventions adaptées aux réactions et aux besoins des différents groupes cibles.

Réactions de stress

Des réactions normales de stress temporaire sont à observer (stupeur, choc, colère, tristesse, etc.), et sont tout à fait adaptées, compte tenu de la situation. Toutefois, certaines personnes peuvent développer des réactions de stress aigues, par exemple, celles qui ont été témoins du suicide ou qui ont trouvé le corps. Lorsque les symptômes perdurent au-delà d'un mois, il peut alors s'agir de trouble de stress post-traumatique.

Réactions de crise

Ces réactions s'observent généralement chez les personnes déjà vulnérables dont les stratégies d'adaptation ne sont pas appropriées pour faire face à la situation actuelle et donc pour retrouver leur équilibre. L'augmentation de leur état de vulnérabilité peut donc amener un état de crise, et même de crise suicidaire.

Réactions de deuil

Chez ceux qui avaient un lien d'attachement avec la personne décédée (parents, enfants, fratrie, conjoints, amis, etc.), des réactions normales de deuil (choc, déni, colère, impuissance, tristesse, recherche de sens, etc.) sont à observer. Toutefois, lorsque ces réactions perdurent ou lorsque que la personne était déjà dans un état de vulnérabilité, il peut y avoir risque de deuil compliqué et même risque suicidaire accru. Aussi est-il important de mettre en place des actions envers les endeuillés par suicide.

Accompagner dans l'après

L'aide aux endeuillés par suicide

Idées

Reçues

Repérer

Agir

Le deuil après suicide est reconnu comme étant particulièrement difficile (Lobb et al. 2010) et peut avoir un impact délétère sur la santé mentale avec apparition de conduites suicidaires, d'états de stress aigu, des deuils pathologiques, et de syndromes dépressifs (Pitman et al. 2014).

Les personnes endeuillées par suicide attestent également d'un retard majeur aux modalités de soutien et de soins (Pitman et al. 2018) et décrivent des phénomènes d'exclusion sociale et d'auto-stigmatisation

qui tendent à les isoler et à retarder leur recours aux aides nécessaires (Hanschmidt et al. 2016).

En France, les centres spécialisés proposant des consultations dédiées aux personnes endeuillées par suicide (consultations de postvention) sont rares, le réseau associatif est le principal support de soutien, téléphonique ou groupale.

Cependant, les coordinations territoriales Prévention Suicide Promotion de la santé mentale des départements des Deux Sèvres et bientôt de la Vienne ont mis en place un réseau de soutien aux endeuillés par suicide par une proposition de cinq entretiens psychologiques gratuits comme le fait déjà le réseau de la MSA dans ces deux départements, adressées aux 4 ou 5 personnes les plus proches de la personne décédée.

Les coordinations sont également lieux de ressources permettant aux personnes concernées d'obtenir des informations sur le deuil après suicide, ses complications, les possibilités d'aides et d'orientation pour être accompagnées dans leur deuil et en prévenir les effets délétères sur la santé mentale ou sur le plan psychosocial.

Une participation à des groupes d'endeuillés par suicide est également possible.



Outils de repérage

Grille « VOIR, ENTENDRE, SENTIR »

Cette grille n'est pas un outil diagnostic mais une aide au dépistage

Les personnes dépressives avec une perte d'autonomie ont moins tendance à exprimer leurs idées dépressives. Il faut donc savoir les rechercher ailleurs que dans les mots. En mettant nos sens en éveil, nous pouvons repérer les signes dans la vie quotidienne des personnes.

Nom et prénom :

Date de réalisation :

Lieu de réalisation :

Domicile Cabinet EHPAD Autre lieu : Précisez :

Cotation



VOIR	cochez si oui
LES CHANGEMENTS DE L'EXPRESSION DU VISAGE	
• La personne ferme souvent les yeux <input type="checkbox"/>	
• Son regard vous semble triste, moins expressif, vide. Il ne s'anime pas en cas d'événement agréable <input type="checkbox"/>	
• La personne pleure plus souvent que d'habitude <input type="checkbox"/>	
LA DIMINUTION DES ACTIVITÉS	
• La personne dort plus que d'habitude : elle a du mal à se lever le matin, elle fait des siestes plus fréquentes, plus longues <input type="checkbox"/>	
• La personne ne s'intéresse plus à ses activités habituelles : cuisine, ménage, courses, jeux, lecture, jardinage, télévision, actualités, conversations, visites, etc. <input type="checkbox"/>	
• La personne reçoit de moins en moins de visites, de coups de téléphone, sort de moins en moins de chez elle <input type="checkbox"/>	
• La personne regarde constamment la télévision, de façon inhabituelle <input type="checkbox"/>	
LES CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS	
• La personne s'emporte plus facilement que d'habitude, est plus facilement contrariée, devient désagréable, a des relations de plus en plus conflictuelles avec son entourage <input type="checkbox"/>	
• La personne a du mal à tenir en place, a des gestes nerveux inhabituels (par exemple, elle se tord les mains, se ronge les ongles, se tire les cheveux) <input type="checkbox"/>	
• La personne est plus lente, dans ses réactions, dans ses mouvements, dans sa façon de parler <input type="checkbox"/>	
• La personne a tendance à boire plus d'alcool ou à consommer des médicaments de type somnifères ou autres de façon inhabituelle <input type="checkbox"/>	
LES SIGNES D'UNE Perte D'APPÉTIT	
• Le réfrigérateur reste vide ou les restes moisissent <input type="checkbox"/>	
• L'assiette est toujours pleine en fin de repas <input type="checkbox"/>	
• La personne maigrira (les bijoux, les vêtements deviennent trop grands) <input type="checkbox"/>	
UNE NÉGLIGENCE INHABITUUELLE DE L'APPARENCE OU DU DOMICILE	
• La personne est moins apprêtée, néglige son apparence de façon inhabituelle : elle reste en pyjama, porte des vêtements tâchés, ne se coiffe plus, a les ongles et les cheveux sales, ne se maquille plus <input type="checkbox"/>	
• Le domicile est inhabituellement en désordre, sale <input type="checkbox"/>	
• Vous voyez traîner des emballages de médicaments inhabituels, des bouteilles d'alcool vides <input type="checkbox"/>	
ENTENDRE	cochez si oui
LE TON DE LA VOIX	
• Il devient triste ou monocorde, la voix est parfois chargée de sanglots <input type="checkbox"/>	
LES IDÉES NOIRES	
• La personne a des sujets d'inquiétude inhabituels, se fait du souci pour un rien, rumine <input type="checkbox"/>	
• Elle est anormalement pessimiste <input type="checkbox"/>	
• La personne n'exprime plus d'enthousiasme, de joie face à un événement agréable <input type="checkbox"/>	
• Elle exprime des idées qui ne vous semblent pas correspondre à la réalité : ruine, perte, maladie, accusations, etc. <input type="checkbox"/>	
• La personne parle souvent de la mort, dit vouloir mourir, que la vie ne vaut plus le coup d'être vécue <input type="checkbox"/>	
LES PLAINTES	
• La personne râle tout le temps, se plaint plus que d'habitude, notamment de problèmes physiques (douleurs, problèmes digestifs, etc.) <input type="checkbox"/>	
• La personne se plaint de mal dormir : elle a du mal à s'endormir, elle se réveille la nuit, plus tôt que d'habitude <input type="checkbox"/>	
• La personne se plaint d'être fatiguée, de manquer d'énergie <input type="checkbox"/>	
LA PERTE D'APPÉTIT	
• La personne dit ne plus avoir envie de manger, elle refuse même les plats qu'elle apprécie d'habitude <input type="checkbox"/>	
SENTIR	cochez si oui
MOINS DE BONNES ODEURS	
• Vous ne sentez plus d'odeurs liées à la préparation d'un repas <input type="checkbox"/>	
PLUS D'ODEURS DÉSAGRÉABLES	
• Vous percevez de façon inhabituelle des odeurs désagréables liées à un manque d'hygiène corporelle ou du domicile <input type="checkbox"/>	
• La personne a une haleine inhabituellement alcoolisée <input type="checkbox"/>	



La rencontre avec une personne dépressive est pour tout professionnel une situation complexe. Il est important de ne pas rester seul et de s'appuyer sur les ressources disponibles autour de soi.



Adresses et numéros utiles

Centre Médico Psychologique (CMP) de la Vienne

Tél. 05 16 52 61 09

Les CMP sont des services publics d'accueil et de consultation ouverts à toute personne adulte présentant une difficulté d'ordre psychologique ou psychiatrique.

Coordination Territoriale de prévention du suicide

Tél. 05 49 44 58 13

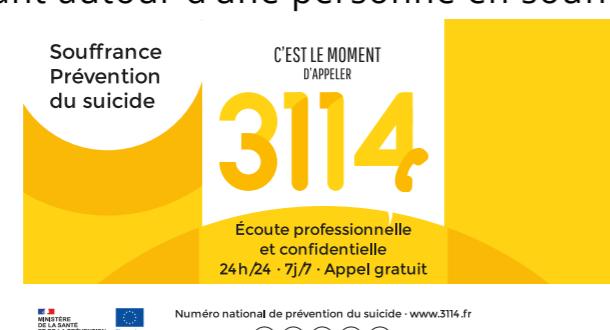
La Coordination Territoriale de la Vienne décline la stratégie nationale de prévention du suicide sur le département : formations sur les fonctions de repérage (formations Sentinelles), d'évaluation du potentiel suicidaire et d'intervention en crise suicidaire, mise en place du dispositif VigilanS et du 3114 en Vienne, soutien aux familles et aux personnes endeuillées par suicide.



Numéro national de prévention du suicide

Tél. 3114

Le 3114 s'adresse à toute personne en détresse et/ou avec des pensées suicidaires mais aussi aux proches ou professionnels intervenant autour d'une personne en souffrance.



Ce numéro national est accessible 24h/24 et 7j/7, gratuitement.



Association SOS Amitié

Tél. 05 49 45 71 71

Cette association offre la possibilité de mettre des mots sur sa souffrance et ainsi de prendre le recul nécessaire pour retrouver le goût de vivre. SOS amitié propose un service d'écoute (anonyme et confidentiel), un tchat et une messagerie.

Service d'écoute « Suicide Ecoute »

Tél. 01 45 39 40 00

L'association met à disposition une ligne d'écoute (disponible 24h/24 et 7j/7) pour les personnes en détresse et les aide à exprimer leur mal être. La ligne d'écoute s'adresse également aux proches de personnes déprimées ou en souffrance.

Service d'écoute « Ecoute-famille » de l'UNAFAM

Tél. 01 42 63 03 03

L'UNAFAM propose une ligne d'écoute où des psychologues cliniciens se relaient pour répondre aux appels et orienter selon les besoins exprimés. Anonyme et gratuit, ce service est souvent le premier point de contact entre l'UNAFAM et les personnes qui doivent faire face à la maladie psychique d'un proche.

Service d'écoute « Agri'écoute » de la MSA Poitou

Tél. 09 69 39 29 19

Ce service est dédié au monde agricole et rural. La MSA œuvre pour prévenir le mal-être en milieu rural et s'est engagée à détecter et accompagner les personnes en difficulté. Au-delà du service d'écoute proposé, une plateforme permet de chatter, de prendre rendez-vous avec un psychologue et de consulter des fiches et conseils sur la santé mentale.

Textes

Pourquoi ? Pourquoi ce choix ? : Témoignage d'une personne endeuillée par suicide

Pourquoi avoir choisi une si belle matinée ?
Ce moment-là pour anéantir notre destinée ?
Nous avions les mêmes désirs, de belles espérances
Me voici aujourd'hui accablée devant ton incohérence

Pourquoi as-tu décidé de couper ce doux lien ?
Te trouver là, inerte, gisant j'ai crié reviens.
Affolée, anéantie, troublée, destituée, délaissée,
J'ai hurlé de toutes parts, pourquoi ce geste insensé ?

Pourquoi. Seul le silence répond à mes questions.
N'avoir pu saisir ta souffrance désarçonne mes émotions.
Ma culpabilité face à ta fuite m'écrase, me désempare.
Y avait-il des signes, à cet acte irréversible, ce départ ?

Pourquoi cette séparation est si pénible, si désarmante ?
Elle ouvre dans l'amour une ornière très déprimante.
Pourquoi en te brisant m'as-tu aussi cassée ?
Comment vais-je survivre et vivre sans tes baisers ?

« Non ne pars pas »

Viens vers le soleil, la vie (Témoignage d'un accompagnant d'une personne avec des idées suicidaires)

Ne reste pas seul, face à tes angoisses et ton désespoir
Evacue de ton cœur, tes refus et tes idées noires.
Dehors, il y a quelqu'un pour les recevoir.

Ne reste plus emmuré dans tes rejets, ton silence
Tes proches sont là, pour écouter ta désespérance.
Dehors, il y a des amis pour dire l'espérance

Ne reste pas dans ta prison intérieure de doutes, de peurs.
Brises les barreaux, chasse l'amas de griefs, de rancœurs.
Dehors, il y a du soleil, la vie, la joie, du bonheur.

Ne t'éloigne pas des coeurs aimants, des bras tendus.
Dépose tes errances, tes déconvenues, tes malentendus.
Dehors, une oreille est là et, tes maux entendus.

Ne reste pas sourd, ni aveugle à l'amour des tiens.
Oses avec courage voir la vie. Ton avenir tu le détiens.
Dehors, regarde ceux qui t'apportent soutien

Ne prive pas ta famille, tes copains de ton amour
Eux qui te le disent et le prouvent chaque jour.
Dehors, ils sont près de toi et le seront toujours

Ne reste pas seul avec ta souffrance et l'appel du néant.
Penses à ton entourage, sa culpabilité, son accablement.
Dehors est la vie-sors de ton tourment

Ne reste pas seul. Ne pars pas.
Viens vers nous.
Viens vers le soleil, et la vie.
Ne reste pas seul. Ne pars pas.
Viens avec nous.
La vie sans toi serait trop de pourquoi.
Nous sommes-là présents.
Accroches-toi à notre tendresse.
Voici nos coeurs, viens y déposer ta détresse.
Voici notre disponibilité pour mieux t'entendre
Voici notre volonté pour partager et comprendre
LA VIE EST LA
Avec nous, avec notre amour.
Viens, ne restes pas SEUL.



+ 60 ans

Dépression

Risque
Suicidaire

Boîte à
Outils

