

**Formation à l'évaluation du potentiel suicidaire et à
l'orientation**

Guide du formateur

Seconde édition / 2020

Laure Bleton, M.D, Psychiatre, CHRU de Brest

Céline Kopp-Bigault, Ph.D, Psychologue, CH des Pays de Morlaix / Equipe MOODS du
Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des Populations / INSERM / UVSQ –
Université de Paris Saclay

Table des matières

Contributions	3
Formateurs expérimentateurs.....	3
Relectures	3
Journée 1	4
Généralités (Diapo 1 à 5) : 15 min.....	4
Chapitre 1 : Connaissances communes sur le suicide et préalables	7
Chapitre 2 : Crise et crise suicidaire	11
Chapitre 3 : Evaluation du potentiel suicidaire	17
Chapitre 4 : Conditions relationnelles à l'évaluation (Diapos 48-56)	22
Journée 2	24
Chapitre 5 : Orientations.....	25
Conclusion de la formation : diapo 68 (Durée30 min).....	27
Pour aller plus loin : Populations spécifiques	28
Les adolescents.....	28
Les personnes âgées	30
Les patients schizophrènes.....	30
Document 1 : Représentations sociales du suicide, des suicidés et des causes de suicide (Sans recherche associée).....	33
Documents 2 : Epidémiologie – Classe inversée	36
Quelques éléments de définitions	36
Epidémiologie.....	36
Incidence	36
Taux d'incidence.....	36
Prévalence.....	36
Taux de mortalité	36
Taux de mortalité prématurée	36
Données sur le suicide	37
Données générales	37
Répartition géographique en France	38
Age et Sexe Ratio.....	38
Evolution au cours du temps du nombre de suicide en France	39
Données sur les tentatives de suicide	39

Contributions

Monique Séguin, PhD, Université de Québec en Outaouais - Mc Gill University – Montréal, Nadia Chawky, PhD, Mc Gill University, Charles-Edouard Notredame, M.D, Université de Lille -CHU de Lille – Groupe Mc Gill d’Etudes sur le suicide, pour les documents issus de la formation Intervention de crise. Copyright 2017

Anna Szücs, M.D., Université de Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève pour les documents « Pour aller plus loin » concernant les personnes âgées.

Armelle Gentric, PU-PH, CHRU de Brest pour les documents « Pour aller plus loin » concernant les personnes âgées.

Philippe Genest, M.D., PhD, Psychiatre, CHU de Brest, pour les documents « Pour aller plus loin » concernant les personnes atteintes de schizophrénie.

Catherine Massoubre, PU-PH, CHU de Saint Etienne, pour les documents « Pour aller plus loin » concernant la bipolarité.

Cédric Lemogne, PU-PH, Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) pour les supports vidéo.

Formateurs expérimentateurs

Céline Kopp-Bigault (CH des Pays de Morlaix / Equipe IPSOM du CESP – UMR 1178 INSERM) et François Jamet (CHRU de Brest) – Formation Mutualité Française Bretagne

Relectures

Monique Séguin, Professeure de psychologie et psychopédagogie, Université de Québec en Outaouais, Mc Gill University.

Michel Walter, Professeur de psychiatrie, CHRU de Brest – Président du GEPS.

Mélanie Coquelin, Psychologue, Fondation Bon Sauveur de Begard, Formatrice régionale, région Bretagne pour la relecture et le travail sur le cahier du formateur.

Charles Coquelin, Gestalt-thérapeute, Formateur régional, région Bretagne pour la relecture et le travail sur le cahier du formateur.

Journée 1

Généralités (Diapo 1 à 5) : 15 min

Diapo 2 : Cadre et Contexte

Contexte national :

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique dans le monde et en France depuis les années 1990. A l'issue de la première conférence de consensus de 2000, une stratégie nationale de formation des professionnels de santé et du champ sanitaire a eu lieu ayant pour effet une acculturation de ce public formé et parfois plus largement au sein de la population générale à la problématique du suicide, de la crise suicidaire, de son évaluation.

En 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique rendait une évaluation du Plan National d'Actions contre le Suicide et faisait un certain nombre de recommandations parmi lesquelles de cibler les populations à risque en formant les professionnels, d'organiser les soins et la veille auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide, d'évaluer les actions de prévention mises en place en région et de faire se connecter la formation des professionnels, les lignes d'écoute téléphoniques d'aide et l'information du public général avec des réseaux de soins.

Dans le cadre de la formation des professionnels il était nécessaire de repenser la stratégie de formation et de se doter d'éléments d'organisation et d'évaluation sur l'effet de ces formations sur la modification des pratiques professionnelles et l'impact sur les indicateurs de morbidité et de mortalité suicidaire.

Type de formations et publics ciblés :

C'est dans ce contexte précis et avec la nécessité, presque 20 ans après l'initiation de ces formations, de réactualiser le contenu au regard des nouvelles données issues de la recherche et de la prévention qu'une nouvelle stratégie de formation a été élaborée autour de 3 populations cibles et trois objectifs :

- La formation Sentinelle (à destination de citoyens et de professionnels non cliniciens) ayant pour action de repérer et d'orienter des personnes en souffrance morale.
- La formation Evalueurs (à destination de professionnels de santé ou psychologue) ayant pour objectif d'évaluer une potentielle crise suicidaire et de savoir orienter les personnes.
- La formation Intervenants de crise (à destination de professionnels de santé cliniciens ou psychologues ayant une pratique clinique régulière auprès de personnes en situation de crise suicidaire) ayant pour fonction d'évaluer la crise et d'intervenir pour soulager la personne en détresse.

Plan de la formation :

La formation est structurée en 5 chapitres principaux autour des thèmes suivants :

- Connaissances communes sur le suicide et préalables
- Crise et crise suicidaire
- Evaluation du potentiel suicidaire
- Conditions relationnelles
- L'orientation de la personne

Remarques : Adéquation entre type de formation et profil des stagiaires.

Cette formation est à destination de personnels issus du milieu sanitaire : médical, paramédical et psychologues dont l'activité principale ne concerne pas l'accueil régulier de personnes en situation de crise suicidaire et qui ne réalisent pas d'interventions de crise suicidaire. En fonction du profil du stagiaire les formateurs pourront proposer la formation Sentinelle ou Intervention.

Pour aller plus loin :

- Conférence de consensus : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
- Rapport d'évaluation du Plan National d'Actions contre le Suicide du Haut Conseil de la Santé Publique : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>

Diapo 4 : Objectifs de la formation

Permettre au stagiaire, professionnel de santé de reconnaître les signes d'une souffrance psychique et plus spécifiquement d'une crise suicidaire chez une personne.

Discuter des représentations sur le suicide et repérer les freins et entraves à ce repérage

Donner les éléments d'évaluation de la crise suicidaire autour des trois axes : Urgence, Dangerosité et Risque.

Co-construire avec le groupe et connaître les maillons locaux nécessaires à une orientation juste et efficace des personnes repérées et évaluées comme étant en situation de crise suicidaire.

Aider les stagiaires à repérer leurs forces et fragilités en lien avec leurs propres expériences et connaissances sur le suicide et permettre de connaître les ressources locales et ses limites pour se protéger soi-même.

Concernant les documents de formation

Pour les formateurs

Matériel fourni :

PPT en format PDF non modifiable – Document : Exercice sur les représentations sociales du suicide, des suicidés et des causes de suicide en format PDF - Document de classe inversée chapitre Epidémiologie en format PDF - Supports complémentaires « Pour aller plus loin » (PPT en format PDF non modifiable) - Supports vidéo à part – Cas cliniques (Mises en situation)

Pour les stagiaires

Matériel fourni : PPT en format papier (2 diapos par page)

Préalables à la formation : Dans la convocation à la formation, il sera demandé aux stagiaires d’amener des éléments de description de leurs structures d’exercice professionnel et du réseau opérationnel pour eux, en vue de la co-construction du réseau local de soutien à la prévention du suicide.

Obligations

Il sera précisé aux stagiaires qu’ils ont une obligation de non diffusion des documents de formation.

Le code de la propriété intellectuelle, aux termes de l’article L.122-5, 2° et 3° d’une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l’usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d’autre part, que les « analyses et courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d’information de l’œuvre à laquelle elles sont incorporées », « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l’auteur ou ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L122-4). Cette représentation et reproduction, par quelque procédé que ce soit, constitueraient le délit de contrefaçon sanctionné par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Chapitre 1 : Connaissances communes sur le suicide et préalables

Objectifs du chapitre :

- Mettre le groupe en mouvement et en dynamique d'apprentissage par l'interconnaissance des stagiaires et la formulation des attentes
- Mettre en avant les connaissances des uns et des autres sur le suicide, que ces connaissances soient justes ou fausses
- Donner les bases d'un langage commun autour de quelques définitions clés
- Mettre en avant l'intérêt de la prévention du suicide

Par la suite, les formateurs pourront revenir sur ces connaissances solides et justes pour les valoriser au cours de la formation (en particulier sur la connaissance des facteurs de risque impliqués), ou revenir sur les idées reçues ou mythes en lien avec les données abordées de manière à permettre au stagiaire de faire un pas de côté par rapport aux croyances qui étaient les siennes.

Durée du chapitre : 1h30

Contenu du chapitre :

Présentation et tour de table (Diapo 6) (Durée : 30 minutes)

Consignes pédagogiques :

Chaque stagiaire répond individuellement et oralement à chacune de ces questions. Avant de faire un tour de table collégial, chaque stagiaire échange et formule ses réponses à son voisin immédiat afin de créer du lien et se mettre en confiance (les formateurs auront pu au préalable s'assurer que les binômes ne soient pas formés de personnes qui se connaissent et peuvent proposer de mixer le groupe dès le début de la formation. Une autre version de cette présentation consiste à demander à un stagiaire de présenter son voisin avec qui il a fait connaissance).

Concernant la dernière question : Il n'est pas nécessaire de demander des précisions. Préciser aux participants qu'ils ne peuvent répondre que par oui ou par non. Cette question permet de situer le groupe par rapport à la problématique suicidaire, de signifier l'importance de la prévalence et pour les formateurs de repérer d'éventuelles personnes plus fragiles.

Les formateurs se présentent également.

Consignes pédagogiques :

Le formateur prendra note des attentes des stagiaires sur un tableau blanc ou paperboard de manière à pouvoir y revenir en cours de formation si nécessaire (mise en relief des connaissances acquises en lien avec les attentes) et lors du bilan de fin de formation.

Le formateur précisera, si certaines attentes ne cadrent pas avec les objectifs de cette formation, qu'il n'y a pas vocation à répondre à tout, mais à donner un certain nombre de connaissances et compétences suffisantes pour réaliser une évaluation et une orientation face à une personne suicidaire. Evoquer la possibilité de faire des formations complémentaires ou recherches complémentaires par soi-même ou lors d'autres formations si besoin. Cela permet d'anticiper les frustrations éventuelles sur des attentes non adaptées aux objectifs spécifiques de cette formation.

Discussion autour du suicide et représentations sociales (Diapo 7) – Document « Exercice sur les représentations sociales » (Durée 30 minutes)

Consignes pédagogiques :

1. Distribuer la feuille tableau
2. Demander aux participants de remplir le tableau le plus rapidement possible sur la base de l'exemple fourni. **Ligne par ligne.**
3. Discussion autour des réponses aux 3 questions : sans donner de réponses ou de solutions immédiatement, mais en précisant que les éléments seront repris au fur et à mesure de la formation. Un formateur s'occupe du débriefing, tandis que l'autre note certains éléments sur tableau blanc autour de quelques axes importants : les définitions du suicide (question 1 : pour vous le suicide c'est), les jugements de valeurs (positifs, négatifs), les causes associées au suicide (en vrac). Le formateur reprendra uniquement les réponses à la première ligne, question par question, en repérant les mots qui reviennent le plus fréquemment. Un nuage de mots pourra être construit avec un logiciel adapté et éventuellement projeté sur l'écran de visio pour la discussion.
4. Récupérer les feuilles tableau en expliquant que dans le prolongement de la formation est adossée une recherche concernant les représentations sociales du suicide. Dire que les questionnaires seront traités anonymement.
5. Rappeler combien nos représentations sociales agissent sur nos comportements et notre façon d'envisager la prévention. Exemple : envisager le suicide comme un acte lâche ou égoïste peut engendrer le fait de ne pouvoir se confier et construire ou aggraver un vécu d'isolement. Envisager l'acte suicidaire comme un acte courageux peut à l'inverse encourager le recours au passage à l'acte et engendrer des effets de contagion. Ne pas associer dépression et suicide peut faire qu'on passe à côté de ce facteur de risque majeur. Penser que c'est un choix nous limite dans l'idée de l'action en direction d'une personne qui formule des idées de suicide...

Pour aller plus loin :

- Kopp-Bigault C, Walter M, Thevenot A. The social representations of suicide: An inter-regional study in Alsace and Brittany. *International Journal of Social Psychiatry* 2016;62(8). Doi: 10.1177/0020764016675652

Définitions : Eléments pour un langage commun (Diapo 8) (Durée 15 minutes)

Le suicide

Autre définition complémentaire :

« Mort auto-infligée avec la preuve (soit implicite ou explicite) que la personne avait l'intention de mourir. » (Définition APA, 2006)

La tentative de suicide

Autre définition complémentaire :

« Lésions auto infligées avec une issue non fatale accompagné d'une preuve (soit implicite ou explicite) que la personne avait l'intention de mourir. » (APA, 2006) Ce comportement doit être **inhabituel** (AESP, référentiel 2014)

Pour aller plus loin : Ce que n'est pas une tentative de suicide

Si le groupe questionne, il est possible d'aborder brièvement quelques exemples autour de ce que n'est pas une conduite suicidaire à proprement parler : les conduites addictives (comportements habituels), les automutilations répétées (comportements habituels et à visée souvent d'anxiolyse sur une personnalité particulière), le refus de s'alimenter chez la personne âgée (recherche d'une dépression sous-jacente).

Définition des équivalents suicidaires :

- « Les équivalents suicidaires sont des conduites à risque mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il en ait réellement conscience. Cependant, il ne faut pas forcément comme pour certains gestes auto-agressifs (scarifications) les considérer comme des tentatives de suicide » (Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique, référentiel ECN 2014)

- « Tout comportement ou attitude mettant en jeu la vie d'un individu chez lequel le désir de mort n'est pas exprimé. Dans ce cadre on peut évoquer les morts accidentelles, parfois reconnues à posteriori comme de véritables suicides inconscients, mais aussi des comportements autodestructeurs dans leurs diverses modalités, authentiques équivalents suicidaires symboliques. Ces conduites ont par définition une signification qui échappe à l'auteur, méconnaissant le danger encouru ou son désir de s'y exposer, voire d'en mourir. » (Vindreau C., Slama M. et Ginestet D. Les équivalents suicidaires. Revue du praticien 1987, vol 37, pp. 737-743)

Une prévention : Pourquoi ? (Diapo 9) (Durée : 10 minutes)

Epidémiologie – Document « Classe inversée d'épidémiologie »

Consignes pédagogiques : Il est proposé de distribuer les documents concernant l'épidémiologie aux stagiaires et de leur demander de les lire le soir chez eux. Les formateurs reprendront avec le groupe les éléments forts et les questions du groupe le lendemain en début de journée.

Pour le formateur : Il est recommandé à chacun des formateurs régionaux, en liens avec leurs formateurs nationaux, de connaître les spécificités épidémiologiques du territoire où ils formeront afin de répondre aux questions s'il y en a (Sources : CepiDc-Inserm / Observatoire National du Suicide, Observatoires Régionaux de Santé...)

La souffrance est au cœur de la question du suicide et légitime l'action préventive et médicale pour la plus grande partie des personnes concernées. En effet, il existe de nombreux discours et recherches sur le suicide qu'ils soient théologique, philosophique, juridique, sociologique, psychologique, historique ... Néanmoins l'action préventive qui est la nôtre est portée et légitimée par la notion centrale de souffrance morale ou physique à prévenir ou soulager. C'est parce que la personne souffre que les professionnels mobilisent leurs compétences et leurs actions. C'est elle qui génère de l'empathie, de l'inquiétude pour autrui et légitime notre action de prévention orientée par une clinique du souci de l'autre.

L'intensité de la souffrance oblitère la question du choix (Il est possible à ce moment-là d'aborder, si c'est apparu dans les représentations sociales, cette question du choix, mais attention à ne pas se laisser déborder par le temps et des questions qui pourraient aller par exemple sur le thème de l'euthanasie qui s'interroge encore différemment). Centrer la question de la prévention sur la souffrance permet aussi de sortir des jugements de valeur et de la stigmatisation.

L'isolement ou le sentiment de solitude sont quasi constants chez la personne suicidaire ou suicidante (mots possiblement évoqués dans les réponses à l'exercice RS).

Prévenir c'est **aller au-devant** d'une demande du sujet (insister sur la notion de proactivité). C'est **un processus** qui engage d'où l'importance de repérer les limites de chacun. C'est une action qui permet de lever l'isolement du sujet et de partager sa souffrance sous une forme empathique. C'est un processus qui s'inscrit dans le temps et dans un maillage interpersonnel et interprofessionnel.

Idées clés du chapitre

Nous avons tous des connaissances et représentations sur le suicide qui peuvent avoir des effets sur nous et nos pratiques.

Les chiffres baissent et nous confortent dans l'idée que les actions mises en place sont efficaces.

Une prévention est possible.

PAUSE : 15 min

Chapitre 2 : Crise et crise suicidaire

Objectifs du chapitre :

Permettre aux stagiaires de savoir reconnaître

- une crise psychique en général,
- une crise suicidaire plus particulièrement (signes associés),
- connaître la progression de la crise.

L'identification exacte de la crise suicidaire et le questionnement sur l'existence ou non d'idées de suicide permettra d'enclencher la phase d'évaluation de la crise.

Durée du chapitre : 60 min

Contenu du chapitre :

Idée reçue : On ne peut pas prévoir (Diapo 11-12-13)

Diapo 11 : Enonciation du mythe – Discussion en groupe ou en sous-groupe rapidement

Diapo 12 :

Consignes pédagogiques :

Exercice : Demander au groupe de donner les signes qui doivent faire penser à un arrêt cardiaque et la procédure à suivre. Idem pour l'AVC. Les questionner sur comment ils ont su quels étaient les signes inquiétants et la procédure.

Donner la conclusion de la diapositive : Il est impossible de prévoir à l'avance si quelqu'un va faire un infarctus ou un AVC dans les temps prochains, mais il faut pouvoir réagir aux premiers signes et apporter les premiers secours, appeler de l'aide et rester le temps que les spécialistes interviennent ! Ce sont les premiers secours. Pas besoin d'être cardiologue ni neurologue.

Les formateurs peuvent questionner les personnes sur leurs connaissances des signes évocateurs de crise psychique et de crise suicidaire. Ils pourront les noter au tableau pour compléter et discuter sur la suite du chapitre.

Diapo 13 :

Attention précaution pédagogique : Peut-être y a-t-il des endeuillés par suicide dans le groupe. Des mécanismes de défense contre la culpabilité peuvent se manifester sous la forme de l'idée qu'on ne peut pas prévoir. Les formateurs seront vigilants à préciser que ces signes ne sont pas toujours visibles par les plus proches car très impliqués affectivement, ou parce que la personne suicidaire ne montrait pas ou peu de signes afin de préserver ses proches de la souffrance, ou bien encore les signes étaient discrets ou dilués dans différentes sphères de la vie et des relations de la personne et donc difficilement repérables.

Il faudra tout de même préciser et retenir que dans la majeure partie des cas il y a des signes avant-coureurs et que c'est aussi grâce à cela qu'une prévention est possible. Pour pouvoir prévenir le passage à l'acte il faut donc pouvoir repérer ces signes (avoir un décodeur) et savoir quoi faire de ces signes (avoir une procédure) pour évaluer la situation et aider les personnes.

Pour aller plus loin :

Consultations médicales avant passage à l'acte : 36% des patients qui font un geste suicidaire ont consulté un praticien dans la semaine et 60 à 70% dans le mois précédent. La plupart ont envoyé des signaux non repérés, entendus, compris. L'augmentation de la fréquence des consultations est un signe d'alerte.

- Abom B. Le médecin de famille et le patient suicidaire. *Sante Ment Que* 1994;163–74. doi:10.7202/032319ar.
- Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 2014;29(6):870-7. Doi : 10.1007/s11606-014-2767-3
- Andersen U a, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:126–34. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102002126.x.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909–16. doi:10.1176/appi.ajp.159.6.909.
- Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. General practitioners' practices and attitudes in regard to suicidal behavior. *Santé Publique* 2002;14:263–73.

La crise psychique : définition, modèle et manifestations (Diapos 14-16)

Diapo 14 : Définition d'une crise psychique (Caplan)

Les formateurs reprendront cette définition en insistant sur le fait qu'elle est toujours valable et qu'elle concerne toute forme de crise psychique. Ils insisteront sur les parties importantes de cette définition : période courte, déséquilibre psychique, événement grave pour la personne, irrésolvable normalement.

Diapo 15 : Le modèle de la crise psychique

Les formateurs détailleront ce schéma en définissant et en illustrant cliniquement ce qu'est une phase d'équilibre, de vulnérabilité et de crise et en montrant également la réversibilité du processus (flèches sortantes).

Consignes pédagogiques :

Présenter le graphique de progression de la crise en distinguant et définissant l'état d'équilibre, de vulnérabilité et l'état de crise. Au sein de l'état de crise, préciser les 3 phases : désorganisation, phase aiguë et récupération.

Le modèle de crise et son explication sont issus du cahier du formateur à l'intervention de crise suicidaire réalisé par Monique Séguin et Nadia Chawky (2^{ème} édition, 2017)

Progression de la crise :

Une crise psychique ne se produit pas de manière spontanée. Elle peut résulter d'un choc émotionnel aigu, comme celui d'un deuil, qui peut précipiter un état de crise. Cependant, de façon plus générale, il se produit une progression de l'état d'équilibre vers un état vulnérable lequel culmine finalement à l'état de crise.

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**.

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 contribuent d'accroître la tension et celle-ci devient de plus en plus difficile à éliminer. L'épuisement des ressources cognitives peut provoquer une plongée 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 émotionnelle (Kirk, 1993).

L'état de déséquilibre prend alors graduellement le dessus et la personne se retrouve **en crise**.

Diapo 16 : Lire la diapo sphère par sphère en illustrant par des exemples cliniques (perte, deuil, conflit familiaux, professionnel...) Toutes les sphères ne sont pas nécessairement touchées mais un certain nombre et on note un changement significatif par rapport à un état antérieur en lien avec un événement spécifique qui a pu toucher la personne.

La crise suicidaire : définition, modèle et manifestations (Diapos 17-24)

Diapo 17 : Définition d'une crise suicidaire

Les formateurs reprendront la définition de Caplan (Diapo 14) en précisant les spécificités de la crise suicidaire à l'aide de la définition complémentaire.

Diapo 18 : Le modèle de crise suicidaire

Les formateurs reprennent le schéma en spécifiant les spécificités de la crise suicidaire et ses manifestations majeures : l'idéation suicidaire, la planification et le passage à l'acte suicidaire.

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. La phase aiguë peut se distinguer par un éventail de réactions qui varient en intensité, allant jusqu'au passage à l'acte suicidaire. Remarquons qu'il est possible de vivre un état de crise sans vivre de passage à l'acte. C'est au cours de cette période de phase aiguë que pourra survenir la tentative de suicide chez un individu vulnérable.

La période de crise et de trouble intense peut durer **de 6 à 8 semaines**. Cette durée peut varier en fonction du sujet et des caractéristiques de la crise (p.e : les adolescents ou crise psychotraumatique).

Les flèches illustrent l'idée qu'à tout moment, avant l'entrée en crise et même lorsqu'elle est en crise suicidaire, des solutions peuvent apparaître qui feront baisser le niveau de tension psychique et de douleur morale. Ainsi à tout moment, le processus peut s'arrêter, grâce à une évolution significativement positive dans sa situation, une prise en charge efficace, une intervention de facteurs de protection... Ce qui permet d'insister sur la prévention possible. C'est l'objectif du repérage précoce et de l'orientation précoce.

Autres métaphores possibles : goutte d'eau, entonnoir, boule de neige

Les idées suicidaires

Consignes aux formateurs :

Comme le graphique l'indique, les idées suicidaires se modifient également au cours du processus de crise. Les formateurs peuvent illustrer ces différents types d'idées suicidaires.

Diapo 19 : signes d'alerte

Voir et observer : Registre comportemental

Ecouter et recueillir : Registre verbal - propos tenus

Les formateurs peuvent ici rappeler la **notion de pro-activité**, d'aller vers l'autre, et déjà introduire celle **d'oser interroger** la personne qui vont justifier la mise en place de conditions relationnelles favorables et spécifiques.

Diapo 20-22 : Manifestations de l'état de crise suicidaire

Préciser **les spécificités** des signaux associés à la crise suicidaire (en gras, les signes cliniques qui doivent particulièrement attirer notre vigilance concernant un geste suicidaire). Les formateurs pourront illustrer d'exemples cliniques.

Il n'est pas nécessaire que toutes les sphères soient touchées mais un certain nombre et qu'il y ait un changement significatif par rapport à un état antérieur en lien avec un événement spécifique qui a pu toucher la personne.

Notion clé : l'ambivalence :

L'ambivalence correspond à la co-existence de sentiments, d'attitudes contradictoires par rapport à un événement ou un objet. L'ambivalence caractérise le conflit psychique.

La personne suicidaire est très fréquemment à la recherche d'un changement plutôt que d'une fin. Le geste suicidaire est alors à envisager comme la seule possibilité de réduire les tensions vécues ou l'angoisse perçue, de mettre un terme à une souffrance insurmontable sans préjuger de l'origine de celle-ci. Le comportement de la personne peut apparaître paradoxal engendrant une communication paradoxale: refus du contact et d'aide tout en étant démonstrative dans sa souffrance. Parfois la personne est à la recherche d'une communication devenue impossible sous forme verbale (manifestations comportementales majoritaires).

Il faut garder en tête cette quasi constante ambivalence, c'est sur elle que l'on s'appuie pour garder le lien dans l'accompagnement du sujet en crise suicidaire.

Diapos 23 : La crise suicidaire c'est donc

Insister sur l'idée qu'il y a une rupture avec un état antérieur (quel qu'il ait été) qui vient manifester l'apparition de l'état de crise, en lien avec un événement identifiable. La personne souffre de cet état, se sent au bout d'un chemin, dans une impasse car elle a l'impression d'avoir tenté de nombreuses stratégies pour s'en sortir mais que les solutions s'amenuisent progressivement. Cela l'épuise physiquement, psychologiquement, cognitivement et lui renvoie une image d'elle-même négative. Elle peut alors commencer à prendre de mauvaises options et aggraver sa situation (prise de toxiques, alcool, isolement ...). Il a été démontré qu'en situation de crise suicidaire, les capacités cognitives à prendre de bonnes décisions sont altérées (Cf. **Pour aller plus loin**).

Diapo 24 : Diapositive de synthèse :

Si des signes d'alerte et d'inquiétude sont repérés en rupture par rapport au fonctionnement habituel du sujet (à la suite d'un événement repérable), il s'agit alors probablement d'une crise psychique et l'évaluateur doit oser poser les questions relatives à l'existence d'idées de suicide pour vérifier s'il s'agit d'une crise suicidaire ou non.

Pour savoir s'il s'agit d'une crise suicidaire, il faut questionner et poser les questions sur l'existence d'idées de suicide.

Les intentions et idées suicidaires doivent être abordées de manière claire et précises tout en trouvant les formulations qui conviennent à l'évaluateur.



Eviter le recours à l'expression « idées noires » car elle est trop vague. **On ne sait pas ce qu'est une idée orange ou rouge !** Ainsi cette expression souvent utilisée comme approche ne suffit pas et doit toujours être précisée de manière explicite afin d'évaluer le potentiel suicidaire d'une personne.

Consignes pédagogiques :

Les formateurs pourront discuter des questions de formulation avec les stagiaires dans l'optique de rassurer par rapport aux idées reçues et de modifier les pratiques professionnelles.

Rappeler que faire préciser ainsi la pensée permet ainsi de s'ajuster émotionnellement à la personne, de commencer à partager et à briser l'isolement, d'évaluer l'intensité de la souffrance et donc de commencer à guider l'action à venir.

- Si la réponse à l'existence d'idées suicidaires est non : pas de crise suicidaire mais des éléments qui attirent l'attention pour lesquels il faut rester vigilant.
- Si la réponse est positive, il existe donc une crise suicidaire et on commence le processus d'évaluation de la crise : événement et temporalité, Urgence, Dangers, Risques et protections.

Evoquer avec les stagiaires le fait d'être vigilant au discours tenu. Le projet suicidaire est parfois formulé directement mais plus souvent de manière détournée sous formes de plaintes diverses : somatiques ou psychologiques. Il peut être minimisé ou rationalisé. Son expression peut prendre une expression polymorphe et variable : vouloir partir, ne plus penser à rien, envie de faire peau neuve, dormir longtemps, fuir, exprimer des idées d'inutilité, se sentir de trop, prévoir des dispositions testamentaires, faire des legs d'objets investis, acquérir les moyens de se suicider...

Pour aller plus loin :

Jollant F, Lawrence NS, Olié E, O'Daly OG, Malafosse A, Courtet P et al. **Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. NeuroImage 2010;51(3):1275-81. Doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.03.027**

- Jollant F, Bellivier F, Leboyer M, Astruc B, Torres S, Verdier E et al. Impaired decision making in suicide attempters. *The American Journal of Psychiatry* 2005;162(2):304-10. Doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.304
- Van Heeringen C, Bijttebier S, Godfrin K. Suicidal brains: A review of functional and structural brain studies in association with suicidal behavior. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 2011;35(3):688-98. Doi: 10.1016/j.neurobiorev.2010.08.007

REPAS :1h30

Chapitre 3 : Evaluation du potentiel suicidaire

Objectifs du chapitre

A la fin de ce chapitre, les stagiaires devront être en mesure de réaliser une triple évaluation

- L'urgence de la situation / La dangerosité de la situation / Le profil de risque suicidaire de la personne, ses facteurs de protection.
- Savoir transmettre son évaluation

Durée du chapitre : 120 min

Contenu du chapitre

Idée reçue : On ne peut rien faire (Diapo 26- 27) : 10min

Consignes pédagogiques : A partir de l'iconographie les formateurs peuvent aborder tout ce qui peut faire frein à l'aide et à la prévention : la peur, la honte, le tabou, la peur d'être intrusif, la peur de faire du mal, mais également des a priori moraux et des idées reçues : c'est un choix, c'est leur décision, c'est inévitable, ceux qui le disent ne le font pas etc...

Les formateurs rappelleront ensuite la nécessaire bascule vers le souci de l'autre, l'inquiétude, la parole qui soulage, le fait de briser l'isolement de l'individu en crise suicidaire.

Rappel des précautions à prendre concernant les endeuillés (cf. Diapo 14)

Diapo 27 : En insistant de nouveau sur la souffrance au cœur de la crise suicidaire et qu'on peut faire quelque chose en faisant pencher la balance vers l'aide et le soutien, en allégeant le poids de la souffrance, de l'isolement ressenti.

Pour aller plus loin : Souffrance psychologique et risque suicidaire

- Olié E. Douleur psychologique et exclusion sociale dans les conduites suicidaires. 2014. Thèse. Université de Montpellier. <https://www.theses.fr/148864023>
- La douleur sociale au centre des conduites suicidaires, P. Courtet ; E. Olié ; L'Encéphale 45 (2019) S7-S12.

L'évaluation du potentiel suicidaire (Diapos 27-47) (Durée : 2h)

Diapo 28 : Objectifs : Construire un référentiel commun permettant un langage commun afin

- De transmettre l'évaluation du potentiel suicidaire d'une personne à une autre pour orientation et stratégie d'action la plus opportune
- D'accompagner et d'orienter la personne de manière ajustée vers une prise en charge

Diapo 29 : Définition du potentiel suicidaire : Il s'agit d'une probabilité.

Diapo 30 : La triple évaluation :

Illustre à la fois la nécessité de séquencer l'information recueillie selon le triptyque Urgence, Dangersité et Risque tout en montrant **la simultanéité de la démarche** d'investigation.

Rappeler qu'il faut **évaluer chaque axe séparément** de manière la plus précise possible tout en maintenant l'alliance.

Bien formuler la distinction de ces trois axes. *Le formateur illustrera par des cas concrets.*

Diapo 31 :

L'évaluation de l'urgence : est une donnée clinique. Elle doit se faire rapidement. Elle renseigne sur l'imminence du passage à l'acte et sa probabilité. C'est donc elle qui détermine les priorités de l'action à mener.

C'est une investigation clinique qui nécessite la mise en place de conditions relationnelles de bonne qualité et un recueil de données précis.

Les évaluateurs doivent, à l'aide de questions précises, vérifier l'existence d'idées de suicide et l'existence ou non d'un scénario suicidaire, complet ou incomplet, et sa vraisemblance.

Diapo 32 : Reprise de la courbe sur la crise suicidaire et explications concernant les différents types d'idées suicidaires.

Passives : indirectes, encore floues, labiles, fugaces. Elles peuvent arriver en période de vulnérabilité. Il y a encore une condition : si...

Actives : Idées qui se concrétisent et passent au « Je », de plus en plus obsédantes avec l'idée qu'il y a de moins en moins d'alternatives.

Scénario suicidaire : en cours de crise suicidaire, il se concrétise progressivement lorsque les différentes alternatives au suicide échouent. Lorsqu'il est complet (Où, Quand,

Comment) la souffrance du sujet est telle qu'il peut y avoir un risque important de passage à l'acte.

Diapo 33 :

L'intensité de la souffrance morale, l'agitation anxieuse, l'impulsivité, les difficultés à communiquer sont des marqueurs de gravité.

Diapo : 34-36 (Drapeaux)

Consignes aux formateurs : La partie évaluation de l'urgence est centrale dans l'évaluation du potentiel suicidaire. A l'aide des 3 diapos suivantes, les formateurs s'assureront de la bonne compréhension des niveaux d'urgence.

Diapos 37 : L'évaluation de la dangerosité

C'est l'évaluation de la létalité du moyen envisagé pour le passage à l'acte.

Elle évalue les intentions ou scénarii, les moyens, l'accessibilité.

Elle nécessite de poser des questions précises. (*Reprise des représentations et idées reçues*)

L'évaluation des facteurs de risque (*Diapos 39-44*) (*Durée : 30 minutes*)

La diapo 39 est une diapo d'introduction, elle n'est pas à commenter.

Diapo 40 : **Discussion autour du mythe : N'ont-ils mis qu'une cause associée au suicide dans l'exercice RS ? Qu'en pensent-t-ils ?**

Idee force : Constellation de facteurs de risques

Diapo 41 : Synthèse autour d'un individu

Dans le processus de crise il existe une conjonction de facteurs qui entrent en ligne de compte. Jamais un seul et unique facteur. Ils sont de différents types et d'origines différentes. Certains sont récents, d'autres anciens.

Diapo 42 : Types de facteurs de risque (Séguin & Chawky, 2017)

Les formateurs insisteront bien sur la différence entre distal et proximal.

Diapos 43 et 44 (Séguin & Chawky, 2017)

Lecture des tableaux et reprendre avec les stagiaires les réponses aux questions abordées en introduction sur les causes de suicide et les causes spécifiques. Les regrouper sous forme de facteurs distaux et proximaux en déclinant individuels, familiaux, environnementaux ou évènements de vie.

Facteurs distaux

Consigne pédagogique : Les formateurs lisent avec le groupe la diapo et illustrent les divers facteurs de risque.

Ces facteurs sont **reliés un passé lointain, à l'histoire de vie et forment, en quelque sorte, « le terrain » sur lequel la personne se développera tout au long de sa vie.**

Ce « terrain » **pourra se modifier au cours de la vie en fonction des événements favorables ou difficiles** auxquels la personne sera exposée.

Les facteurs distaux sont issus du réseau familial (histoire familiale de suicide, de violence et d'abus, de négligence, de pertes vécues en bas âge, etc.) et de l'entourage (isolement, manque de lien significatif, etc.) et de facteurs individuels (désordres psychiatriques, tentatives de suicide antérieures, deuils non résolus, etc.), susceptibilité individuelle à l'adversité sociale.

La présence de facteurs distaux crée une grande fragilité chez la personne, avant même qu'un événement vienne perturber son état d'équilibre.

Facteurs proximaux

Les facteurs proximaux sont **les événements ou contextes qui se sont produits dans un passé récent, et qui accentuent le niveau de risque présent.** Notons les abus de substances ou troubles mentaux actuels, un événement récent de toutes sortes, le manque de ressources dans son milieu immédiat, etc.

Les facteurs proximaux sont des **événements déclencheurs à la crise** et incluent : une perte récente, l'échec, l'humiliation, le rejet, la peine d'amour, les difficultés relationnelles intra familiales et sociales etc. Ceux-ci déstabilisent la personne dans sa façon de voir et de comprendre les choses.

Diapos 45-46 : Focus : les troubles de santé mentale et le risque suicidaire (Durée : 30 min)

Diapo 45 : Idées reçues : Avoir des idées suicidaires ou faire une tentative de suicide serait anodin : discuter autour de ce terme (répétition, banalisation, usure, chantage...)

La majeure partie des récives a lieu dans l'année d'où l'importance de **la prévention ciblée.**

Diapo 46 : Focus dépression risque suicidaire

La crise suicidaire et le risque suicidaire sont une évolution classique de la pathologie mentale et tout particulièrement de la dépression.

Dans ce contexte il est important d'avoir en tête les principaux symptômes évocateurs d'un syndrome dépressif.

On retiendra donc

- Une tristesse ; elle peut aller de l'intense **souffrance morale** à l'anesthésie affective en passant par la colère ou l'irritabilité.

- **Une péjoration** du contenu des pensées **de soi-même** (je suis nulle, indigne, coupable...) **de l'avenir** (je suis foutu, incurabilité), **de l'environnement** (rien de ce qui est ou a été vécu n'est heureux et positif)
- Elle s'accompagne **d'une perte de l'élan** vital (plaisir, envie, volonté) et **d'un ralentissement psycho-moteur** (trouble de la concentration, perplexité, indécision, lenteur, pauvreté d'expression, confinement) jusqu'à la stupeur et au mutisme
- Des troubles instinctuelles : insomnie le plus souvent, anorexie, perte de libido
- **L'anxiété est quasi constante et peut masquer la dépression.** Elle peut aussi **majorer le risque de passage à l'acte suicidaire**

Pour aller plus loin :

Le trouble de santé mental est le facteur de risque principal du geste suicidaire

- En premier lieu les antécédents (ATCD) de gestes suicidaires personnels puis ATCD de suicide ou de TS familiaux (un tiers des suicidants récidive, 10% décèdent dans les 10 ans)
- Les troubles dépressif (78 à 89 % des TS, 60% des suicidés) et notamment les troubles bipolaires (taux multiplié de 15 à 30 fois) – Voir « Pour aller plus loin »

Un profil de vulnérabilité suicidaire se dessine :

- Des traits de personnalité marqués par l'impulsivité, une hostilité, une propension au désespoir (perte des raisons de vivre)
- Une sensibilité accrue à l'exclusion
- Une moindre sensibilité au soutien social
- Une histoire traumatique précoce

Les comorbidités que sont la consommation abusive d'alcool et l'absence de soutien social sont facilitateurs de passage à l'acte.

- **Holma KM, Melartin TK, Haukka J et al. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. Am J Psychiatry 2010 ; 167 : 801 8**
- **Courtet P. Le risque suicidaire dans la dépression récurrente, L'Encéphale (2010), Supplément 5, S127-S131**

Diapo 47-48 : Facteurs de protection (Durée 10 min)

Les facteurs de protection sont les conditions qui **réduisent l'impact des facteurs de risque.**

Les facteurs de protection **génèrent des changements adaptatifs** amenant la personne à faire face de façon constructive à une situation de risque.

Les facteurs de protection sont des éléments **appartenant aux ressources internes de la personne et à son environnement externe pouvant constituer des appuis facilitant la résolution de la crise.**

Certaines personnes vivent plus d'expériences difficiles que d'autres. Certaines s'en sortent parce qu'ils connaissent des succès importants, ou parce qu'ils ont trouvé dans leur entourage des personnes qui leur procurent des sentiments de confiance, de stabilité et de sécurité.

Un facteur de protection **n'est pas simplement une expérience positive** dans la vie d'une personne, **mais un facteur ou une expérience qui protège la personne ou qui l'aide à rebondir devant une situation d'adversité.**

Les facteurs de risque et de protection ne s'additionnent pas.

Ils sont à considérer en fonction de leur poids respectifs n'ayant pas tous la même valeur prédictive qu'elle soit reconnue (antécédents de TDS, troubles mentaux) ou inconnu et personnelle (valeur affective pour un sujet). C'est alors l'écoute du discours tenu par le sujet qui nous renseigne (p.e: deuil d'un animal de compagnie).

Il n'existe donc pas de lien de causalité linéaire. Ce sont les interactions entre eux qu'il faut prendre en compte. Ainsi si la maladie mentale est retrouvée chez 90% des suicidés, la majorité des personnes présentant un trouble mental ne passe pas à l'acte.

Les facteurs de risque et de protection temporisent ou intensifient l'urgence et donc la conduite à tenir (p.e: qualité de l'environnement familial et amical).

Les causes du geste suicidaire sont donc multifactorielles, plurielles et complexes.

Lire et commenter les FDP internes et externes.

Diapo 49 : Synthèse de la triple évaluation

L'objectivation du subjectif permet de parler un langage commun et de transmettre au réseau et notamment en aval de la prise en charge l'urgence de la situation clinique sous forme **de potentiel suicidaire**. Il est important de noter et dater précisément cette évaluation qui est une évaluation à l'instant T. Estimer l'évolution du niveau de d'urgence et de dangerosité au cours de l'entretien et ré-évaluer régulièrement.

Ces éléments sont à transmettre dans la pratique professionnelle.

PAUSE : 15 min

Chapitre 4 : Conditions relationnelles à l'évaluation (Diapos 50-58)

Objectifs :

Cette courte partie a pour vocation de permettre aux stagiaires de comprendre les préalables relationnels nécessaires à l'évaluation d'une personne en crise suicidaire en raison du degré de sa souffrance, de son ambivalence, de son sentiment d'être perdu, des modifications cognitives et émotionnelles liées à l'état de crise.

Une séquence vidéo peut être projetée à ce moment de la formation, avec la vidéo « Ce qui ne fonctionne pas » en début de chapitre et « Ce qui fonctionne » en fin de chapitre.

Il s'agit de permettre à l'évaluateur de créer des conditions relationnelles sécurisantes pour le sujet en crise dans ce processus d'évaluation.

Durée du chapitre : 45 min

Contenu du chapitre :

Lorsqu'il n'y a pas de détails sur les diapos, les formateurs les liront avec les stagiaires.

Diapo 51-52 : Précautions

Consignes pédagogiques : Il sera important que les formateurs rappellent que les futurs « évaluateurs » de crise fassent ce qu'ils peuvent en fonction de ce qu'ils sont au moment précis de la rencontre avec la personne en crise. Ils doivent apprendre à protéger l'autre mais également à se protéger eux-mêmes.

Diapo 53 : Permettre et favoriser l'expression par une écoute dynamique, patiente et active. Maintenir le lien, s'appuyer sur l'ambivalence. **Rappeler qu'écouter c'est déjà agir.**

Diapo 54 : Il s'agit de nommer et reformuler mais également de faire valider par la personne les émotions qu'il traverse. Cela nécessite **le recours à des questions ouvertes.**

Les formateurs illustreront par des exemples.

Diapo 55 : La restriction cognitive en situation de crise (Séguin & Chawky, 2017)

Les émotions prennent de plus en plus de place au détriment des composantes motrices et cognitives de la personne, ce qui fait que la personne n'est plus en capacité, lorsqu'elle est en phase de crise de comprendre des discours compliqués, des phrases longues, d'entreprendre des actions à long terme ou mobilisant beaucoup d'énergie physique ou psychique.

Diapo 56 : Ainsi, lorsqu'on parle à une personne en crise suicidaire avec un système cognitif dysfonctionnel à partir de notre cerveau fonctionnel, comme si l'autre fonctionnait comme nous, notre discours va passer à côté de sa cible. La personne n'y entendra rien... Elle peut se fermer, devenir agressive, fuir...

Diapo 57 : Tandis que si l'interlocuteur arrive à parler de « cœur à cœur » avec la personne en crise suicidaire, en étant dans un registre de communication affectif, la relation se mettra en place, la personne pourra se sentir comprise, les émotions pourront prendre moins de place, le ballon émotion se dégonflera un peu, et la cognition pourra mieux fonctionner. Encourager

à oser aller sur le registre des émotions, se laisser toucher par l'autre, sans se laisser envahir pour pouvoir continuer à penser et agir.

Attention : plus facile à dire qu'à faire ! Ce positionnement relationnel peut être plus difficile à adopter qu'il n'y paraît.

Diapo 58 : Que recueillir ?

Synthèse des éléments de la triple évaluation en lien avec le RECA. L'aide arrive à la fin. Faire comprendre aux stagiaires qu'il ne faut pas se précipiter à proposer des actions d'aide mais que des préalables sont nécessaires.

Les formateurs définiront les expressions : style cognitif et capacités de coping.

Journée 2

Reprise et débriefing avec le groupe de la journée précédente. Les formateurs demandent au groupe de restituer les idées forces qu'ils ont retenues (Durée 20 min)

Puis discussion brève sur la classe inversée d'épidémiologie. (Durée 15 min)

Diapo 59 : Mises en situation (Durée : 3H)

Durée : 1H30 pour la première situation avec le debriefing

Durée 1H pour la seconde

Vidéos : 15 à 30 minutes

Intérêt pédagogique des vidéos : Ces vidéos illustrent des évaluations de crise suicidaires dans différents services hospitaliers. Les deux séquences (occasion manquée et occasion saisie – évaluation) mettent également en évidence les formulations directes ou indirectes des idées suicidaires qu'il faut entendre pour évaluer. Enfin, ces vidéos permettent de déconstruire une autre idée reçue : « évaluer en psychiatrie ou dans le domaine de la santé mentale, ça prend du temps ». Une discussion autour de cette idée reçue avec les stagiaires pourra être intéressante.

Deux (voire 3 si le temps le permet) mises en situation sous forme de jeux de rôle. Les formateurs choisiront les mises en situation dans celles qui existent dans la formation Sentinelle, Séguin-Terra et Intervention de crise en fonction du groupe des stagiaires.

Précautions pédagogiques : les formateurs connaîtront bien les mises en situation, leurs évaluations. Les consignes données doivent être claires et précises et les mêmes pour tous. Les formateurs insisteront auprès des « acteurs-patients » sur les éléments cliniques en commun et sur la nécessité de ne pas sur-jouer les situations.

Debriefing : Retour en plénière avec tour de table : U-D-R et RECA pour la personne évaluée puis perceptions et analyse de la situation relationnelle par l'intervenant et l'observateur.

L'acteur-patient peut donner sa perception du RECA en lieu demandant dans quel ordre il mettrait les lettres par rapport à son ressenti de l'entretien. Cela permet d'aborder ce qui a fait frein à l'évaluation en particulier la place du A (Aide) dans l'entretien.

La pause repas peut se faire entre les vidéos et le second jeu de rôle ou avant les vidéos. La mise en situation et son debriefing ne seront pas scindés du fait du repas.

Chapitre 5 : Orientations (Diapos 60-65)

Précautions pédagogiques : Les formateurs s'assurent que dans la convocation à la formation proposée par les opérateurs, il est demandé aux stagiaires d'amener des documents de présentation de leur structure et du réseau déjà connu. L'objectif est de **co-construire le réseau sur le territoire**.

Durée du chapitre : 60 à 90 min

Idées clés du chapitre : transmettre, orienter, ne pas rester seul, fabriquer son réseau

Contenu du chapitre :

Diapo 60 : objectifs

Savoir orienter de manière adaptée une personne en crise suicidaire en fonction de la triple évaluation réalisée précédemment.

Co-construire le réseau territorial : agir en fonction de la situation, du contexte professionnel ou personnel dans lequel les intervenants évoluent.

Comprendre que la prévention passe par le fait de savoir s'entourer, communiquer et partager.

Diapos 61 et 62 : Diapos de synthèse et de transition vers l'orientation.

Lire avec les stagiaires. Montrer que **les interventions pro-actives sont privilégiées**. Ici prend son sens d'aller vers l'autre, se soucier, se préoccuper, tisser un lien, rester vigilant et en éveil. Ouvrir le champ des possibles.

Consignes pédagogiques : S'appuyer sur des exemples fournis par les formateurs ou reprendre la situation clinique pour illustrer. Interaction avec le groupe.

Diapo 63 : Interroger le groupe en fonction de l'urgence et remplir de manière collégiale le tableau. ***Que font-ils spontanément ?***

Diapo 64 : Lire la diapo avec le groupe

Cela ouvre à diverses stratégies de prise en charge en fonction de l'urgence et de dangerosité et de la réalisation ou non d'un geste. Cela permet également de mettre en évidence que l'hospitalisation n'est pas le seul recours face à une personne en crise suicidaire.

L'important dans un contexte de crise suicidaire potentielle est de nouer un lien de qualité et de briser l'isolement du sujet tout en veillant à ce que le ou les intervenants, s'ils doivent être bien individualisés pour la personne en crise, ne soient pas isolés dans ce travail d'aide.

Elles peuvent prendre des formes variées et diverses : de l'intervention de crise en situation aiguë, au système de veille et de recontact type SIAM ou Vigilans en prévention de récurrence.

Les formateurs connaîtront les différents dispositifs évoqués et les nouvelles pistes en matière de maintien du lien, de gestion de l'urgence suicidaire...

Diapo 65 :

Co-construction territoriale du réseau.

Consignes pédagogiques : Mise en commun des coordonnées connus de chacun et échanges sur les modalités de contact.

Proposer aux stagiaires de se présenter aux équipes de proximité. Se rencontrer et se connaître permet de faciliter les filières et les réseaux de prises en charge.

[Articulations avec les autres dispositifs : Diapos 66-68](#)

Ces trois diapos ont pour vocation d'expliquer pour conclure la formation la place des évaluateurs formés dans le dispositif plus large de la prévention du suicide en France et l'articulation avec les autres acteurs de cette prévention : Sentinelles, Intervenants, Chercheurs, Préventeurs...

Information du public, formation des professionnels :

La psychoéducation est une voie également d'avenir de la prévention. Elle a pour objectif de déstigmatiser la maladie mentale et les troubles psychologiques de façon à induire une démarche volontaire de conseils, guidance ou soins.

Pour aller plus loin :

Berrouiget S. Alavi Z. Vaiva G. et Al. Siam (Suicide intervention assisted by messages) : the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicid prévention. BMC Psychiatry 2014 :14 :294

Berrouiget S. Baca-Garci E Brandt S. et al. Fundamentals for future mobile-health (mhealth): a systematic revue of mobile phone and web-based text messaging in mental health. J Med Internet Res 2016: 18(6r): e135

Berrouiget S. Courtet P ; Larsen ME et al. Suicide prevention: towards integrative, innovative and individualized brief contact interventions. Eur Psychiatry 2018 ; 47 : 25-6

Conclusion de la formation : diapos 69-71 (Durée 30 min)

Rappel des objectifs généraux

Point sur les attentes des stagiaires en début de formation

Evaluation de la formation

Pour les stagiaires

Pour les formateurs

Pour aller plus loin : Populations spécifiques

Ces diapositives peuvent servir uniquement d'appoint de connaissances pour les formateurs régionaux ou alors, en fonction du groupe et des attentes et du déroulement temporel de la formation, les formateurs pourront rajouter des éléments complémentaires. Ce document PPT amène des éléments focus sur des populations spécifiques en abordant : 1. Les signes de crise suicidaire spécifiques dans cette population, 2. Les facteurs influençant l'évaluation de la crise suicidaire, 3. Les orientations spécifiques à prévoir en fonction de cette population.

Nous avons prévu trois populations spécifiques pour le moment : les adolescents, les personnes âgées et les patients schizophrènes.

Les adolescents

Diapo 4:

Si le geste par suicide est très fréquent (5 à 10 % des jeunes font un geste durant leur adolescence), son aboutissement l'est peu. Le ratio suicide/tentative de suicide est de 1/200 (Référence ONS 2014, 2016)

En France : près de 400 décès en 2010

Diapo 5, 6, 7 :

Ces remaniements à l'origine de la vulnérabilité adolescente conditionnent une possible symptomatologie pourvoyeuse de gestes suicidaires : inhibition, anxiété, affects dépressifs, fugue, mise en danger...

Les somatisations de tout ordre sont des portes d'entrée possible vers des soins et une prévention. (65% des suicidés ont eu un contact avec un médecin dans le mois précédent, selon l'étude d'Andersen UA et al ; Acta Psychiatr Scand 2000).

Les signes d'alerte sont très souvent à valeur relationnelle, témoignant d'une souffrance. L'adresse à l'autre est fréquente mais se fait souvent de manière paradoxale.

Jamais banale, la conduite suicidaire ne doit pas être considérée comme une réponse normale aux conflits.

Diapo 8 :

Ne pas négliger l'existence de troubles mentaux : **25 %des adolescents décédés par suicide aurait présenté un trouble mental** (ONS nov. 2014). L'étude princeps de Brent et al. 1994, retrouvait un taux encore plus élevé.

Dans plus de **60% des cas**, il s'agit d'une dépression majeure. Son diagnostic peut être rendu difficile en raison de la labilité clinique : dysphorie, instabilité thymique.

D'où **l'intérêt de la formation** au repérage et au diagnostic du personnel soignants à la dépression et à la détresse psychologique de l'adolescent. (Asarnow J.R. et al. Jama 2005)

Les troubles de la personnalité sont également retrouvés (état limite).

L'impulsivité plus fréquente à l'adolescence et à prendre en compte dans le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif. Intérêt **de mise à distance des moyens létaux**.

Diapo 9 :

Les comportements suicidaires résultent **d'interactions complexes** entre les facteurs biologiques, cognitifs, psychopathologiques et environnementaux. **Ils constituent la vulnérabilité du sujet.**

Les scarifications à répétition doivent alerter. Elles peuvent faire le lit d'un passage à l'acte plus sévère, de même que les antécédents de geste suicidaire.

La qualité du réseau social, des échanges intra familiaux et de l'attention portée par l'environnement à l'adolescent sont à évaluer car leur implication apparaît primordiale lors du passage à l'acte.

Dans ce contexte, il faut penser à rechercher le cyberharcèlement, pourvoyeur d'idéation et conduite suicidaire.

La question de l'orientation sexuelle minoritaire source de discrimination, de rejet, d'isolement et de jugement négatif est un facteur de risque reconnu.

L'échec scolaire et le décrochage scolaire vécus comme une blessure narcissique chez un jeune déjà vulnérable dont un facteur de risque.

La population migrante ou issue de l'immigration par le bouleversement des repères et valeurs qu'elle porte est également un facteur de risque potentiel. (MR MORO)

Diapo 10 :

L'évènement déclenchant est toujours à rechercher. Il s'agit le plus souvent de difficultés relationnelles.

Les effets de contagion : intérêt de rechercher dans l'environnement du sujet suicidaire, la réalisation d'un geste suicidaire ou d'un décès par suicide ou non. Il est souvent le facteur venant révéler un questionnement personnel sous-jacent autour de la question de la mort et un éventuel trouble psychopathologique.

Média et monde numérique : les effets sont difficiles à évaluer (programme Papageno)

Diapo 11 :

L'adolescent consulte peu de lui-même, il faut donc **particulièrement devancer** la demande et permettre au jeune de **s'exprimer** en veillant à instaurer **un lien de confiance** contribuant à briser l'isolement et la honte, particulièrement fréquente dans ce contexte et à cet âge, et source d'apaisement.

L'évaluation d'un jeune suicidaire ou suicidant doit être pluridisciplinaire (ANAES 1998), médicale, psychiatrique, sociale et familiale. L'évaluation du **contexte familial** est incontournable de même que son implication dans la prise en charge, dans la mesure du possible.

La prise en charge, fonction des ressources locales, a pour objectif notamment d'inscrire ou réinscrire le jeune dans **un maillage** familial, social, amical, scolaire et soignant et de **soutenir** son environnement.

L'objectif est de construire un lien individualisé d'assez bonne qualité dans un contexte de suivi individuel ou le plus souvent pluriprofessionnels de façon à éviter la récurrence.

La prévention des idées de suicide et gestes suicidaire chez l'adolescent s'oriente actuellement sur des **programmes d'éducation et de promotion** à la santé mentale (programme YAM) qui fournit aux adolescents des connaissances de base en santé mentale favorisant une déstigmatisation de la souffrance psychologique, son repérage et d'aller demander de l'aide.

Les personnes âgées

À partir de 65 ans, le taux de suicide augmente régulièrement avec l'avancée en âge :

Le ratio TDS/suicide abouti est de 4/1 chez le sujet âgé (Référence ONS 2014, 2016)

Le sexe masculin est surreprésenté.

Il y a une détermination à se donner la mort avec utilisation de moyens suicidaires radicaux.

Facteurs de risque : des pertes multiples (affectives, sociales, intégrité physique) favorisant l'isolement, la dépendance, un sentiment d'indignité et la dépression. Celle-ci est souvent sous-diagnostiquée (dépression masquée) et sous-traitée (demi-dose d'antidépresseur).

La crise suicidaire est parfois difficile à repérer : signes banals, aspécifiques en rupture avec le comportement habituel du sujet.

Les patients schizophrènes

Diapo 1 :

Pathologie fréquente, estimée à une prévalence de 1%.

Le suicide : première cause de mort prématurée.

10 à 13 % des schizophrènes décèdent par suicide (RR=20).

Rappel : 90% des suicidés présentaient un trouble mental et 70 à 80% une comorbidité.

Diapo 2 :

L'intensité de la souffrance morale et du sentiment de désespoir en lien avec l'expérience et la prise de conscience douloureuse de la maladie et ses conséquences sont souvent les signes cliniques principaux.

Le rôle de l'insight est controversé.

Le retard au diagnostic et au traitement augmenterait nettement le risque de suicide.

Diapo 3 :

Le suicide peut survenir à **n'importe quel moment** de la maladie.

Mais le risque est plus grand lors de **la première année** de la maladie, notamment au cours et décours du premier épisode aigu avec une vulnérabilité maximale dans la semaine qui suit la sortie de l'hôpital puis dans les trois mois qui suivent.

Diapo 4 :

Les moyens sont généralement violents avec un ratio TS/S de 4 (10 en population générale).

Repérer le ou les facteurs déclenchants d'une souffrance morale intense à l'origine de la crise suicidaire chez une personne atteinte de schizophrénie sans l'imputer seulement à la pathologie (prise en charge différente) : **on tentera d'agir sur l'élément déclenchant.**

Diapo 5 :

Vulnérabilité :

Elle permet de **dégager au sein de la population schizophrène, un groupe plus à risque** pour lequel il faudra être d'autant plus attentif :

Importance de la comorbidité :

- Retenir le sous diagnostic de **la dépression** dans la schizophrénie (**diagnostic différentiel** avec les signes négatifs parfois difficile)

Importance des formes cliniques :

- RR plus important dans les formes **schizo-affectives** (RR=2,8), suivent les formes schizoïdes puis déficitaires.
- **Gravité de la maladie**, nombre d'épisodes aigus, nombres d'hospitalisations courtes, mauvaises réponses au traitement

Importance des **antécédents** personnels de conduites suicidaires

Sexe ratio mort par suicide : Deux **hommes** pour une femme. Il est égal pour la tentative.

Si les comportements suicidaires sont plus fréquents chez les jeunes, la mortalité augmente nettement avec l'âge.

Poids de **l'isolement**.

Diapo 6 :

Avant l'évaluation, il faut un temps de reconnaissance de la souffrance morale en lien avec l'existence de la maladie.

Puis explorer les idées de suicide et les scénarios de manière franche et explicite.

L'orientation est fonction de l'urgence, de la dangerosité et de la nature de l'évènement déclenchant la crise suicidaire.

Intérêt d'une bonne réactivité et d'un travail en réseau facilitateur de prise en charge rapide et protectrice.

Document 1 : Représentations sociales du suicide, des suicidés et des causes de suicide (Sans recherche associée)

I / Parlons du suicide en général

Le plus spontanément possible, sans y réfléchir, notez dans les cases les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on vous demande : **Pour vous le suicide c'est ?**

Pour vous le suicide c'est :

```
graph TD; A["Pour vous le suicide c'est :"] --- B[""]; A --- C[""]; A --- D[""];
```

Le plus spontanément possible, sans y réfléchir, notez dans les cases les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on vous demande : **Pour vous les personnes qui se suicident sont ?**

Pour vous les personnes qui se suicident sont :

```
graph TD; A["Pour vous les personnes qui se suicident sont :"] --- B[""]; A --- C[""]; A --- D[""];
```

Le plus spontanément possible, sans y réfléchir, notez dans les cases les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on vous demande : **Pour vous quelles sont les causes de suicide ?**

Pour vous les causes de suicide sont :

A diagram with a blue rounded rectangular box at the top containing the text 'Pour vous les causes de suicide sont :'. Three lines extend downwards from the bottom of this box to three separate white rounded rectangular boxes with blue borders, arranged horizontally.

Le plus spontanément possible, sans y réfléchir, notez dans les cases les 3 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on vous demande : **Pour vous quelles sont les causes de suicide dans votre région ?**

Pour vous les causes de suicide dans votre région sont :

A diagram with a blue rounded rectangular box at the top containing the text 'Pour vous les causes de suicide dans votre région sont :'. Three lines extend downwards from the bottom of this box to three separate white rounded rectangular boxes with blue borders, arranged horizontally.

II / Parlons du suicide en particulier

- **Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider**

Oui Non

- Connaissez-vous **professionnellement** des personnes ayant tenté de se suicider

Oui Non

- Connaissez-vous **personnellement, directement** des personnes qui se sont suicidées ?

Oui Non

- Connaissez-vous **professionnellement** des personnes qui se sont suicidées ?

Oui Non

Documents 2 : Epidémiologie – Classe inversée

Quelques éléments de définitions

Epidémiologie

L'OMS définit en 1968 l'épidémiologie comme étant : « l'étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines, ainsi que les influences qui déterminent cette distribution »

Incidence

L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'un phénomène de santé apparu pendant une période de temps donné.

Taux d'incidence

Le taux d'incidence correspond à l'incidence rapportée à un échantillon de population.

En ce qui concerne les taux de suicide, ils sont généralement exprimés pour 100 000 habitants par année.

Par exemple : En France, le taux de suicide en 2014 était de 14.9 décès par suicide pour 100 000 habitants.

Prévalence

La prévalence concerne le nombre de personnes touchées par une maladie ou un événement de santé à un instant t. C'est le nombre total de cas existants (anciens + nouveaux).

Taux de mortalité

Taux de mortalité = (nombre de décès pour une pathologie par année de référence) / (population moyenne de l'année de référence)

Taux de mortalité prématurée

Taux de mortalité prématurée = (Nombre de décès pour une pathologie par année de référence chez des personnes âgées de moins de 65 ans) / (Population totale des moins de 65 ans pour l'année de référence)

Données sur le suicide

Données générales

Dans le monde : 804 000 décès par suicide (+ que les violences et les catastrophes) – OMS 2014

1 décès par suicide toutes les 40 secondes dans le monde et une TDS toutes les 3 secondes – OMS 2014

En France, un peu moins de 10 000 morts par suicide (3* plus que les accidents de la circulation) –

1 décès par suicide par heure en 2014 – 1 décès sur 50 en France est un suicide - ONS, 2014

Première cause de mortalité précoce évitable

Sexe à risque :

Hommes plus à risque (3/4 d'hommes pour ¼ de femmes environ) – ONS 2016

Tranches d'âge (tous sexes confondus) :

45-54 (25.1/100 000) et + de 75 ans (>30/100 000) – ONS 2016

16 % des décès de personnes de 15 à 24 ans sont des suicides (2^{ème} cause de mortalité après les accidents de la circulation) – ONS 2014

1/3 des personnes décédées par suicide ont plus de 60 ans – ONS 2014

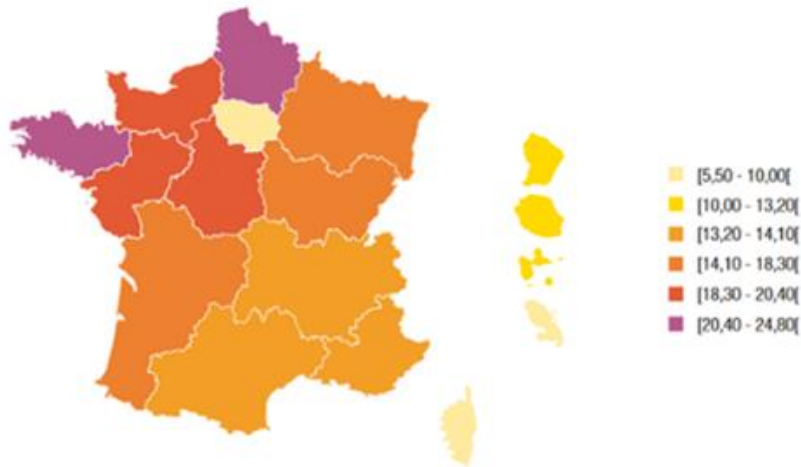
Modes de suicide :

En 2012 les modes les plus fréquents sont les pendaisons (54%), les armes à feu (15%), prise de médicaments et autres substances (11%) et les sauts d'un lieu élevé (7%). Les moyens utilisés par les hommes sont par autre décroissant : la pendaison (59%) et les armes à feu (19%). Pour les femmes, la pendaison (39%) puis la prise de médicaments et autres substances (25%). La pendaison est plus fréquente dans le Nord de la France tandis que les armes à feu sont plus utilisées dans le Sud - ONS – 2016

Les chiffres baissent (-23,6% entre 2003 et 2014)

Répartition géographique en France

CARTE 1 • Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants, en 2012



Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

Age et Sexe Ratio

TABLEAU 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2003, 2008 et 2014

	Taux standardisés ¹			% Variation du taux		
	2003	2008	2014	2003-2008 ²	2008-2014 ³	2003-2014 ⁴
1-14	0,3	0,3	0,2	-16,7	-1,1	-17,6
15-24	8,2	6,8	5,0	-16,6 *	-26,8 *	-39,0 *
25-54 ans	23,4	20,8	16,8	-11,1 *	-19,3 *	-28,2 *
25-34	16,2	13,5	10,9	-16,7 *	-18,9 *	-32,4 *
35-44	24,9	21,5	16,7	-13,8 *	-22,2 *	-33,0 *
45-54	28,4	26,7	22,2	-5,7 *	-17,1 *	-21,9 *
55-74 ans	23,5	22,8	18,9	-3,3	-17,1 *	-19,9 *
55-64	21,7	22,1	19,8	1,7	-10,5 *	-9,0 *
65-74	25,7	23,5	17,7	-8,4 *	-24,5 *	-30,9 *
75 ans ou +	48,8	42,0	35,4	-14,0 *	-15,8 *	-27,5 *
75-84	39,1	35,7	30,8	-8,8 *	-13,7 *	-21,3 *
85-94	74,8	58,9	47,9	-21,2 *	-18,7 *	-35,9 *
95 ans ou +	66,8	53,9	41,3	-19,3	-23,5	-38,2
Total tous âges	20,3	18,3	14,9	-9,9	-18,2	-26,3

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA.

2 - (Taux 2008 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

3 - (Taux 2014 - Taux 2008) * 100 / Taux 2008.

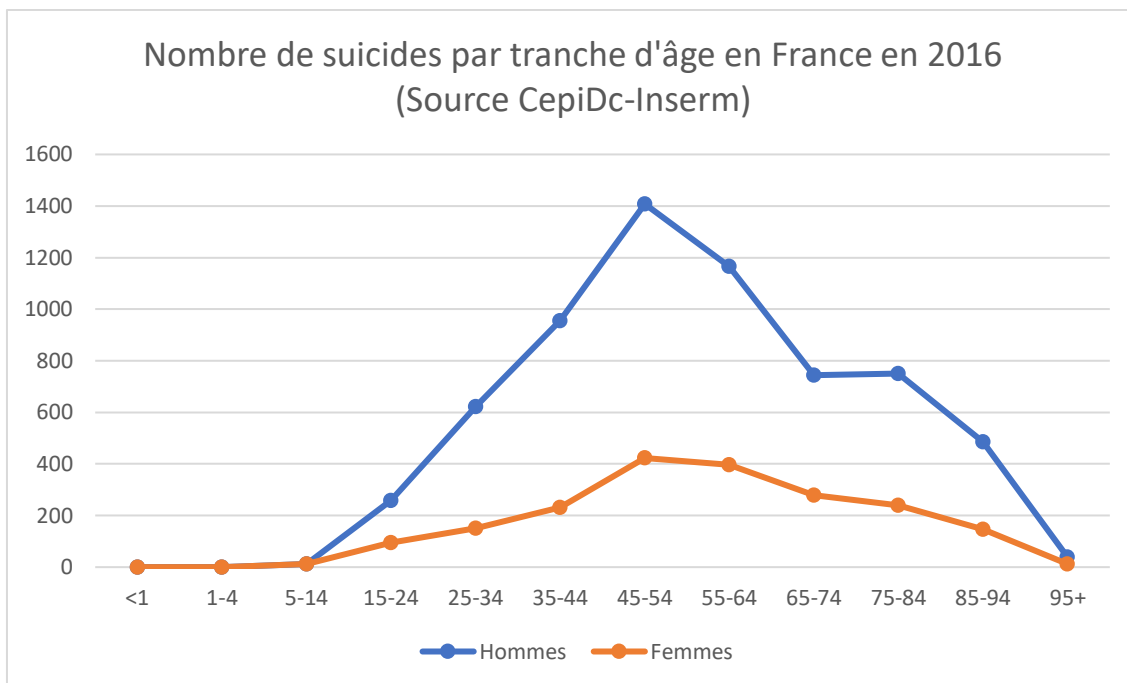
4 - (Taux 2014 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

Lecture • En 2014, en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 26,3 % entre 2003 et 2014.

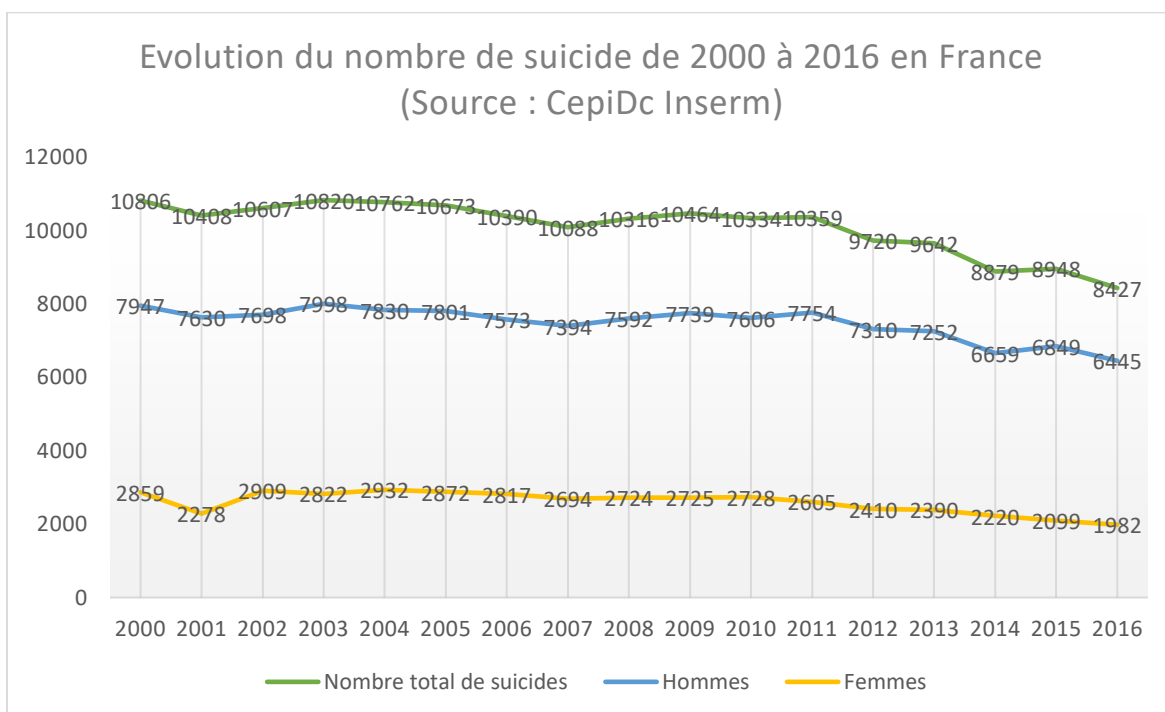
Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.

Ça baisse pour tous les âges



Evolution au cours du temps du nombre de suicide en France



Remarque

Les chiffres sont sous-estimés d'environ 9.4 % (Aouba, Pequignot, Camelin & Jouglu, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 47-48. p. 497-500) avec de grandes variations inter-régions liées aux modalités de recueil d'information sur les décès (ONS 2016).

Données sur les tentatives de suicide

1 personne / 20 déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie – ONS 2014

Il y a environ 190 000 passages aux urgences pour une tentative de suicide par an dont 110 000 femmes – ONS 2014

Les femmes font deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes et sont 3 fois moins nombreuses à mourir par suicide.

Le ratio suicide / tentative de suicide est de 1 pour 4 chez les personnes âgées et de 1 pour 200 chez les moins de 25 ans.

Remarque

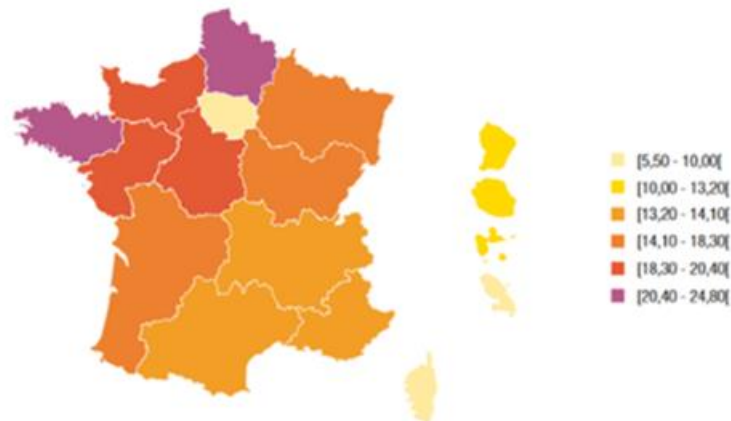
Ces chiffres sont estimés car ils sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale ou du recueil de données des systèmes de soins hospitaliers.

Quelques données épidémiologiques

- Dans le monde : 804 000 décès par suicide (+ que les violences et les catastrophes)
- 1 décès par suicide toutes les 40 secondes dans le monde et une TDS toutes les 3 secondes
- En France, un peu moins de 10 000 morts par suicide(3* plus que les accidents de la circulation) – 1 décès par suicide par heure en 2014
- Première cause de mortalité précoce évitable
- Tranches d'âge à risque : 35-65 ans
- Sexe à risque : hommes
- Les chiffres baissent (-23,6% entre 2003 et 2014)

Sources : Organisation Mondiale de la Santé, Observatoire National du Suicide, Observatoires Régionaux de Santé, Eurostat, CépiDc-Inserm, Santé Publique France, www.infosuicide.org

CARTE 1 • Taux de suicide standardisés dans les grandes régions françaises pour 100 000 habitants, en 2012

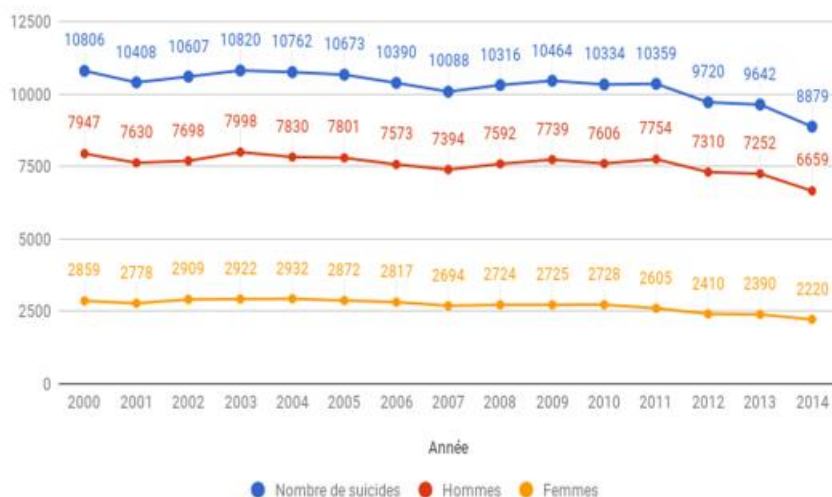


Source • CépiDc, réalisation DREES et InVS, standardisation sur la structure par âge de la population française en 2012.

Source : Observatoire National du Suicide, 2016

Nombre de suicides enregistrés en France

Source: CépiDc-Inserm



Les hommes toujours plus que les femmes mais la tendance à la diminution est plus forte chez eux

Âges et sexe ratio

Ca baisse pour tous les âges

TABLEAU 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2003, 2008 et 2014

	Taux standardisés ¹			% Variation de taux		
	2003	2008	2014	2003-2008 ²	2008-2014 ³	2003-2014 ⁴
1-14	0,3	0,3	0,2	-16,7	-1,1	-17,6
15-24	8,2	6,8	5,0	-16,6 *	-26,8 *	-39,0 *
25-54 ans	23,4	20,8	16,8	-11,1 *	-19,3 *	-28,2 *
25-34	16,2	13,5	10,9	-16,7 *	-18,9 *	-32,4 *
35-44	24,9	21,5	16,7	-13,8 *	-22,2 *	-33,0 *
45-54	28,4	26,7	22,2	-5,7 *	-17,1 *	-21,9 *
55-74 ans	23,5	22,8	18,9	-3,3	-17,1 *	-19,9 *
55-64	21,7	22,1	19,8	1,7	-10,5 *	-9,0 *
65-74	25,7	23,5	17,7	-8,4 *	-24,5 *	-30,9 *
75 ans ou +	48,8	42,0	35,4	-14,0 *	-15,8 *	-27,5 *
75-84	39,1	35,7	30,8	-8,6 *	-13,7 *	-21,3 *
85-94	74,8	58,9	47,9	-21,2 *	-18,7 *	-35,9 *
95 ans ou +	66,8	53,9	41,3	-19,3	-23,5	-38,2
Total tous âges	20,3	18,3	14,9	-9,9 *	-18,2 *	-26,3 *

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA.

2 - (Taux 2008 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

3 - (Taux 2014 - Taux 2008) * 100 / Taux 2008.

4 - (Taux 2014 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

Lecture • En 2014, en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 26,3 % entre 2003 et 2014.

Champ • France métropolitaine.

Source • CépiDc-Inserm.