



Réduire la morbi-mortalité suicidaire en Ehpad. Évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais

Laurent Plancke

Responsable de l'observatoire régional de la santé mentale.

F2RSM Psy Hauts-de-France

Nicolas Bældø

Interne de psychiatrie,

Université de Lille

Alina Amariei

Chargée d'études,

F2RSM Psy Hauts-de-France

Thierry Danel

Directeur,

F2RSM Psy Hauts-de-France

Alors que les tentatives de suicide touchent davantage les sujets jeunes que leurs aînés, la mortalité par suicide est plus élevée chez les personnes âgées [1] ; en 2015, 2834 personnes de 65 ans et plus se sont suicidées en France (dont 201 dans le Nord - Pas-de-Calais), soit 31,7% de l'ensemble des personnes suicidées. Trois quarts des personnes âgées se suicidant sont des hommes (74,9%) [2]. Les personnes vivant en Ehpad sont également touchées par les conduites suicidaires [3] ; l'entrée dans ces établissements est une période de bouleversements qui peuvent conduire à des passages à l'acte. Lieux d'attention quasi-permanente, ils sont également susceptibles de prévenir la morbi-mortalité suicidaire.

En 2015, l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France décidait de financer un programme de prévention et confiait son évaluation à

la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. Ce Psy. Brèves rend compte du programme mis en œuvre et des effets qu'il a eus ; il constitue le résumé d'un rapport complet [4].

» Programme évalué

Le programme a consisté en une formation de 4 jours, par le Pr Jean-Louis Terra, en novembre 2015 et février 2016, de binômes de formateurs, qui ont -à leur tour- formé des professionnels travaillant en Ehpad dans le Nord - Pas-de-Calais, au cours de sessions de 2 journées chacune. Ces dernières ont eu lieu de septembre 2016 à juin 2018. Les formations portaient sur les données épidémiologiques,

la physiopathologie de la crise suicidaire, l'évaluation du potentiel suicidaire et les étapes d'intervention de crise suicidaire. Des mises en situation avec jeux de rôle venaient illustrer les notions théoriques. Les formateurs, durant les 3^e et 4^e journées, recevaient un approfondissement de ces notions en suicidologie et des compétences pédagogiques pour les transmettre.

» Objectifs et méthodes de l'évaluation

L'objectif principal de notre étude était de décrire les évolutions consécutives à la formation dispensée aux professionnels des Ehpad, en termes de processus (organisation) et de résultats (morbi-mortalité suicidaire), les objectifs secondaires étant de décrire l'assimilation des savoirs et savoir-faire transmis durant la formation, la mise en œuvre des conduites à tenir et l'identification des difficultés.

Elle a pris la forme :

» d'une enquête par questionnaire auto-administré, reprenant pour partie le Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (Qecs) [5] et la traduction française, en cours de validation, de la Stigma of Suicide Scale (Soss) [6], en début et fin de formation, sur les caractéristiques et les représentations en suicidologie ; la satisfaction (en fin de stage) et les caractéristiques des répondants (âge, sexe et profession) ont également été recueillis. Les degrés d'accord avec 9 propositions sur des connaissances ont été enregistrés selon 5 modalités (pas du tout, pas vraiment, un peu, tout à fait, ne sait pas) ; les distributions des réponses ont été comparées en début et fin de formation. Les degrés d'adhésion à 10 opinions formulées (représentations) ont également été recueillis selon 5 modalités (vrai, plutôt vrai, plutôt faux, faux, ne sait pas). Pour ces 19 items, les distributions des réponses ont été comparées en début et fin de formation et le test du chi2 a été employé pour tester la significativité des écarts.

» d'une enquête par entretien semi-structuré -plusieurs mois après la formation- avec les responsables d'Ehpad (1 sur 5, tiré au sort) formés, sur la problématique générale des conduites suicidaires, l'opinion sur le stage suivi, les changements intervenus depuis la formation, l'évaluation et prise en charge du risque et de la crise suicidaire et les relations avec les professionnels et la famille à propos des conduites suicidaires. Les propos ont été enregistrés et retranscrits intégralement, puis codés avec le logiciel N'Vivo. En moyenne 17 mois s'étaient écoulés entre la fin de la formation et l'entretien d'enquête (±5 mois).

» d'une enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides au sein de la population des résidents des Ehpad formés, avant et après la formation¹, au moyen d'un questionnaire spécialement rédigé pour l'enquête. Les taux de tentative de suicide et de suicide pour 100 000 personnes-années ont été calculés, avant et après formation, de même que leurs intervalles de confiance à 95%. Le test du chi2 a été utilisé pour comparer ces taux.

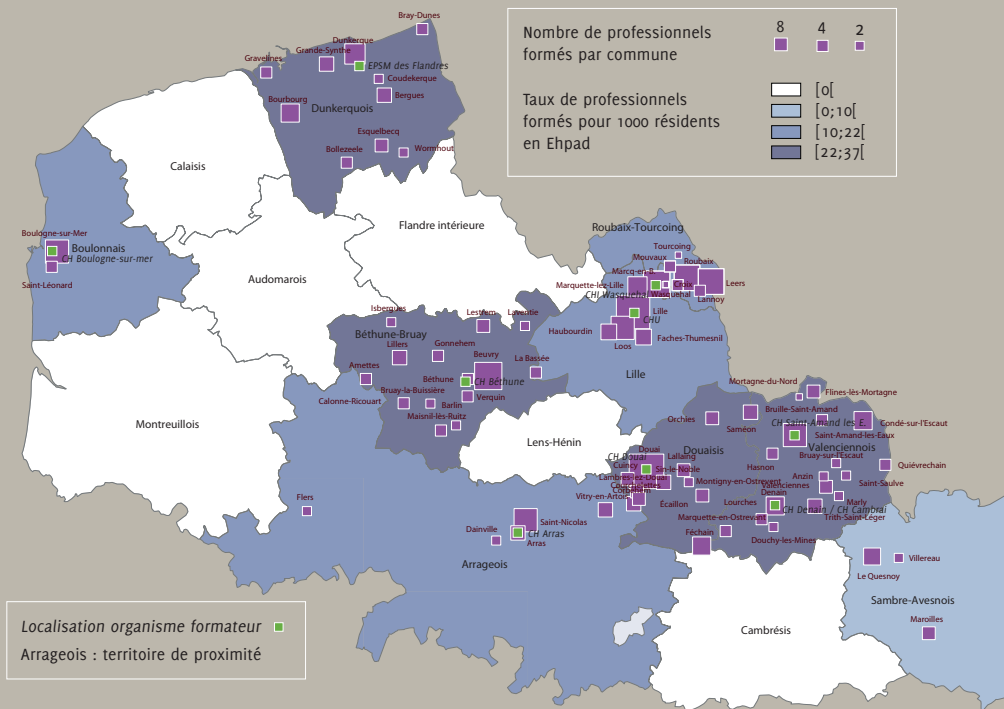
¹ Avant : 365 jours avant le 1^{er} jour de la 1^{re} session de formation. Après : nombre de jours entre la fin de la formation et le jour de réponse au questionnaire.

>> Résultats

110 Ehpad et 427 salariés touchés par le programme de formation

Neuf binômes, appartenant à des équipes de psychogériatrie pour la majorité, ont réalisé 28 sessions de formation entre septembre 2016 et juin 2018, et formé 427 salariés² de 110 Ehpad, soit près de 4 par établissement. Ces 110 établissements représentent 26,5% des Ehpad du Nord et du Pas-de-Calais ; ils hébergent 9849 personnes, soit 32,2% de l'ensemble des résidents en Ehpad dans ces 2 départements (30 623 places)³.

Carte 1. Localisation des Ehpad formés (N=110) et des binômes de formateurs (N=9).



>> Participation aux enquêtes

291 professionnels ont répondu au questionnaire de début de formation, 287 à celui de fin. 59 professionnels ont été interviewés au cours de 23 entretiens semi-structurés. 72 des 110 Ehpad (65,4%) ont renseigné le questionnaire sur les cas de suicides et de tentatives de suicide avant et après la formation.

>> Évolution des connaissances et représentations

Il y a une hausse significative ($p < 0,001$) des connaissances déclarées dans le questionnaire passé en début et fin de formation (cf. figure 1) ; pour 8 questions sur 9, plus aucun stagiaire ne répond « ne pas savoir » en fin de stage. Les savoirs déclarés augmentent significativement : les professionnels sont, par exemple, beaucoup plus à même de définir la crise suicidaire (Q5), connaissent mieux les facteurs de risques suicidaires chez la personne âgée (Q7), les situations où il est nécessaire de contacter un service (Q12) et quel professionnel ou service contacter (Q13).

Concernant les représentations (cf. figure 2), l'indécision (réponse « ne sait pas ») est beaucoup plus faible en fin de stage ; les niveaux d'accord augmentent sur l'idée que les personnes qui veulent se suicider donnent une indication sur leur intention à leur entourage (Q14), que le risque de suicide est plus élevé chez les personnes ayant fait une tentative (Q15). Le désaccord est plus fréquent en fin de stage avec l'idée que le suicide résulte bien d'un choix (Q16), qu'il faut être courageux pour se suicider (Q17), qu'en parler inciterait au suicide (Q21).

² Total estimé, le nombre de personnels formés au sein de 2 Ehpad n'ayant pu être recueilli.

³ Chiffres ARS Hauts-de-France au 30 juin 2018.

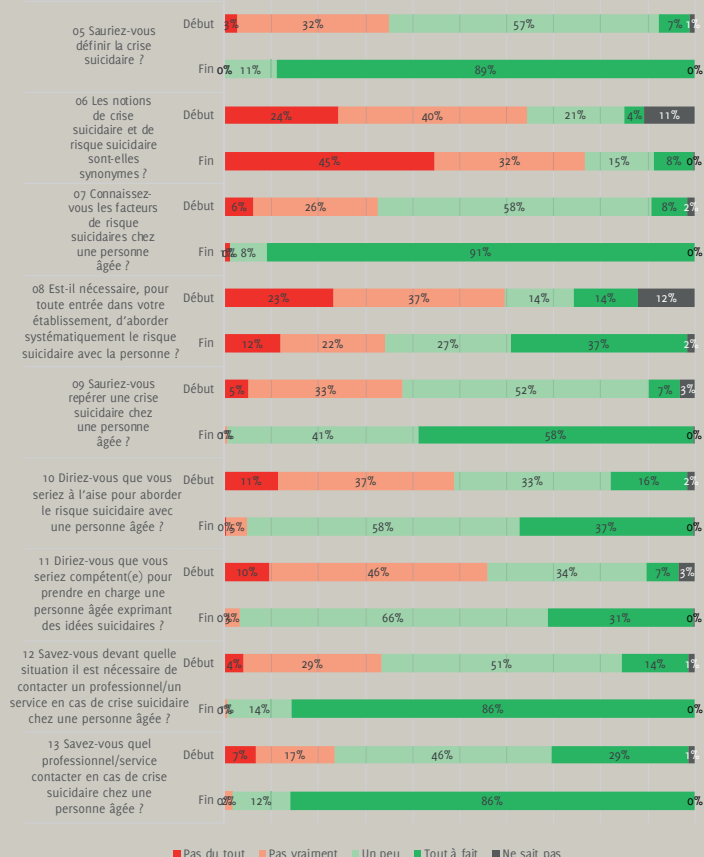


Figure 1. Évolution des connaissances suicidologiques avant/après le stage de formation des personnels des Ehpad. 277 ≥ N ≥ 287.

$p_{\text{chi}^2} < 0,0001$ pour tous les items.

Exemple de lecture : en début de formation, 64% des stagiaires répondent qu'ils savent « tout à fait » ou « un peu » définir la crise suicidaire (Q5) ; en fin de formation, ce pourcentage est de 100%.

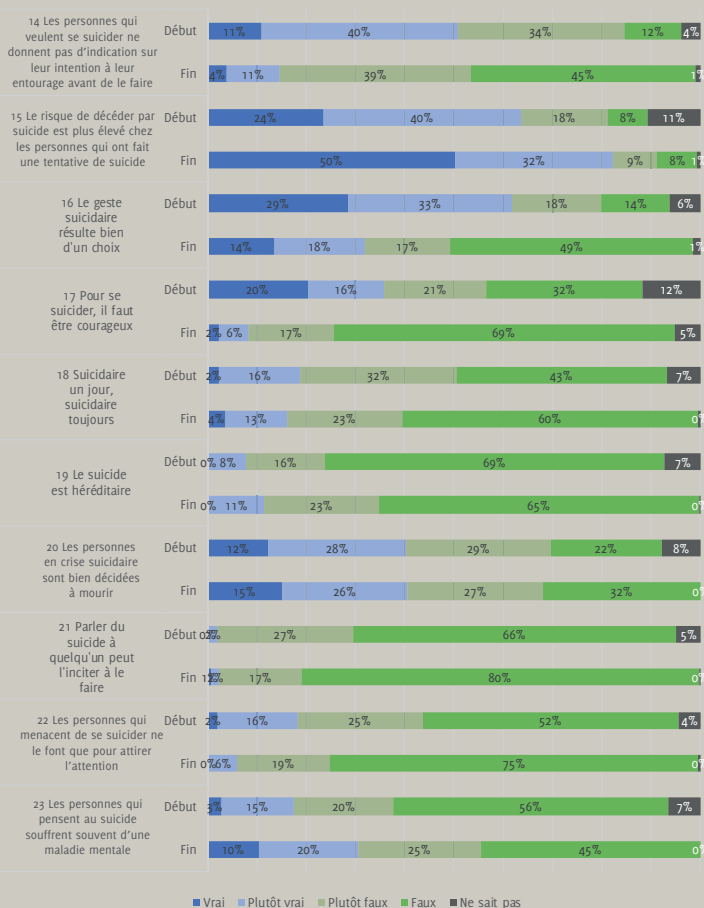


Figure 2. Évolution des représentations sur les conduites suicidaires avant/après le stage de formation des personnels des Ehpad. 277 ≥ N ≥ 287.

» De meilleures interactions sur un sujet difficile

Des entretiens menés en Ehpad plusieurs mois après la formation, il apparaît que le changement rapporté le plus important concerne les échanges autour des conduites suicidaires, avec les résidents et au sein du personnel. L'expression du désir de mort est moins banalisée.

« Dès que quelqu'un dit « il y a une résidente qui n'arrête pas de nous parler qu'elle veut mourir », on va voir tout de suite, alors qu'avant on disait « Bin oui, elle est vieille, c'est normal, la mort va arriver. ». »

[Infirmière]

Les difficultés à parler de ce sujet délicat, renvoyant à la propre condition des professionnels, n'ont certes pas toutes disparues, mais la parole semble plus fluide, l'appréhension levée, par la conviction acquise qu'en parler est nécessaire pour mieux prévenir ou gérer la crise suicidaire ; la maîtrise d'outils d'intervention, acquise durant le stage, permet désormais aux intervenants une réponse adaptée au niveau de risque mis à jour à l'entretien.

« Maintenant on ose poser clairement la question. Ce genre de chose, oui, ça nous a vraiment marqués dans notre pratique. Ce mode-là de directivité de l'entretien, oui. Parfois on prenait des chemins détournés que des fois on dit non là vous devez poser la question clairement. Enfin des fois il faut être très directif. »

[Psychologue]

» Des changements partiels

L'entretien a recherché si des changements organisationnels étaient intervenus depuis la formation ; peu ont été rapportés. Au cours de l'entretien de pré-admission, les tendances suicidaires signalées au dossier par des tiers sont prises en compte, mais les antécédents ne sont pas recherchés systématiquement.

« On ne va pas poser la question [de la pensée suicidaire] clairement à l'entrée. C'est pas humain à un moment donné. C'est comme « avez-vous écrit vos directives anticipées ? » ; ça fait un peu beaucoup. On cherche d'abord l'accord de la personne pour qu'elle rentre. Ce serait trop brutal. On ne peut pas se permettre de tout demander. Si le sujet vient, on va creuser. Mais si le sujet ne vient pas on ne creusera pas. [...] On ne peut pas tout demander à tout le monde. C'est du cas par cas. C'est de l'humain. Donc ça n'a pas changé notre méthode pour ça. Par contre noter le risque ça oui. »

[Psychologue]

Le psychologue occupe une place centrale dans la gestion du risque suicidaire ; la formation a souvent permis que les personnels soignés prennent une part plus importante dans son évaluation : ils abordent le sujet avec les personnes hébergées et peuvent apporter des informations utiles pour définir la conduite à tenir. Les transmissions orales et/ou écrites ont été renforcées. Peu d'autres changements dans la gestion de la crise suicidaire ont été rapportés : l'échelle de risque, urgence, dangerosité (Rud) est très rarement employé, il n'y a eu de protocolisation de la gestion du risque ...

>> Partenariats préexistants et très variables

L'association des familles semble assez systématique ; reçue, quand elle existe, elle contribue à l'appréciation de la situation de la personne et des alliances sont rapportées (quelques situations conflictuelles aussi). Cas plus rare : l'attente de familles d'une sécurité absolue pour leur parent, notamment à propos du suicide. Le médecin généraliste est systématiquement informé quand un risque ou un passage à l'acte suicidaire est enregistré, mais sa disponibilité est très limitée.

Les résidents suivis en centre médico-psychologique avant leur admission en Ehpad continuent à l'être, mais les comptes-rendus de visites ou de consultations sont plutôt rares et les relations très inégales ; l'organisation d'un déplacement pour consulter le psychiatre est complexe à organiser et perturbante pour le résident. Quand des troubles mentaux apparaissent au décours de l'hébergement, c'est l'équipe mobile de psychogériatrie qui est appelée⁴. Les relations n'ont pas particulièrement évolué depuis la formation à la prise en charge de la crise suicidaire ; il arrive cependant que l'équipe de psychogériatrie puisse être plus sollicitée parce que la formation a amélioré les liens avec les professionnels de l'Ehpad, ou au contraire l'être moins parce que ces derniers ont amélioré leur niveau de compétence et se sentent mieux armés pour gérer le risque suicidaire.

>> Prévenir et/ou restreindre les libertés ?

Les mesures d'éloignement des moyens létaux mettent en balance la question de la prévention généralisée du risque suicidaire et celle de la préservation de la liberté des résidents. Dans environ 1 établissement sur 3 (8/23), la question de la liberté et de sa restriction a été abordée. L'autonomie des personnes est en général sérieusement diminuée à leur entrée dans l'Ehpad (cette notion est présente dans son appellation) ; faut-il la restreindre davantage en adoptant des mesures généralisées d'éloignement des moyens létaux, mesure recommandée pour la prévention du suicide ?

Cette question éthique se cristallise sur 2 objets : les fenêtres, dont l'entrebâilleur est le plus souvent verrouillé, et les médicaments, dont la dispensation est assurée par le personnel infirmier. Justifiées pour les personnes en risque suicidaire, ces mesures doivent-elles être imposées à tous ? Les recommandations de prévention du suicide, enseignées ou rappelées durant le stage, s'inscrivent dans un contexte où d'autres enjeux sont bien sûr présents ; les objectifs de santé publique peuvent entrer en contradiction avec les valeurs de liberté et d'autonomie.

“ Si on n'évoque que le risque suicidaire, il faudrait tout barricader, tout contrôler, au détriment de la liberté des uns et des autres à aller et venir dans l'établissement. ”

[Médecin coordonnateur]

>> Une morbidité suicidaire significativement inférieure après la formation

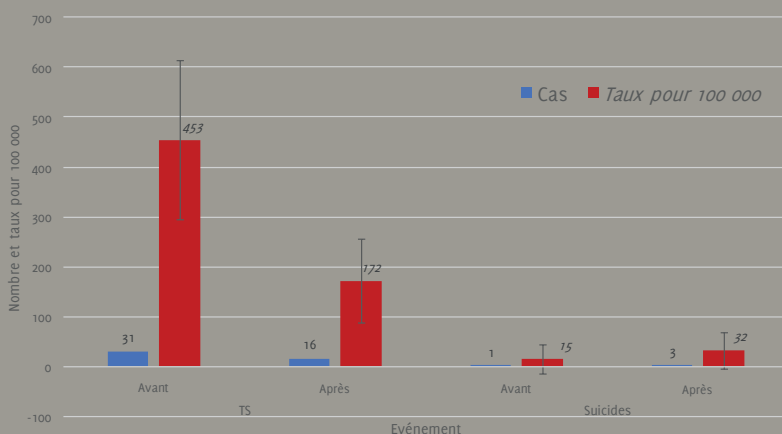
Les 72 Ehpad ayant répondu au questionnaire sur les cas de tentative de suicide et de suicide enregistrés avant et après la formation avaient une capacité de 6846 places ; 31 tentatives de suicide (TS) ont été enregistrées durant l'année précédant la première session de formation et 16 après⁵ (cf. figure 3). Les taux de TS étaient de 453 pour 100 000 personnes (± 159) avant formation et 172 (± 84) après formation, baisse statistiquement significative ($p < 0,001$).

Concernant la mortalité par suicide, 1 cas a été décrit avant la formation, contre 3 après, soit des taux de 15 pour 100 000 (± 29) avant la formation et 32 pour 100 000 (± 36) après, mais les très faibles effectifs ne permettent aucune conclusion sur la significativité des écarts de taux ($p = 0,483$).

⁴ Seuls les Ehpad en lien avec une équipe de psychogériatrie ont été informés de l'offre de formation sur les conduites suicidaires. Dans les territoires non couverts, aucune formation n'a été organisée et il ne peut être fait appel à ce type d'équipe.

⁵ La période après la formation était celle comprise entre la fin de la 1^{re} session de formation et le jour de réponse (16,6 mois en moyenne sur les 72 établissements répondants, pour un total de 9329 personnes-années).

Figure 3. Nombre de cas de TS et de suicides enregistrés et taux pour 100 000 résidents, avant et après formation.



» Discussion et conclusion

Le programme de formation à la gestion de la crise suicidaire en Ehpad a connu une portée importante, puisqu'il a touché 110 établissements de ce type, 427 professionnels y travaillant, et -potentiellement-9849 personnes y résidant, soit plus d'un quart des Ehpad du Nord et du Pas-de-Calais, 30% des personnes y étant hébergées. La satisfaction rencontrée a été élevée, tant de la part des équipes de formation formées par J.-L. Terra que de la part des personnels des Ehpad. Bien que peu de changements organisationnels aient été rapportés lors des entretiens sur site plusieurs mois après la formation, l'aisance à aborder les conduites suicidaires, avec les personnes hébergées et entre collègues a été largement majorée ; de même, le programme a permis une amélioration significative des connaissances, savoir-faire et des représentations. L'éloignement des moyens létaux, déjà appliqué avant les stages, est assez généralisé ; il pose des problèmes éthiques de limitation de liberté et d'autonomie. La distinction entre pensées suicidaires et passages à l'acte n'est pas toujours faite et les troubles dépressifs sont parfois assimilés aux risques suicidaires. En termes de résultats, le taux de morbidité suicidaire diminue significativement après la formation, et ce alors qu'elle a vraisemblablement augmenté l'attention sur le phénomène étudié ; ce résultat plaide pour une efficacité du programme, sans pour autant que l'imputabilité de cette baisse puisse être formellement établie. Il n'est par contre pas possible de conclure à un effet sur la mortalité suicidaire, événement très rare (même si les taux sont plus élevés chez les personnes âgées). Non dépendantes du programme de formation, les relations avec les secteurs de psychiatrie se sont avérées très inégales selon les Ehpad ; ce partenariat est pourtant indispensable, en cas de passage à l'acte suicidaire notamment.

Si le programme devait être poursuivi ou répliqué, voire poursuivi avec les contenus actualisés en 2019, il gagnerait à toucher un plus grand nombre de salariés par Ehpad, à se déployer dans des territoires non touchés, dont certains connaissent pourtant une surmortalité suicidaire très marquée.

» Remerciements

Les auteurs remercient les responsables et les professionnels des Ehpad qui ont répondu aux questionnaires (en début et en fin de formation, et sur la morbi-mortalité suicidaire avant et après la formation), ainsi que ceux qui nous ont accordé un entretien en vue de rendre compte de leur gestion de la question suicidaire dans leur établissement et des changements intervenus depuis la formation.

» Références

- [1] Plancke L. Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2016. doi:10.1016/j.npg.2016.04.002.
- [2] CepiDc. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, 2016.
- [3] Manechez M. Suicides et tentatives de suicide en Ehpad dans le Nord - Pas-de-Calais en 2012 (thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine) 2014.
- [4] Plancke L, Baelde N, Amariei A. La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad. Évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais. Lille: F2RSM Psy; 2019.
- [5] Notredame CE, Porte A, Pauwels N, Danel T, Walter M, Vaiva G. Le Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (QECs). European Psychiatry 2015;30:S139. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.09.274
- [6] Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. The Stigma of Suicide Scale. Psychometric properties and correlates of the stigma of suicide. Crisis. 1 janv 2013;34(1):13-21.



F2RSM Psy
Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale
Hauts-de-France

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale
(F2RSM Psy) Hauts-de-France
3 rue Malpart | 59000 lille | T : 03 20 44 10 34 | www.f2rsmpsy.fr
Ligne graphique : Jean Chelala et Nathalie Pauwels | Pôle communication