



LE RISQUE SUICIDAIRE : COMPRENDRE ET AGIR

Joanna PORRAS
psychologue



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Définitions

- Le comportement suicidaire est la manifestation d'une crise psychique :
 - Période où, pour un sujet donné, le suicide devient une solution pour mettre fin à sa souffrance actuelle
 - Elle ne veut pas mourir, elle veut arrêter de souffrir

Idéation suicidaire : penser le suicide comme le moyen de sa propre mort
3900 pour 100 000 personnes

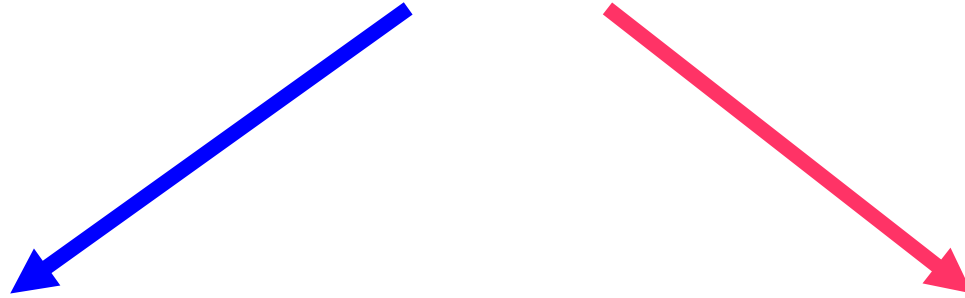
Tentative de suicide : comportement auto-agressant avec une issue non fatale et la preuve (explicite ou implicite) que la personne voulait mourir
300 pour 100 000

Suicide : mort auto-infligée avec la preuve (explicite ou implicite) que la personne avait l'intention de décéder
16 pour 100 000



Le suicide en France : quelques chiffres



Crise suicidaire



11000/an

$\frac{3}{4}$  - $\frac{1}{4}$ 

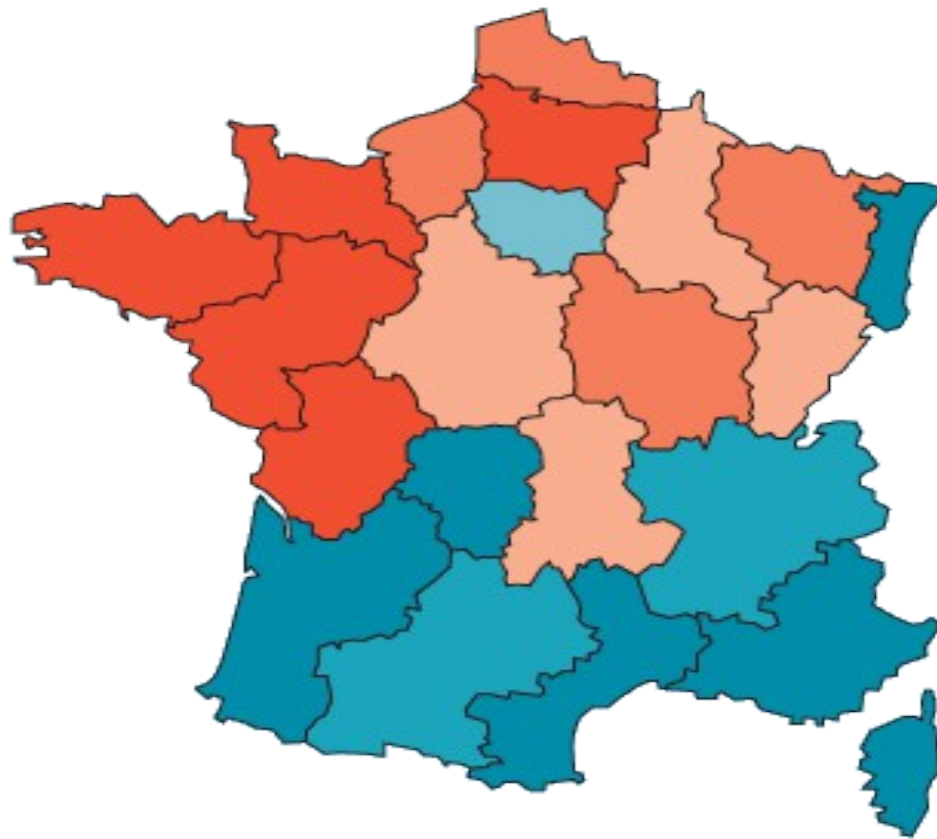
200000/an

$\frac{1}{4}$  - $\frac{3}{4}$ 

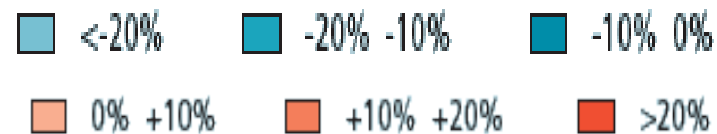
Avec la crise économique : **750 suicides** et **10780 TS** supplémentaires depuis 2008



Le suicide en France : quelques chiffres



Variations régionales des
taux
de décès par suicide
par rapport à la moyenne
nationale en 2006



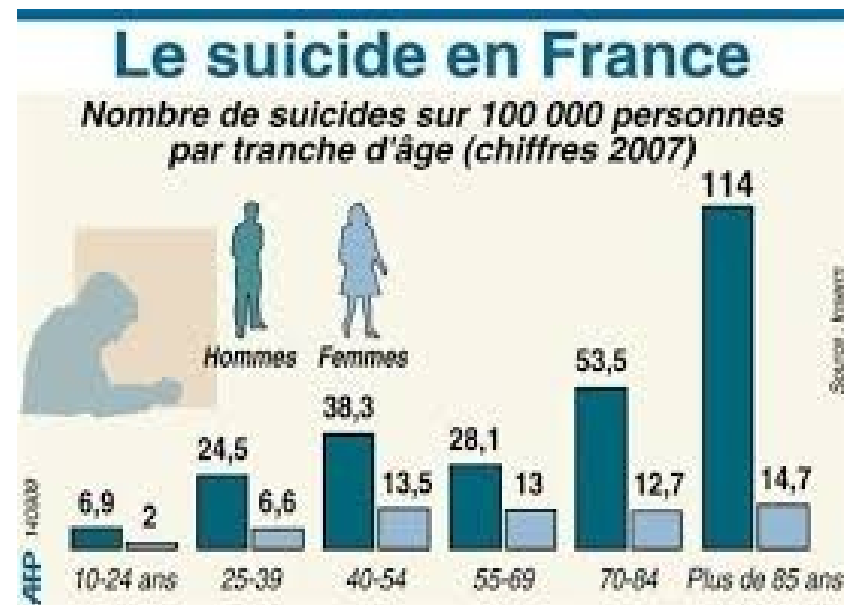
Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de la mortalité par suicide en France métropolitaine (2006) Aouda, Pequignot, Camelin, Jougla – INSERM



Le suicide en France : quelques chiffres

On estime que :

- sous-estimation du nombre de suicides et des tentatives de l'ordre de 20 %,
- 60 000 personnes sont des endeuillés par suicide,
- 90 000 hospitalisations par an en lien avec le suicide,
- 1 000 000 de crises suicidaires par an,
- plus de 10 000 000 personnes ont des troubles psychiatriques



La problématique suicidaire dans le milieu sp

Quelques chiffres issus du groupe de travail FNSPF/MNSP

Année 2010

Échantillon de **75 %** des SDIS
(population sapeurs-pompiers et autres agents des SDIS)

37 cas de décès par suicide recensés

85 % sont des hommes

Age moyen : **40 ans**



SANTÉ
SÉCURITÉ
PRÉVENTION

Les apports de la conférence de consensus

Une définition et une description de la progression de la crise suicidaire

Une évaluation du potentiel suicidaire

Un plan d'intervention précis et ordonné en amont du passage à l'acte



avec le soutien de la Direction Générale de la Santé



Conférence de consensus

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge

19 et 20 octobre 2000

Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris

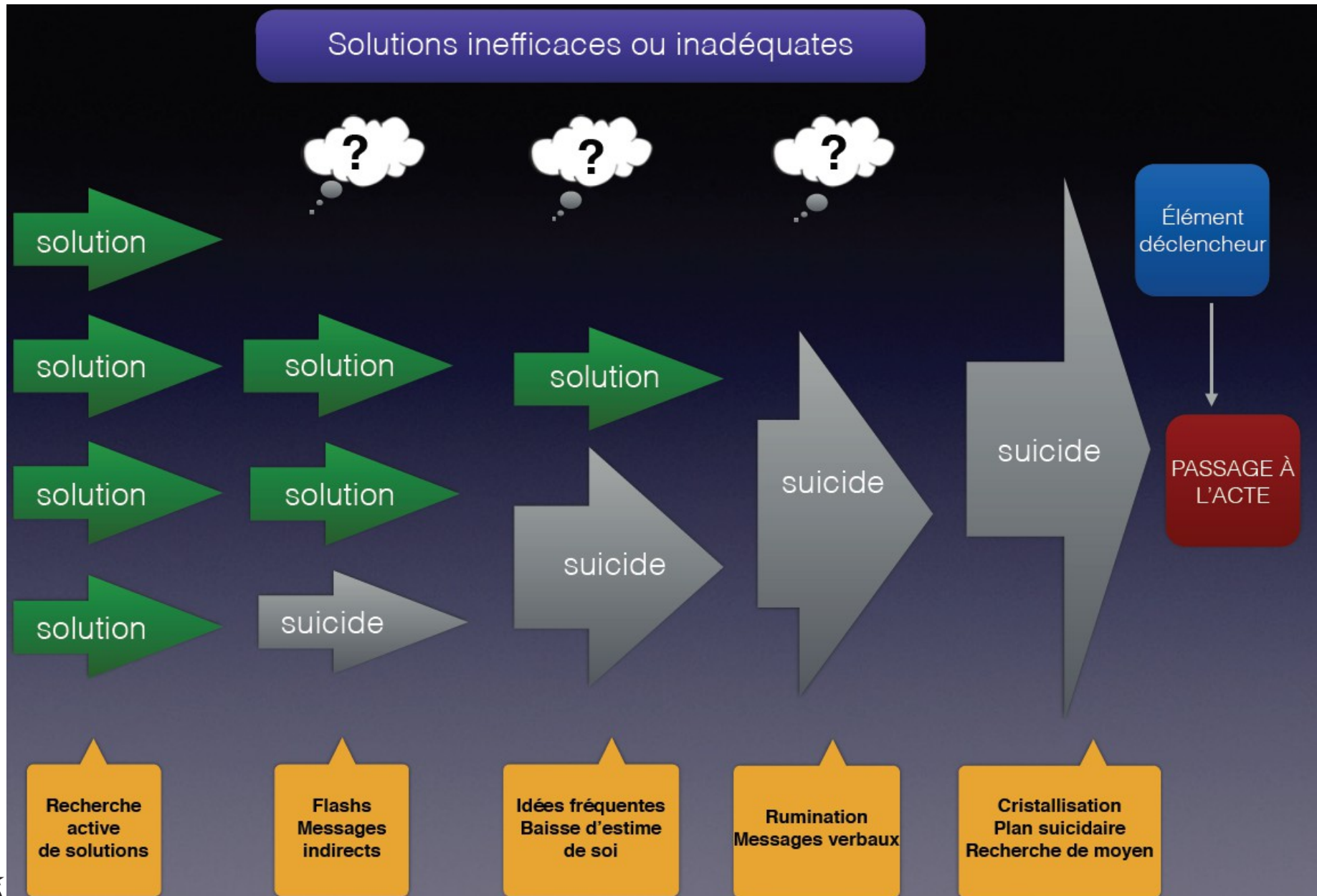
TEXTE DES RECOMMANDATIONS



La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge / Texte long / page 1



Les 5 étapes du processus suicidaire



Reconnaître l'état de crise

- La personne est submergée par les émotions
- La tension émotionnelle provoque un épuisement des ressources cognitives
- Elle n'arrive plus à trouver des solutions à ses difficultés
- La perception de la réalité est embrouillée
- Elle se centre sur des solutions inadaptées



La progression de la crise

Sortie de la crise (environ 6/8 semaines) :

- Résolution adéquate : la personne sort de la crise en ayant appris de nouvelles stratégies d'adaptation (mécanismes de maîtrise de soi, meilleure capacité d'expression de sa souffrance).
- Retour à l'équilibre antérieur : la personne a solutionné les problèmes déclencheurs de la crise sans réel apprentissage et ni introspection.
- Résolution inadéquate : la personne parvient à réduire le stress et l'anxiété à court terme ; Douleur engourdie et état de vulnérabilité persistant. Risque qu'un autre événement la plonge à nouveau dans un état de crise.



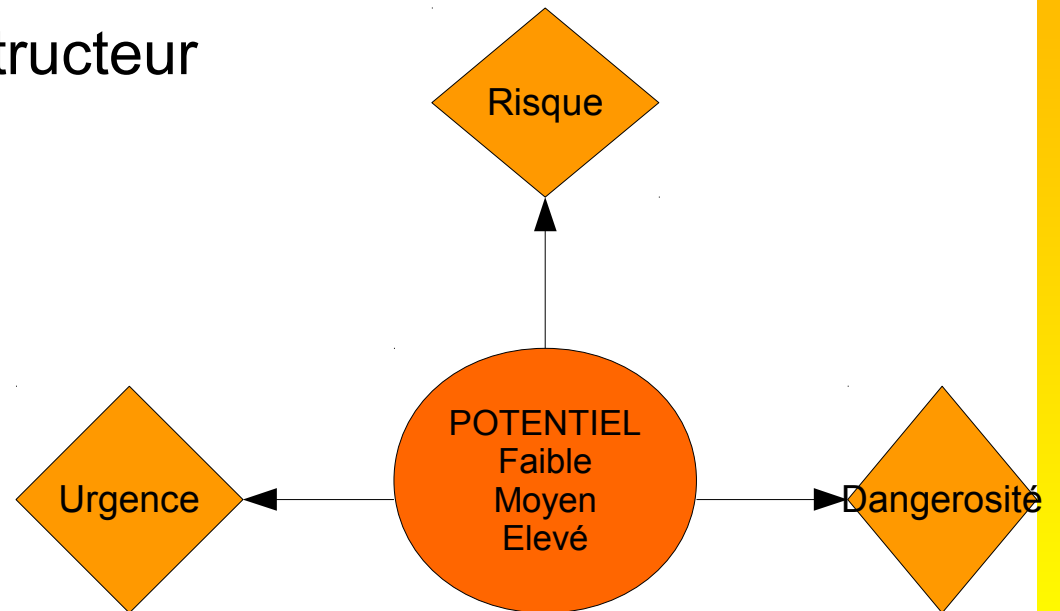
L'intervention de crise

L'intervention vise un retour à l'équilibre par :

- l'expression des émotions,
- la compréhension cognitive des événements qui ont mené à la crise (recadrage cognitif)
- et l'apprentissage de nouvelles habilités de résolution de problème

Comment désamorcer :

- Évaluation du potentiel suicidaire : R.U.D.
- Formulation de la crise
- Arrêt du processus auto-destructeur



L'intervention de crise

-
- Établir un lien de confiance : accepter le projet suicidaire mais refuser le suicide
- Repousser l'échéance du passage à l'acte
- Transmettre l'idée qu'avec de l'aide, la personne pourra s'en sortir
- Évaluer le processus suicidaire.
- La priorité est de permettre à la personne de partager son expérience pour se sentir moins seule et pour mettre en place des moyens valables et efficaces.



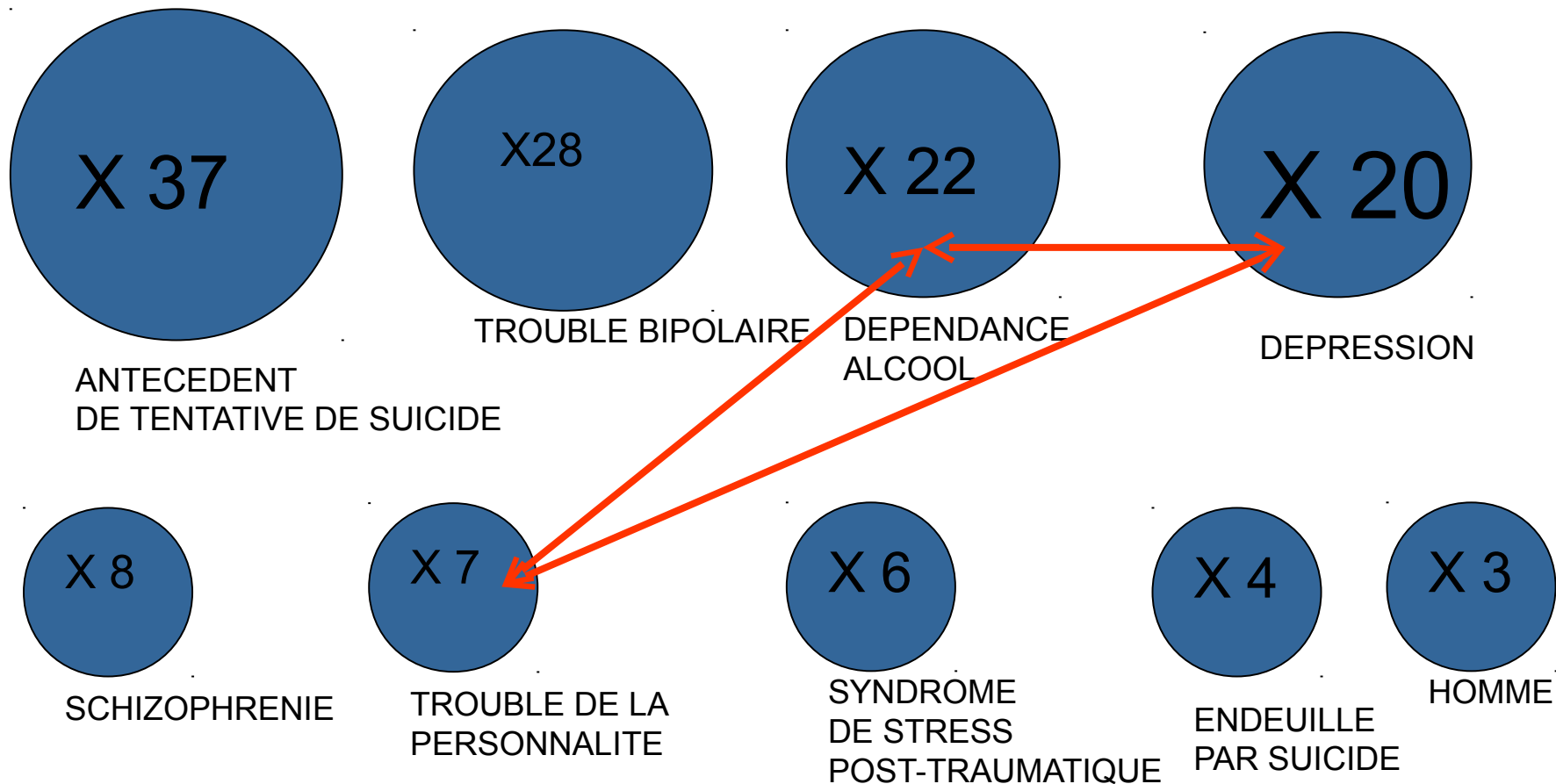
Évaluation du potentiel suicidaire :

RISQUE – URGENCE -DANGEROUSITE

- Considérer les éléments du passé pouvant influencer la survenue du décès par suicide dans les 2 ans à partir des facteurs individuels, familiaux, psychosociaux
- estimation à partir des connaissances de l'épidémiologie sur les facteurs de risque et de protection vis-à-vis du suicide et non des tentatives de suicide :
 - L'enfance
 - Relation d'attachement
 - Événements de vie
 - La psychopathologie : Dépression, abus de substance, schizophrénie, trouble de la personnalité...
 - Les événements de vie durant la dernière année



Facteurs de risque et poids respectifs (risque relatif)



Facteurs de protection

- Le soutien apporté par la famille et les relations sociales
- La présence d'un proche, un conjoint, un confident
- La grossesse, les enfants vivants à la maison
- Les responsabilités familiales
- L'intégration au sein de la communauté et de la société
- Une forte croyance religieuse
- Une culture qui sanctionne sévèrement le suicide culturelle
- La résilience et la capacité de résoudre les problèmes
- La capacité de demander de l'aide



Évaluation du potentiel suicidaire :

RISQUE – **URGENCE** -DANGEROUSITE

C'est une évaluation clinique de la probabilité de décéder dans les 48 heures.

Elle se fonde sur :

- l'idéation suicidaire et son intensité
- l'absence d'alternative autre que le suicide
- le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte



Faible : pense au suicide, pas de scénario précis

Moyen : scénario envisagé, mais reporté

Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir



Évaluation du potentiel suicidaire : RISQUE – URGENCE -DANGEROUSITE

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et son accessibilité

*Demander une description aussi précise que possible du scénario.
Aborder ce sujet directement a le plus souvent un effet soulageant pour la personne suicidaire, qui se sent considérée dans ce qu'elle vit actuellement et dans son désir de mourir. Les questions directes sont le plus souvent interprétées comme une compréhension de la souffrance du sujet.*

Faible : moyens faiblement létaux

Moyen : létalité possible, accès possible, non encore mis en oeuvre

Élevé : accès direct et facile à des moyens fortement létaux

Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence

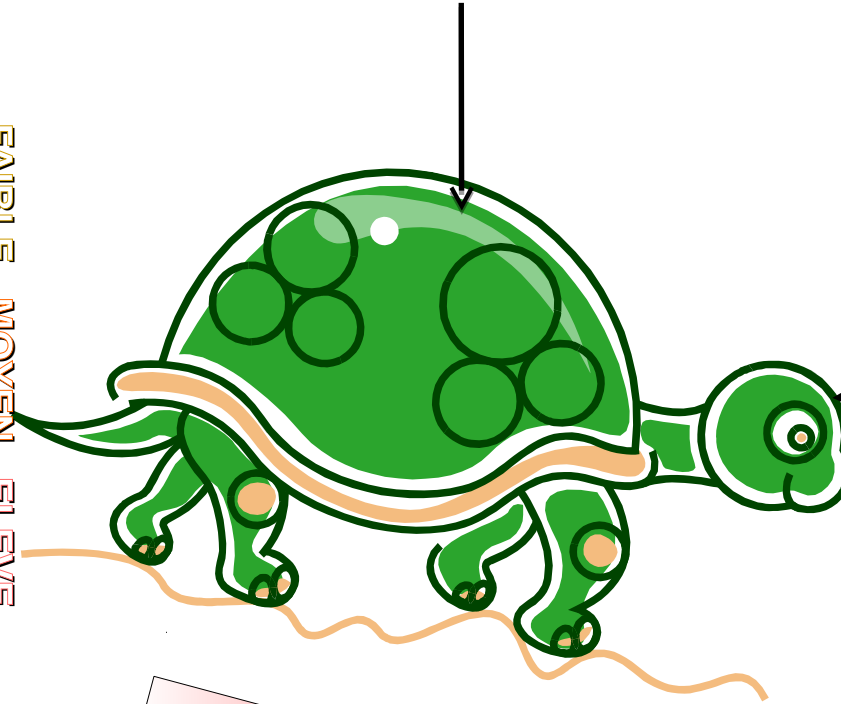


Évaluation du potentiel suicidaire : RISQUE – URGENCE -DANGEROUSITE

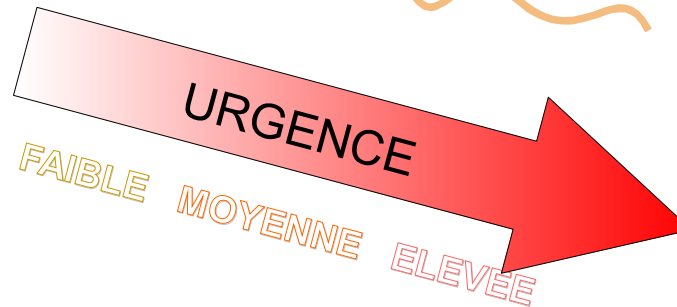
Facteurs
de risque et
de protection

R
I
S
Q
U
E
V
I
E

FAIBLE
MOYEN
ELEVÉ



Pensées
VELCRO



D
A
N
G
E
R

FAIBLE
MOYEN
ELEVÉ



LES 8 SEQUENCES DE L'INTERVENTION

1. Établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne suicidaire
2. Encourager l'exploration et l'expression des émotions afin de diminuer la détresse
3. Évaluation rapide et efficace du risque, de l'urgence et de la dangerosité du scénario suicidaire
4. Évaluation du facteur précipitant
5. formulation de la crise
6. Mobilisation de l'entourage
7. suivi à court et moyen terme
8. L'après crise



LES SEQUENCES DE L'INTERVENTION

- Savoir exactement où en sont les personnes
- Moins hospitaliser et favoriser le soin intensif dans la communauté : « nidothérapie »
- Sécuriser le domicile : armes, médicaments

DÉTECTER, DÉTECTER, DÉTECTER

Voir avec les yeux du sujet (passé, présent, jours à venir...)

Penser la personne sur 168 heures

Préparer demain : agence d'avenir

Mettre une pression préventive douce et constante



CONCLUSION

ÊTRE FORT, C'EST DEMANDER DE L'AIDE





LE RISQUE SUICIDAIRE : COMPRENDRE ET AGIR

Joanna PORRAS
psychologue



AEPSP

ASSOCIATION EUROPÉENNE DE PSYCHOLOGIE SAPEUR - POMPIER

Définitions

- Le comportement suicidaire est la manifestation d'une crise psychique :

- Période où, pour un sujet donné, le suicide devient une solution pour mettre fin à sa souffrance actuelle
- Elle ne veut pas mourir, elle veut arrêter de souffrir

Idéation suicidaire : penser le suicide comme le moyen de sa propre mort
3900 pour 100 000 personnes

Tentative de suicide : comportement auto-agressif avec une issue non fatale et la preuve (explicite ou implicite) que la personne voulait mourir
300 pour 100 000

Suicide : mort auto-infligée avec la preuve (explicite ou implicite) que la personne avait l'intention de décéder
16 pour 100 000



prévalence annuelle de suicide, de tentative de suicide et d'idéation suicidaire
(d'après A. Lesage et INPES 2011)

Le comportement suicidaire est la manifestation d'une crise psychique, nommée crise suicidaire, dont le risque majeur est le suicide.

Ce n'est pas une pathologie, un diagnostic en soit, mais un comportement qui caractérise le malaise vécu par une personne qui souffre, indépendamment de ses difficultés psychologiques.

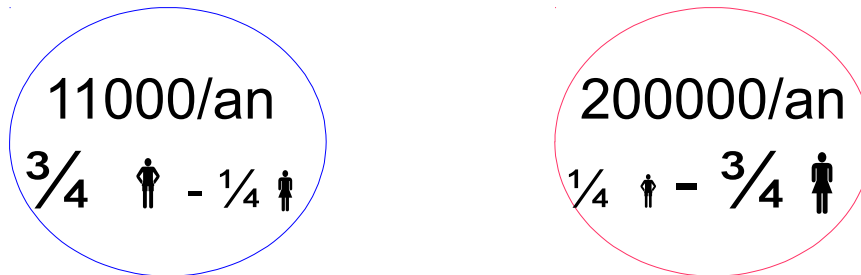
La **tentative de suicide** est le passage à l'acte non fatal du suicidant, acte auto-agressif destiné à mettre fin à sa vie mais auquel il survit.

Le **suicide** (du latin sui caedere, se tuer soi-même) est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie. Dans le domaine médical, on parle aussi d'autolyse (du grec auto- : soi-même, et -lyse : destruction).

Le nombre de décès et les taux de décès standardisés par âge sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes : respectivement 27,7 et 8,1 décès pour 100 000 habitants

Le suicide en France : quelques chiffres

Crise suicidaire



Avec la crise économique : 750 suicides et 10780 TS supplémentaires depuis 2008



En France : Presque 1 décès sur 50 est un suicide

Ces décès représentent 2 % de l'ensemble des décès survenus en France (contre 4000 en 2010 par AVP soit 1%).

En 2009, 10464 décès par suicide (Bulletin de l'InVS du 13/12/2011), ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, dont 7739 pour des hommes et 2725 pour des femmes. Toutefois, la sous-déclaration, que l'on estime à 9,4 % porterait ce nombre à 11448.

Les suicides : classé au sein de la mortalité évitable

Deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans (après AVP)

première cause de mortalité chez les 25-34 ans.

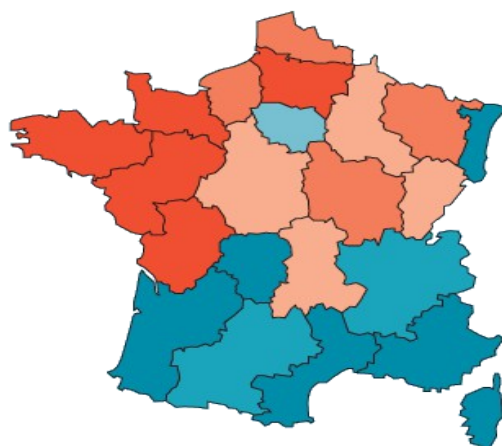
$\frac{3}{4}$ d'hommes, $\frac{1}{4}$ femmes

Les tentatives de suicide :

près de 200 000 tentatives de suicide ont donné lieu à un contact avec le système de soins, 90 000 hospitalisations chaque année .

$\frac{3}{4}$ de femmes, $\frac{1}{4}$ hommes, population jeune.

Le suicide en France : quelques chiffres



Variations régionales des
taux
de décès par suicide
par rapport à la moyenne
nationale en 2006



Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de la mortalité par suicide en France métropolitaine (2006) Aouda, Pequignot, Camelin, Jouglia – INSERM

La France se situe dans le groupe des pays européens où le taux de suicide est élevé.

L'Inpes (F. Beck et coll.) nous apporte des données extrêmement détaillées en population générale avec les résultats du Baromètre santé de 2010, enquête de très grande envergure puisque plus de 27 000 personnes ont été interrogées. Deux chiffres parmi tant d'autres :

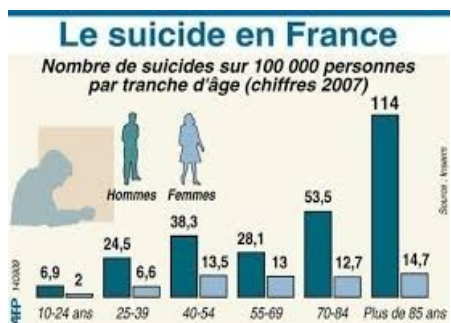
- 3,9% de la population a eu des pensées de suicide durant l'année écoulée, avec un maximum dans la tranche d'âge 45-54 ans pour les deux sexes ;
- 7,6% des femmes et 3,2% des hommes déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

Le nombre de suicide annuel diminue depuis 2006

Le suicide en France : quelques chiffres

On estime que :

- sous-estimation du nombre de suicides et des tentatives de l'ordre de 20 %,
- 60 000 personnes sont des endeuillés par suicide,
- 90 000 hospitalisations par an en lien avec le suicide,
- 1 000 000 de crises suicidaires par an,
- plus de 10 000 000 personnes ont des troubles psychiatriques



La problématique suicidaire dans le milieu sp

Quelques chiffres issus du groupe de travail FNSPF/MNSP

Année 2010

Échantillon de **75 %** des SDIS
(population sapeurs-pompiers et autres agents des SDIS)

37 cas de décès par suicide recensés

85 % sont des hommes

Age moyen : **40 ans**



SANTÉ
SÉCURITÉ
PRÉVENTION

lien net entre l'activité opérationnelle du sapeur-pompier et les crises suicidaires. Si l'activité opérationnelle du sapeur-pompier renforce sa capacité à faire face à des situations difficiles, elle instaure aussi des stratégies défensives (déli de ses propres difficultés, peur du jugement et de l'exclusion). De ce fait, il est noté une forte influence, sur les idéations suicidaires, des expériences de morts violentes vécues en intervention, sans recul, dialogue ou soutien ultérieur, de l'exposition régulière à des situations stressantes, voire traumatogènes, qui vulnérabilisent l'équilibre psychologique individuel.

Les apports de la conférence de consensus

Une définition et une description de la progression de la crise suicidaire

Une évaluation du potentiel suicidaire

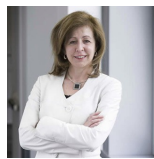
Un plan d'intervention précis et ordonné en amont du passage à l'acte



avec le soutien de la Direction Générale de la Santé



Conférence de consensus
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge
19 et 20 octobre 2000
Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris
TEXTE DES RECOMMANDATIONS



La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge / Texte long / page 1



Source : FFP et ANAES octobre 2000

« messe scientifique » en 2000 qui est la première étape du programme de prévention du suicide.

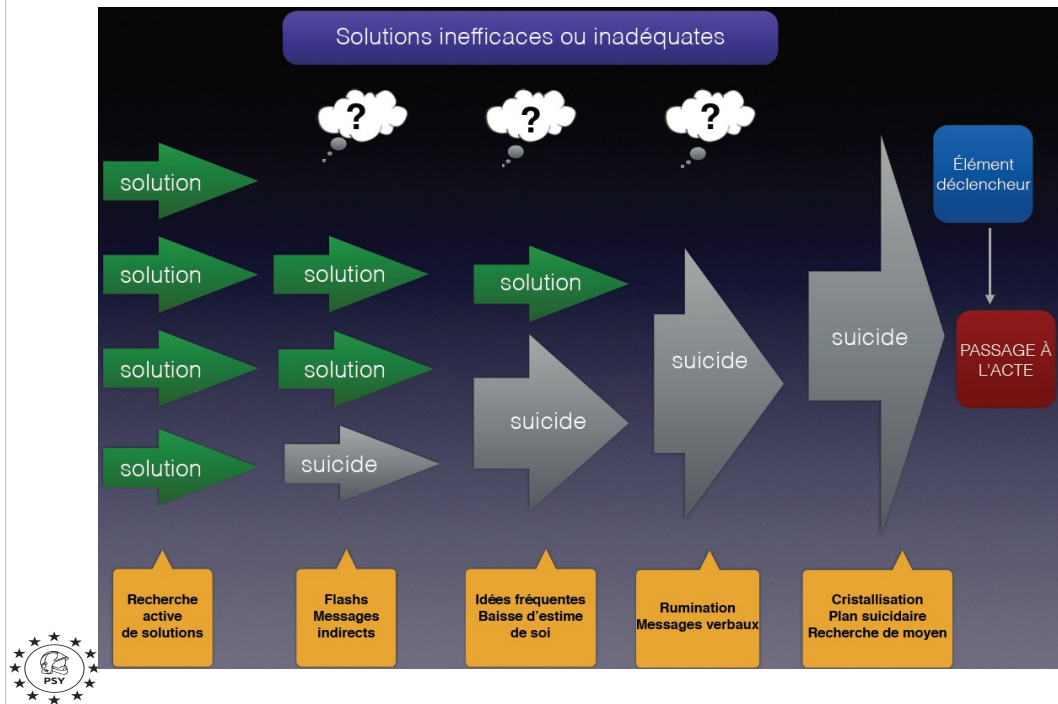
2ème étape : conception d'une formation de formateur avec la psychologue québécoise Monique SEGUIN :

- que la personne en souffrance ait le moins de mots à dire
- Qu'elle soit entendue le plus tôt possible

Le modèle est la Finlande qui a formé 100 000 personnes pour faire baisser le taux de suicide de 5 %

Création de l'observatoire national du suicide¹ en septembre 2013 par Marisol Touraine

Les 5 étapes du processus suicidaire



Reconnaître l'état de crise

- La personne est submergée par les émotions
- La tension émotive provoque un épuisement des ressources cognitives
- Elle n'arrive plus à trouver des solutions à ses difficultés
- La perception de la réalité est embrouillée
- Elle se centre sur des solutions inadaptées



La progression de la crise

Sortie de la crise (environ 6/8 semaines) :

- Résolution adéquate : la personne sort de la crise en ayant appris de nouvelles stratégies d'adaptation (mécanismes de maîtrise de soi, meilleure capacité d'expression de sa souffrance).
- Retour à l'équilibre antérieur : la personne a solutionné les problèmes déclencheurs de la crise sans réel apprentissage et ni introspection.
- Résolution inadéquate : la personne parvient à réduire le stress et l'anxiété à court terme ; Douleur engourdie et état de vulnérabilité persistant. Risque qu'un autre événement la plonge à nouveau dans un état de crise.



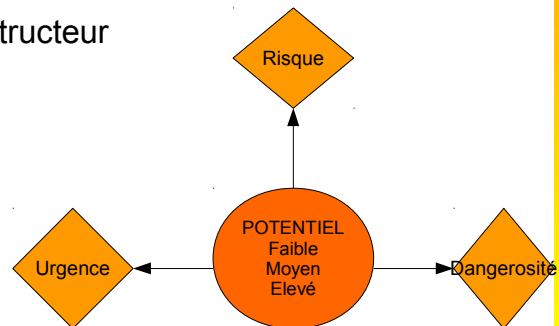
L'intervention de crise

L'intervention vise un retour à l'équilibre par :

- l'expression des émotions,
- la compréhension cognitive des événements qui ont mené à la crise (recadrage cognitif)
- et l'apprentissage de nouvelles habilités de résolution de problème

Comment désamorcer :

- Évaluation du potentiel suicidaire : R.U.D.
- Formulation de la crise
- Arrêt du processus auto-destructeur



L'intervention de crise

- Établir un lien de confiance : accepter le projet suicidaire mais refuser le suicide
- Repousser l'échéance du passage à l'acte
- Transmettre l'idée qu'avec de l'aide, la personne pourra s'en sortir
- Évaluer le processus suicidaire.
- La priorité est de permettre à la personne de partager son expérience pour se sentir moins seule et pour mettre en place des moyens valables et efficaces.

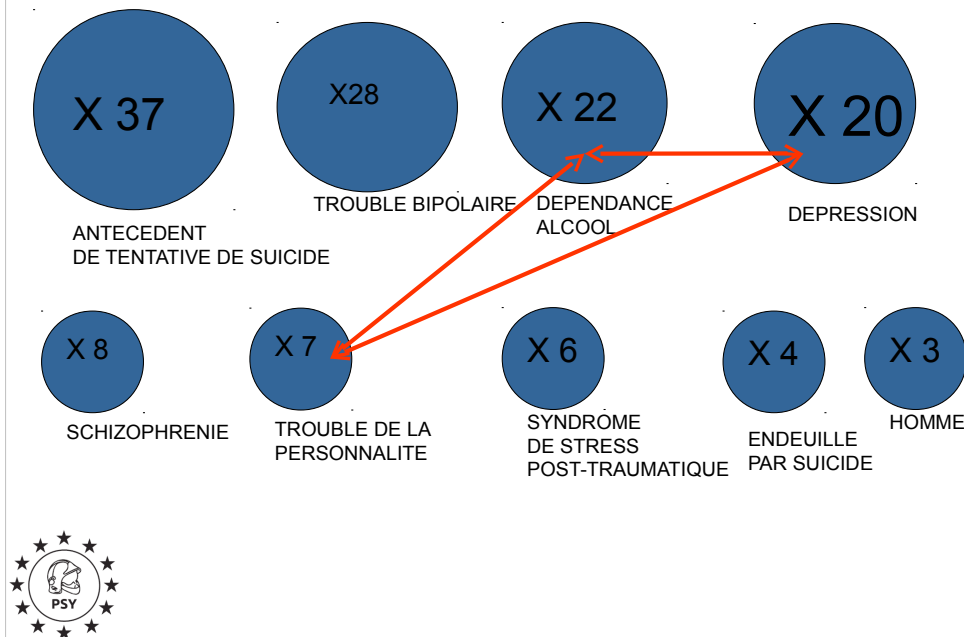


Évaluation du potentiel suicidaire : **RISQUE** – URGENCE -DANGEROUSITE

- Considérer les éléments du passé pouvant influencer la survenue du décès par suicide dans les 2 ans à partir des facteurs individuels, familiaux, psychosociaux
- estimation à partir des connaissances de l'épidémiologie sur les facteurs de risque et de protection vis-à-vis du suicide et non des tentatives de suicide :
 - L'enfance
 - Relation d'attachement
 - Événements de vie
 - La psychopathologie : Dépression, abus de substance, schizophrénie, trouble de la personnalité...
 - Les événements de vie durant la dernière année



Facteurs de risque et poids respectifs (risque relatif)



le suicide est un phénomène multifactoriel complexe, sans stricte causalité, où différents facteurs interagissent les uns avec les autres ; Un facteurs de risque n'explique pas le pourquoi, il augmente le risque suicidaire mais ne peut pas le prédire. c'est l'interaction entre les évènements extérieurs auxquels nous sommes confrontés et les facteurs de risque, constituant la vulnérabilité, qui va influencer et moduler le déroulement de la crise suicidaire.

3 types de facteurs de risque (conf. de consensus 2000)

- Facteurs primaires (valeur d'alerte importante mais peuvent être influencés par des traitements) : troubles psychiatriques (dépression dans 50 % des cas), addiction (alcoolisme : 30 %), antécédents personnels ou familiaux de suicide, impulsivité.

- Facteurs secondaires (faible valeur prédictive) : pertes parentales précoces, isolement social, difficultés financières et professionnelles, évènements de vie stressants, en particulier le fait d'avoir subi des violences.

- Facteurs tertiaires : sexe masculin, âge (45-54 ans). Le taux de suicide augmente très nettement avec l'âge, particulièrement chez l'homme où il devient jusqu'à six fois supérieur au taux moyen.

Facteurs de protection

- Le soutien apporté par la famille et les relations sociales
- La présence d'un proche, un conjoint, un confident
- La grossesse, les enfants vivants à la maison
- Les responsabilités familiales
- L'intégration au sein de la communauté et de la société
- Une forte croyance religieuse
- Une culture qui sanctionne sévèrement le suicide culturelle
- La résilience et la capacité de résoudre les problèmes
- La capacité de demander de l'aide



2 Facteurs de protection :

- Intégration sociale = puissant facteur de protection (Avoir un conjoint et surtout des enfants)
- thérapie/soins : Existence d'une prise en charge thérapeutique

Ne pas chercher trop tôt les facteurs de protection, les chercher dans la dynamique de la lutte contre la souffrance et les idéations suicidaires.

Évaluation du potentiel suicidaire : RISQUE – URGENCE -DANGEROUSITE

C'est une évaluation clinique de la probabilité de décéder dans les 48 heures.

Elle se fonde sur :

- l'idéation suicidaire et son intensité
- l'absence d'alternative autre que le suicide
- le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte



Faible : pense au suicide, pas de scénario précis

Moyen : scénario envisagé, mais reporté

Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir



1. « Flashes » ou idéations suicidaires

Diffuses (ex: idée de mort, ne pas se réveiller, idée d'accident,...)

Plus précises, mais brèves et non ruminées

Personnes qui ont déjà pensé au suicide, mais pas maintenant

2. Pensées suicidaires occasionnelles

Pensées suicidaires plusieurs fois par semaine

Possibilité envisagée plus sérieusement, sans devenir une obsession

3. Pensées suicidaires fréquentes

"chaque jour, je me réveille en me demandant si cela vaut la peine de continuer à vivre, si je ne serais pas mieux mort"

4. La planification du suicide est en cours

Le suicide est la seule solution ou l'option principale

La personne ne sait pas encore exactement

Comment va-t-elle le faire ? Quand va-t-elle le faire ? Où va-t-elle le faire .

Avec quoi va-t-elle le faire ?

5. La planification est complète, au-delà de 48 heures

La personne a le projet de passer à l'acte, mais pas dans les 48 heures

Elle sait par quel moyen se suicider ou a accès à ce moyen

6. La planification est complète, dans les 48 heures

La personne a le projet de passer à l'acte, dans les 48 heures

Elle sait par quel moyen se suicider ou a accès à ce moyen

7. La planification est complète et immédiate

La personne a le projet de passer à l'acte immédiatement

Le moyen retenu est immédiatement disponible

En cas d'appel téléphonique, menace de tenter durant l'appel ou immédiatement après avoir raccroché

8. La tentative est en cours de réalisation

La personne a mis en œuvre son plan d'action (ex: médicaments,...)

Une intervention médicale est nécessaire

L'intervenant n'a pas à juger lui-même de la létalité du moyen utilisé

Évaluation du potentiel suicidaire : RISQUE – URGENCE -DANGÉROSITÉ

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et son accessibilité

*Demander une description aussi précise que possible du scénario.
Aborder ce sujet directement a le plus souvent un effet soulageant pour la personne suicidaire, qui se sent considérée dans ce qu'elle vit actuellement et dans son désir de mourir. Les questions directes sont le plus souvent interprétées comme une compréhension de la souffrance du sujet.*

Faible : moyens faiblement létaux

Moyen : létalité possible, accès possible, non encore mis en oeuvre

Élevé : accès direct et facile à des moyens fortement létaux

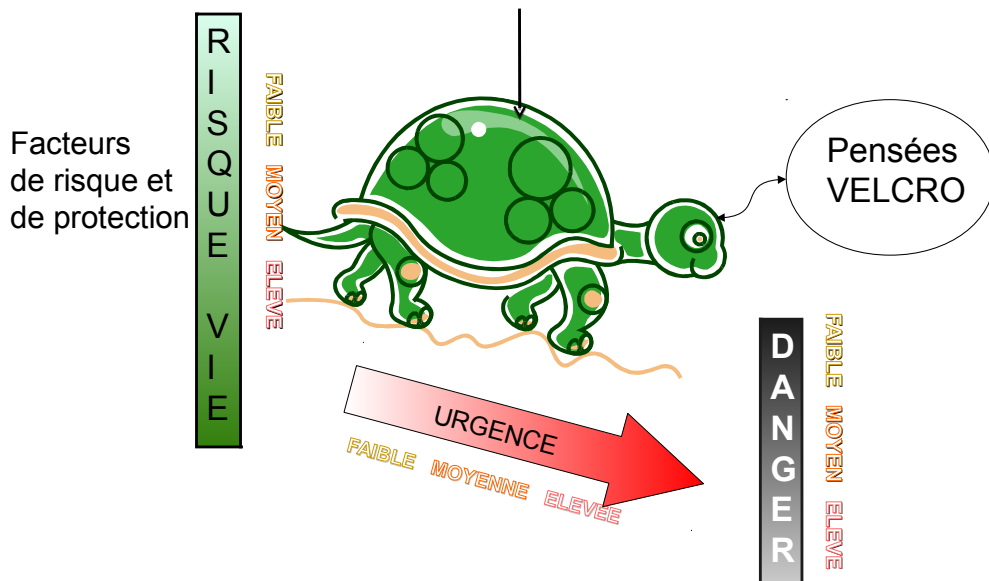
Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence



Une arme :

- tue les personnes du foyer ;
- Multiplie par 9 le risque de suicide ;
- Ce risque est réduit si elle est bien entreposée ;
- La létalité est considérable, les séquelles considérables.

Évaluation du potentiel suicidaire : RISQUE – URGENCE -DANGEROUSITE



LES 8 SEQUENCES DE L'INTERVENTION

1. Établissement d'un lien de confiance entre l'intervenant et la personne suicidaire
2. Encourager l'exploration et l'expression des émotions afin de diminuer la détresse
3. Évaluation rapide et efficace du risque, de l'urgence et de la dangerosité du scénario suicidaire
4. Évaluation du facteur précipitant
5. formulation de la crise
6. Mobilisation de l'entourage
7. suivi à court et moyen terme
8. L'après crise



LES SEQUENCES DE L'INTERVENTION

- Savoir exactement où en sont les personnes
- Moins hospitaliser et favoriser le soin intensif dans la communauté : « nidothérapie »
- Sécuriser le domicile : armes, médicaments

DÉTECTER, DÉTECTER, DÉTECTER

Voir avec les yeux du sujet (passé, présent, jours à venir...)

Penser la personne sur 168 heures

Préparer demain : agence d'avenir

Mettre une pression préventive douce et constante



Sécuriser le nid : loi qui permet le retrait d'une arme à domicile en cas de péril proche.

168h = 7 jours

Aider à trouver des objectifs à 1h, 8h, 1 jour, 10 jours ...
(« casser les jambes du diable » JLTerra)

CONCLUSION

ÊTRE FORT, C'EST DEMANDER DE L'AIDE

