

INTRODUCTION

- ***Le suicide est une priorité de santé publique.***
- En terme de prévention, le repérage et la prise en charge de la crise suicidaire sont fondamentaux et la formation des professionnels dans ce domaine est essentiel.
- Dans le cadre du ***Plan départemental de santé mentale*** et de la ***mesure spécifique suicide***, une stratégie globale, -avec l'ensemble des partenaires concernés (CHU, CHS, CODES, ARS...)- de ***prévention du suicide***- a été élaborée concernant des populations cibles : les jeunes, les personnes âgées, certains milieux professionnels.
- Sensibilisation au risque suicidaire pour les professionnels du Conseil général et leurs partenaires.
- Formation de référents au repérage de la crise suicidaire (CODES/ARS).
- Séminaire professionnel –en cours de préparation- qui sera suivi d'une campagne de communication grand public.
- Travail de recensement des dispositifs existants.
- Améliorer les dispositifs d'écoute et de réponse téléphoniques. –Fil santé jeune : partenariat avec le numéro d'écoute national –Plateforme INPES pour fédérer les numéros d'écoute.
- Favoriser le travail en réseau et partenariat.
-
-
-
- **En partenariat avec Sud-coordonnateurs et l'aide du Docteur Michel Benoit**, on a élaboré ce questionnaire qui va vous être présenté.
-
- Le but serait de connaître **votre pratique, votre expérience** en matière de prévention du suicide en EHPAD et éventuellement de faire émerger des **besoins de formation**.
- Les retours des questionnaires que vous nous ferez seront présentés lors du séminaire « Prévenir le suicide, c'est possible ».

LUTTER CONTRE LES IDEES RECUES

Mythe

~~La plupart des suicides surviennent soudainement, sans signal d'alarme.~~

Fait

La majorité des suicides sont précédés de signes annonciateurs, oraux ou comportementaux.

Il existe évidemment des cas soudains mais il est important de comprendre les signaux d'alarme et de savoir les repérer.

Mythe

~~Les personnes suicidaires sont déterminées à mourir.~~

Fait

Au contraire, les personnes suicidaires ne savent souvent pas si elles veulent vivre ou mourir. Par exemple, elles vont agir de manière impulsive en ingérant des pesticides et mourir quelques jours plus tard alors qu'elles auraient en fait voulu continuer à vivre. L'accès à un soutien psychologique à temps peut permettre d'éviter un suicide.

Mythe

~~Parler du suicide est une mauvaise idée et peut être interprété comme un encouragement à passer à l'acte.~~

Fait

En raison de la stigmatisation très répandue associée au suicide, la plupart des personnes qui envisagent de se suicider ne savent pas vers qui se tourner. Aborder ouvertement le sujet n'incite pas à se suicider. Au contraire, cela ouvre d'autres possibilités à la personne concernée, ou lui laisse le temps de revenir sur sa décision, ce qui peut éviter un suicide.

Mythe

~~Les personnes qui évoquent le suicide ne pensent pas passer à l'acte.~~

Fait

Les personnes qui évoquent le suicide lancent peut-être un appel à l'aide. Bon nombre de ceux qui pensent au suicide sont anxieux, déprimés, désespérés et ont l'impression de ne pas avoir d'autre choix.

Des données épidémiologiques encore à améliorer

L'examen des chiffres relatifs au nombre de morts par suicide, aux tentatives de suicides et même aux pensées suicidaires, pour les différentes tranches d'âge, permet de mieux connaître le phénomène du suicide.

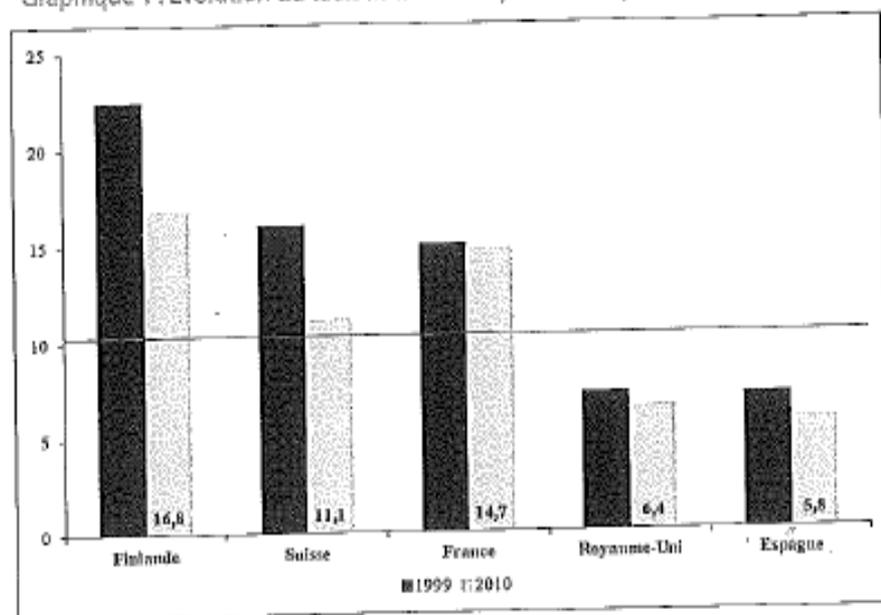
Quelle est la situation du suicide en France, comment a-t-elle évolué au fil des années ?

☐ Les décès par suicide

☑ Données globales

Une politique active de prévention a contribué à la baisse de l'ordre de 20 % du nombre de décès par suicide en France entre 1986 et 2010. Au cours de ces vingt-cinq années, le nombre de morts est passé de 12 525 à 10 334³. En 2010, le taux de mortalité par suicide est de 14,7 pour 100 000 habitants. Il se situe nettement au-dessus de la moyenne européenne (10,2 pour 100 000 habitants). Des progrès supplémentaires pourraient être accomplis au regard des résultats obtenus par d'autres pays sur la même période (Cf. tableau ci-dessous).

Graphique 1 : Évolution du taux de mortalité par suicide pour 100 000 habitants



Source : Eurostat – dernières mises à jour 14 décembre 2012. Graphique section affaires sociales

Par ailleurs, plus on avance en âge, plus le taux de suicide augmente :

Graphique 3 : Nombre de décès par suicide pour 100 000 habitants en 2010

| Moyenne générale | 75-84 ans | 85-94 ans |
|------------------|-----------|-----------|
| 14,7 | 29,5 | 41,5 |

Source : Infosuicide.org

GRAPHIQUE Taux* de décès par suicide en 2010 dans l'Union européenne

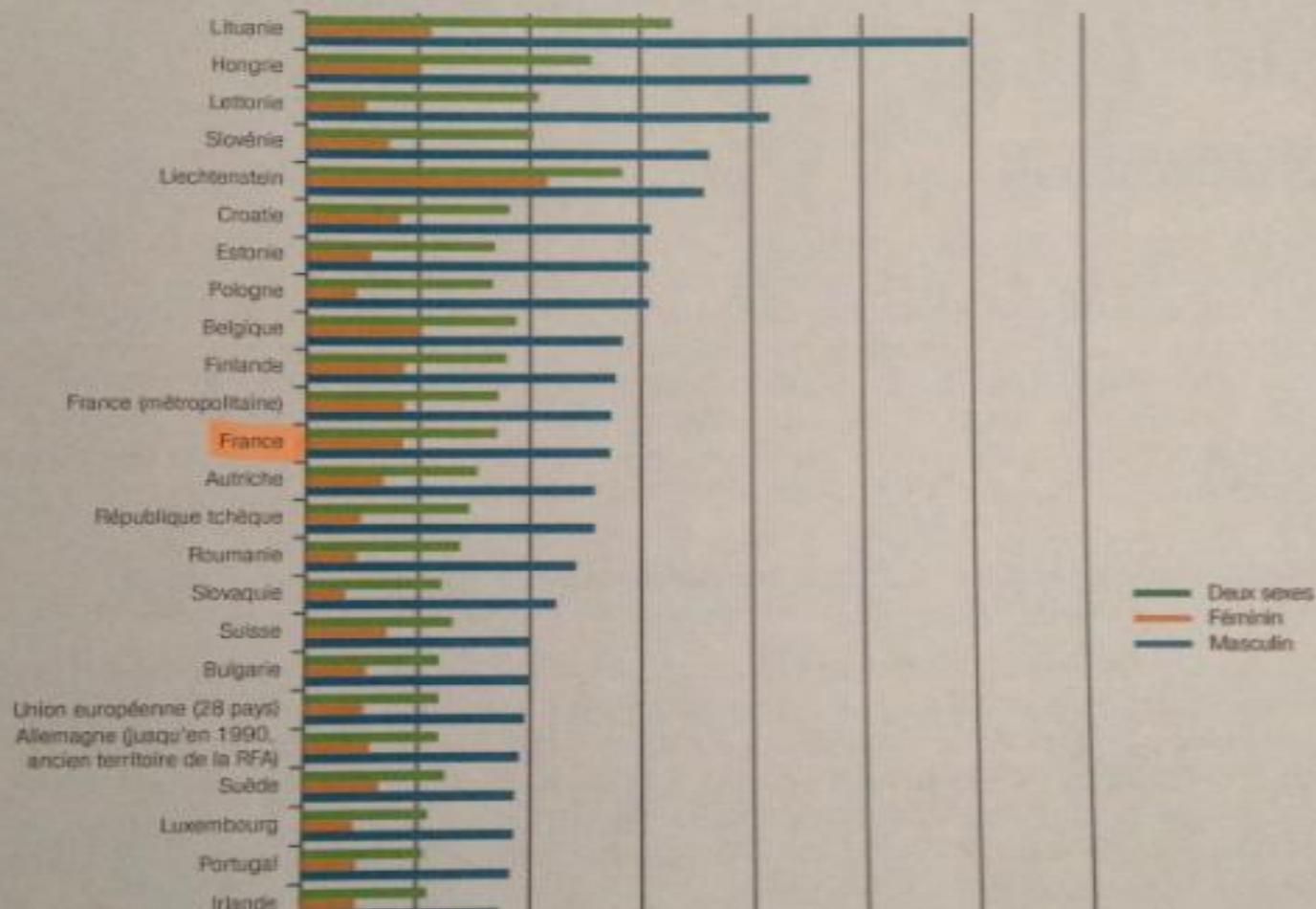


TABLEAU 1 Effectifs et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge – France métropolitaine, 2011

| | Hommes | | | Femmes | | | Deux sexes | | |
|------------------|--------------|-------------|--------------------|--------------|------------|--------------------|---------------|-------------|--------------------|
| | Nb décès | Taux* | % mortalité totale | Nb décès | Taux* | % mortalité totale | Nb décès | Taux* | % mortalité totale |
| 1 - 14 ans | 23 | 0,4 | 3,45 | 13 | 0,3 | 2,61 | 36 | 0,3 | 3,09 |
| 15 - 24 ans | 364 | 9,4 | 16,62 | 124 | 3,3 | 15,96 | 488 | 6,4 | 16,45 |
| 25 - 54 ans | 3907 | 31,7 | 13,29 | 1 178 | 9,3 | 8,22 | 5 085 | 20,5 | 11,63 |
| 25 - 34 ans | 776 | 20,2 | 23,10 | 169 | 4,3 | 13,18 | 945 | 12,3 | 20,36 |
| 35 - 44 ans | 1 424 | 33,3 | 19,56 | 401 | 9,3 | 11,26 | 1 825 | 21,3 | 16,83 |
| 45 - 54 ans | 1 707 | 40,4 | 9,10 | 608 | 13,9 | 6,41 | 2 315 | 27,2 | 8,20 |
| 55-74 ans | 2043 | 32,7 | 2,43 | 841 | 12,0 | 2,00 | 2 884 | 22,3 | 2,29 |
| 55 - 64 ans | 1 262 | 32,3 | 3,24 | 567 | 13,6 | 3,12 | 1 829 | 22,9 | 3,20 |
| 65 - 74 ans | 781 | 33,1 | 1,74 | 274 | 10,1 | 1,15 | 1 055 | 21,6 | 1,53 |
| 75 ans ou + | 1 422 | 68,7 | 0,92 | 452 | 12,5 | 0,22 | 1 874 | 40,6 | 0,52 |
| 75 - 84 ans | 906 | 55,6 | 1,13 | 290 | 12,0 | 0,43 | 1 196 | 33,8 | 0,81 |
| 85 - 94 ans | 492 | 102,7 | 0,74 | 149 | 13,8 | 0,14 | 641 | 58,3 | 0,37 |
| 95 ans ou + | 24 | 103,7 | 0,29 | 13 | 12,6 | 0,04 | 37 | 58,1 | 0,10 |
| Tous âges | 7 759 | 27,7 | 2,85 | 2 608 | 8,1 | 0,99 | 10 367 | 17,9 | 1,94 |

* Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la population Eurostat EU & EFTA.

Source • CépiDc-Inserm.

Crise suicidaire

- Processus psychique généralement délimité dans le temps
- **Cheminement** d'un état émotionnel négatif intense et prolongé pour lequel aucune solution n'apparaît, à un sentiment de **désespoir** jusqu'à l'émergence des idées suicidaires
- Processus **dynamique**
Réversible à chacune de ses étapes

- **Recommandations :**
- **Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la crise suicidaire et du suicide dans le grand âge.**
- **Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la dépression, sa reconnaissance et son traitement chez le sujet âgé,**
- **Améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression en médecine générale, en psychiatrie, en hospitalisation et en institution gériatrique, en proposant aux médecins concernés le large recours à des questionnaires simples et utilisables par tout médecin, comme la mini GDS.**

- **La personne âgée**

- **A partir de 65 ans, le taux de suicide augmente avec l'avancée en âge.**
- **Chez les personnes âgées, la crise suicidaire est souvent peu apparente et elle est difficile à reconnaître.**
- **Ces personnes ne montrent pas leur détresse de façon bruyante ou par une tentative de suicide.**
- **Des signes comme :**
- **le repli sur soi,**
- **les attitudes de désinvestissement,**
- **le refus de s'alimenter ou le refus de soin**
- **doivent faire évoquer la possibilité d'une crise suicidaire.**
- **La détermination à se donner la mort augmente avec l'âge.**
- **Facteurs de risques spécifiques :**
- **âge supérieur à 75 ans,**
- **le sexe masculin,**
- **la perte d'un conjoint,**
- **les maladies somatiques (notamment celles sources de handicap ou de douleur),**
- **les changements d'environnement (comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital),**
- **la perte des rôles,**
- **l'isolement,**
- **les conflits et la maltraitance,**
- **la dépression (quasiment constante même si ses manifestations ne sont pas toujours typiques),**
- **l'existence de moyens de suicide par mort violente qu'il faudra rechercher et mettre à l'écart**

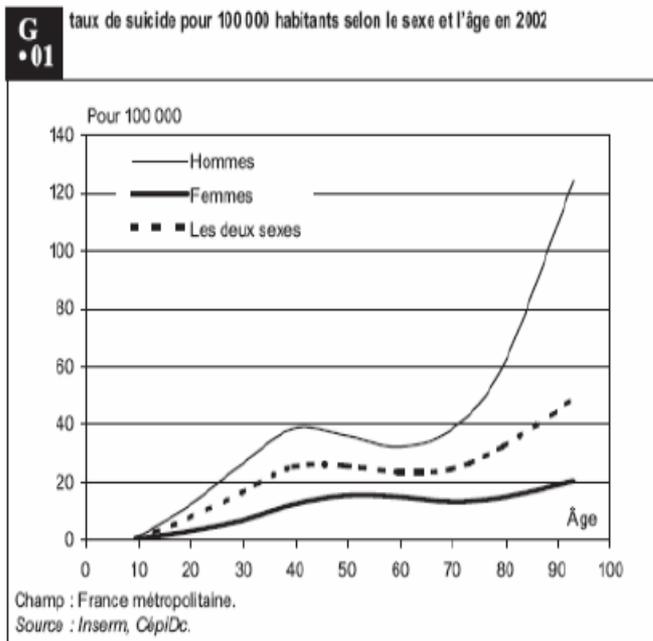
SUICIDE DU SUJET AGE

En France

- Malgré une diminution générale : 10333 suicides en 2010 en France métropolitaine contre 11403 en 1990, le taux de suicide restant élevé, notamment chez les hommes.
- Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants de 20.3 en 1990 à 19.2 en 2012.
- La France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide (après la Finlande, la Belgique et les pays de l'Est) avec un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne (10,2 suicides pour 100 000 habitants).

En France, le taux de mortalité par suicide atteint 30/100 000 après 75 ans

- Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge
- Et atteint son taux maximal chez les hommes très âgés
- Incidence pour 100 000 habitants: 6.5 chez les 15-24 ans, 29.4 pour les 75-84 ans et 39.5 pour les 85-94 ans.



Quelles particularités cliniques aux âges plus avancés?

- Taux de mortalité par suicide + important
- Gestes + graves:
 - Intentionnalité suicidaire et planification + fortes
 - Moyens souvent + violents
 - Fragilité -> conséquences médicales
 - Ratio TS:S très bas: 4:1 versus 200:1 (25 ans)
 - > Beaucoup de suicides réussis à la première tentative
- Variabilité selon le genre:
 - Homme ratio TS:S = 1.2
 - Femme ratio TS:S = 3.3
- Peu de menaces suicidaires à visée mobilisatrice
- Équivalents suicidaires (EHPAD surtout)

Et en EHPAD?

- Risque: Femmes peu âgées et hommes, entrée en institution mal acceptée
- Modalité: pendaison, défenestration, IMV
(Casadebaig. Rev Epid Sante Pub.2003)
- Quelles prévention?
 - Équivalents suicidaires et dépression (formation des équipes)
 - Points de ligatures
 - Monitoring douleur morale et IDS: EVA
- Retentissement institutionnel du suicide (résidents et équipe de soins)

Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014

- Approche globale de la question du suicide : de la prévention à la prise en charge des suicidants et à la postvention
- **Attention particulière à certaines populations** plus vulnérables au risque suicidaire : les **personnes âgées**, les personnes détenues, ..
- Actions à mener dans le champ de la prévention et de l'amélioration de la prise en charge des suicidants et, le cas échéant, l'accompagnement de leur entourage (« postvention »).
- 49 mesures regroupées en six axes :
 - Prévention et de la postvention,
 - Prise en charge des personnes à risque suicidaire et leur entourage
 - l'information/communication
 - la formation des professionnels
 - le développement des études et de la recherche
 - le déploiement régional des mesures initiées.

Comité de pilotage sollicité par Michèle delaunay: prévention du suicide des personnes âgées

- Comité National pour la Bienveillance et le droits des Personnes Agées et des personnes handicapées
- Axes:
 - Sensibilisation en population générale (dépression)
 - Sensibilisation des sujets âgés
 - Etablissement et formation de gate keepers (structures médico sociales)
 - Formation des médecins généralistes
 - Suppression de l'accès aux moyens létaux
 - Promotion du vieillissement réussi
 - Lutter contre l'isolement et la stigmatisation du vieillissement
 - Articulation des réseaux gérontologique, psychiatrique et des structures médico sociales

Programme de formation « JL Terra »

- Formation de type sentinelle
- Auprès de 12 EHPAD versus 12 EHPAD témoin
- Formation de l'ensemble du personnel au repérage de conduites suicidaires

RECOMMANDATIONS ANESM

Dans 70 % des cas les suicides de personnes âgées ont lieu à domicile. Dans les établissements d'hébergement, le risque de suicide est accru dans la première année qui suit l'entrée de la personne.

1 ORGANISER LA GESTION DES MOMENTS DE CRISE AVEC RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

Le risque suicidaire est une estimation, une probabilité à plus ou moins long terme qu'une personne réalise un geste suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire tient compte du vécu de la personne, de son histoire de vie, des pertes subies, de son état de santé psychique ou encore des éventuelles tentatives de suicide antérieures.

L'organisation par le service ou l'établissement de la gestion des situations de crise doit être anticipée par l'encadrement et nécessite, pour être efficace, d'être connue de l'ensemble des professionnels.

Le Programme national d'action contre le suicide³⁸ préconise en ce sens un « *développement des pratiques de prévention et de postvention* » du passage à l'acte suicidaire notamment via une incitation à « *prendre en compte dans le projet d'établissement des services et établissements sociaux et médico-sociaux la question de la prévention du suicide* ».

Enjeux et effets attendus

- Les principales conduites à tenir face à une personne en situation de crise suicidaire sont formalisées et connues des professionnels.
- Des décisions adaptées à l'état de crise de la personne sont prises.
- Les conséquences de cette situation de crise sur la personne et/ou ses proches sont autant que possible diminuées.

RECOMMANDATIONS

- ↳ Sensibiliser les professionnels à la distinction, difficile mais nécessaire, entre l'expression par une personne âgée de propos en rapport avec la mort et la formulation d'idées suicidaires.

- ↳ Identifier en amont les personnes ressources, en interne ou en externe, qui pourront aider à l'évaluation de la situation et/ou prendre le relais de la gestion de la crise, et notamment :
 - le médecin référent et/ou spécialiste ;
 - une personne « sentinelle » présente au sein du service ou de l'établissement et identifiée comme référente sur les questions liées au risque suicidaire et au suicide;
 - les numéros d'urgence ;
 - les professionnels du secteur psychiatrique ou psycho-gériatrique.
- ↳ Élaborer des protocoles d'urgence adaptés à la diversité des situations :
 - en cas d'urgence suicidaire ;
 - en cas de décès par suicide (à intégrer dans le protocole décès).

- ↳ Mentionner au sein de ces protocoles :
 - les coordonnées des personnes à prévenir : l'encadrement et/ou la direction du service, les premiers secours, la personne de confiance, le médecin traitant, la police, etc. ;
 - la répartition des rôles en cas de crise : qui doit être appelé en premier ? Qui appelle ? Que faire en cas d'absence de réponse ?, etc. ;
 - les conduites à tenir : quels sont les gestes et les paroles à privilégier en attendant l'arrivée des secours et/ou du médecin et/ou de la police pour le constat médico-légal ? Quelles sont les règles de confidentialité à respecter ?, etc. ;
 - le plan de communication interne (vis-à-vis du personnel, des autres résidents) et externe (vis-à-vis des proches, des bénévoles, de la presse, etc.).
- ↳ Expliciter ces protocoles auprès de tous les professionnels :
 - collectivement lors de réunions d'équipe ou individuellement lors d'entretiens ;
 - aux professionnels intervenant la nuit ;
 - aux nouveaux arrivants lors de leur prise de poste.
- ↳ S'assurer de la mise à disposition effective de ces protocoles auprès de tous les professionnels ainsi que de leur mise à jour régulière.
- ↳ Proposer aux professionnels l'utilisation d'outils d'aide au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire (par exemple à l'aide de questionnaires spécifiques).
- ↳ Encadrer l'utilisation de ces outils d'aide au repérage :
 - en formant les professionnels à leur utilisation ;
 - en aidant les professionnels à l'analyse des résultats obtenus ;
 - en laissant aux professionnels l'opportunité d'exprimer leurs difficultés liées à l'utilisation de ces outils, sur des temps de réunions collectives ou en entretien individuel.

- **Sources** :
- Prévention du suicide : « L'état d'urgence mondial » OMS 2014.
- Le suicide est évitable. Pourtant, toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde.
- Plan de santé pour la santé mentale 2013-2020 : les états membres de l'OMS se sont engagés à atteindre la cible mondiale visant à réduire de 10% les taux de suicide dans les pays d'ici 2020.
- L'Observatoire national du suicide (novembre 2014).
- Les avis du Conseil Economique, Social et Environnemental : « Plaidoyer pour une prévention active » (février 2013).
- Les cours du Docteur WYART (CHU de Nîmes) DIU Psychogériatrie 2015.
- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles mai 2014 :
- « Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement ». Ces recommandations de bonnes pratiques s'adressent à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent la personne âgée à domicile ou en établissement d'hébergement.

QUESTIONNAIRE

- **Présentation questionnaire**

- **Selon votre expérience pratique en matière de risque suicidaire, pouvez-vous répondre aux questions suivantes ? Vos réponses seront prises en compte pour l'adaptation des stratégies de prise en charge.**

- **1.Selon vous, le risque suicidaire est-il une problématique importante en EHPAD, (cochez sur la ligne).**

Pas du tout parfois souvent très souvent toujours

- **2.L'évaluation d'un risque suicidaire est-elle facilement réalisable en EHPAD ? (cochez sur la ligne).**

Pas du tout parfois souvent très souvent toujours

- **3.Utilisez-vous un (des) outil(s) d'évaluation pour apprécier ce risque ? (cochez sur la ligne).**

Pas du tout parfois souvent très souvent toujours

- **4.Si oui, lequel (lesquels) ?.....**

- **5.Utilisez-vous un protocole ou un kit de dépistage du risque dépressif ou suicidaire ? (cochez sur la ligne).**

Pas du tout parfois souvent très souvent toujours

- **6.Si oui, lequel (lesquels) ?.....**

- **7. Identifiez-vous des situations à risque de crise suicidaire ?**
- **Si oui, lesquelles en particulier ?**
-
- **8. Identifiez-vous des signes d'alerte de crise suicidaire ? si oui, lesquels en particulier ?**
-
- **9. A votre avis, le personnel de l'EHPAD connaît-il les facteurs de risque et les signes de crise suicidaire ?**
-
- **10. Pensez-vous que le personnel est suffisamment formé au dépistage d'une crise suicidaire ? Qui devrait être formé selon vous ?**
-
- **11. L'établissement applique-t-il un protocole d'admission des résidents ?**
-
- **12. Une évaluation dans la phase d'admission par un psychologue est-elle réalisée, et vous paraît-elle nécessaire ?**
-
- **13. L'intervention d'un psychiatre est-elle possible dans votre établissement ? Est-elle éventuellement formalisée ? A quelle fréquence ?**
-
- **14. Les éventuelles possibilités d'intervention d'un psychiatre vous semblent-elles suffisantes ? utiles ?**
-
- **15. Pensez-vous qu'une téléconsultation de psychiatrie pourrait être utile pour l'évaluation d'un risque suicidaire ?**
- **Y avez-vous recours, ou souhaiteriez-vous qu'elle soit disponible ?**
-