

Un rapport de la F2RSM Psy Hauts-de-France

Mai 2019

La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad

Évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais

Étude évaluative financée par l'ARS Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

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

Auteurs : Laurent Plancke, Nicolas Baelde (interne en psychiatrie), Alina Amariei
Couvertures : Jean Chelala
Directeur de la F2RSM Psy : Dr Thierry Danel
Relecture et corrections : Sophie Giaretti

Suivi administratif du programme et saisie des questionnaires : Delphine Pastureau

Comité de pilotage du programme et de son évaluation : Dr Marguerite-Marie Defebvre et Brigitte Caron (ARS Hauts-de-France) ; Dr Marie Playe, Pr François Puisieux, Dr Jean Roche et Pr Guillaume Vaiva (CHU de Lille) ; Dr Thierry Danel et Laurent Plancke (F2RSM Psy)

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.

SOMMAIRE

1. Introduction 5
Personne âgée : sénescence ou sénilité ? 5
La crise suicidaire 6
2. Matériel et méthodes 10
Le programme évalué 10
La formation des formateurs 11
La formation des professionnels des Ehpad 11
Objectifs de l'étude 11
Méthodes d'évaluation 12
Phase 1 (début et fin de la formation de formateurs) 12
Phase 2 (début et fin de la formation des professionnels des Ehpad) 12
Phase 3 (plusieurs mois après la formation) 12
3. Résultats 13
Cent-dix Ehpad et 427 salariés touchés par le programme de formation 13
Indicateurs relatifs au programme 13
Caractéristiques des Ehpad formés 14
Près de 60 professionnels interviewés 16
Opinions des formateurs après leur formation 16
Connaissances et représentations des personnels des Ehpad formés avant et après le stage 17
Appréhension des conduites suicidaires 22
Le risque suicidaire assimilé au trouble dépressif 23
À propos de la formation 24
Une formation principalement proposée par les équipes mobiles de psychogériatrie 24
Motivations à l'inscription 24
Des opinions très positives sur le stage 25
Une restitution des acquis informelle, quand elle a eu lieu 28
Des changements partiels 29
Peu ou pas de changements organisationnels 30
Une recherche systématique des risques ? 30
Désignation d'un référent suicide, formel ou implicite 31
Peu de changements dans la gestion du risque suicidaire 33
Un éloignement des moyens létaux assez généralisé 37
Une orientation aux urgences en cas de tentative de suicide 40
De meilleures interactions sur un sujet difficile 41
Une expression moins banalisée 41

Un sujet plus abordé au sein des équipes....41
Une aisance accrue pour parler du suicide avec les résidents....42
Des partenariats préexistants....43
Des familles associées....43
Une information presque systématique du médecin généraliste en cas de crise suicidaire....44
Des liens très variables avec les services de psychiatrie....45
Une télémédecine encore rare....47
Pas de liaison avec le programme VigilanS....47
Quelles suites attendues par les professionnels ?....48
Du temps supplémentaire de psychologue souhaité....48
Un souhait de poursuivre la formation....50
Prévenir et/ou restreindre les libertés ?....51
Une morbidité suicidaire significativement inférieure après la formation....52
4. Synthèse et discussion....54
5. Conclusion....58
Bibliographie....59
Annexes....62
Index des tables, figures et cartes....62
Sigles et acronymes employés....63
Programme de la formation des formateurs....64
Module 1 : 16 et 17 novembre 2015....64
Module 2 : 22 et 23 février 2016....65
Calendrier des formations et de l'évaluation....66
Matériel d'enquête....67
Phase 1 (après la formation des formateurs). Grille d'entretien....67
Phase 2 (stage de formation des professionnels)....68
Phase 3 (en Ehpad, plusieurs mois après la fin de la formation)....72

1. Introduction

En France 10% des personnes âgées de 75 ans et plus étaient accueillies en maison de retraite au cours de l'année 2015 [1]. Compte tenu du vieillissement de la population, cette proportion aura tendance à augmenter durant les années à venir. Bien que les études ne permettent pas à l'heure actuelle de savoir si l'institutionnalisation de nos aînés représente un facteur protecteur ou au contraire un facteur de risque de conduite suicidaire [2,6], les données démontrant la plus grande vulnérabilité de décès par suicide des seniors sont quant à elles bien établies. La prévention et la prise en charge de la crise suicidaire chez les seniors représentent un enjeu majeur de santé publique.

Parmi les différentes stratégies de prévention et de prise en charge de la crise suicidaire préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[1], la formation de *gatekeepers* (« formation d'agents de santé non spécialisés à l'évaluation et à la prise en charge des comportements suicidaires » travaillant au contact de sujets à risque [7]) en fait partie.

La revue de la littérature proposée par Mann et al ainsi que l'étude de Burnette et al ont pu montrer l'efficacité de la formation de *gatekeepers* au sein de certaines structures, comme les prisons ou les écoles, sur la réduction de la mortalité par suicide [8,9]. À notre connaissance, l'étude de Chauliac et al est la seule à avoir évalué l'impact de ce type de formation dans les maisons de retraite [10].

Le programme de formation, dont l'évaluation fait l'objet de ce rapport, est basé sur ce même concept de *gatekeepers* ; il est construit sur un modèle élaboré par Terra et Séguin [11], comprenant la formation au repérage et à la prise en charge initiale de la crise suicidaire chez le sujet âgé par des salariés travaillant en Ehpad, quelle que soit leur profession..

Avant d'aborder les méthodes que nous avons employées et les résultats obtenus, nous rappellerons brièvement quelques définitions.

Personne âgée : sénescence ou sénilité ?

Le terme de « personne âgée » fait référence à une population très disparate en ce qui concerne aussi bien l'âge que l'état de santé. L'âge permettant de donner une définition de la personne âgée diffère d'ailleurs selon les organismes. L'OMS fixe cette limite à 65 ans, tandis qu'en gériatrie l'âge retenu est plutôt 75 ans (il s'agit généralement d'un âge à partir duquel les effets du vieillissement s'accélèrent) [11]. L'âge de 60 ans est le seuil retenu par l'Insee, tout comme pour les réglementations concernant les prestations sociales [11].

Compte tenu de l'hétérogénéité des âges seuils considérés, il est difficile d'avoir une définition claire de la notion de « personne âgée ». La difficulté tient certainement au fait qu'il existe une grande variabilité au sein de cette population. En effet, la situation n'est pas la même lorsque l'on a 65 - 70 ans ou plus de 90 ans (également appelé le 4e âge). Une génération peut parfois séparer ces 2 classes d'âge.

En dehors de cette première différence liée à l'âge, l'état de santé, mais aussi l'intégration sociale et le niveau d'activité physique, sont très hétérogènes. Pour un même âge, on décrit des personnes actives, occupées, entourées, en bonne santé mentale et physique ou au contraire d'autres qui peuvent être isolées, dépendantes, inactives, et/ou souffrant de nombreuses pathologies médicales. Ainsi, la bonne compréhension de cette disparité nécessite d'introduire les notions de vieillissement et de fragilité.

Le **vieillissement** est un processus physiologique qui est l'expression d'une diminution naturelle des capacités psychiques et physiques résultant de facteurs génétiques et environnementaux [11]. À la lumière de ce constat, il est aisé de comprendre que le concept de « vieillissement pathologique » est source de controverse. L'amélioration de la santé ainsi que de la situation économique et sociale de la plupart des pays conduira à une augmentation importante du vieillissement étant donné l'allongement de l'espérance de vie qui en découle.

[1] Sigles et acronymes sont développées à leur 1re utilisation ; leur liste est reprise p. 62.

Nous comptions environ 901 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus dans le monde en 2015. Leur nombre devrait augmenter de 56% d'ici 2030 pour atteindre environ 1,4 milliard selon l'estimation faite par l'OMS [12].

D'après les données recueillies par l'Insee, en France, les personnes âgées de 60 ans ou plus constituent un quart de la population. Il est prévu qu'en 2060, cette population représente un Français sur trois [13]. L'allongement de l'espérance de vie va de pair avec l'augmentation de la fragilité et de la dépendance. En effet, comme cela a été décrit précédemment, la population des personnes âgées est une population très hétérogène dont l'état évolue de la robustesse à la dépendance.

L'*International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) définit la dépendance comme l'existence de problèmes psychiques, physiques ou cognitifs nécessitant d'avoir recours à une aide extérieure humaine dans la réalisation d'au moins une activité de la vie quotidienne [14].

Cette impossibilité d'effectuer seul les activités peut être source de modification dans les rapports avec l'entourage, sous la forme d'un désinvestissement ou bien au contraire d'un surinvestissement, de risque de maltraitance, ou encore d'abandon du domicile avec le placement en institution, principalement en Ehpad.

« **Les Établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes** (Ehpad) sont des maisons de retraite médicalisées publiques ou privées. Leur vocation est d'accueillir les personnes âgées dépendantes. Les Ehpad s'engagent à travers une convention tripartite entre l'établissement, l'Assurance Maladie et le Conseil départemental. » [15]

Il s'agit d'établissements destinés à accueillir des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et/ou psychique. En 2018, l'ARS Hauts-de-France recensait 572 Ehpad dans la région, dont 384 dans le Nord – Pas-de-Calais avec 31 000 résidents environ[2].

Une équipe soignante pluridisciplinaire composée généralement d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers dont un infirmier coordonnateur ou référent, d'aides-soignants, d'un psychologue, et de professionnels paramédicaux de rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien…) est présente afin de répondre aux besoins de santé des résidents accueillis [16].

En effet, face au vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance chez les personnes âgées, il existe de plus en plus de situations pour lesquelles le maintien au domicile devient difficile et la nécessité d'une institutionnalisation en Ehpad s'impose.

Les répercussions psychiques sont également à prendre en compte, notamment l'émergence ou l'aggravation d'idées et de conduites suicidaires parfois associées au déracinement que représente le placement en institution.

À l'extrême, certaines représentations sociales, confondant dépendance et vieillesse, nourrissent la conception selon laquelle le suicide des personnes âgées offre une porte de sortie face à des conditions de vie jugées insupportables, alors même que la crise suicidaire se caractérise en réalité par un état réversible et temporaire.

La crise suicidaire

Étymologiquement, du latin *sui,* de soi, et *caedere*, tuer, le suicide désigne l'« *acte de se donner volontairement la mort.* » [17]. Lorsque l'acte suicidaire conduit au décès, on parle alors de **suicide abouti**. [18]

La tentative de suicide (également appelée **tentative d'autolyse**) se définit quant à elle par un « comportement auto-infligé avec intention de mourir (évidence implicite ou explicite) sans issue fatale ». Les comportements les plus fréquents sont l'intoxication médicamenteuse volontaire, la phlébotomie, le saut de hauteur, la pendaison et l'intoxication au gaz. La tentative de suicide est à différencier des conduites d'auto-mutilation, des prises de risque, de la mauvaise observance d'un traitement médicamenteux ou d'un refus de soins en cas de maladie grave, du fait de l'absence d'intention de mourir.

On distingue 3 niveaux de passage à l'acte : « tentative de suicide avérée (passage à l'acte réel, effectué), tentative de suicide interrompue (passage à l'acte stoppé par un tiers) et tentative de

[2] Données 2018 transmises par l'ARS Hauts-de-France.

suicide avortée (passage à l'acte stoppé par l'individu lui-même) » [18]. Lorsque l'individu a survécu à son geste, on parle alors de sujet **suicidant** [18]. D'après un rapport de l'OMS édité en août 2018, 800 000 personnes se suicident chaque année dans le monde, ce qui équivaut à 1 décès toutes les 40 secondes [7].

LEXIQUE

Le **suicidé** est l'individu ayant réalisé un suicide abouti [18].

Les **conduites suicidaires** regroupent les tentatives de suicide et les suicides aboutis [18].

Les **idées suicidaires** sont les « *pensées concernant le désir et la méthode de se donner la mort. Elles constituent un continuum allant des idées morbides vagues et floues jusqu'à une planification élevée avec un scénario établi. Quand ces idées sont exprimées en suggérant que le passage à l'acte est imminent, on parle de menaces suicidaires.* » [18] « *Ces idées peuvent aboutir à une tentative de suicide ou à un suicide. On parle alors de passage à l'acte suicidaire.* » [19]. Il en résulte que la personne **«** *ayant et/ou exprimant verbalement ou non verbalement des idées suicidaires* » [18] est appelée sujet **suicidaire.**

Les **personnes suicidées** sont plus fréquemment des hommes que des femmes (3 hommes pour 1 femme en moyenne avant 85 ans, 8 pour 1 après cet âge). Les hommes utilisent des moyens potentiellement plus létaux et font moins fréquemment appel à l'aide [20].

En France, le décès par suicide concerne en 2015 13,7 personnes pour 100 000 habitants (soit 1,5% des décès toutes causes et tous âges confondus), d'après les données recueillies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) ; il s'agit d'hommes dans 4 cas sur 5 [21].

Néanmoins, il est important de souligner que l'intentionnalité suicidaire comme cause du décès n'est pas toujours reconnue. En 2011, la sous-estimation du suicide dans les bases de mortalité était de 10% [22]. En 2015, la région des Hauts-de-France se plaçait au 3e rang national après la Bretagne et la Normandie (au 2e rang si l'on ne prenait en compte que le suicide chez les hommes) avec 17,5 suicidés pour 100 000 habitants (soit 1,9 % des décès toutes causes et tous âges confondus), ce qui correspond à une surmortalité par suicide de 30% par rapport au reste du pays [21,23]. Dans l'ancienne région du Nord - Pas-de-Calais, le suicide était à l'origine de 18,1 décès pour 100 000 habitants en 2015 [21].

La prévalence du suicide augmente avec l'âge dans presque toutes les sociétés [24]. Déjà en 2010 l'OMS insistait sur l'importance des conduites suicidaires, notamment des taux de suicide aboutis chez les personnes âgées, puisqu'ils étaient les plus élevés chez les sujets de 70 ans et plus [25].

La France n'est pas épargnée par ce constat étant donné qu'en 2015 le suicide des sujets de 65 ans ou plus représentait près du tiers (31,2 %) des décès par suicide toutes tranches d'âge confondues ; la différence hommes-femmes reste marquée pour cette population [21].

Bien qu'en 2015 la région des Hauts-de-France soit placée au 3e rang national des taux de mortalité suicidaire tout âge confondu, il semblerait que la même année, dans cette même région, la proportion de suicides chez les personnes âgées de 65 ans et plus fût moins importante qu'au niveau national puisque cela concernait 26 % des suicides toutes tranches d'âge confondues [21]. La région avait même la part de suicides la plus faible pour la tranche d'âge de 75 ans et plus (14%) [23].

En dehors de certains cas de figure, les conduites et les idées suicidaires émergent dans un contexte de vulnérabilité à l'origine d'une crise psychique appelée la crise suicidaire. « *Il s'agit d'un état réversible et temporaire, à un moment donné (avec un début et une fin), dans la vie d'un individu, où ses ressources adaptatives sont épuisées. L'individu, dont les mécanismes d'ajustement sont dépassés, se sent dans une impasse. Les idées suicidaires s'intensifient et se précisent, parallèlement à l'échec des différentes alternatives envisagées. Le suicide va progressivement apparaître à l'individu comme l'unique solution permettant de sortir de l'état de crise dans lequel il se trouve* » [18].

Le geste suicidaire représente donc une tentative désespérée de diminution des tensions internes. Classiquement, il est décrit que cette crise psychique s'étend le plus souvent sur une période de 6 à 8 semaines. Celle-ci se manifeste par une attitude de détresse (marquée par une symptomatologie d'allure anxio-dépressive, un retentissement social défavorable…), une modification du contenu des pensées (avec une auto-dévalorisation et un sentiment de désespoir qui accompagnent l'intensification de fantasme suicidaires de plus en plus obsédants) et la mise en place de stratégies

comportementales annonciatrices d'une « préparation » du décès (accomplissement de démarches funéraires, rédaction du testament…) [18,19,26].

La crise suicidaire présente quelques particularités chez les personnes âgées. En effet, ces dernières verbalisent plus rarement leurs idées suicidaires, ou le font de façon plus allusive ou froidement ironique. Elle s'exprime également davantage par une claustration avec repli sur soi et isolement social, un désinvestissement des activités habituelles, un refus des soins et de l'alimentation [18].

Par ailleurs, l'intentionnalité suicidaire élevée ainsi que la létalité du geste caractérisent généralement les comportements suicidaires des personnes âgées [20,27]. Le niveau d'impulsivité associée au geste est relativement faible [28]. Il s'agit au contraire de passages à l'acte qui ont été plus longuement planifiés [27,29]. Les conduites suicidaires des personnes âgées sont donc celles qui aboutissent le plus au décès : environ un passage à l'acte sur quatre est létal [27].

Compte tenu de la létalité des gestes suicidaires et de la plus faible verbalisation de l'intentionnalité suicidaire, la vigilance est de mise, notamment chez les sujets âgés vulnérables. La recherche des facteurs de risque suicidaire est donc primordiale afin de pouvoir identifier ces personnes.

De façon globale, tout événement de vie négatif (deuil, rupture, perte d'un emploi, annonce d'une maladie grave…) est susceptible d'ébranler les ressources de l'individu qui sont parfois déjà fragilisées par des facteurs individuels eux-mêmes intrinsèquement à haut risque de conduites suicidaires. Il s'agit de facteurs constitutionnels, psychologiques et environnementaux pouvant être à l'origine d'addictions, d'affections psychiatriques personnelles ou familiales ou de toute autre maladie chronique non psychiatrique.

Le principal facteur de risque reste néanmoins le fait d'avoir déjà réalisé au moins une tentative d'autolyse [18]. Soulignons également l'importance des idées suicidaires comme facteur de risque majeur [30]. Sur le plan relationnel, la fragilité est d'autant plus importante que le sujet se trouve confronté à des conflits interpersonnels, de la solitude ou un manque de soutien social. Comme nous le verrons, les représentations sociales concernant la souffrance psychique et la discrimination qui lui est parfois associée, peuvent renforcer la vulnérabilité d'une personne.

En reprenant chacun de ces facteurs, nous pouvons comprendre en quoi les personnes âgées représentent une population particulièrement vulnérable au risque suicidaire. En effet, il s'agit d'une population potentiellement sujette à la discrimination, (que l'on nomme « âgisme »), notamment dans nos sociétés occidentales. Cela s'exprime par des préjugés et des représentations négatives de la vieillesse susceptibles d'affecter l'image que les seniors ont d'eux-mêmes.

Ces représentations sociales peuvent également avoir pour conséquence de dénigrer la souffrance du sujet âgé qui n'est pas perçue comme telle mais plutôt comme un processus normal accompagnant le vieillissement. L'indifférence du système social face à la vulnérabilité de cette population ne permet pas toujours de proposer les ressources optimales pour l'accompagnement des seniors en souffrance, renforçant ainsi le risque suicidaire [31].

Ce manque de considérations pourrait en partie expliquer le fait que la dépression du sujet âgé soit sous-diagnostiquée par les professionnels de santé, comme le rapportent Suominen, Isometsä et Lönnqvist [33]. Il s'agit pourtant d'un des facteurs de risque suicidaire principal dans cette population. En effet, comme nous l'avons évoqué, toutes les maladies psychiatriques accroissent la vulnérabilité au suicide, et particulièrement la dépression chez les personnes âgées [18,31,32].

De la même manière, le mésusage de l'alcool chez les seniors est sous-estimé et représente pourtant là aussi un facteur de risque suicidaire important [34].

Les seniors sont particulièrement exposés à l'isolement social, conséquence de l'accumulation de pertes affectives (décès du conjoint, d'amis…). Ces situations de deuil augmentent la vulnérabilité au risque suicidaire [18,24,31]. L'éloignement géographique des proches doit également être considéré dans ces facteurs relationnels, d'autant plus que la personne âgée n'est pas toujours en mesure de pouvoir se déplacer pour leur rendre visite.

Les cas de maltraitance (que ce soit de la part de proches ou de professionnels travaillant au domicile de la personne ou en établissement spécialisé) représentent également des situations à risque auxquelles les sujets âgés sont particulièrement exposés [18]. Bien que les facteurs d'origine génétique ne se modifient pas avec l'âge, l'apparition d'affections chroniques est, quant à elle, fréquemment associée à l'avancée en âge et représente un facteur de risque suicidaire que l'on retrouve dans de nombreuses études chez les personnes âgées, avec un impact pouvant être plus marqué que chez les sujets jeunes [31,32,35].

À notre connaissance, il existe peu d'études comparant le risque et les conduites suicidaires des seniors résidant en maison de retraite (notamment en Ehpad) à ceux des seniors qui habitent encore à leur domicile. De plus, parmi les études disponibles, les résultats sont parfois contradictoires, et ne permettent pas à ce jour de savoir si l'institutionnalisation des aînés représente un facteur protecteur ou de risque de conduite suicidaire.

L'article de Casadebaig, Ruffin et Philippe met en évidence des taux de suicide plus élevés chez les sujets institutionalisés en maison de retraite que chez ceux résidant à leur domicile, notamment pour les femmes. Les moyens létaux les plus utilisés sont la pendaison, suivie de la défenestration. Les auteurs expliquent leurs résultats par le fait que les seniors résidant en maison de retraite seraient plus isolés de leur famille que ceux vivant encore à leur domicile [2].

Dans d'autres articles, il est expliqué que le veuvage, qui est un facteur de risque suicidaire bien identifié, concerne plus fréquemment les sujets résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées que la population de même âge résidant encore à son domicile [1,6,36].

L'étude de Almeida et Quintão au Portugal quant à elle ne met pas en évidence de lien significatif entre la dépression (facteur de risque suicidaire majeur chez le senior) ou les idées suicidaires et l'institutionnalisation. Par ailleurs, les auteurs expliquent que ce ne serait pas l'institutionnalisation qui serait associée au risque de dépression, mais le niveau de dépendance, et ceci, quel que soit l'endroit où la personne réside. Dans cette même étude, les sujets institutionnalisés ne semblent pas non plus souffrir de façon plus importante de la solitude que les seniors habitant toujours à leur domicile, puisque les résidences encourageraient le maintien des relations sociales et les activités de loisir [5].

La méta-analyse de Murphy et al révèle également que les moyens létaux les plus utilisés par les résidents d'établissements d'hébergement spécialisé sont en premier lieu la pendaison et, dans une moindre mesure, la défenestration. Par ailleurs, les auteurs ne tirent pas de conclusion sur le fait que l'institutionnalisation puisse représenter un facteur protecteur ou au contraire un facteur de risque, en mettant en avant la nécessité de poursuivre la recherche à plus grande échelle [4].

Nous pouvons néanmoins préciser que l'abandon du domicile représente pour la personne un déracinement important, potentiellement source de vulnérabilité psychique, qu'il convient de prendre en compte et qui justifie que les professionnels travaillant en Ehpad soient vigilants en cas d'idées suicidaires et puissent, le cas échéant, proposer un début de prise en charge.

À la lumière de ce que nous venons de développer, le suicide représente un problème majeur de santé publique qui peut néanmoins être prévenu par le développement de mesures préventives ou interventionnelles menées en temps opportun.

L'OMS, qui reconnaît cette problématique comme une priorité de santé publique, a proposé une série de mesures pour le prévenir :

- « Réduire l'accès aux moyens de se suicider (pesticides, armes à feu, certains médicaments, par exemple) ;
- adopter des politiques de lutte contre l'alcoolisme pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;
- traiter le suicide de façon responsable dans les médias ;
- assurer le dépistage précoce, le traitement et la prise en charge de personnes souffrant de troubles mentaux et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, de douleurs chroniques ou de détresse émotionnelle aiguë ;
- former les agents de santé non spécialisés à l'évaluation et à la prise en charge des comportements suicidaires ;
- *assurer le suivi des personnes qui ont fait une tentative de suicide et leur apporter un soutien au niveau communautaire.* » [7].

Le suicide est malheureusement source d'importants préjugés et d'importantes stigmatisations, expliquant le tabou social qui l'entoure et le manque de considérations dans de nombreux pays. Néanmoins, depuis l'année 2000, la France fait partie des 38 états qui ont engagé une stratégie nationale de prévention du suicide, avec la mise en place d'un programme d'actions contre le suicide et de deux *Plans psychiatrie et santé mentale* [37,39].

La formation développée par les Professeurs Seguin et Terra, dont nous discuterons dans la partie suivante, est un exemple d'intervention répondant à certaines mesures préconisées par l'OMS pour lutter plus efficacement contre les conduites suicidaires, notamment par la formation d'agents

« sentinelles » initialement « *non spécialisés à l'évaluation et à la prise en charge des comportements suicidaires.* » [7]

Nous l'avons vu, les personnes âgées représentent une population particulièrement à risque, et cette vulnérabilité se retrouve également chez nos aînés résidant en hébergement pour personnes âgées dépendantes. En réponse à ce besoin de pouvoir proposer des mesures interventionnelles destinées à lutter contre le suicide des personnes âgées en Ehpad, un programme de formation a été diffusé au niveau national de manière à pouvoir toucher les professionnels travaillant au sein de ces structures.

2. Matériel et méthodes

Le programme évalué

Il s'agit d'un modèle d'intervention axé sur le dépistage et la prise en charge de la crise suicidaire qui s'appuie sur les recommandations de la conférence de consensus dictées par la Fédération Française de Psychiatrie en collaboration avec d'autres sociétés savantes. Ce programme élaboré par Séguin et Terra dans les années 2000 a été retenu par le Ministère de la santé français et employé dans un grand nombre de sites (milieu carcéral, territoires, institutions …).

La formation s'appuie sur le concept de *gatekeepers*, ou agents sentinelles, qui fait référence aux individus appartenant à une communauté ou une institution particulière (notamment par le biais de leurs fonctions) et qui ont de surcroît un contact direct avec un grand nombre de membres de cette même communauté ou institution. Ce public représente donc une cible privilégiée à la formation au dépistage et à la prise en charge en 1er recours du risque suicidaire [9]. L'expérience acquise par cette formation leur permet également d'orienter les personnes à risque vers des professionnels ou des services spécialisés.

Il s'agit donc de pouvoir former des professionnels travaillant en Ehpad et côtoyant de ce fait des personnes potentiellement à haut risque suicidaire. Il peut s'agir aussi bien de professionnels de santé ou non soignants. L'OMS recommande le développement de *gatekeepers* pour prévenir plus efficacement le suicide chez les populations à risque [25].

L'efficacité de ce type d'intervention nécessite également que les *gatekeepers* considèrent le suicide non pas comme un choix mais comme une absence de choix, et que cela entre dans le cadre plus global d'une crise psychique temporaire pour laquelle des interventions sont possibles. Il s'agit également de pouvoir déstigmatiser les possibles représentations existant sur la thématique du suicide. Cette déconstruction des idées reçues et de la stigmatisation concernant les conduites suicidaires fait donc aussi partie des objectifs de la formation [9].

Ainsi, le Pr Terra formait en personne des binômes de soignants (psychologues, infirmier-es,, psychiatres…) à la prise en charge de la crise suicidaire, mais également pour qu'ils puissent devenir eux-mêmes formateurs et ainsi diffuser à leur tour l'enseignement aux futurs *gatekeepers* (qui sont des membres du personnel travaillant en Ehpad dans le cadre de notre étude).

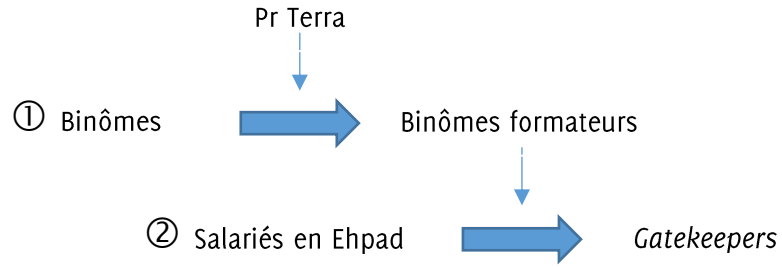
Ce mode de transmission par formation de formateurs avait pour finalité de toucher un plus grand nombre de personnes en permettant une diffusion de l'information sur un plus vaste territoire.

Le programme de formation a été organisé en deux temps (cf. schéma 1 p. 11) :

1. La formation, par un spécialiste en suicidologie (le Pr Terra)[3], des binômes devenant, à leur tour, formateurs.
2. La formation, par les binômes, des membres du personnel travaillant en Ehpad (futurs *gatekeepers*).

[3] Le groupe de pilotage du programme a décidé de confier aux équipes mobiles de psychogériatrie, qui interviennent au sein des Ehpad, la formation de leurs professionnels (et non à des formateurs spécialisés). Ce choix a, *de facto*, limité à 10 le nombre de territoires ciblés par le programme, les 5 autres n'étant pas dotés d'équipes mobiles de ce type.

Schéma 1. Les 2 temps du programme de formation



La formation des formateurs

Dix binômes ont reçu l'enseignement par le Pr Terra[4] sur deux sessions, en novembre 2015 et février 2016 [5], d'une durée de 2 jours chacune.

L'objectif de la session de novembre était de parfaire les connaissances des binômes à propos de la crise suicidaire chez le sujet âgé. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- présentation de données épidémiologiques
- physiopathologie de la crise suicidaire
- évaluation du potentiel suicidaire
- les étapes d'intervention de crise suicidaire

Des mises en situation avec jeux de rôle venaient illustrer les notions théoriques. Durant la session de février 2016, l'objectif était cette fois de transmettre des compétences pédagogiques aux participants afin qu'ils puissent à leur tour diffuser la formation qu'ils avaient reçue lors de la première session. Le programme détaillé de ces 2 sessions se situe en annexe, p. 63.

La formation des professionnels des Ehpad

Sur les 10 binômes qui ont reçu l'enseignement, 9 ont ensuite organisé des formations destinées à des salariés travaillant en Ehpad.

La durée de la formation n'était plus de 4 jours, mais de 2 jours puisqu'il n'y avait pas lieu de parfaire les connaissances pédagogiques. L'enseignement de ces 2 journées était consacré à la transmission des connaissances sur la crise suicidaire tout comme cela était le cas pour la session suivie par les binômes en novembre 2015. Le programme était donc le même que celui suivi par les binômes lors des 2 journées de novembre 2015 :

- idées reçues et épidémiologie
- le modèle de la crise suicidaire et la triple évaluation : risque, urgence, dangerosité (Rud)
- intervention dans la crise suicidaire et conduite d'entretien
- mises en situation, cas cliniques

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est de décrire les évolutions consécutives à la formation dispensée aux professionnels des Ehpad, en termes de :

- processus (organisation) ;
- résultats (morbi-mortalité suicidaire).

Les objectifs secondaires sont de décrire :

- l'assimilation des savoirs et savoir-faire transmis durant la formation ;
- la mise en œuvre des conduites à tenir ;
- l'identification des difficultés.

[4] L'un d'entre eux n'a cependant pas ensuite mis en œuvre de formation durant les années 2017-2018.

[5] Deux binômes, indisponibles à ces dates, ont suivi la formation à Lyon.

Méthodes d'évaluation

Phase 1 (début et fin de la formation de formateurs)

Une enquête par entretien téléphonique auprès des membres des 9 équipes de psychogériatrie formés a porté sur l'opinion relative à la formation, la perception de la mission confiée, le type de relations entretenues avec les Ehpad et les perspectives de déploiement de formations.

Phase 2 (début et fin de la formation des professionnels des Ehpad)

Les professionnels des Ehpad ont été interrogés au moyen d'un questionnaire auto-administré en début et en fin de formation (cf. p. 68) ; il portait sur le contexte d'inscription (en début de stage), les savoirs et savoir-faire en suicidologie, les représentations, la satisfaction (en fin de stage) et les caractéristiques des répondants (âge, sexe et profession) (cf. questionnaires, p. 68 et p. 70).

Les degrés d'accord avec 9 propositions sur des savoirs en suicidologie ont été recueillis selon 4 modalités (pas du tout, pas vraiment, un peu, tout à fait) ; les distributions des réponses ont été comparées en début et fin de formation et le test du chi2 a été employé pour évaluer la significativité des écarts. Les variables ont par ailleurs été recodées (de 0 pour « pas du tout d'accord » à 3 pour « tout à fait d'accord ») et les moyennes comparées.

Les degrés d'adhésion à 10 opinions formulées (représentations) ont également été recueillis selon 4 modalités (vrai, plutôt vrai, plutôt faux et faux) ; 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. Les variables ont par ailleurs été recodées (de 0 pour « faux » à 3 pour « vrai ») et les moyennes comparées.

Ces items sont tirés du Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide [40].

Phase 3 (plusieurs mois après la formation)

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, à la fois quantitative (par la passation d'un questionnaire) et qualitative (avec la réalisation d'entretiens). La population de l'étude comprend tous les Ehpad du Nord et du Pas-de-Calais ayant envoyé au moins un de leurs salariés suivre la formation sur la prévention des risques suicidaires en Ehpad, entre septembre 2016 et juin 2018.

Une étude déclarative rétrospective **quantitative** a été réalisée à l'aide d'un questionnaire spécialement rédigé pour l'étude en vue de mesurer les taux de morbi-mortalité suicidaire avant et après la formation (cf. annexe, p. 73). Les questions portaient sur le nombre de suicides, de tentatives de suicide, le mode de passage à l'acte, les caractéristiques des personnes concernées (âge, sexe), la date de l'événement ; la période antérieure à la formation a été définie comme les 12 mois ayant précédé la 1re session suivie par un salarié de l'Ehpad. La période postérieure a été définie comme celle allant du lendemain de la session au jour de la réponse au questionnaire de prévalence. Les Ehpad ont été interrogés par voie postale, en novembre 2018, avec relance postale en décembre 2018 et relance téléphonique et courriel en janvier 2019.

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.

Une enquête **qualitative** a été effectuée par entretien semi-dirigé en tête à tête dans 23 des 110 Ehpad, sélectionnés par tirage au sort de 1 sur 5 d'entre eux. Les entretiens ont été organisés au sein des établissements concernés avec le ou la directeur.trice et au moins un soignant ayant suivi la formation (médecin coordonnateur, IDE coordonnateur, cadre infirmier et/ou psychologue).

Une retranscription des échanges a été réalisée et le texte envoyé aux personnes interviewées, pour validation[6]. L'ensemble des textes a ensuite été codé avec le logiciel N'Vivo.

L'enquête qualitative a porté sur les thèmes suivants (cf. grille d'entretien, p 72) :

- problématique générale des conduites suicidaires
- opinion sur le stage suivi
- changements intervenus depuis la formation

[6] Sur les 23 envois, 2 ont donné lieu à des demandes de légères corrections du texte retranscrit.

- évaluation et prise en charge du risque et de la crise suicidaire
- relations avec les professionnels et la famille à propos des conduites suicidaires

Parmi les 23 Ehpad sélectionnés par tirage au sort, deux fois 2 établissements étaient dirigés par le même directeur. Ces 4 Ehpad ont été exclus et remplacés par 4 autres structures également tirées au sort parmi les 87 établissements restants.

Les personnes interrogées étaient informées du caractère anonyme de l'étude, tant sur leur nom que sur leur établissement[7].

3. Résultats

Nous présenterons tour à tour les résultats des 3 phases de l'évaluation : après la formation des formateurs, après celle des personnels des Ehpad formés et plusieurs mois après, sur site, sur les évolutions depuis le stage.

Cent-dix Ehpad et 427 salariés touchés par le programme de formation

Indicateurs relatifs au programme

110 établissements[8] ont bénéficié de la formation entre septembre 2016 et juin 2018[9].

Au total, parmi les 10 binômes initialement formés, 9 ont réalisé 28 sessions de formation au cours de la période d'étude, permettant ainsi la formation de 427 salariés[10] des 110 Ehpad, soit près de 4 par établissement.

Les 110 Ehpad 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)[11].

Tableau 1. Indicateurs d'activité du programme évalué.

Indicateur	Effectif
Binômes de formateurs	9
Sessions organisées	28
Établissements formés	110
Professionnels formés	427
Professionnels formés par Ehpad	3,9

[7] Seule la profession du locuteur est précisée après les citations présentées dans le rapport.

[8] Parmi ces 110 établissements, 108 Ehpad, 1 foyer-logement et 1 maison de retraite (ces 2 derniers n'étaient pas ciblés par le programme, mais y ont été intégrés, à l'initiative des formateurs).

[9] Ce programme de formation s'est poursuivi après juin 2018 et a touché d'autres salariés, des Ehpad enquêtés ou d'autres établissements.

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

[11] Chiffres ARS Hauts-de-France au 30 juin 2018.

Tableau 2. Indicateurs de l'évaluation du programme.

Indicateur	Effectif
Phase 1 (formation de formateurs. Novembre 2015 et février 2016)	
Date recueil : avril 2016	
Entretiens semi-directifs téléphoniques	16
Phase 2 (formation des professionnels. Septembre 2016 à juin 2018)	
Date recueil : septembre 2016 - juin 2018	
Questionnaires début de formation	291
Questionnaires fin de formation	287
Phase 3 (17 mois en moyenne après la formation)	
Date recueil : novembre 2018 – janvier 2019	
Entretiens semi-directifs sur site	23
Professionnels ayant participé à ces entretiens	59
Questionnaires cas de TS et de suicide	72

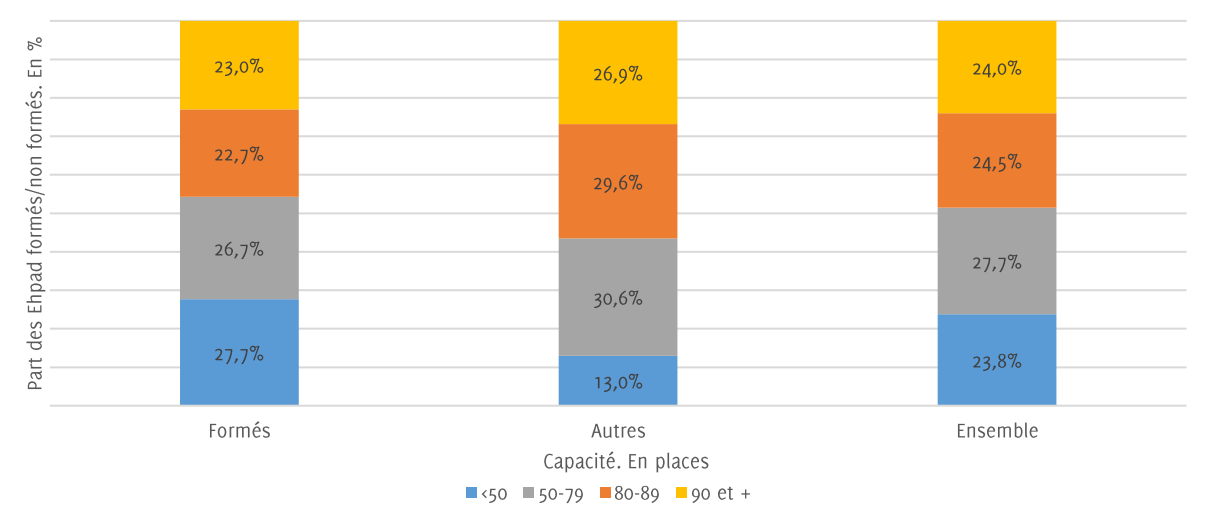
Caractéristiques des Ehpad formés

Dans ce chapitre, les caractéristiques des 110 Ehpad formés sont comparées à ceux des 300 qui ne l'ont pas été[12].

Taille des Ehpad

Les petits Ehpad se sont proportionnellement beaucoup plus investis dans la formation que les autres ; les établissements de moins de 50 places représentent 27,7% des établissements formés contre 13,0% parmi ceux qui ne l'ont pas été (p-chi2=0,021).

Figure 1. Répartition par taille des Ehpad du Nord – Pas-de-Calais selon qu'ils ont été formés (N=110) ou non (N=300).



[12] Une liste des 410 Ehpad du Nord et du Pas-de-Calais au 1er janvier 2018 a été fournie par l'ARS ; ils étaient décrits notamment par statut, capacité autorisée, commune d'implantation.

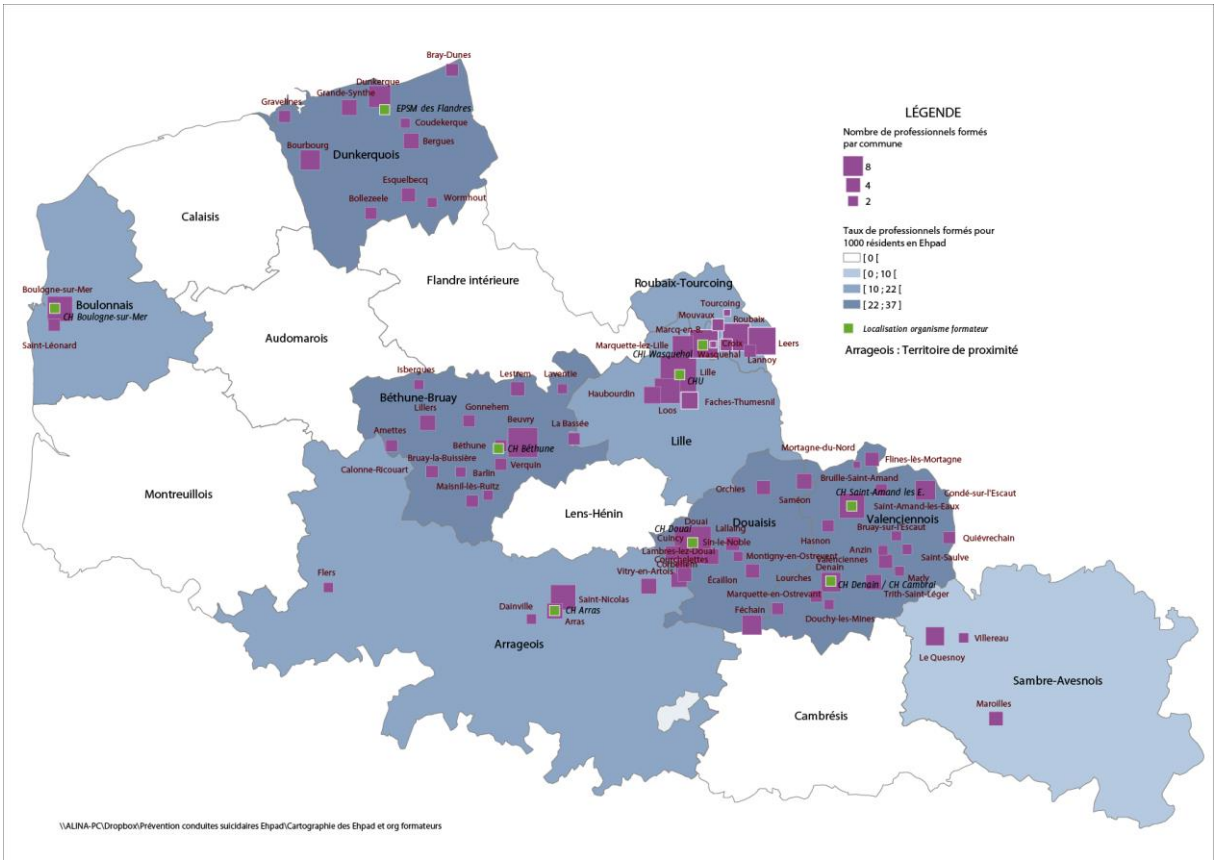
Huit territoires sur 14 touchés

La formation des Ehpad était conditionnée à la présence d'équipes de psychogériatrie situées à leur proximité ; dans l'Audomarois, le Calaisis, le Cambrésis, la Flandre intérieure, le secteur de Lens-Hénin et le Montreuillois, aucun Ehpad n'a été formé durant la période de l'étude.

Les Ehpad implantés dans le Valenciennois constituent le 10e des établissements de ce type dans le Nord - Pas-de-Calais, mais le 5e des Ehpad formés ; proportionnellement, c'est le territoire le plus touché par le programme de formation.

Les Ehpad des territoires de l'Arrageois, de Lille et de Roubaix-Tourcoing sont représentés dans les mêmes proportions dans l'ensemble et dans les établissements formés.

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



Les taux de professionnels formés pour 1000 résidents en Ehpad ont été les plus élevés dans les territoires de proximité du Douaisis et de Béthune-Bruay.

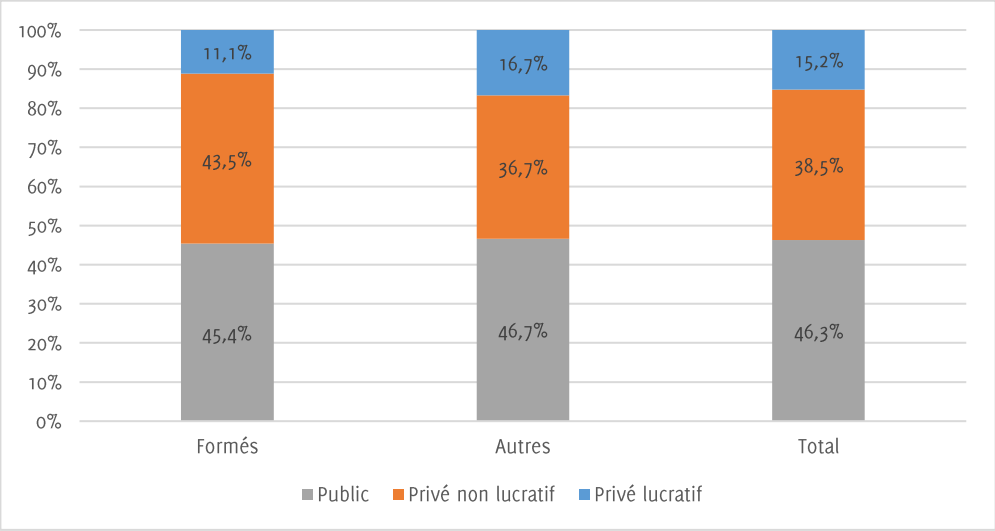
Notons que certains binômes semblent avoir privilégié le choix de former un plus grand nombre d'Ehpad que de personnels par Ehpad (comme cela est le cas pour le territoire de Béthune-Bruay), tandis que d'autres ont souhaité faire l'inverse (comme par exemple les équipes de l'agglomération lilloise).

Surtout des Ehpad publics

Les Ehpad publics sont les plus nombreux (46,3% des établissements dans le Nord - Pas-de-Calais)[13] ; il n'existe pas de différence significative de statut juridique entre Ehpad formés et non formés (p-chi2=0,456).

[13] Il est à noter que des difficultés administratives ont rendu difficile la participation des établissements de gestion privée, d'où sans doute la surreprésentation des Ehpad publics.

Figure 2. Répartition par statut des Ehpad du Nord – Pas-de-Calais selon qu'ils ont été formés (N=110) ou non (N=300).

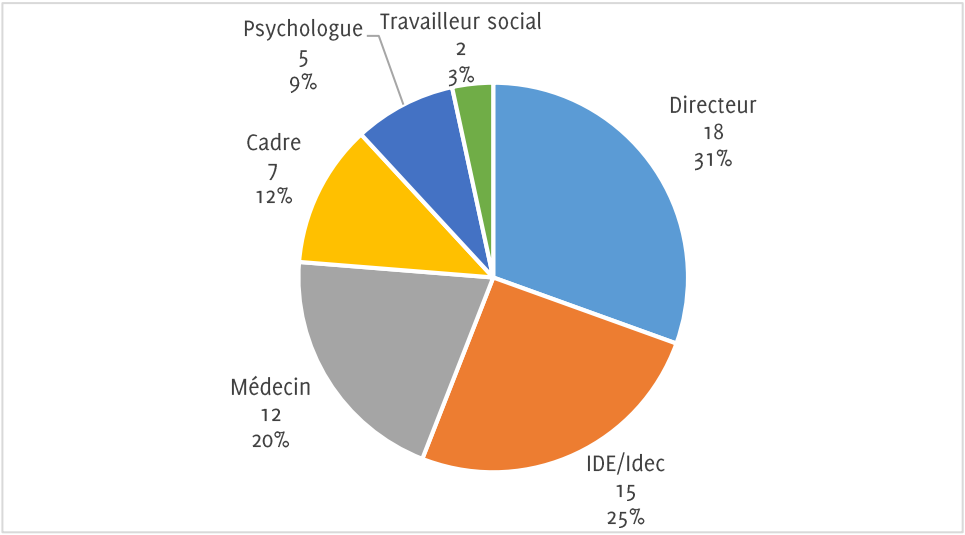


Près de 60 professionnels interviewés

59 professionnels distincts, dans 23 Ehpad, ont participé aux entretiens semi-directifs, dont près d'un tiers de directeurs, un quart d'infirmières et un cinquième de médecins coordonnateurs (Figure 3).

Cet effectif représente une moyenne de 2,6 professionnels (±1,5) par Ehpad (minimum : 1 ; maximum : 8). 46 étaient des femmes (78,0%) et 13 des hommes (22,0%).

Figure 3. Répartition des professionnels interviewés selon leur métier (N=59).



Les entretiens se sont déroulés sur la période du 30 novembre 2018 au 28 janvier 2019 inclus, soit en moyenne 17 mois après la première session de formation suivie par au moins un salarié de l'établissement (au minimum 9 mois, et au maximum 27 mois après).

Opinions des formateurs après leur formation

Les entretiens semi-directifs avec les 16 professionnels des équipes de psychogériatrie formés ont fait apparaître un haut niveau de satisfaction quant à la formation dispensée par le Pr Terra en novembre 2015 et février 2016.

> *Globalement je suis très satisfaite, avec l'abord de la crise suicidaire dans toutes ses facettes et ses complexités. J'ai trouvé que c'était très bien expliqué, Pr Terra savait très bien amener les choses, à la fois pour les médecins, les psychiatres,*

mais également pour les soignants. Je pense que tout le monde a été très intéressé, et a appris beaucoup de choses. [IDE]

La motivation initiale était importante et, en général, la perspective de devenir formateur assumée.

Je me sens confortée dans ma pratique professionnelle, et je me sens plus concernée. Je me suis rendu compte que c'est un problème important dans les Ehpad, et qu'on passait souvent, sûrement, à côté.

Dans un cas sur 4 cependant, les personnes n'avaient pas pris connaissance ou conscience qu'elles auraient à devenir formatrices.

J'avais lu l'e-mail en diagonale.

Les équipes formées n'ont pas exprimé de refus de mettre en place les formations attendues. Cinq d'entre elles, en avril 2016, ont d'ores et déjà programmé des sessions durant le dernier trimestre 2016.

Là on aimerait bien que ça se passe dans le dernier trimestre 2016, mais j'en saurai plus quand on aura un planning de formation. […] *Pour l'instant j'ai réussi à avoir la directrice qui est référente à l'Ifsi, c'est-à-dire l'école d'infirmière, pour avoir les locaux. Il faut mettre à disposition les salles. C'est très compliqué, il faut pouvoir accueillir pour le repas du midi, il y a les indemnités, les prises en charge… Là, on commence.*

À l'issue de la 1re phase du programme de formation, 7 équipes sur 9 ont pourtant évoqué des difficultés concrètes pour mettre en place des formations de personnels des Ehpad, telles qu'une vacance de poste, l'absence de réponse des Ehpad, la disponibilité à trouver …

Pour 2017, la direction [de l'Ehpad] *aura mis en place des moyens pour proposer des formations au personnel, mais pour le moment, du point de vue du DRH et de la direction, le suicide n'est pas un problème. Ils ont d'autres priorités. Le problème est récemment devenu encore plus complexe : lorsque j'aurai formé du personnel d'Ehpad, l'ARS nous a envoyé un courrier affirmant que seront requises une évaluation interne et une évaluation externe. La direction, en recevant ce message, a freiné des 4 fers,* [il y a] *déjà tellement d'évaluations à faire !* […] *cela demanderait une mobilisation gigantesque. Cette notion d'évaluation est un frein, du coup, pour la mise en place des formations.*

Connaissances et représentations des personnels des Ehpad formés avant et après le stage

Majoritairement, les professionnels des Ehpad ont choisi personnellement de s'inscrire à la formation sur les conduites suicidaires (62,3%) ; une minorité (37,7%) l'a suivie à la demande de son supérieur hiérarchique.

Tableau 3. Caractéristiques des personnels formés répondants. N=291.

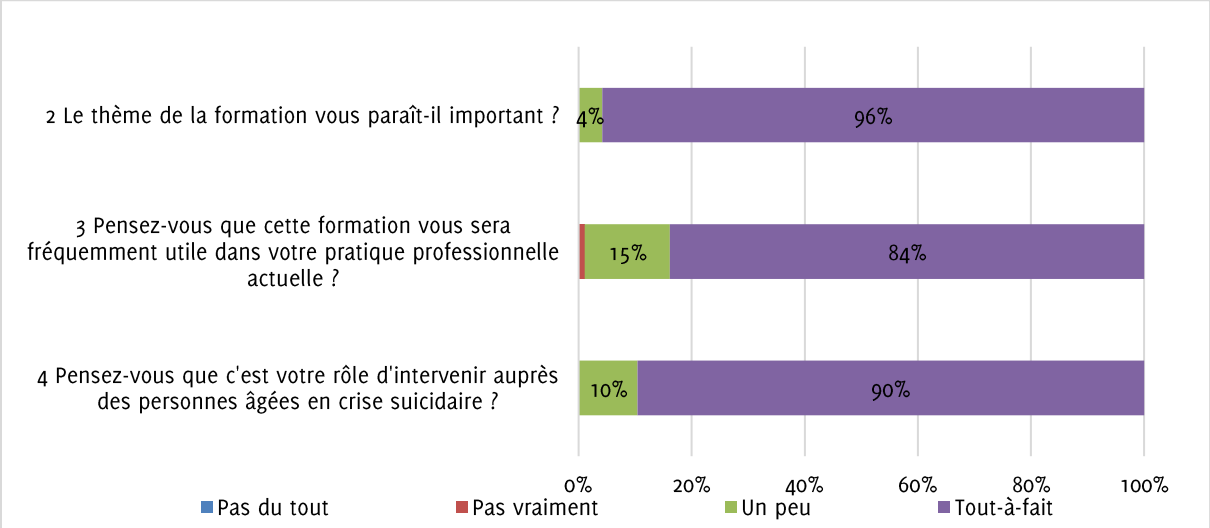
Variable	Modalité	N	%
Sexe	Femmes	250	88,7%
	Hommes	32	11,3%
	Total	282	100,0%
	VM*	9	
Profession	Administratifs	13	4,6%
	Auxiliaires	80	28,6%
	IDE, CS, ergo	134	47,9%
	Médecins	26	9,3%
	Psychologues	27	9,6%

Variable	Modalité	N	%
	Total	280	100,0%
	VM*	11	
Âge	19-29	64	22,9%
	30-39	85	30,4%
	40-49	80	28,6%
	50-59	44	15,7%
	60-69	7	2,5%
	Total	281	100,0%
	VM*	10	

*VM = valeur manquante.

La très grande majorité des personnes interrogées estimait que le sujet abordé par la formation était important et utile pour leur pratique professionnelle. La totalité estimait également que l'intervention auprès des personnes âgées en crise suicidaire faisait partie de leurs rôles.

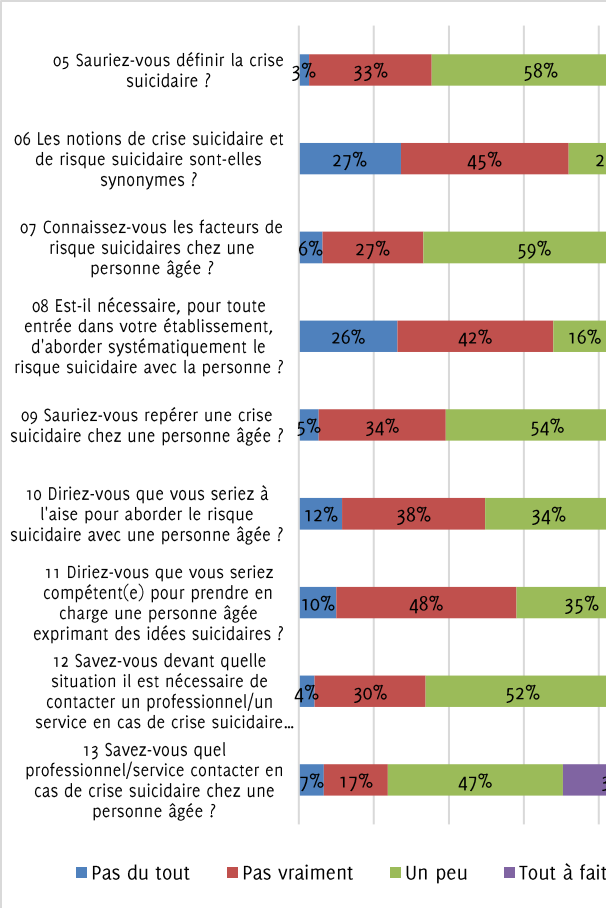
Figure 4. Réponses apportées, en début de formation, par les personnels des Ehpad, à 3 questions générales. N=291.



- Savoirs et savoir-faire

Les réponses aux 8 questions relatives aux savoirs et aux capacités des professionnels sont présentées dans la Figure 5. Les moyennes les plus élevées sont obtenues aux questions relatives à la connaissance des professionnels/services à contacter en cas de crise suicidaire (Q 13 ; 1,99±1,18) et aux indications d'un contact à prendre (Q12 ; 1,76±1,12) ; les faibles écarts-types marquent ainsi un point de vue assez consensuel.

Figure 5. Distribution des réponses apportées, en début de formation, à 8 questions sur les savoirs et savoir-faire suicidologiques. Répondants, moyennes et écarts-types. 288 ≥ N ≥ 291.



Question	Répondants	Moyenne*	Écart-type
05	288	1,68	0,97
06	257	1,05	2,59
07	286	1,68	1,18
08	255	1,22	2,71
09	281	1,62	1,45
10	286	1,55	1,32
11	281	1,39	1,58
12	287	1,76	1,12
13	287	1,99	1,18

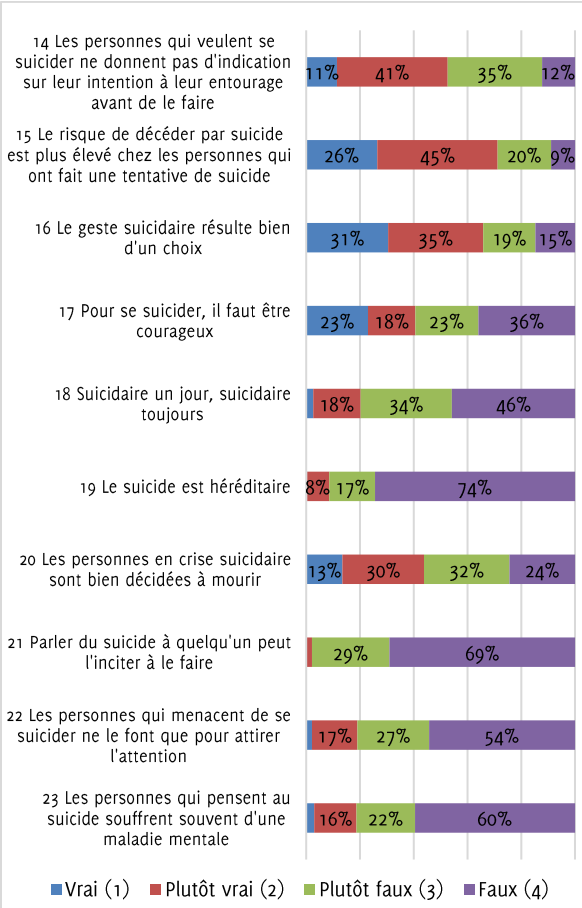
*Pas du tout = 0 ; pas vraiment = 1 ; un peu = 2 ; tout à fait = 3.

Les désaccords sont les plus élevés à propos de l'assimilation de la crise suicidaire au risque suicidaire (Q06 ; 1,05±2,59) et l'abord systématique du risque suicidaire à l'entrée des résidents dans l'établissement (Q8 ; 1,22±2,71). Les écarts-types élevés expriment des points de vue dispersés.

- Représentations à propos du suicide

Trois désaccords consensuels ressortent de l'analyse des réponses concernant les représentations sur le suicide : il n'est pas héréditaire (Q19 ; 3,65±1,52), en parler n'est pas incitatif (Q21 ; 3,67±1,25) et il ne s'agit pas d'une maladie mentale (Q23 ; 3,38±1,62) ; les écarts-types, relativement faibles, témoignent de notes assez regroupées.

Figure 6. Degré d'accord avec différentes affirmations des professionnels, en début de formation. Répondants, moyennes et écarts-types. 287 ≥ N ≥ 288.



Question	Répondants	Moyenne*	Écart-type
14	279	2,48	1,50
15	257	2,11	2,30
16	272	2,18	1,93
17	256	2,72	2,31
18	271	3,23	1,67
19	269	3,65	1,52
20	267	2,67	1,96
21	274	3,67	1,25
22	278	3,33	1,43
23	272	3,38	1,62

*Vrai = 1 ; plutôt vrai = 2 ; plutôt faux = 3 ; faux = 4.

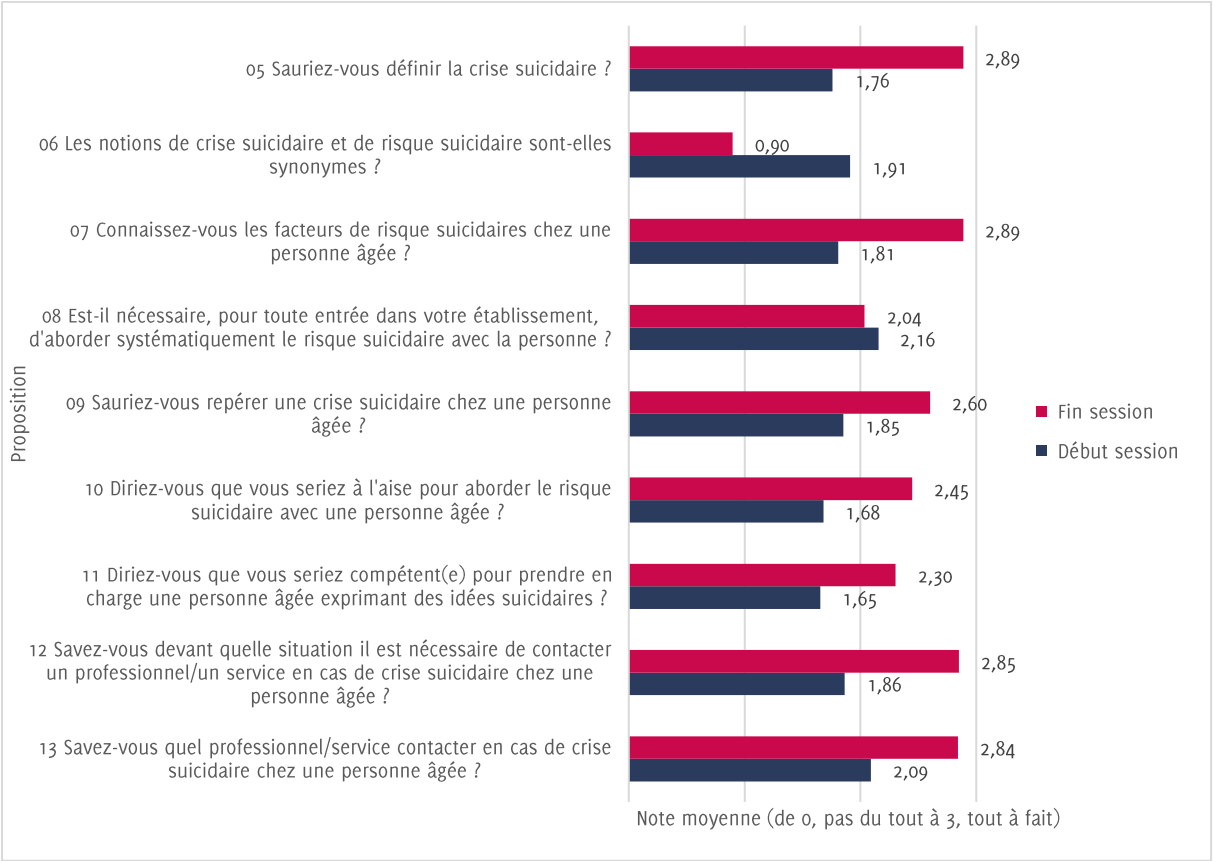
Les points de vue sont beaucoup moins consensuels sur les indications laissées par une personne s'étant suicidée (Q14 ; 2,48±1,50), la tentative de suicide comme facteur de risque de suicide (Q15 ; 2,11±2,30) ou sur le désir de mort des personnes en crise suicidaire (Q20 ; 2,67±1,96).

- Évolutions avant/après stage des connaissances sur les savoirs et savoir-faire

Les mêmes questions ont été posées en fin de formation ; 287 personnes y ont répondu.

Il y a une évolution significative ($p < 0{,}001$) des niveaux d'accord sur les 8 propositions formulées dans le questionnaire (cf. Q05 à Q13, p 67 et Figure 7 ci-dessous) ; dans 6 cas sur 8, le score de fin de formation est supérieur au score de début. La capacité à décrire ce qu'est une crise suicidaire (Q05), la connaissance des facteurs de risque suicidaire (Q07), par exemple, augmentent significativement sous l'effet du stage. Dans 2 cas sur 8, l'évolution est inverse : en fin de stage, la crise suicidaire est moins assimilée au risque suicidaire (Q06) et la nécessité d'aborder systématiquement le risque suicidaire avec la personne âgée à son admission est moins consensuelle (Q08).

Figure 7. Évolution des moyennes des notes apportées en réponse à 8 questions sur les savoirs et savoir-faire suicidologiques. 277 ≥ N ≥ 287.*



* Après transformation des réponses « Pas du tout » en 0, « Pas vraiment » en 1, « Un peu » en 2 et « Tout à fait » en 3.

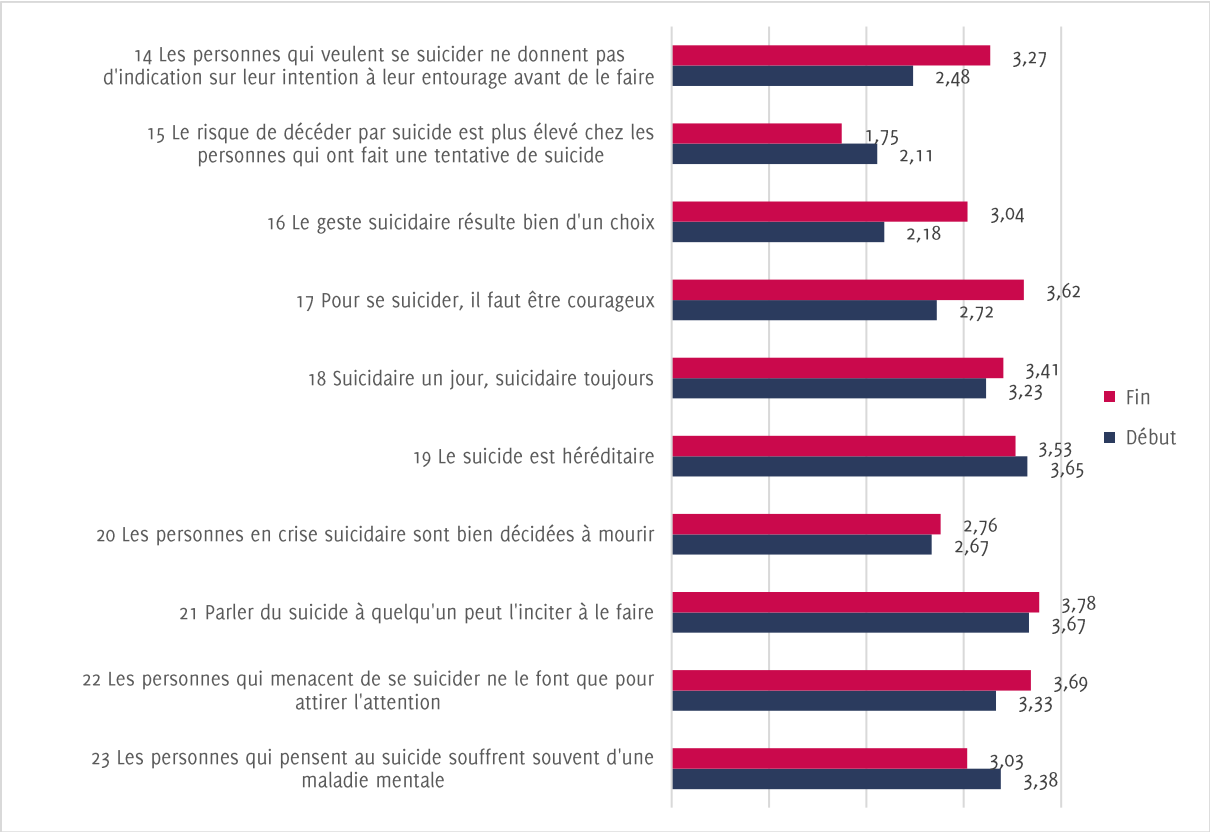
NB : Le test du khi2 est calculé à partir des distributions des réponses initiales (qualitatives).

- Évolutions avant/après stage des connaissances sur les représentions à propos du suicide

Pour 7 des 9 items étudiés (cf. Q14 à Q23, p. 67 et Figure 8 ci-dessous), les niveaux d'accord évoluent significativement ($p < 0{,}001$). Les désaccords avec les idées fausses (Q14, 16, 17, 18, 21, 22) sont significativement plus marqués après formation, de même que les accords avec les idées justes (Q15, 23).

Pour 2 questions, l'évolution n'est par contre pas significative ; les opinions sur le caractère héréditaire du suicide (Q19 ; $p=0{,}12$) et la décision de mourir des personnes en crise suicidaire (Q20 ; $p=0{,}16$) restent équivalentes après le stage.

Figure 8. Évolution des moyennes des notes apportées en réponse à 9 questions sur les représentions à propos du suicide. 277 ≥ N ≥ 287.*



*Après recodage des réponses « Vrai » en 1, « Plutôt vrai » en 2, « Plutôt faux » en 3 et « Faux » en 4.

NB : Le test du khi2 est calculé à partir des distributions des réponses initiales (qualitatives).

Il est possible d'affirmer que les 2 journées de formation sont à l'origine d'évolutions significatives des connaissances, qui se rapprochent des points de vue d'experts, et des représentations, qui s'éloignent des idées fausses, ou mythes [40].

Appréhension des conduites suicidaires

La perception du risque suicidaire n'est pas aisée pour le personnel des Ehpad. Aborder la question de la mort est une question délicate ; les résidents l'évoquent fréquemment, en souhaitant parfois qu'elle intervienne au plus vite. Mais comment différencier ces évocations ou ces souhaits d'un projet de mettre fin à ses jours ?

> *Par contre le risque suicidaire reste compliqué à évaluer, d'où le fait que les salariés me sollicitent en tant que psychologue parce que, dans le discours des résidents, la mort fait partie d'un thème ou de choses abordées de façon assez banale, un peu quotidienne, et les salariés ont quelquefois des difficultés à identifier si c'est juste de parler de sa mort future ou une réelle envie de mourir et de se donner la mort parce qu'il y a une dépression. C'est cette différence-là en fait qui est compliquée à établir.* [Psychologue]

Comment porter une attention qui ne soit pas obsessionnelle ? Plusieurs professionnels rencontrés se posent la question de leur responsabilité morale et/ou juridique, qui peut entraîner une peur et donc un stress.

> *Je pense que c'est aussi la peur des directeurs d'Ehpad. Je dirais que c'est peut-être plus la peur des directeurs d'Ehpad, que la peur des soignants. Après je pense qu'on le vivrait mal, ça c'est sûr. L'équipe soignante le vivrait mal* […] *Après je pense qu'avec toutes les réflexions qu'on a aussi sur les directives anticipées, je pense que par rapport à ça on va être plus dans l'acceptation du geste, et se*

dire que cette personne elle a pris la liberté de partir. Mais bon, je pense qu'on s'en voudrait tous quand même. [Cadre]

Un suicide c'est toujours, quelle que soit la tranche d'âge, c'est toujours quelque chose de violent. C'est une vraie violence ressentie par l'ensemble de l'environnement, en incluant les équipes. [Directrice]

Je parle pour moi, mais moi je m'en voudrais, je me dirais que je suis passée à côté de quelque chose. [Cadre]

Le risque suicidaire assimilé au trouble dépressif

Les troubles dépressifs constituent un puissant facteur de risque de passage à l'acte suicidaire, réalité épidémiologique qui a été rappelée durant la formation. Dans de nombreux Ehpad, les 2 notions sont confondues et nous avons pu constater qu'en interrogeant nos interlocuteurs sur l'évaluation du risque suicidaire, nous recueillions du discours sur celle des troubles dépressifs ; le facteur de risque devient l'objet de l'attention plus que la réalité qui lui est statistiquement reliée.

Entre le risque suicidaire et la dépression c'est très compliqué, la frontière elle est quand même proche je dirais. [Idec]

Il y a les dépressions qui sont fréquentes chez les personnes âgées, qui changent de lieux, d'habitation, qui ont un bouleversement dans leur vie etc. Ils doivent abandonner énormément de choses, donc déjà quand ils ont une dépression c'est des suicidaires assez vite. [Idec]

Je parlais tout à l'heure d'une évaluation très courte de la dépression, la GDS[14]*, qui pourquoi pas pourrait être effectuée à l'admission de façon systématique pour mettre ce point-là dans la check-list à l'entrée.* [Médecin coordonnateur]

On se donne toujours 3 mois à leur entrée pour bien évaluer l'adaptation à la maison. Parce que des fois ils viennent d'arriver, le temps de prendre ses marques, souvent le syndrome dépressif il sort que 2 mois après. [Idec]

Par rapport à l'entrée il y a toujours une dépressivité liée à l'entrée en Ehpad qui reste tout à fait normale. Après voilà, il faut estimer le degré. [Psychologue]

Dès fois après l'admission il y a la maison qui est mise en vente, il y a tout un tas de choses. Ils doivent faire vraiment un deuil complet de leur vie d'avant. Donc c'est ça qui peut provoquer aussi l'aspect dépressif. [Directrice]

Je pense que, dans un premier temps, si le résident n'a pas de syndrome dépressif, il n'y aura pas d'évaluation du risque. Par contre chez le résident chez qui on va remarquer qu'il y a un potentiel risque, on va forcément demander un entretien avec la psychologue dès sa disponibilité au sein de la résidence, le premier résident qu'elle verra c'est cette personne-là. [Idec]

On est plus actuellement dans la recherche et essayer de traiter les troubles dépressifs. On n'a pas de crise suicidaire. Mais on essaie d'être sensible au dépistage du syndrome dépressif. [Médecin coordonnateur]

Alors la problématique du suicide aujourd'hui : il n'y a jamais eu de passage à l'acte, ni avant la formation ni après. Les équipes sont formées à l'écoute. Dès qu'il y a un discours, dès qu'il y a une tristesse… c'est très vite identifié et remonté et c'est très vite traité. Donc en fait il y a tout ce travail en amont. [Directrice]

[14] *Geriatric depression scale.*

À propos de la formation

Une formation principalement proposée par les équipes mobiles de psychogériatrie

Dix-huit établissements nous ont informés de la façon dont ils ont eu connaissance de la formation. Pour 10 d'entre eux, Il s'agissait directement de soignants d'équipes mobiles de psychogériatrie partenaires qui les ont tenus informés du déroulement de la formation[15]. Dans 7 autres établissements, l'information provenait également du centre hospitalier avec qui une convention était signée mais elle n'avait pas été directement relayée par l'équipe mobile de psychogériatrie. Enfin, une directrice d'Ehpad qui appartenait à un Groupement de coopération sanitaire (GCS) en avait eu connaissance de cette façon.

Motivations à l'inscription

Nous avons vu plus haut que c'est très majoritairement à leur initiative que les professionnels s'étaient inscrits à la formation. Parmi les principales motivations décrites en entretien, nous pouvons citer la nécessité pour 6 établissements de recevoir des conseils sur la conduite à tenir face à un résident qui pourrait les inquiéter. En effet, la majorité des membres du personnel que nous avons rencontrés se sentaient démunis face à la problématique de la crise suicidaire et des idées suicidaires chez le sujet âgé. D'autant plus qu'ils étaient plusieurs soignants (IDE, médecin, aides-soignants), de 3 établissements, à regretter le manque de formations dédiées à la prise en charge de la crise suicidaire, autant en formation initiale que continue.

> *On n'avait pas assez d'outils pour appréhender ces problèmes qui sont tout de même assez compliqués. Et dans nos formations infirmières normales il n'y pas assez d'apprentissage pour qu'on puisse avoir le bon accompagnement, le bon mot, la bonne attitude etc. Donc il y avait une attente.* [Idec]

> *On se sentait tous un peu démunis par rapport à ça.* [Psychologue]

> *L'idée c'était de donner des clefs aux soignants qui sont sur le terrain.* [Idec]

Le désir de combler un manque d'information et de connaissance et la nécessité de pouvoir répondre aux besoins de nombreux soignants démunis étaient les principales raisons de l'inscription à la formation. Bien que la littérature montre que les personnes âgées sont une population particulièrement à risque de passages à l'acte et notamment de suicides aboutis [20,27], peu d'établissements (3) ont mis en avant cette réalité pour justifier leur inscription à la formation. Plusieurs personnes diront d'ailleurs avoir pris conscience de l'importance du risque suicidaire chez nos aînés au cours de la formation.

La confrontation à un ou plusieurs cas de tentative de suicide ainsi qu'aux propos suicidaires de certains résidents ont pu en partie expliquer l'inscription de 5 établissements. Nous pouvons également citer l'exemple d'une médecin qui explique qu'en plus d'être intéressée par une formation supplémentaire à celle qu'elle avait reçue au cours de ses études sur cette thématique, elle a déjà été confrontée à 2 suicides de résidents durant sa carrière. Ces suicides avaient eu lieu dans un Ehpad différent de celui dans lequel elle travaille actuellement.

> *C'est l'envie d'en savoir davantage et bon, le fait aussi que moi j'ai quand même vécu deux suicides dans ma carrière.* [Médecin coordonnateur]

Beaucoup plus rarement, des personnes interrogées nous disaient s'être senties « obligées » de s'y inscrire (parce qu'il s'agissait soit d'une demande de l'ARS soit d'une volonté d'un des psychogériatres travaillant dans un hôpital partenaire de l'établissement).

> *Vu comment c'était présenté par l'ARS, je me sentais obligée d'y aller.* [Directrice]

C'était le cas pour 3 Ehpad rencontrés.

[15] Rappelons le choix initial du comité de pilotage du programme de confier aux équipes mobiles la formation en Ehpad.

Des opinions très positives sur le stage

La formation a été jugée positivement par l'ensemble des représentants d'Ehpad rencontrés, qui ont employé des termes très élogieux pour la juger : « *très bien fait* », « *très formateur* » « *super intéressant* », « *très très très intéressant, complet* », « *plutôt bénéfique* », « *pratique* ».

En termes de connaissances, le surrisque de suicide des personnes âgées était en général méconnu.

> *[*On a appris*] que, chez les personnes âgées, c'était plus fréquent que chez les adultes* » « *que c'était plus silencieux aussi* […] *surtout que c'est pas rare, c'est plus fréquent qu'ailleurs, que dans les autres tranches d'âge, et c'est surtout brutal, sans prévenir. On a eu toute la partie statistique, tranche d'âge, les personnes qui sont plus touchées selon le sexe, la région…* [Médecin coordonnateur]

> *Moi j'ai aussi l'impression que c'est venu rappeler que c'est une réalité en Ehpad.* […] *et que c'est même pas si rare que ça. Alors qu'on a tendance à se dire : « Ils sont vieux, ils attendent la mort, et on n'imagine pas qu'ils puissent mourir d'autre chose que de maladie ou de vieillesse ».* [Directrice]

> *Prise de conscience concernant la possibilité qu'une tentative de suicide ou un suicide puissent être réalisés en Ehpad. Prise de conscience aussi des statistiques nationales concernant la prévalence des tentatives de suicide ou de suicides aboutis.*

Dans le même registre, les informations sur la temporalité et la durée de la crise suicidaire ont été jugées éclairantes.

> *Cette progression comme ça elle permet de comprendre mieux comment ça se passe dans leur tête et surtout comment pouvoir mieux anticiper la situation.* [Idec]

> *Je dirais que sur les choses que j'ai apprises c'est qu'il y a une construction en fait de l'épisode suicidaire, que j'avais pas forcément imaginée, et qu'il y a un temps qui peut aller jusqu'aux 8 semaines avant le passage à l'acte.* [Médecin coordonnateur]

> *La durée de la crise « le fait que ça dure 8 semaines, c'est des choses qu'on n'avait pas forcément en tête* […] *On pensait qu'une fois que la crise était passée, bin elle était passée, mais en fait pas du tout, derrière il y a tout un laps de temps où il faut encore être très vigilant, et très à l'écoute de la personne,* […] *dans l'observation de son attitude verbale ou non verbale.* [Psychologue]

Les techniques pédagogiques ont été particulièrement appréciées, notamment les jeux de rôles et les échanges de pratiques, entre différent.e.s professions et/ou établissements.

> *Surtout qu'on a fait quand même pas mal de jeux de rôle en fait, où on essayait de se mettre vraiment en situation avec des cas concrets qu'on a pu rencontrer durant notre carrière.* [Idec]

> *Moi je pense que ce qui est assez intéressant c'est tous les exercices de mise en pratique, toutes les petites saynètes où on se met vraiment à la place et où on est vraiment en situation, parce que l'apport théorique c'est bien, on assimile, on comprend ce qu'il faut dire ou ce qu'il faut pas dire ou justement il faut poser la question, mais quand on est à trois ou à quatre à jouer la saynète, ça devient beaucoup plus difficile déjà. Donc c'est assez intéressant. Moi ça j'avais beaucoup apprécié justement les mises en scène.* [Idec]

> *Et puis la formation c'était pratique ; il y a eu des jeux de rôles, des mises en scène qui ont créé un bon contact, et puis je pense qu'on retient bien les choses quand on les vit comme ça… C'était pas que théorique avec des diapos… Il y avait quand même des échanges qui étaient hyper intéressants. Moi je trouvais que c'était très très bien fait.* [Médecin coordonnateur]

Bon après, le fait de pouvoir interagir, d'être avec d'autres structures qui peuvent aussi apporter des éléments, enfin, les échanges entre les différents établissements. [Idec]

Et puis les jeux de rôles c'était bien également. Et en fait on s'est mélangés puisqu'on s'est retrouvés de plusieurs établissements. [Idec]

C'était très intense, parce que c'est quand même un sujet assez lourd. Par contre il y avait beaucoup de jeux de rôles, et ça c'était vraiment très bien pour vivre les situations et puis c'était ludique en même temps, donc voilà, ça paraissait un peu moins lourd. On a beaucoup appris, il y avait pas mal de théorie. Moi j'ai toujours ça avec moi : on avait ce document-là que je garde avec moi. Dès fois je l'ouvre. Les idées reçues aussi ça c'était intéressant. [Psychologue]

Ces modalités pédagogiques appréciées ont permis la transmission de savoir-faire, de conduites à tenir opérationnelles, au premier rang desquels l'abord des moyens envisagés pour passer à l'acte chez les personnes évoquant des idées noires, qui sont une des informations nécessaires pour appréhender l'intensité du risque suicidaire dans la grille Rud.

RISQUE, URGENCE, DANGEROSITÉ

Le Rud[16] est un outil d'aide à l'estimation du potentiel de passage à l'acte suicidaire en mesurant le niveau de risque suicidaire, le caractère d'urgence de la menace et le degré de dangerosité de la situation. Il s'agit ainsi d'évaluer les 3 critères suivants : risque, urgence et dangerosité.

Risque

L'objectif est de repérer tous les facteurs de risques biographiques et psychopathologiques permettant d'apprécier l'éventuelle vulnérabilité du sujet face au événements de vie négatifs.

Parmi les facteurs de risques biographiques on évalue :

- les antécédents de tentative d'autolyse (personnels et familiaux)
- les antécédents de maltraitance physique ou psychique durant l'enfance
- les antécédents de maladies non psychiatriques (toute affection chronique est susceptible de favoriser le risque suicidaire)
- la situation familiale (perte d'un parent pendant l'enfance, séparation, placement durant l'enfance)
- le statut socio-professionnel (chômage, difficultés financières), l'isolement social…

Concernant les facteurs de risque psychopathologiques, il s'agit de repérer un ou des éventuels trouble.s suivant.s :

- les troubles de l'humeur (trouble bipolaire quel qu'en soit le type, épisode dépressif majeur…)
- les troubles anxieux
- les troubles de l'humeur (notamment l'insomnie chronique)
- les psychoses chroniques
- les troubles des conduites alimentaires
- les troubles de la personnalité, quel que soit le cluster… [18,41]

Urgence

L'urgence de la menace désigne les facteurs permettant de déterminer le degré de progression du sujet en crise dans le processus suicidaire afin d'évaluer l'imminence du passage à l'acte. Le Pr Terra propose d'aborder directement les velléités suicidaires par les questions suivantes [41] :

« *Est-ce que vous souffrez au point de vouloir vous tuer ?* »

« *Est-ce que vous avez pensé à la manière dont vous pourriez vous suicider ?* »

Les réponses à ces questions permettent d'établir un degré d'urgence parmi les 3 niveaux suivants :

Faible : bien que le sujet pense au suicide, il n'a pas envisagé de scénario suicidaire

[16] Enseigné dans cette formation, et très répandu en France, le Rud ne semble cependant pas avoir fait l'objet de validation scientifique.

Moyen : il existe un scénario, mais qui est reporté

Élevé : le passage à l'acte est prévu à court terme, avec un scénario suicidaire précis.

Dangerosité

Questionner la dangerosité consiste à évaluer la létalité des moyens envisagés pour le passage à l'acte ainsi que leur accessibilité.

La prise en charge pourra ainsi tenir compte de l'ensemble de l'évaluation obtenue après interrogation des critères développés dans cet outil.

> *Moi ce que j'ai surtout retenu c'est qu'il faut qu'on recherche vraiment l'information qui nous fait dire que c'est vraiment une alerte, une envie de se suicider. C'est de faire parler le résident, de communiquer, c'est de rechercher.* [Médecin coordonnateur]
>
> *Il est utile de ne plus avoir peur de demander à quelqu'un s'il veut se suicider.* [Directrice]
>
> *Ça nous a appris « le langage à adopter à la personne en crise suicidaire, ce qu'il faut dire et ce qu'il ne faut pas dire, parler clairement du suicide avec la personne, ne pas hésiter à mettre les mots.* [Médecin coordonnateur]
>
> *Moi c'était vraiment mettre le mot. J'osais pas, je me disais : c'est trop brut d'aller dire au résident « J'ai bien compris ce que vous me dites donc vous voulez vous suicider. ». Quelque part il fallait poser les mots là où il fallait. Si je retiens quelque chose c'est vraiment ça.* [Cadre]
>
> *Mais moi ce que j'ai appris un petit peu c'est à rentrer dans le vif du sujet, et puis c'est pas facile de s'asseoir à côté de quelqu'un qui a des idées suicidaires et puis d'en parler avec lui, de lui faire dire certaines choses : Si il y pense ? Est-ce qu'il a déterminé un mécanisme d'action ? Par quel moyen ? etc. Et faire parler de son mal-être, de sa souffrance etc. Donc là, à ce niveau-là, j'avoue qu'on l'a mis en pratique et c'était sympa.* [Médecin coordonnateur]
>
> *En fait on a peur d'en parler, de vraiment poser des mots face au résident et la formation nous aide vraiment à comprendre que, non, faut pas avoir peur de justement poser les mots, et justement c'est ce qui peut aider en fait. Et tous les a priori qu'on peut avoir par rapport au suicide … la formation nous permet d'enlever ça.* […] *La formation nous a vraiment appris à demander « mais de quelle manière vous pensez mettre fin à vos jours ? Moi sans la formation c'est quelque chose que j'aurais pas osé. J'aurais jamais osé en fait, de peur de justement, d'amener le résident encore plus dans cette démarche, et au final ça nous amène à pas donner de solution justement : quand un patient nous dit « Je suis pas bien j'ai envie de mourir », on a envie d'amener des solutions et de dire « mais non, dites pas ça »,et vraiment en fait c'est tout l'inverse qu'il faut faire et faut vraiment demander « comment ? » et vraiment comprendre en fait que c'est vraiment une souffrance et c'est leur dernier moyen d'abréger cette souffrance-là. Et c'est vraiment de mettre des mots là-dessus qui peuvent amener à ce que ça aille mieux. La formation nous a vraiment aidés à comprendre ça.* [IDE]

Désormais convaincus de l'intérêt clinique de l'entretien sur les moyens envisagés, les personnels des Ehpad se sentent outillés d'une technique préventive concrète qui leur apporte plus d'aisance pour aborder un sujet tabou, et, finalement, un mieux-être.

> *La formation a rassuré les équipes, maintenant plus sereines avec ça.* [Directrice]
>
> *Ce qui a bien été établi dans la formation, et qui quelque part atténue l'angoisse des salariés confrontés, c'est que de toute façon, à partir du moment où on reçoit l'information, on est obligé de transmettre.* […] *Il faut en référer, et la référence est toujours médicale. Donc on sait qu'on n'est pas, entre guillemets, sans rien*

faire, parce que ce qui est paniquant aussi pour les salariés c'est l'idée de ne rien pouvoir faire avec ce qui leur est confié. [Psychologue]

Et, suite à la formation, ce que moi ça m'avait apporté aussi c'était de se dire qu'on peut avoir un résident qui se suicide et se dire qu'on a peut-être loupé des signaux, mais on peut aussi se dire qu'il était déterminé et que de toute manière peut-être on n'aurait rien pu faire, et peut-être aussi déculpabiliser les professionnels parce qu'on a vu quand il y a des situations de suicide il y a eu des grosses culpabilités derrière du personnel. [...] *Sinon c'est une grosse grosse souffrance pour les soignants.* [Idec]

Sans remettre en cause le consensus sur les apports de la formation, quelques bémols ont cependant été apportés. Pour un professionnel, elle n'a pas forcément touché les publics prioritaires (on a vu plus haut que les inscriptions avaient concerné des personnels volontaires, et donc motivés).

Et comme dans toutes les formations, il faudrait qu'elle touche ceux qui ont besoin d'être formés. Et souvent ceux qui ont besoin d'être formés, ils s'en foutent. [Médecin coordonnateur]

Enfin, dans un établissement, le stage semble avoir eu un effet émotionnel difficile chez 2 des 3 participants.

On était un petit peu déprimé le vendredi soir (après la formation). On n'a pas su expliquer, c'était un retour à la maison un peu... on va pas dire triste, mais un peu déboussolé, on n'était pas très bien [...] *une sorte de coup de blues* [...] *Il y avait un truc qui n'allait pas. C'est passé, c'est pas resté hein !* [Directrice]

Une restitution des acquis informelle, quand elle a eu lieu

Le programme ne prévoyait pas formellement que les personnels des Ehpad formés deviennent formateurs de leurs collègues. Nous les avons cependant interrogés sur l'éventuelle transmission de ce qui avait été enseigné et sous quelles modalités. De nombreux cas de figure peuvent être mis à jour.

Dans 2 Ehpad, la transmission de connaissances a pris une forme organisée, mais d'une durée courte.

Nous [la directrice, l'IDE coordinatrice et le médecin coordonnateur] *on a retranscrit, enfin on a fait la formation en interne derrière ; à trois on a fait un powerpoint et on a redistribué l'information. On a concentré les 2 jours de formation, on a fait ça en formation d'une heure et demie* [...] *Régulièrement on fait des formations flashs, quand on sent qu'il y a une problématique au sein de l'Ehpad.* [Directrice]

On a fait un retour d'expérience au reste du personnel, en utilisant les powerpoint utilisés lors de la formation, un retour simplifié, juste une formation d'une demi-heure [...] *pour sensibiliser le reste du personnel concernant la problématique du suicide.* [...] *On s'est servi du questionnaire aussi, qui était fourni en début de formation, sur les a priori qu'on avait sur les risques suicidaires. Donc on a fait remplir à tout le monde ce questionnaire et on a analysé les réponses en présentant sur powerpoint.* [Médecin coordonnateur]

Il n'y a pas eu de restitution dans plusieurs Ehpad, par manque de temps, ou parce que la pertinence de ce mode d'apprentissage a été discutée.

Vous savez, les retours sur formation, quelle que soit la formation, ça marche pas. Les soignants n'arrivent pas à relater ce qu'ils ont entendu ou vu. Ils ont toujours éprouvé certaines difficultés à expliquer leurs connaissances à leurs collègues. [Directrice]

Les formations marchent bien si elles sont faites par un intervenant extérieur. La formation des autres salariés par des membres ayant été formés eux-mêmes par le binôme référent, ça aura beaucoup moins de portée. [Idec]

Cas le plus fréquent, une restitution informelle a eu lieu, à l'occasion d'une réunion de service ou des transmissions.

Après, on a dû en parler assez rapidement après notre formation (en parler en équipe), au moment des transmissions. En disant, voilà, ce que nous on a besoin au moment des transmissions écrites, ce qu'on recherche [...] *Nous ce qu'on voulait pas non plus c'est d'en faire une psychose chez le personnel. Parce que chacun a son vécu déjà d'une part, et puis a aussi sa compréhension du suicide qui est peut-être personnelle. C'est pas parce qu'on a été en formation qu'on voulait forcément tout transmettre.* [Médecin coordonnateur]

C'était appréciable, mais le problème c'est qu'on ne peut pas tout partager avec tout le monde en revenant sur le terrain, c'est pas évident [...] *On en a parlé un peu en réunion.* [Cadre]

Les suites du stage ont donc rarement pris la forme d'une restitution formalisée, ce qui ne signifie pas que les pratiques n'aient pas évolué.

Des changements partiels

Environ un tiers des établissements rencontrés n'ont pas mis en évidence de changement concret dans leur pratique ou bien concernant leur organisation, dans les suites de la formation. Cependant, la majorité explique que cela a permis de changer leur conception et leur sensibilisation vis-à-vis de la crise suicidaire chez le sujet âgé.

Je pense que ça a sensibilisé les équipes, enfin en tout cas le personnel qui est parti à la formation est davantage aujourd'hui sensibilisé à ce risque. [Directrice]

Je pense que ça a provoqué des changements peut-être dans la manière de voir certaines choses. [Idec]

La formation a permis de se saisir de cette problématique, de ce sujet qui n'était pas forcément identifié. [Directrice]

Pour certaines personnes la crise suicidaire n'est plus considérée comme un choix, mais comme le désir de mettre fin à une souffrance intolérable pour la personne en crise qui considère ne plus avoir d'autres choix que de se donner la mort. Comme nous l'avions déjà vu en citant l'article de Burnette et al, cette conception de la crise suicidaire par les personnes formées est une des conditions nécessaires à une meilleure efficacité de la prévention du suicide en population à risque [9].

Ce qui a changé le point de vue c'est de se dire que la personne qui veut mettre fin à ses jours a un réel désir de mourir, et là ils mettent en avant que non ce n'est pas un désir de mourir c'est vraiment le désir de trouver une solution à une souffrance insupportable. Et ça, ça change beaucoup de choses. [Idec]

Au sein des Ehpad n'ayant pas mis en œuvre de changement organisationnel, la plupart estimaient être déjà suffisamment vigilants concernant la problématique du suicide chez le sujet âgé. Ils jugent néanmoins que la formation leur a permis de rappeler cette réalité, de conforter les mesures qu'ils avaient déjà mises en place, ou encore une remise à niveau :

J'ai tendance à dire que la formation va peut-être pas changer les choses, sachant déjà comment on fonctionne, par contre ça permet à ceux qui y assistent de pouvoir refaire une mise à jour, redire des choses qui sont évidentes mais c'est bien de les ré entendre régulièrement. [Directrice]

Je pense qu'il y avait déjà pas mal de choses de mises en place je dirais au niveau de l'organisation, donc je pense que la formation est venue conforter ce qu'on avait déjà mis en place sans besoin de tout réorganiser. [Directrice]

Ça m'a permis de me remettre à niveau aussi. [Médecin coordonnateur]

Pour beaucoup, la formation a permis de rassurer les équipes. Nous pouvons rappeler que le sentiment d'être démuni face à la problématique du suicide était la raison principale de l'inscription.

> *Je sens que l'équipe, les cadres, ont moins d'appréhension, en tout cas sur l'étiquette « tentative d'autolyse », puisque ça fait quelquefois peur aux établissements.* [Directrice]

> *La formation a rassuré les équipes, maintenant plus sereines avec ça.* [Psychologue]

Peu ou pas de changements organisationnels

Il y a eu peu de modifications relatives à l'organisation générale des Ehpad. Les rares changements fonctionnels qui ont été mis en place portent principalement sur le renforcement des transmissions orales et/ou écrites à propos du risque suicidaire.

> *On a mis en route une procédure et une sensibilisation en lien avec cette procédure. Une procédure qui dit que si vous entendez quelque chose comme ça, c'est pas anodin et il faut relayer l'information. Et notamment la relayer aux personnes ayant reçu la formation.* [Psychologue]

> *On effectue également des bonnes transmissions orales et écrites avec le personnel de nuit parce qu'on sait que le personnel de nuit … Ils sont amenés à beaucoup discuter, donc ils peuvent reprendre des choses, et puis comprendre aussi certaines réactions de résidents. Donc on accorde vraiment une grande importance par rapport à ces transmissions.* [Cadre] *Avant la formation, les équipes n'accordaient pas autant d'importance aux transmissions entre les équipes de jour et celles de nuit, sur la problématique du suicide. Pas autant parce qu'avant on banalisait, on n'était pas à l'aise, on faisait diversion, et on creusait surtout pas, donc cette information n'était pas transmise à l'équipe de nuit puisqu'on n'avait pas du tout creusé l'entretien et on avait banalisé. Donc non en effet, c'était pas transmis à l'équipe de nuit.* [Cadre]

> *On creuse davantage en fait aux transmissions, on essaie d'avoir plus d'informations.* [Cadre]

Dans les suites de la formation, un Ehpad a embauché durant 2 mois un psychologue qui bénéficiait également de l'enseignement.

> *Quand on a suivi la formation, on a recruté suite à cette formation un psychologue qui était là avec nous et qui suivait la formation.* [Médecin coordonnateur]

Une recherche systématique des risques ?

L'entretien de pré-admission en Ehpad est réalisé par le médecin coordonnateur, quand il y en a un, et la psychologue et/ou l'infirmière coordinatrice, plus rarement par le directeur, et plutôt par défaut dans ce cas. Conscients du choc que représente une entrée en établissement, le plus souvent subie, marquant douloureusement des pertes (mobilité, autonomie, logement personnel, repères, vie sociale, liens familiaux …), ces professionnels sont particulièrement attentifs à l'histoire et aux antécédents de la personne entrante, en lien avec sa famille, quand elle est présente.

Les antécédents suicidaires ne sont cependant pas recherchés auprès de la personne. L'admission, moment délicat où il est question des directives anticipées[17], impose d'évoquer la fin de vie. Pour bon nombre de professionnels rencontrés, il est difficile, voire impossible, d'aborder également les pensées suicidaires à ce moment.

> *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*

[17] Déclaration écrite de la personne précisant ses souhaits à la fin de sa vie (poursuite ou arrêt du traitement, transfert, soulagement des souffrances …).

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]

Dans un autre Ehpad, un professionnel nous déclare « *Moi je ne me vois pas leur dire, je ne leur demande pas s'ils ont déjà réalisé des passages à l'acte suicidaires* », alors que le médecin coordonnateur tient un autre discours.

Moi je ne leur demande pas non plus mais je trouve qu'on devrait. Quand je suis en face de quelqu'un j'ai pas tellement de barrières qui m'empêchent de dire « Est-ce que vous avez envie de vous suicider ? » Le problème est que […] *on peut pas poser ce genre de question et dire oui, non, je m'en vais… ça sous-entend une demi-heure, trois quarts d'heure d'entretien, donc il faut prendre, un médecin, il faut prendre son temps, il faut s'asseoir etc. Et c'est beaucoup de choses qu'on a du mal à organiser clairement. Donc demander à quelqu'un « Est-ce que vous avez envie de vous suicider ? », c'est une question qui n'est pas difficile à poser ; ce qui est difficile à entendre c'est la réponse et là il faut s'asseoir, il faut s'asseoir et écouter, après on n'a plus rien à dire, il faut entendre et ça va pas durer 5 minutes. Donc c'est beaucoup de temps à passer et pour l'instant on n'a pas le temps d'interroger tout le monde.* [Médecin coordonnateur].

Comme nous l'avons précisé précédemment, les facteurs de risque -au premier rang desquels les troubles dépressifs- sont souvent assimilés au risque suicidaire lui-même, ce qui amène les professionnels rencontrés à répondre par l'affirmative à la question de la recherche d'antécédents suicidaires tout en abordant les troubles de l'humeur.

Tout se passe donc comme si les professionnels étaient persuadés de l'importance d'être informés des antécédents de tentative de suicide mais se trouvaient dans l'impossibilité de les rechercher auprès de la personne concernée. Ils sont très attentifs à cette information quand elle est rapportée oralement par un tiers ou présente dans le dossier.

Désignation d'un référent suicide, formel ou implicite

Avant la formation, lorsqu'un résident inquiétait les équipes, ces dernières sollicitaient principalement le psychologue ou le médecin coordonnateur de l'établissement. Pour la plupart des Ehpad, ce sont les acteurs privilégiés concernant la problématique suicidaire, bien qu'ils ne soient pas présents quotidiennement dans les Ehpad.

De par sa fonction, le psychologue est naturellement sollicité par les équipes. [Directrice]

Lorsqu'un résident verbalise des propos suicidaires, il est orienté de façon privilégiée vers la psychologue. [Cadre]

La formation n'a pas minimisé l'importance du rôle du psychologue ou du médecin coordonnateur à propos de cette problématique, mais elle a surtout permis l'émergence de nouvelles personnes ressources (IDE, aides-soignants…) que le reste de l'équipe peut maintenant interpeller en cas d'inquiétude concernant un résident. Il ne s'agit pas pour les établissements de remplacer le psychologue ou le médecin coordonnateur, mais plutôt de permettre une meilleure couverture en ce qui concerne l'intervention initiale et la surveillance des personnes en crise, avant le relais vers le psychologue, le médecin coordonnateur, ou une structure partenaire en cas de nécessité.

Depuis la formation, environ la moitié des établissements ont désigné des personnes référentes en plus du psychologue et du médecin coordonnateur. Il s'agit alors de membres du personnel qui ont suivi la formation.

Ce n'est plus que le médecin-co, que la psychologue qui sont référents de la crise suicidaire. On a ciblé quelques personnes qui ont aussi été formées. Ça étale un peu les responsabilités et les possibilités qu'ont les équipes de nous interpeller. [Directrice]

Le repérage et la désignation de personnes ressources au sein des établissements semblent aller de pair avec l'amélioration de l'aisance de ces mêmes personnes à aborder directement la question du suicide avec le résident (comme cela a été abordé précédemment). Les soignants n'ayant pas reçu la formation ont plus de difficultés à échanger au sujet de la mort et du suicide avec la personne en crise et s'adressent plus volontiers à leurs collègues qui ont suivi la formation pour leur laisser la main.

Cette référence n'est pas forcément officialisée au sein de l'institution, elle est le plus souvent informelle. L'acquisition de nouvelles compétences sur le thème du suicide a naturellement désigné les membres du personnel qui ont suivi la formation comme personnes ressources pouvant apporter une certaine expertise que les autres n'auraient pas forcément sur cette problématique.

> *En fait, ils savent que nous on a bénéficié de la formation ; voilà, ils savent que s'ils ont une question, ils peuvent venir nous voir.* [IDE]

> *Je pense que les personnes qui ont fait la formation, les autres savent qu'elles l'ont faite, du coup, sans être référent à proprement parler, c'est des personnes de référence sur le sujet, avec la psychologue.* [IDE]

> *Les personnes formées ont été repérés comme personnes ressources concernant cette problématique, sans pour autant que les membres de l'Ehpad ne parlent clairement de « référent » suicide.* [Idec]

Pour 5 établissements, il s'agit de quelque chose de plus formalisé, avec, depuis la formation, une désignation de référents sur la prise en charge de la crise suicidaire, au même titre que des référents pour d'autres thématiques. Généralement ces établissements fonctionnaient avec un système de référence déjà avant la formation.

> *On travaille en termes de référence, donc on va créer un groupe avec une référente qui sera sur la prévention des risques suicidaires. On en a une qui est sur l'accompagnement de la fin de vie et la douleur, on a des personnes qui sont référents de la bientraitance, des personnes qui sont référents des pansements parce qu'il y a toujours des nouvelles techniques. On a un peu de tout, donc on aime bien fonctionner de cette façon-là, comme ça, ça permet aussi de responsabiliser les équipes parce qu'il y a tellement de choses, donc en fonctionnant comme ça on a vraiment une personne qui est ressource ici et qui diffuse auprès de ses collègues parce qu'on peut pas être partout.* [Directrice]

Pour certains établissements, il n'existe pas de désignation de référent, y compris après la formation. Les raisons sont multiples :

Le médecin coordonnateur d'un Ehpad évoque la charge de travail des soignants, et le manque d'effectifs comme frein au développement de nombreux projets :

> *On a des idées, on est volontaires, mais il manque quand même des bras pour assumer la tâche.*

> *Les gens sont sous-payés, ils travaillent sous pression, ils ont trop de travail, trop de toilettes pour une seule personne, donc tout ordre qui consiste à travailler encore plus est toujours mal venu, mal vu par le personnel quand il vient du médecin-co. Quand je passe, quand je fais un speech, bin ils me disent « comment voulez-vous qu'on fasse, quand on est inter-postes tout ça ?» Ils sont réfractaires. C'est incroyable l'importance du côté réfractaire à toute initiative. Quand je dis aux infirmières : « Il faudrait au moins une référente troubles psycho-comportementaux suicide et puis une référente douleur. » C'est pas possible. Et puis il y a pas l'autorité, ils y a pas de sanction… Donc on sait ce qu'il faudrait faire mais on n'arrive pas à le faire. [Médecin coordonnateur]*

Un autre établissement évoque également un manque de personnel pour pouvoir désigner un référent sur la problématique. Pour l'un des Ehpad rencontrés, il ne s'agit pas d'une question d'effectif, mais plutôt d'une habitude de fonctionnement puisqu'ils expliquent privilégier la pluridisciplinarité avec l'organisation de réunions entre les différents acteurs de soins dès lors qu'une situation leur pose problème.

L'équipe a surtout pour habitude de mettre en place des réunions pluridisciplinaires afin de traiter de problématiques plus complexes. Il n'y a pas eu à proprement parler de désignation de référent concernant la problématique. [Directrice]

Enfin, une directrice met en avant la multiplicité des unités expliquant l'absence de mise en place de référence. En effet les personnes formées ne sont pas suffisamment nombreuses pour couvrir les différentes structures.

Peu de changements dans la gestion du risque suicidaire

Les personnes interrogées mettent peu souvent en avant des modifications liées à la formation en ce qui concerne la gestion globale de la crise suicidaire. Lorsqu'il y en a eu, cela concerne principalement la mise en place d'entretiens de première intention réalisés par les aides-soignants ou les IDE formés, ainsi que l'augmentation du temps passé avec le résident pour lui permettre de verbaliser sur sa souffrance.

Plusieurs soignants expliquent avoir pris conscience de la nécessité de se rendre plus disponibles pour le résident en crise, en comprenant que ce temps passé avec la personne représente également du soin. L'IDE interrogée nous donne l'exemple d'une résidente qui avait tenu des propos suicidaires :

Du coup j'ai mené l'entretien comme on nous avait appris en formation. Mais c'est vrai que d'être sur le terrain en face de nos résidents, c'est pas pareil qu'en formation quand-même.

Ce qui était intéressant aussi par rapport à la psychologue c'est que quand on avait un résident qui verbalisait ses difficultés on se disait « Oh bin il y a la psychologue ! On appelle la psychologue. [Cadre]

Maintenant on peut déjà mener un petit entretien avant et déjà donner des pistes et des éléments à la psychologue, et je pense que du coup elle, elle peut aller encore plus loin. [IDE]

Quand on sent que la personne est encore fragile au moment de la crise, on va proposer un café. Auparavant le personnel pensait que rester chez le résident, partager un café avec la personne c'était pas forcément bien vu puisque c'est prendre du bon temps avec la personne plutôt que de faire son travail. Et là ils ont compris qu'instaurer une habitude avec une personne ça peut aussi aider. [Directrice]

La cadre d'un établissement explique qu'avec sa collègue IDE qui a également été formée, elles explorent plus en profondeur les habitudes de vie de la personne en crise afin de rechercher les pensées velcro[18] durant les entretiens : « *et ça c'est quelque chose qu'on a appris à la formation* ».

La faculté qu'ont maintenant des soignants de certains établissements à réaliser des entretiens avec la personne en crise permet une première intervention rapide, même en l'absence du psychologue ou du médecin coordonnateur. La réactivité des équipes s'en trouve améliorée et le recours aux structures et aux personnels spécialisés dans ce domaine est plus rapide. Ceci est d'autant plus vrai pour les 2 structures que nous avons rencontrées, qui n'ont ni médecin coordonnateur ni psychologue.

On interpelle dès qu'il y a un doute, ou que les idées suicidaires sont clairement exprimées. [Directrice]

Nous pouvons citer l'exemple de 2 Ehpad pour lesquels les infirmiers avaient déjà été formés à la réalisation d'entretien pour l'accompagnement des personnes présentant une tristesse de l'humeur

[18] Il s'agit des pensées qui empêchent le sujet de passer à l'acte, en bloquant ou en retardant l'évolution de la crise suicidaire [41]. Ces pensées s'appuient sur les facteurs protecteurs comme par exemple le soutien socio-familial ou le fait d'avoir des enfants [18].

ou des idées noires. Ces 2 structures font d'ailleurs partie de celles qui n'ont pas pour projet d'envoyer d'autres membres de leur personnel en formation.

> *Alors la problématique du suicide aujourd'hui : il n'y a jamais eu de passage à l'acte, ni avant la formation ni après. Les équipes sont formées à l'écoute. Dès qu'il y a un discours, dès qu'il y a une tristesse… c'est très vite identifié et remonté et c'est très vite traité. Donc en fait il y a tout ce travail en amont.* [Directrice]

> *Les infirmières ici font des entretiens, elles ont été formées. Donc elles font des entretiens infirmiers avec les résidents.* [Directrice]

En dehors de ces changements concernant les entretiens, l'écoute et la disponibilité de certaines équipes, 2 Ehpad expliquent avoir mis en place des « protocoles » décrivant la conduite à tenir en cas de crise suicidaire chez un résident, depuis la formation.

Dans les suites de la formation une psychologue a travaillé, avec un de ses collègues (exerçant lui-même dans un autre Ehpad), à la mise en place d'un formulaire décrivant les différentes étapes de la crise suicidaire. Ce formulaire contient également les items décrits par le Rud afin d'aiguiller le personnel qui le consulte.

> *Le Rud est systématiquement utilisé, à partir du moment où il y a le premier élément de risque identifié dans le cadre des entretiens cliniques.* [Psychologue]

> *Avant c'était pas formalisé. Il y avait des choses qui se faisaient, mais c'était plus au cas par cas et à la sensibilité de la personne qui intervenait. Là maintenant c'est formalisé.*

> *À propos du protocole mis en place : Ça dépend de l'urgence. C'est-à-dire que si vous avez une urgence faible, on va prévenir le médecin traitant, on va prévenir le psychologue, il va y avoir un soutien psy qui va se mettre en place* [suivi psychologique avec le psychologue de l'établissement, pas avec le CMP]*, il va y avoir un accompagnement aussi un peu plus proche de la part des soignants dans l'expression de la souffrance, et on s'arrête là quand c'est une urgence faible. Quand on est sur une urgence modérée, on a les mêmes conduites mais on a rajouté l'intervention d'un médecin spécialisé ou d'un infirmier psy, ou l'équipe mobile de gériatrie, ça dépend. D'ailleurs on passe plutôt par eux, parce qu'ils sont plus faciles d'accès. On a déjà eu des situations où on essaie de contacter le CMP pour un résident qui est en crise et on avait rendez-vous je pense 2 mois après, c'était trop long. Donc ça c'est la complexité sur le secteur. Dans les urgences plutôt fortes, bin là on passe un avis au 15 pour un avis médical d'urgence, et seulement après on fait le reste en fonction des conduites à tenir du médecin.* [Psychologue]

Le schéma global, habituel, de gestion de la crise suicidaire dans les Ehpad repose principalement sur l'interpellation du psychologue (si l'établissement en est pourvu) par les équipes soignantes inquiètes pour un résident. Dans une moindre mesure, ce sont les médecins coordonnateurs qui sont sollicités en première ligne par les soignants. L'importance de la bonne qualité de la transmission des informations entre les différents professionnels est donc généralement un point qui est souligné par les personnes que nous avons rencontrées. Si la majorité des établissements nous expliquent qu'ils attribuaient déjà beaucoup d'importance aux transmissions, d'autres disent les avoir renforcées après la formation.

> *Peut-être qu'aujourd'hui ça va être tracé [*dans le dossier de soins]*, ça va être analysé, il va y avoir un suivi derrière… Qu'avant ce n'était peut-être pas forcément réalisé…* [Directrice].

Cette même directrice explique néanmoins que cela ne semble pas être uniquement le fait de la formation.

Il s'agit surtout de pratiques qui ont pu être remises au goût du jour depuis la formation. Encore une fois, ça accentue la formation, c'est des rappels, parce que des fois on se laisse un petit peu bercer par la routine… [Directrice].

Du coup on en discute vraiment avec l'équipe. Donc l'équipe c'est vraiment les soignants, les médecins, les cadres, tout le monde qui peut avoir des informations sur l'inquiétude qu'on peut avoir pour le résident. Même les aides hôtelières, vraiment tout le monde, vraiment global. [Cadre]

Dès qu'il y a des propos inquiétants, là je ne parle pas des actes inquiétants, mais des propos inquiétants, on a cet avantage, c'est qu'on a en général des psychologues. [Directrice]

Après nous c'est plus les soignants, en fait, qui sont en première ligne et qui ont tendance à repérer quand il y a un résident qui, soit change de comportement, soit manifeste de la tristesse, des idées noires voire des idées suicidaires et qui généralement font les transmissions aux infirmières ou directement à moi en tant que psychologue. Comme ça, nous on essaie d'évaluer derrière, voir ce qu'il se passe, voir si réellement il y a des idées noires ou plus poussées, suicidaires, une scénarisation de passage à l'acte ou autre et puis de pouvoir adapter la prise en charge derrière. Donc les questions, elles se posent surtout en équipe. [Psychologue]

On a des réunions d'équipe où l'information circule bien et on fonctionne avec le logiciel Titan, donc les agents, même si on n'est pas toujours disponibles, ils peuvent nous mettre un petit message écrit sur Titan. […] *Le fait d'avoir une petite taille, d'avoir des outils de communication simples, permet d'avoir une certaine réactivité.* [Psychologue]

Comme nous avons pu le voir, le principal changement induit par la formation est celui de la réalisation d'entretiens d'évaluation par les équipes. Auparavant les IDE ou aides-soignants informaient directement le psychologue ou le médecin coordonnateur sans forcément mener d'entretien spécifique. En dehors de cela, le reste du fonctionnement des Ehpad pour la gestion de la crise suicidaire reste le même, et la formation ne semble pas avoir apporté de changement particulier pour la suite de la prise en charge. En effet, ce sont principalement le psychologue et plus rarement le médecin coordonnateur qui réalisent l'évaluation du risque suicidaire et discutent de l'intérêt ou non d'interpeller l'équipe de psychogériatrie ou le CMP de leur secteur, après avoir obtenu l'accord du médecin traitant. Systématiquement le psychologue du service propose un suivi psychothérapeutique au résident.

C'est la psychologue qui débrouille si, des fois, il y a risque suicidaire ou pas, ou sinon, si après on a vraiment quand même un fort doute, on contacte soit le médecin de l'équipe mobile, soit on fait une demande de consultation en urgence par la psychiatrie, et après le psychiatre il passe dans la journée et c'est eux qui distinguent si oui ou non il y a un risque suicidaire et donc s'ils prennent le patient en hospitalisation ou s'ils nous le laissent. Mais souvent ils nous le laissent quand même. [Médecin coordonnateur]

J'ai été formée au risque suicidaire, donc souvent ce sont les soignants qui vont venir me dire « Madame untel ou Monsieur untel a des propos suicidaires, ou, en tout cas, parle de la mort. » Déjà moi je demande aux soignants de m'en parler rapidement, au moins de le tracer, parce que parler de la mort, beaucoup de personnes le font ici en fait, ça veut pas dire forcément qu'on veut se suicider mais en tout cas faut que ça alerte quand même. Moi, en général donc on me transmet ça, après moi je vais voir le résident et puis par le biais d'entretiens et puis la grille Rud j'évalue le risque, l'urgence et la dangerosité, comme on nous a appris en formation. Suite à ça je fais une transmission, écrite et orale. Après, tout dépend de ce qui s'est dit en entretien ; mais voilà, si je décèle quand même une personne qu'il faut surveiller un peu plus que d'habitude … En plus je suis à mi-temps et de ce fait-là je peux pas faire des entretiens tous les jours, et puis il

y a les week-ends etc. Donc on fait des transmissions à l'équipe de nuit, aux aides-soignants, j'en parle à la cadre, j'en parle au médecin, à l'infirmière, qu'au moins ce soit sûr et qu'il y ait une vigilance par rapport à des propos. [Psychologue]

Dès qu'il y a le moindre [risque] *… on le signale à l'équipe du CMP, il y a des consultations avec le psychiatre… Voilà, c'est pris en charge très rapidement dès qu'il y a quelque chose d'identifié.* [Psychologue]

Il y a le suivi psy qui est en place régulièrement, sinon quand on remarque que ça s'aggrave on peut aussi interpeller l'équipe du CMP pour qu'ils repassent de façon plus rapprochée. [Psychologue]

Quand il y a une inquiétude, d'abord on demande à ce que la psychologue voie la personne, et puis on fait une synthèse pour juger un petit peu de la conduite à tenir : est-ce que c'est quelque chose qu'il faut voir rapidement, est-ce qu'il faut un avis plus spécialisé ? À ce moment-là on peut faire appel à l'équipe de psychogériatrie pour avoir déjà un avis extérieur. [Médecin coordonnateur]

Quand on a besoin de conseils, on appelle l'infirmière de psychogériatrie de l'hôpital. [Médecin coordonnateur]

En l'absence d'hospitalisation, les équipes accentuent leur vigilance et renforcent les consignes de surveillance.

On évalue le traitement au jour le jour et il y a une surveillance alimentaire, hydrique, qualité et quantité du sommeil. [Idec]

Dans certains établissements, la personne en crise suicidaire peut temporairement être hébergée la journée en Unité de Vie Alzheimer [qui accueille moins de résidents]. Ceci permettrait ainsi une meilleure surveillance de la personne.

Ça permet un peu mieux de les cadrer, d'être présent, de les occuper. [Cadre]

Néanmoins, la cohabitation avec des résidents présentant une altération majeure des fonctions cognitives peut entraîner des difficultés.

D'autres alternatives de prise en charge sont parfois proposées par certains établissements comme la réalisation d'activités afin de revaloriser les contacts sociaux entre le sujet suicidaire et les autres résidents.

L'équipe insiste sur l'importance dans leur établissement de la mise en place de divertissements lors de la prise en charge de la crise suicidaire *: Le fait de se divertir c'est très positif mais ça peut ne pas être suffisant.* [Idec]

On va aller voir l'animatrice, on va repartir aussi des habitudes de vie, voir tout ce qu'il aime, essayer vraiment de faire attention à faire des choses qui vont l'aider. [Cadre]

Un établissement propose également la réalisation de séances de Snoezelen[19].

Dans les cas les plus urgents (avec un risque imminent de passage à l'acte), ou lorsqu'une tentative d'autolyse a eu lieu, le transfert aux urgences est presque systématique.

Après quand c'est vraiment un cas d'urgence et bin on hospitalise. [Médecin coordonnateur]

[19] Le terme Snoezelen résulte de l'association des mots néerlandais Snuffelen (renifler, sentir) et Doezelen (somnoler), et désigne une méthode de prise en charge destinée à établir une relation de communication entre le sujet et l'environnement extérieur, ainsi qu'une sensation de détente et de plaisir tout en s'appuyant sur la stimulation des différentes perceptions sensorielles comme la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher. Cette technique est principalement indiquée chez les personnes souffrant de handicap mental, de pathologies psychiatriques ou en population gériatrique. [42]

Comme nous le verrons dans la partie suivante, les mesures d'éloignement des moyens létaux étaient déjà opérantes dans la majorité des Ehpad rencontrés, la formation semble là aussi avoir apporté peu de modifications.

Un éloignement des moyens létaux assez généralisé

L'éloignement des moyens létaux (médicaments, cordons, objets tranchants …) et le verrouillage de l'entrebâilleur des fenêtres constituaient des mesures préventives du suicide déjà adoptées avant la formation, pour l'ensemble des résidents ou pour ceux chez qui un risque était détecté. Il fait partie des mesures probantes de prévention du suicide [43]. L'enquête n'a pas fait apparaître de modifications dans ce domaine depuis la formation.

> *Il y a des préventions en matière de fermeture des fenêtres etc. sur certaines situations.* [Médecin coordonnateur]
>
> *On fait un état des lieux ; on supprime tout ce qui est possible, qui serait un moyen de passage à l'acte : tout ce qui est coupant, tranchant, ou corde…* [Médecin coordonnateur]
>
> *On supprime tout ce qui est en mesure de faciliter un passage à l'acte. C'est tout.* [Médecin coordonnateur]
>
> *On retire tout ce qui est objets tranchants, coupants dans la chambre et on les met dans notre infirmerie et c'est donné au résident sous surveillance du soignant.* [Psychologue]
>
> *On fait attention à ce que le médicament soit bien pris devant l'infirmière.* [Cadre]
>
> *Après, pour une population bien spécifique où il y aurait un doute, où il faut qu'il y ait un accompagnement ; l'infirmière est très vigilante et elle fait une mise en bouche et vérifie que le résident ait bien pris son traitement.* [Idec]
>
> *Ça fait un peu infantilisant, mais on leur demande vraiment d'ouvrir la bouche, d'être sûr que le médicament est bien avalé.* [Cadre]

Seuls 2 établissements expliquent avoir modifié leurs pratiques à ce sujet ; dans l'un d'entre eux, les personnels n'avaient pas conscience de l'impact positif de l'éloignement des moyens létaux, et imaginaient, au contraire, qu'il pouvait être néfaste au résident suicidaire. Une psychologue nous a par exemple relaté les appréhensions initiales qu'elle avait eues pour engager cet éloignement des moyens létaux.

> *Moi je pensais qu'on allait avoir plus de résistances.*
>
> *C'est vraiment cette vision des choses de se dire que ça devient un soulagement. Ce qu'on impose* [l'éloignement des moyens létaux] *devient un soulagement. Et ça c'est vraiment une vision que moi j'avais pas.* […] *le fait d'avoir ce genre d'actions-là, en fait c'est très bien perçu. Je pense que ça a même aidé la personne, alors qu'à la base on pensait pas. C'est pas naturel.* [Psychologue]

En ce qui concerne le deuxième établissement, les soignants avaient déjà pour habitude d'éloigner les moyens létaux, mais le faisaient à l'abri du regard du résident. Depuis la formation, ils le font en sa présence, ouvrant ainsi un dialogue et un espace de verbalisation nécessaires à la reconnaissance de la souffrance de la personne suicidaire.

> *On pouvait le faire mais on verbalisait pas avec le résident, c'est-à-dire qu'on le faisait « en cachette »* […] *tandis que maintenant, avec le résident, on met les mots.* [IDE]
>
> *Bien verbaliser, que voilà, il nous inquiète, qu'on a peur pour lui et que pour lui on va mettre des choses en place.* [Cadre]

Se pose parfois la question de l'éviction des sonnettes ou systèmes d'alerte dont le résident pourrait se servir pour tenter de s'étrangler.

Le cordon de la sonnette c'est vrai que ça c'est un problème parce que s'ils n'ont plus de sonnette, ils ne peuvent plus appeler. [Cadre]

Un établissement a adopté un système original : un cordon d'alarme se détachant sous la pression, tout en déclenchant le signal d'appel au personnel.

On n'a pas le droit d'enlever les cordons d'alarme ni les cordons de sonnette. Les cordons s'arrachent facilement en cas de pression importante, et cela génère une alarme. Donc si ça se décroche on y va tout de suite. [Idec]

L'éviction des moyens létaux n'est pas toujours une mesure simple à adopter aussi bien pour le résident en question que pour les membres du personnel. En effet, tout en appliquant cette mesure, 2 établissements nous ont fait part de leur sentiment d'infantiliser, d'isoler ou de stigmatiser le résident suicidaire. Cela peut être vécu par certains comme une atteinte à la dignité de la personne.

C'est quand même des personnes qui ont entre 70 et 90 ans. Qu'aujourd'hui on ait cette démarche-là chez des jeunes ça ne nous choque pas. Le résident, lui il va avoir du mal à comprendre pourquoi on fait ça. Ce n'est pas une démarche qu'il a eu l'habitude de connaître. Enfin en tout cas, pour l'avoir vécu, le résident sur le coup c'était compliqué, puisque du coup on l'isole davantage, on le différencie des autres. Voilà, il n'a plus son rasoir, c'est des rasoirs manuels donc on est obligé de l'accompagner alors que d'habitude il est autonome. [Directrice]

Mais bon c'est pas facile d'aller enlever ses lacets à un résident. C'est compliqué d'aller lui enlever sa ceinture ; son pantalon il tient plus, on fait comment ? [Directrice]

La prise des médicaments est également source de réflexion dans de nombreux Ehpad, puisque la dispensation des médicaments est systématiquement assurée par l'équipe infirmière, pour les médicaments dont elle a connaissance (dont ne font pas partie ceux ramenés par la famille, comme nous le verrons ci-dessous) ; pour autant, cette mesure préconisée peut contribuer à la déresponsabilisation et à l'infantilisation là où la gestion du traitement par le résident lui-même peut parfois représenter l'un des derniers remparts à la perte d'autonomie.

[Avec un patient à risque,] *l'équipe vérifiait que ce dernier avait bien absorbé les médicaments afin d'éviter toute accumulation ; il en était même ici oppressé qu'on soit toujours derrière lui. Du coup on a dû lâcher un peu de lest sur la surveillance, sinon il n'était pas bien du tout.* [Idec]

On ne peut quand même pas la priver de toute la liberté parce qu'elle rentre en Ehpad, et c'est vrai que dans des Ehpad, ils n'ont plus beaucoup de maîtrise de ce qu'ils faisaient à domicile … Et donc du coup elle disait « qu'est-ce que je peux gérer ? » Alors, là où on a joué sur la prise des traitements, c'est qu'on a la chance que cette dame n'ait eu jusqu'à présent aucun traitement lourd, et donc elle se soigne par homéopathie. Ce qui fait qu'effectivement la gestion de l'homéopathie en chambre elle a été possible. On s'est accordé avec le médecin en disant : ça elle peut le gérer. Donc ça a permis d'assouplir cette privation de liberté que ressentait la dame. La réponse toute sécuritaire qu'on a tendance à mettre en avant et qui du coup accroît encore plus le malaise du résident… Et je pense que quelquefois en faisant ça on précipite encore plus la personne. [Directeur]

En dehors de cette question du respect de l'autonomie du résident dans la gestion de ses médicaments, les professionnels de nombreux Ehpad mettent en avant une certaine impuissance face aux familles qui peuvent parfois apporter des médicaments lors de leurs visites.

Au niveau médicaments, on est dans la sécurité au maximum. Tout est fermé à double tour pour l'accès. Après, ils peuvent sortir ; les familles rapportent aussi des choses de l'extérieur. [Idec]

Les résidents normalement n'ont pas de médicament en chambre, maintenant si les familles ramènent… Bon, on est quand même alertés des fois par les soignants

en disant « Il y a autant de boîtes de tel médicament », donc nous on enlève. Donc normalement le risque par les médicaments est quand même limité. [Idec]

On pourrait dire qu'au niveau médicaments on est sécurisé. Ils n'ont pas accès aux thérapeutiques. Ce qui est des fois toujours un peu compliqué sur les petites unités, puisque les familles rapportent des fois une petite boîte de doliprane ou des choses comme ça, sans comprendre des fois l'impact que ça peut avoir derrière. [Directrice]

La mise en œuvre de mesures d'éloignement dans une chambre trouve d'autres limites, un résident pouvant gagner un lieu où la fenêtre ne sera pas fermée, où les objets tranchants n'auront pas été retirés …, ce qui renvoie aux limites des professionnels. Bien que connus, tous les risques ne peuvent pas être évités.

Fermer la fenêtre ça c'est quelque chose qui est fait directement alors que bon il y a plein d'autres fenêtres ouvertes. [Médecin coordonnateur]

L'Idec souligne le fait que même si l'équipe ferme la fenêtre d'un résident, ils ne sont pas à l'abri que le résident en crise suicidaire se rende dans un autre appartement pour se défenestrer.

C'est complexe ça chez nous, et on peut pas mettre un entrebâilleur à toutes les fenêtres

Bien sûr c'est qu'au niveau de la chambre, parce qu'on ne peut pas le faire dans tout le bâtiment. [Cadre]

Quand on a des doutes comme ça, on met en place des fermetures de fenêtre, des petits trucs comme ça. […] *Enlever les couteaux… Mais bon, celui qui veut il y arrivera.* [Cadre]

C'est pour cette raison que quelques établissements ont été amenés à généraliser certaines mesures, notamment la condamnation des fenêtres, soit par choix institutionnel, soit par recommandation de l'ARS.

On avait eu une visite de l'ARS il y a quelques années qui nous avait parlé justement du risque de suicide par défenestration, donc ça a été fermeture des fenêtres, enfin maintenant c'est ouverture oscillo-battante. [Directeur]

Toutes les fenêtres sont sécurisées depuis environ 2 ans. C'est un choix institutionnel, il n'y a pas d'obligation réglementaire. [Directeur]

Plutôt que des mesures uniformément appliquées, quel que soit le risque suicidaire, des Ehpad les adaptent aux situations des personnes.

C'est pour cette raison que certains établissements laissent le résident gérer son traitement médicamenteux lorsque son état le permet et qu'il ne présente pas de risque suicidaire. L'un d'entre eux réfléchit à un protocole de dispensation des médicaments chez des personnes autonomes.

Parce que ça pose des problèmes, les gens qui sont capables de gérer leurs médicaments, c'est une manière de rester dans la dignité. Alors le problème c'est les personnes qui déambulent et susceptibles de se promener dans les couloirs, donc il faut que les personnes soient bien sur le plan cognitif, mais aussi qu'elles soient capables de fermer leur chambre au cas où il y aurait quelqu'un qui rentrerait, qui pourrait prendre les médicaments. [Médecin coordonnateur]

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 orientation aux urgences en cas de tentative de suicide

Nous n'avons noté que très peu de modifications dans le fonctionnement des établissements rencontrés concernant le recours à l'hospitalisation ou aux services d'urgence dans le cadre de la crise suicidaire. La plupart des Ehpad ont toujours orienté le résident aux urgences pour demander un avis diagnostique et thérapeutique lors d'une tentative de suicide. Il en est de même pour les autres urgences psychiatriques. Certains appellent directement le SAMU qui leur donne la conduite à tenir et pose l'indication d'un transfert aux urgences ou non.

> *Si la personne passe à l'acte, ça c'est sûr, c'est hospitalisation.* [Directrice]

> *S'il y a une urgence on appelle l'hôpital et on fait une hospitalisation en urgence si c'est nécessaire.* [Idec]

Nous pouvons néanmoins citer le cas d'un établissement qui a commencé à avoir recours à l'hospitalisation en cas de tentative d'autolyse ou de crise suicidaire avec un risque élevé de passage à l'acte, depuis la formation, alors qu'auparavant l'équipe pensait qu'il était préférable que la personne reste dans son environnement et qu'elle ne soit pas transférée. De plus, l'hospitalisation lui permet maintenant d'avoir un avis extérieur qu'elle n'avait pas forcément auparavant.

> *On peut avoir un autre regard que le nôtre qui est biaisé par le quotidien et ça peut être intéressant d'avoir un regard extérieur et en relais en cas de nécessité.* [Psychologue]

En l'absence de passage à l'acte chez un résident qui exprime néanmoins des propos suicidaires, dans la majorité des cas, le recours à l'hospitalisation n'est pas systématique. Cela dépend des habitudes de l'Ehpad, de la décision du médecin généraliste qui suit le résident en question, des éventuels partenariats mis en place avec d'autres équipes comme le CMP ou l'équipe mobile psychogériatrique, ainsi que de la qualité des relations avec les services d'urgence. Dans tous les cas, ces situations mènent les équipes à apprécier les bénéfices et les préjudices attendus d'un transfert afin de prendre la décision qui leur semble être la meilleure pour le patient.

> *Au niveau des hospitalisations et tout ça, on réfléchit plus par rapport à avant. Est-ce que l'hôpital sera plus à même que nous d'accompagner la personne, parce qu'on va la sortir de son contexte ? Et ça peut avoir un effet délétère aussi, donc on prend plus le temps de réfléchir.* [Psychologue]

Nous avons évoqué la qualité des relations entre l'Ehpad et le service des urgences, comme l'un des facteurs déterminant le transfert du résident. Ceci est particulièrement vrai pour un établissement qui explique éviter au maximum de transférer ses résidents compte tenu de la mésentente qui existe avec le service des urgences.

> *Ce qu'il est important de vous dire c'est que, bien souvent, les établissements médico-sociaux et dans le monde du grand âge, je trouve qu'on ne nous prend pas suffisamment au sérieux quand nous, de notre côté, on alerte en disant que cette personne a un problème, elle nous a tenu des propos inquiétants.* […] *Clairement, les urgences disent « le problème ne vient pas d'elle », ouvrez la parenthèse : « mais de l'établissement ».* [Idec]

Dans un contexte moins conflictuel, un Ehpad met en avant des réserves concernant la prise en charge éventuelle pouvant être proposée par les urgences.

> *On ne sait pas quoi faire. On se dit « Est-ce qu'on l'envoie à l'hôpital ? » Or je pense que si on les envoie aux urgences ça va pas nous aider beaucoup parce qu'ils vont nous renvoyer la personne en disant « Il n'y a pas d'urgence ».* [Médecin coordonnateur]

De meilleures interactions sur un sujet difficile

Une expression moins banalisée

Plusieurs établissements expliquent ne plus minimiser comme ils le faisaient auparavant les idées noires ou suicidaires des résidents.

> *Avant c'était* « Ah non, mais ça va aller, vous inquiétez pas », *on faisait diversion, on banalisait.* [IDE]

Cette minimisation semblait provenir des représentations personnelles que les sujets interrogés avaient concernant l'association de la mort avec le grand âge. Ils pensaient normal que la personne âgée pût exprimer des idées de mort compte tenu de sa proximité avec cette dernière.

> *Avec la personne âgée, ce qui se rajoute, c'est qu'elle vit au quotidien avec l'idée de sa mort et donc forcément ça banalise aussi.* [Psychologue]

> *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. ».* [Idec]

Il en ressort que cette minimisation représente aussi certainement une forme de défense destinée à éviter toute confrontation avec les propres angoisses existentielles de mort des personnes travaillant en Ehpad.

> *Les équipes ne sont pas toujours à l'aise et il peut leur arriver de faire comme si de rien n'était lorsqu'un résident verbalise des propos pouvant être inquiétants.* [Psychologue]

Beaucoup plus rarement, cette banalisation n'était pas le fait d'une minimisation à valeur défensive, mais plutôt d'une sous-estimation globale du risque suicidaire, qui passait au second plan, derrière d'autres sujets jugés plus prioritaires.

> *On s'en préoccupait pas trop, vous voyez, c'était pas la priorité dans nos soins. On se préoccupe de l'insuffisance cardiaque… Mais tout ce qui est risque suicidaire, je vais pas dire qu'on l'occulte, mais on n'en était pas loin.* [Idec]

Un sujet plus abordé au sein des équipes

Nous avons vu que la formation a généré, dans certains Ehpad, une réorganisation des transmissions au sujet du risque suicidaire. Ceci est probablement sous-tendu par une amélioration de l'aisance de certains membres de l'équipe à pouvoir maintenant parler du suicide :

> *Ils en parlent beaucoup plus facilement, ils n'hésitent pas à vous solliciter, alors qu'avant ils n'auraient pas forcément eu ce réflexe de vous solliciter vous, ou un autre membre de l'équipe, mais en tout cas ils en parlent beaucoup plus facilement. On le voit dans les transmissions, ça ressort plus facilement alors qu'avant c'était pas forcément le cas par exemple.* [Psychologue]

> *Au moment des transmissions c'est vrai qu'ils peuvent en parler… Enfin je trouve que c'est peut-être pris plus au sérieux…* [Psychologue]

> *On a plus de choses dans les réunions avec les soignants etc. Plus de retours en réunion sur des cas où la personne (résident) est en difficulté.* [Idec]. L'équipe décrit une meilleure circulation de l'information.

> *On en parle plus facilement. Le sujet est moins tabou parce que les personnes qui ne sont pas dans le domaine n'osent pas parler de telle ou de telle chose : « Qu'est-ce que je vais raconter là, je vais dire des bêtises, ça se dit pas… » tandis que là non, c'est bien, c'est une ouverture.* [Idec]

Bien que certaines personnes éprouvent encore des difficultés, nous avons pu constater que les membres du personnel avaient globalement plus de facilités à aborder cette thématique, au moins ceux qui ont suivi la formation.

C'est pas 100% de l'équipe, il y a quand même des personnes qui sont pas à l'aise avec ce sujet, malgré tout. [Psychologue]

Je pense que même entre nous c'est plus facile aussi d'en discuter et de s'aider entre collègues face à ça, parce qu'on n'a pas tous le même vécu. [IDE]

La parole s'est vraiment libérée [entre les membres du personnel]. [Cadre]

Pour plusieurs Ehpad, la formation a permis de lever certains tabous autour de la problématique du suicide, aidant ainsi à la libération de la parole entre les membres de l'équipe.

Une aisance accrue pour parler du suicide avec les résidents

Les soignants formés ont acquis une aisance à appréhender un résident suicidaire, en lui parlant directement du sujet, et une plus grande facilité à explorer ses idées suicidaires : c'est là un des impacts les plus marqués de la formation.

Auparavant, le questionnement était évité ou abordé de façon détournée. La formation a permis, pour beaucoup, une prise de conscience de la nécessité d'explorer plus clairement les velléités de mort sans craindre pour autant une aggravation du risque suicidaire.

Je pense que ça met tellement mal à l'aise aujourd'hui encore certaines personnes et les équipes que ça va « affoler ». […] *Mais en tout cas je pense que pour la psychomot, pour la psychologue, pour moi, pour le médecin-co, et puis pour certains des infirmiers aussi, on a compris qu'il fallait pas forcément avoir peur de demander si justement il y avait une idée suicidaire, s'ils avaient déjà réfléchi à la façon dont ils pourraient passer à l'acte, et du coup ça je pense que c'est grâce à la formation.* [Idec]

Les infirmières ont toutes été formées ; on a une psychologue avec qui on travaille qui nous seconde, qui nous aide énormément, et depuis on a une approche complètement différente. On n'a plus peur, on y va, dès que le personnel nous dit quelque chose l'infirmière va, rentre en entretien avec le résident, pose les mots : « Comment ? Pourquoi ? Quand ? Tout de suite ? ».

Depuis la formation, les IDE n'ont plus peur. [Idec]

On a maintenant un autre regard, et on n'a plus cette appréhension d'aller vers la personne, de lui poser les questions, de lui demander, alors qu'avant on se freinait. [Idec]

Aujourd'hui on ose poser le mot suicide, ce qu'on ne faisait jamais avant. Et ça, ça a été quelque chose qui a fort changé pour nous. On n'osait pas dire au résident « Vous voulez vous suicider ? ». On ne mettait pas le mot. On allait tourner autour du pot, mais le mot n'arrivait pas. Et aujourd'hui vraiment on le fait à deux. Quand on a vraiment un résident qui a des propos suicidaires, on essaie d'être là toutes les deux et on va aller le voir, parce que, pendant la formation, on avait fait des groupes de trois, et je trouve que c'était intéressant que l'autre personne puisse observer et rebondir au cas où. […] *Aujourd'hui nous on se sent plus à l'aise d'être à deux que tout seul.* [Cadre]

Ça n'a pas enlevé un tabou parce que ça reste quelque chose de compliqué à évoquer, mais on en parle un peu plus librement. Je trouve que les soignants, les infirmières hésitent moins à demander. Quelqu'un qui va dire « Je veux mourir », avant la réponse-type, et ça arrive encore parce que c'est vraiment un réflexe, c'était : « Faut pas dire ça ». Et maintenant on a beaucoup plus de personnes qui creusent : « Pourquoi vous dites ça ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ? ». Et puis après si c'est vraiment des choses avérées, et bin c'est « Est-ce que vous avez pensé à vous donner la mort ? ». Les personnes osent plus qu'avant, en parler.

C'est ça ce que cette formation nous a permis d'avoir, c'est de dire « bin oui, c'est normal de parler de suicide avec une personne âgée. C'est pas parce qu'on va en parler qu'elle va passer à l'acte » ; et ça c'est le message qu'on a passé à

chaque formation, sensibilisation qu'on a fait ici. Donc du coup c'est le message qu'on fait passer, et je pense qu'il est bien passé. [Psychologue]

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]

Le fait de dire, soulage. Le fait de parler plus franchement […] *en fait c'est très bien perçu.* [Psychologue]

Il y a peu d'établissements qui n'ont pas mis en évidence d'amélioration de l'aisance à pouvoir discuter avec un résident présentant des propos suicidaires. Concernant les équipes qui évoquent encore des difficultés à ce sujet, le fait d'aborder la question du suicide reste parfois délicate.

Le fait de dire directement les choses, de parler clairement du suicide avec le résident en crise n'est pas une pratique de tous les soignants : ça c'est difficile. [Idec]

C'est un mot fort quand même, et je pense pas qu'on irait jusqu'à demander au résident « Est-ce que vous voulez vous suicider ? » Après, on fait les échelles d'évaluation, on fait le GDS[20]*, le Rud, et dans ces échelles on ne pose pas non plus directement la question.* [Directrice]

Si la discussion et le questionnement directs sont encore inconcevables pour ces soignants, les équipes se tiennent néanmoins plus à l'écoute de la personne suicidaire.

Alors je sais qu'il y a beaucoup d'écoute maintenant. Les filles, quand la personne accueillie en parle, elles arrivent à écouter. Je pense qu'elles n'iraient pas interroger [directement sur les idées suicidaires]*. C'est pour ça que là l'intervention du psychologue ou de l'infirmière actuellement est nécessaire. C'est pas les équipes qui vont avoir ce temps de dialogue. Elles vont plus avoir cette fonction effectivement d'alerte et d'écoute du résident, mais pas l'interroger.* [Idec]

Des partenariats préexistants

Dans ce chapitre, les liens ou partenariats avec les familles, les généralistes et les équipes de psychiatrie sont décrits, d'un point de vue général, d'une part, à propos des conduites suicidaires des résidents, d'autre part.

Des familles associées

Les familles sont souvent à l'origine de l'admission de leur parent en Ehpad ; sans possibilité, réelle ou ressentie, de l'héberger, elles se rapprochent de l'établissement et rencontrent son personnel pour envisager l'entrée. Une recherche d'alliance est le plus souvent rapportée : les familles sont associées pour apprécier le plus finement possible la situation de la personne âgée avant et après son admission. Les représentants des Ehpad rencontrés ont signalé qu'ils associaient déjà les familles avant la formation, pour l'ensemble des questions touchant leurs parents ; elles apportent des informations utiles à la prise en charge et sont informées d'éléments significatifs durant le séjour.

On a toujours impliqué le médecin et la famille pour avoir justement une cohésion, le même discours et l'accompagnement de la personne. [Directrice]

Cependant, ce principe d'association se heurte parfois à celui de secret, auquel ont droit les personnes hébergées. Dans un Ehpad, l'information n'est pas systématique.

Non [les familles ne sont pas informées de tout]*, parce qu'en fait … parce que si c'est dans le secret d'un échange avec la psychologue ou… là typiquement c'est*

[20] *Geriatric Depression Scale*

aussi du cas par cas ; ça fait partie de l'intimité du résident […] *c'est délicat.* [Idec]

La famille on l'évoque pas spécifiquement. Il y a des situations où ça a été nécessaire. On considère que ça fait partie du secret médical et que la famille n'est pas forcément mise au courant, sauf cas particulier […] *et aussi en cas d'hospitalisation ou dans des situations plus délicates on va dire.* [Psychologue]

Certains interlocuteurs ont souligné que l'aisance à aborder les conduites suicidaires, acquise avec la formation, leur avait également permis d'aborder le sujet des conduites suicidaires avec les familles.

Je pense que même entre nous c'est plus facile aussi d'en discuter et de s'aider entre collègues face à ça, parce qu'on n'a pas tous le même vécu. Ça peut être très difficile pour certains collègues, donc même entre nous ça nous a aidés. Et puis même avec les familles. Je pense qu'on est … je dirais pas plus à l'aise, parce qu'on n'est pas forcément cent pour cent à l'aise à parler de ça, mais on en parle plus aux familles s'il y a quelque chose. [IDE]

Depuis la formation, l'équipe aborde beaucoup plus directement la problématique de la crise suicidaire. Avant on tournait autour du pot. Ceci entraîne plus de mobilisation autour du résident de la part des familles. [Cadre]

Enfin, cas plus rare, la famille peut attendre de l'Ehpad une sécurité absolue pour son parent ; une pression médico-légale et de la part de certaines familles pousse l'établissement à réaliser l'éloignement des moyens létaux pour des résidents, ce qui place l'équipe en questionnement éthique.

Et du coup on en oublie parfois la détresse réelle du résident (…) Et je pense que ça c'est encore compliqué à gérer et à maîtriser et encore aujourd'hui parce qu'on a des familles qui nous disent « je mets mon parent chez vous, mais il ne doit pas mourir ». [Directrice]

Et puis il y a une dimension autour du suicide qui n'est pas admise par la famille. C'est des fois difficile de reconnaître que leur proche peut avoir des envies de suicide. Pour certains c'est impossible de l'imaginer. […] *Après c'est vrai que la réaction de la famille c'est entendable. Mais si en interne dans la structure, on n'est pas sûr du soutien qu'on peut avoir de sa hiérarchie, des groupes au-dessus, ou même au niveau juridique c'est compliqué vous voyez de prendre le risque. Et je pense que c'est ça qui nuit encore aujourd'hui au fait qu'on ne dise pas encore les choses. Parce qu'on ne sait pas quoi faire de cette information et on peut se dire : quel risque je prends si malgré l'identification le suicide a quand même lieu ?* [Directeur]

Une information presque systématique du médecin généraliste en cas de crise suicidaire

Les personnes entrant en Ehpad conservent en principe leur médecin traitant, mais quand l'établissement choisi est éloigné du cabinet médical, le généraliste interrompt parfois son suivi. Quelques résidents se retrouvent alors momentanément sans médecin traitant et le médecin coordonnateur pallie cette absence, temporairement ou durablement.

Quelle que soit la qualité des relations entre personnel de l'Ehpad et généraliste, l'information semble circuler et les risques suicidaires signalés, dans un sens (à l'admission les antécédents de tentative de suicide sont signalés) et dans l'autre (l'Ehpad avise le généraliste des crises suicidaires).

La courte durée des visites médicales est cependant peu propice à l'abord des pensées ou des risques suicidaires.

L'équipe sollicite surtout le médecin traitant lorsque les propos suicidaires perdurent. Mais le problème c'est que la prise en charge n'est pas réelle, dans le sens où les médecins traitants sur 10 minutes de temps vont prescrire un médicament et puis c'est tout. [Idec]

> *Oui parce que les médecins traitants, on va être clair, ils n'ont pas le temps.* [Directrice]

Assez systématiquement informé, le médecin généraliste reste le prescripteur et c'est lui qui, en concertation avec l'équipe de l'Ehpad, décide d'une orientation en CMP ou d'une hospitalisation, mais, comme on l'a vu, ce n'est pas lui qui engagera un suivi psychologique, faute de temps principalement.

> *Et puis de toute façon, si on veut faire appel au CMP, si on veut faire appel à l'équipe mobile de psychogériatrie, il faut aussi avoir l'accord du médecin traitant, donc on est tous ensemble dans la boucle. Je pense que c'est une nécessité de faire appel à lui.* [Idec]

Des liens très variables avec les services de psychiatrie

Depuis 1960, le service public de psychiatrie est organisé en secteurs : la population est prise en charge dans le service dont elle dépend, en fonction de son adresse, quels que soient son âge et le lieu où elle vit. Dans le Nord et le Pas-de-Calais, 11 équipes de psychogériatrie[21] sont par ailleurs financées par l'ARS ; rattachées à un établissement public de santé ou de santé mentale, elles interviennent au domicile des patients âgés présentant des troubles mentaux, notamment dans les Ehpad. Huit de ces équipes ont réalisé les formations qui font l'objet du présent rapport d'évaluation et avaient le plus souvent des relations avec les Ehpad qui ont détaché des salariés en formation.

Globalement, les patients déjà suivis en psychiatrie continuent à l'être après leur admission ; ils bénéficient d'entretiens infirmiers dans l'Ehpad et, le cas échéant, de consultations avec le psychiatre, en CMP, ce qui n'est pas sans poser problème. Des hospitalisations peuvent être décidées, en cas de tentative de suicide notamment.

Équipes de secteur

Les relations avec le secteur sont très inégales[22] ; les représentants des Ehpad ont spontanément exprimé un jugement de valeur à 10 occasions. Dans 5 cas, la relation a été jugée positivement ; ainsi par exemple dans cet Ehpad où la coordination semble satisfaisante.

> *En termes de prévention, le médecin psychiatre passe une fois par mois et les infirmières passent tous les 15 jours, donc il y a beaucoup de prévention par rapport à ce risque potentiel.* […] *L'infirmière ne va pas dans le cabinet médical, elle va dans le logement de la personne âgée pour avoir son échange. Ce qui libère plus la parole. Quand les gens sont chez eux, ils se dévoilent plus facilement que derrière le bureau d'un médecin ou d'une infirmière. Les relations* [avec le CMP] *sont très, très bonnes. Les suivis peuvent être faits à la demande du médecin traitant ou des soignants de l'établissement. Mais de toute façon, même si c'est l'équipe de l'Ehpad, le médecin traitant est au minimum informé, mais on aime bien qu'il y ait la prescription du médecin traitant pour la prise en charge par le CMP. Au niveau coordination c'est important que tout le monde soit d'accord. Pour avoir des beaux résultats, il faut que tout le monde soit d'accord. C'est vrai que dans une petite structure on arrive à faire un peu de coordination, ce qui est plus compliqué pour des structures de plus grande taille.* [Médecin coordonnateur]

Dans 5 autres, la relation a été jugée négativement.

> *Il y a des choses à améliorer, mais autant de leur côté que du nôtre en fait. Je trouve qu'on devrait plus se transmettre des informations.* [Psychologue]

---

[21] CH Béthune, CH Denain, CH Hautmont, CH Boulogne-sur-Mer, CHU Lille, CH Arras, EPSM des Flandres, EPSM Lille métropole, CHI Wasquehal, CH Douai et CH Saint-Amand-les-Eaux.

[22] Les pratiques des établissements gérant des secteurs de psychiatrie sont extrêmement variables, sur bon nombre de questions, pathologies et publics. Ainsi, en 2017, dans le Nord - Pas-de-Calais, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent en moyenne 12,1% des personnes suivies dans les services de psychiatrie adulte, avec une valeur minimale de 6,1% et une valeur maximale de 17,8%, soit un rapport de 1 à près de 3.

Alors que l'antenne du CMP est dans la rue, ça fonctionnait moins bien parce que leur spécialité c'est pas la gériatrie, c'est même plutôt pas du tout la personne âgée. [L'établissement n'a pas renouvelé la convention avec le CMP] *parce que ça sert à rien. Quand on leur demande, ils vont mettre énormément de temps à donner un rendez-vous. Ils vont demander à ce que la personne aille chez eux.* […] *Ils ne se déplacent pas ici et ainsi de suite, et donc du coup c'est vrai qu'on a un petit peu renoncé en fait. Et puis les comptes-rendus on les a super longtemps après ; il faut même les réclamer parfois, donc c'est un peu gênant.* [Médecin coordonnateur]

Cette question des délais a été plusieurs fois évoquée ; les Ehpad les trouvent parfois trop longs, pour les consultations médicales notamment. Dans certains cas, l'équipe de psychogériatrie est appelée si le CMP n'intervient pas dans le délai attendu.

Dans un établissement, par exemple, les médecins mettent en avant le délai d'intervention des psychiatres parfois trop long lorsque l'équipe de l'Ehpad les interpelle pour un résident en crise suicidaire. Ils déplorent également le fait que certains psychiatres refusent de prendre en charge le patient au motif que la problématique qu'il présente ne relèverait pas de la psychiatrie. Ils ont l'impression que, parfois, le psychiatre ne fait que passer pour se couvrir d'un point de vue médico-légal en précisant dans le dossier médical du patient que la problématique n'est pas psychiatrique, sans proposer de prise en charge satisfaisante, toujours du point de vue du personnel de l'Ehpad.

En fait les psychiatres ils acceptent en hospitalisation essentiellement quand il y a eu un passage à l'acte déjà, quand on a récupéré quelqu'un in extremis [mais quand il s'agit de propos suicidaires] *ils ne prennent pas facilement en hospitalisation.* [Médecin coordonnateur]

Inégale, voire inexistante, la relation avec les secteurs de psychiatrie achoppe parfois sur des attentes non satisfaites du point de vue des professionnels des Ehpad, telles qu'une intervention rapide, des retours écrits sur le suivi ou des admissions en hospitalisation, comme dans le dernier exemple. Inversement, les services de psychiatrie semblent ne pas vouloir traiter tous les problèmes mis en avant, comme les troubles du comportement ou les démences.

Équipes mobiles de psychogériatrie

Les équipes mobiles de psychogériatrie ont vocation à se déplacer au domicile des patients, en Ehpad quand c'est le cas. Les professionnels rencontrés[23] les sollicitent, en priorité pour des résidents présentant des troubles du comportement (agressivité, déambulation…), mais également des troubles cognitifs ou de l'humeur ou des crises suicidaires. Comme précisé plus haut, elles sont appelées pour des personnes non encore suivies par le secteur, c'est-à-dire pour des personnes dont les troubles apparaissent en Ehpad.

C'est une équipe qu'on interpelle assez régulièrement pour des thématiques diverses et variées, sur des troubles du comportement en fait, lorsqu'on sait plus trop comment faire on va dire. Pour avoir un second regard aussi, une expertise. On a un fax, on envoie une demande et puis elle intervient. [Psychologue]

On les interpelle quand on a des besoins, des demandes sur des gros, gros troubles du comportement d'un résident, on a besoin d'un avis externe, nous on se retrouve un peu bloqués dans la prise en charge, du coup on a une petite fiche de liaison en expliquant en gros ce qui se passe et puis on leur faxe. Après ils nous recontactent pour poser un rendez-vous et venir rencontrer l'équipe et le résident. Donc des gros troubles du comportement ou des gros troubles de l'humeur. [Médecin coordonnateur]

Ils interviennent rapidement quand on a des situations de crise ou de trouble du comportement. […] *Quand l'hospitalisation ne s'avère pas très utile, on fait appel*

[23] Les points de vue exprimés ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des Ehpad ; en effet, il convient de rappeler qu'il n'en existe pas dans tous les territoires. D'autre part, les binômes de formateurs, issus des équipes de psychogériatrie, ont sans doute procédé à une sélection des Ehpad avec lesquels ils étaient en lien, voire en bonne relation.

à l'unité mobile pour avoir une idée thérapeutique ou quand on a un doute, une difficulté thérapeutique. [Médecin coordonnateur]

La sollicitation vise fréquemment à obtenir un avis, dans un délai plus court que celui du secteur.

L'équipe mobile de psychogériatrie nous permet quand même d'avoir une soupape assez facile et une réponse assez rapide. [Directrice]

[L'équipe est] *facilement joignable et intervient très vite.* [Idec]

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.

Une télémédecine encore rare

Enfin, les téléconsultations par les équipes de psychogériatrie sont mises en place dans 2 Ehpad, soit moins d'un rencontré sur 10, et en projet dans 2 autres ; les opinions recueillies sont toutes positives.

Après on a comme appui aussi la télémédecine. La partie psychogériatrie. Et donc du coup l'équipe peut en parler plus rapidement par le biais de la télémédecine et puis remédier par des approches non médicamenteuses, mais aussi parfois des traitements. [Idec]

On fonde beaucoup d'espoir avec cette idée qui maintenant va aboutir, de télémédecine. [Directrice]

On va mettre en place cette année la télémédecine […] *avec les médecins qui le souhaiteront, mais c'est vrai que ça permettra aussi aux médecins qui ne veulent pas passer une demi-heure sur la route de continuer à suivre leurs patients par le biais de la télémédecine.* [Idec]

Pas de liaison avec le programme VigilanS

Il était également demandé en fin d'entretien si les équipes avaient connaissance du dispositif VigilanS, et le cas échéant, si une collaboration avait été mise en place.

LE PROGRAMME VIGILANS

VigilanS est un dispositif téléphonique de prévention de récidive suicidaire à l'initiative du P[r] Vaiva, et dont la cellule de coordination se situe sur le CHU de Lille.

L'objectif est de pouvoir accompagner le sujet suicidant à sa sortie d'une structure de soins, dans les suites d'une tentative de suicide afin de maintenir le lien et de l'intégrer dans un réseau de soin.

Dans un premier temps, la personne reçoit une carte avec un numéro vert que le sujet peut composer en cas de difficulté pour joindre aux heures ouvrables la cellule de coordination au sein de laquelle travaillent des professionnels de santé (médecins, psychologues, infirmiers…).

Le médecin traitant, et le cas échéant le psychiatre traitant, sont informés par voie postale de la mise en place du dispositif dont bénéficie leur patient.

Dans un second temps, les sujets suicidants qui ont réalisé plus d'une tentative d'autolyse sont recontactés par téléphone dans une période de 10 à 20 jours qui suit le dernier passage à l'acte suicidaire. Les personnes qui n'ont pas pu être jointes reçoivent une carte postale tous les mois durant 4 mois.

Au final, toutes les personnes ayant bénéficié du dispositif, qu'elles aient réalisé une seule ou plusieurs tentative.s d'autolyse, sont rappelées 6 mois après le dernier geste afin de refaire une évaluation de la situation, au décours de laquelle le dispositif de veille sera reconduit si nécessaire.

Ce programme est déployé dans différents services d'urgence et de psychiatrie de l'ancienne région du Nord - Pas-de-Calais [44].

Un établissement avait connaissance de l'existence de ce programme de recontact, mais il n'y avait pas eu de collaboration au moment de l'enquête. Aucun des autres Ehpad interrogés ne connaissait VigilanS.

Quelles suites attendues par les professionnels ?

Du temps supplémentaire de psychologue souhaité

Interrogés sur ce qui contribuerait à l'amélioration de la prévention du risque suicidaire, les personnels des Ehpad ont tous évoqué l'augmentation du temps de psychologue. Les 23 établissements rencontrés disposent en moyenne de 0,35 équivalents temps plein (ETP) de psychologue, 0,52 en excluant les 6 qui en sont dépourvus totalement[24].

> *Un temps supplémentaire en présence psychologue, parce qu'un quart-temps dans un Ehpad* [...] *à mon avis c'est juste, très juste. Je dis pas qu'elle soit temps plein, mais ce serait déjà mi-temps ce serait génial.* [Idec]

> *Ce serait plutôt des besoins en psychologue qui vraiment nous manquent.* [Médecin coordonnateur]

> *Après si on pouvait avoir plus de temps de psychologue ce serait d'autant mieux.* [Directrice]

Nous avons vu plus haut la place centrale occupée par la/le psychologue dans l'abord du risque suicidaire en Ehpad. Il n'est donc guère surprenant qu'un consensus soit retrouvé pour le renforcement de cette profession.

> *Moi je pense qu'on peut améliorer aussi le temps de psychologue, parce que la psychologue reste quand même un intermédiaire essentiel qui nous est d'un grand secours quand le psychiatre vient pas, parce qu'elles sont quand même formées, et elles, elles te disent aussi des fois si pour elles c'est sérieux ou pas, puis elles elles ont des échelles aussi d'évaluation que nous on n'a pas.* [Médecin coordonnateur]

> *La psychologue en Ehpad elle a de multiples fonctions.* [...] *Comme les Ehpad sont un mélange de population, il faut quand même qu'on puisse proposer des soins adaptés à chaque pathologie, et c'est vrai peut-être qu'elles ont un peu moins de temps pour se détacher pour les sujets à risque suicidaire, pour les suivis… mais c'est vrai qu'elles courent après le temps.* [Médecin coordonnateur]

> *À propos de la psychologue : c'est pleinement son rôle et sa mission en fait. C'est ce qu'il nous manque aujourd'hui. Quand on sait qu'elle ne viendra pas avant trois semaines, qu'est-ce qu'on fait pendant ces trois semaines-là, en cas de problème ?* [Directrice]

> *Dans l'établissement, la psychologue est présente à 0,3 ETP : ce qui est toujours peu puisqu'on a besoin de psychologue. Le psychologue c'est l'élément fort. D'abord premièrement parce qu'on a beaucoup de gens qui ont des problèmes psychologiques.* [Médecin coordonnateur]

Une minorité d'Ehpad ne possède pas de médecin coordonnateur et souhaite ainsi pouvoir en embaucher un.

> *On a des médecins traitants qui sont assez disponibles et qui se rendent disponibles parce qu'il n'y a pas de médecin-co. Mais il y aurait un médecin-co, il serait là toute la journée, je n'aurais pas à appeler le médecin traitant qui vient après, le soir ou le lendemain… L'attente serait moins longue. C'est ça le problème ici.* [Idec]

L'amélioration du partenariat avec le CMP est une préoccupation importante pour plusieurs des Ehpad que nous avons interrogés. Il s'agit surtout d'un souhait de pouvoir augmenter la disponibilité

[24] Parmi ceux-ci 2 n'ont pas non plus de médecin coordonnateur.

du CMP avec également le désir que des interventions puissent se faire directement dans les Ehpad pour lesquels un système de visites à domicile n'est pas mis en place. Quelques structures aimeraient également que les soignants du CMP puissent sensibiliser les membres du personnel aux troubles psychiatriques dont peuvent souffrir certains résidents. Ceci passerait par l'organisation de temps d'échanges cliniques. L'enjeu est d'autant plus grand que l'on sait que les troubles psychiatriques sont un facteur de risque suicidaire important.

> *Suite à la formation, il nous avait été proposé de pouvoir développer un partenariat avec le CMP. Et c'est vrai que c'est un axe d'amélioration qu'on doit mettre en place. Parce que ce qu'on remarque c'est qu'on travaille avec le CMP dans l'urgence. Et c'est de se dire bin voilà, dans un premier temps on pourrait les convier quand tout va bien. Les convier, échanger avec l'équipe et les professionnels du CMP, voilà, comme ça il pourrait y avoir un lien, et après ça nous permettra plus facilement de collaborer entre nous. Donc là c'est également ce qu'on souhaite mettre en place pour 2019.* [Cadre]

> *Mais c'est très compliqué, les délais sont longs … À nous de développer cette collaboration, parce que c'est eux qui se déplacent mais assez tardivement. Peut-être parce que justement on n'a peut-être pas assez développé cette collaboration.* [Cadre]

> *Et après c'est vrai que si le CMP se déplaçait ce serait pas mal aussi.* [Idec]

Conscient de la charge de travail des CMP et de leurs difficultés à pouvoir parfois organiser des visites à domicile, une directrice espère qu'un renforcement de la collaboration avec le CMP pourra se faire grâce au développement de la télémédecine. Ce souhait de renforcer la collaboration avec le CMP est encore plus marqué lorsque les établissements ont peu d'ETP psychologue.

Un établissement propose également de développer des temps de concertation avec les autres Ehpad qui ont également reçu les mêmes sessions de formation permettant ainsi d'organiser des échanges de pratiques.

Plusieurs Ehpad évoquent l'importance de pouvoir consolider les connaissances et les pratiques acquises lors de la formation. Ils proposent que ceci puisse se faire sous la forme de sessions de rappels et de remises au point avec les binômes formateurs, mais également grâce à la répétition d'échanges organisés en interne par les salariés qui ont suivi la formation.

> *Au niveau de la formation il faudrait qu'il y ait un suivi parce que les cas ne sont pas fréquents, donc du coup pour rester quand même en veille et puis avoir toujours les bonnes réactions, il faut aussi le cultiver, il faut l'entretenir, et ça si on pouvait avoir des séances où on reprend, un peu comme des analyses de pratique ou autre.* [Psychologue]

> *Ce qui est important c'est de maintenir les acquis. C'est à dire qu'une fois par an si on peut, ce serait bien de faire de nouveau une piqûre de rappel, avoir un échange. » au sein de l'établissement.* [Directrice]

> *On est très réactifs. Donc l'objectif ce sera de toujours garder des formations « Flashs ». Quand des idées se présentent ce sera toujours identifié.* [...] *Voilà, donc ça va être dans la durée : toujours être en alerte.* [Directrice]

Beaucoup plus rarement, des médecins coordonnateurs mettent en avant l'idée de systématiser le repérage et l'utilisation d'échelles portant sur l'évaluation du risque suicidaire ou de la dépression du sujet âgé.

> Suite à la formation, le médecin coordonnateur évoque l'idée de faire une évaluation de l'humeur avec notamment un dépistage de la dépression à l'aide de l'échelle *Geriatric Depression Scale* (GDS). *Je parlais tout à l'heure d'une évaluation très courte de la dépression, la GDS, qui pourquoi pas pourrait être effectuée à l'admission de façon systématique pour mettre ce point-là dans la check list à l'entrée.* [Médecin coordonnateur]

Après pour le repérage systématique moi je pense qu'il faut l'intégrer dans le logiciel. Moi je vois que ça, avec des champs obligatoires. [Médecin coordonnateur]

Ou alors après on pourrait imaginer, mais peut être que ça se fait déjà dans d'autres pays, c'est de faire des échelles validées dans […] *des logiciels. La question c'est est-ce qu'on doit intégrer d'emblée ce type d'entretien ? Ça pourrait être un Rud.* [Médecin coordonnateur]

Néanmoins, ce même médecin coordonnateur évoque la lourdeur des contraintes administratives qui peuvent représenter un frein à la mise en place de changements organisationnels :

Mais c'est une question politique. On prend cette échelle mais elle vaut ce qu'elle vaut, c'est pas les petits gériatres, c'est pas le médecin coordonnateur de l'Ehpad qui peuvent dire « eh bin nous on va prendre ça ». C'est compliqué. [Médecin coordonnateur]

Au total, le principal axe d'amélioration concerne les ressources humaines des Ehpad : l'augmentation du temps de psychologue et de médecin contribuerait, pour les professionnels interrogés, à optimiser la prévention des conduites suicidaires.

Vient ensuite la nécessité de renforcer le partenariat avec le CMP et le souhait d'organiser des rappels de la formation, soit en interne, soit en externe avec les autres Ehpad qui ont également bénéficié de l'enseignement.

Un souhait de poursuivre la formation

La majorité des Ehpad interrogés à ce sujet souhaitent que d'autres membres de leur personnel puisse également bénéficier d'autres sessions de formation.

Il y a d'autres agents qui sont demandeurs puisqu'il y a eu des restitutions de l'information, il y a eu de nombreux échanges. On voit aussi qu'on a amélioré nos pratiques et puis on sait mieux accompagner le résident donc ça donne envie aussi aux autres agents de bénéficier de cette formation. [Cadre]

On attend les dates de cette formation « gestion des risques suicidaires », pour y inscrire deux personnes supplémentaires. [Cadre]

Nous on est demandeurs s'il y en a d'autres. [Médecin coordonnateur]

Il faut qu'on ait formé la base, et après ça va irradier les autres sans problème. [Directeur]

Les établissements souhaitent notamment que cela puisse toucher des IDE et des aides-soignants, tout en privilégiant le volontariat. En effet, dans la plupart des structures qui possèdent un médecin coordonnateur ou un psychologue, ces derniers avaient déjà reçu la formation durant les premières sessions organisées.

Par ailleurs, une Idec insiste sur le fait que la formation doive toucher en priorité les aides-soignants qui, selon elle, sont plus souvent au contact des résidents que les autres membres du personnel, y compris les IDE.

Souhait de former d'autres personnes, notamment des aides-soignants : puisqu'elles sont auprès des résidents bien plus que ne le sont les infirmières, et je voudrais aussi former celles de nuit, puisqu'elles se retrouvent toutes seules et confrontées quelquefois à des urgences. [Idec]

Plus rarement, certaines personnes interrogées ont évoqué l'importance de pouvoir envoyer en formation du personnel non soignant comme les techniciens, agents de cuisine…

Il a parfois été souligné le désir que l'enseignement puisse toucher tous les membres du personnel, grâce aux sessions organisées par les binômes, et non pas uniquement au travers de la diffusion interne des connaissances acquises par les collègues formés (sous forme de petites présentations, topos…). Ceci explique que certains établissements aient pris la décision de ne pas organiser de formations en interne, afin de privilégier l'enseignement par les binômes directement formés par le Pr Terra.

Idéalement ce serait que chaque salarié puisse bénéficier de cette formation-là. [Directrice]

Non, parce que je trouve qu'à chaque fois si ça passe par quelqu'un d'autre il y a toujours une déperdition. Moi je préférerais qu'on forme vraiment le personnel à ça, qu'ils se soient imprégnés par eux-mêmes. [Cadre]

La formation telle qu'elle est dispensée, le fait de l'avoir en direct c'est quand même beaucoup mieux. [...] *C'est pas évident, on n'est pas forcément formé à retransmettre aux autres, et comme chacun on prend quelque chose de personnel dans cette formation, ce qu'on va retransmettre aux équipes c'est quelque chose qu'on a perçu personnellement.* [Médecin coordonnateur]

Notons que plusieurs Ehpad reçoivent encore des propositions de dates de formation, et y ont déjà inscrit des salariés.

Dans la plupart des cas, les établissements interrogés expliquent ne pas avoir d'objectifs précis sur le nombre de professionnels qu'ils désirent encore former. Tant que cela est possible, ils orientent leurs salariés volontaires.

Tant qu'ils ont des places on met le personnel. Tant qu'il y a des places je propose. Jusqu'à maintenant j'ai jamais eu de refus. [Idec]

Tant que ça plait au personnel et qu'il y a un intérêt, je pense qu'ils continueront à y aller. Moi j'ai pas de limite. [Directeur]

Ce sera en fonction des demandes, c'est toujours mieux le volontariat. [Directeur]

Néanmoins, un établissement a fixé pour objectif un certain nombre de professionnels à former afin de renforcer la couverture soignante continue concernant la crise suicidaire. En effet, à terme, l'établissement souhaite qu'à chaque poste il puisse y avoir au moins une personne qui ait reçu la formation, afin d'améliorer la vigilance et la prise en charge initiale de cette problématique, y compris la nuit. Un autre Ehpad s'est également fixé pour objectif de former un binôme IDE/aide-soignant par étage de la structure.

Sur les 23 Ehpad rencontrés, 5 n'ont pas pour projet d'envoyer d'autres membres du personnel en formation. La plupart d'entre eux mettent en avant la nécessité de faire des choix parmi tous les programmes qui leur sont proposés et que certaines limites budgétaires ou limites de disponibilité d'effectifs soignants justifient de hiérarchiser les propositions. Ils expliquent ainsi que la formation aux risques suicidaire n'est pas pour eux un projet prioritaire, et qu'ils préfèrent privilégier d'autres enseignements.

Le frein c'est plus le budget et le personnel. Ce serait formidable d'avoir mis tout le monde en formation, parce que je trouve qu'on partirait tous du même niveau. [Cadre]

On ne peut pas envoyer tout le monde en même temps et il y a des choix qui sont faits. [Directrice]

On a d'autres besoins. [Cadre]

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'établissement (cette notion est présente dans son appellation) ; faut-il la restreindre davantage en adoptant des mesures 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 ?

Concernant la fermeture des fenêtres, la réflexion porte sur l'efficacité qu'il y a à fermer la fenêtre de la seule personne suicidaire, puisqu'elle peut se rendre dans la chambre d'un autre ou dans une partie commune.

> *Le problème c'est que pour les résidents en été il fait très chaud. Et puis il y en a qui peuvent avoir des troubles anxieux et se sentir vite oppressés et qui ont besoin d'avoir les portes ouvertes, les fenêtres ouvertes pour respirer quoi…* […] *L'été on a des demandes des résidents d'avoir un peu plus de liberté par rapport à cette ouverture de fenêtres, et on se retrouve parfois… même avec des conflits avec les agents qui comprennent pas forcément et qui disent que les gens vont mourir de chaud dans leur studio.* [Idec]

> *Après c'est une réflexion qu'on a eue, suite à la formation sur le risque suicidaire. On se dit : on a sécurisé, mais si on évalue et qu'il y a un résident qui va très bien et qui n'a aucun risque suicidaire, pourquoi on lui laisse pas la possibilité d'ouvrir sa fenêtre, d'avoir la liberté de pouvoir ouvrir sa fenêtre. C'est des réflexions qu'on a également. Parce qu'en fait c'est pareil pour tout le monde, peu importe l'état dans lequel se trouve le résident.* [Cadre]

La dispensation des médicaments est presque systématiquement assurée par l'équipe infirmière, pour les médicaments dont elle a connaissance (dont ne font pas partie ceux ramenés par la famille) ; pour autant, cette mesure préconisée peut contribuer à la déresponsabilisation et à l'infantilisation.

> *[Avec un patient à risque,] l'équipe vérifiait que ce dernier avait bien absorbé les médicaments afin d'éviter toute accumulation ; il en été même ici oppressé qu'on soit toujours derrière lui. Du coup on a dû lâcher un peu de lest sur la surveillance, sinon il n'était pas bien du tout.* [Idec]

> *On ne peut quand même pas la priver de toute la liberté parce qu'elle rentre en Ehpad, et c'est vrai que dans des Ehpad, ils n'ont plus beaucoup de maîtrise de ce qu'ils faisaient à domicile … Et donc du coup elle disait « qu'est-ce que je peux gérer ? » Alors, là où on a joué sur la prise des traitements, c'est qu'on a la chance que cette dame n'ait eu jusqu'à présent aucun traitement lourd, et donc elle se soigne par homéopathie. Ce qui fait qu'effectivement la gestion de l'homéopathie en chambre elle a été possible. On s'est accordé avec le médecin en disant : ça elle peut le gérer. Donc ça a permis d'assouplir cette privation de liberté que ressentait la dame. La réponse toute sécuritaire qu'on a tendance à mettre en avant et qui du coup accroît encore plus le malaise du résident… Et je pense que quelque fois en faisant ça on précipite encore plus la personne.* [Directeur]

Plutôt que des mesures uniformément appliquées, quel que soit le risque suicidaire, des Ehpad les adaptent aux situations des personnes. L'un d'entre eux réfléchit à un protocole de dispensation des médicaments chez des personnes autonomes.

> *Parce que ça pose des problèmes, les gens qui sont capables de gérer leurs médicaments, c'est une manière de rester dans la dignité.* [Médecin coordonnateur]

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]

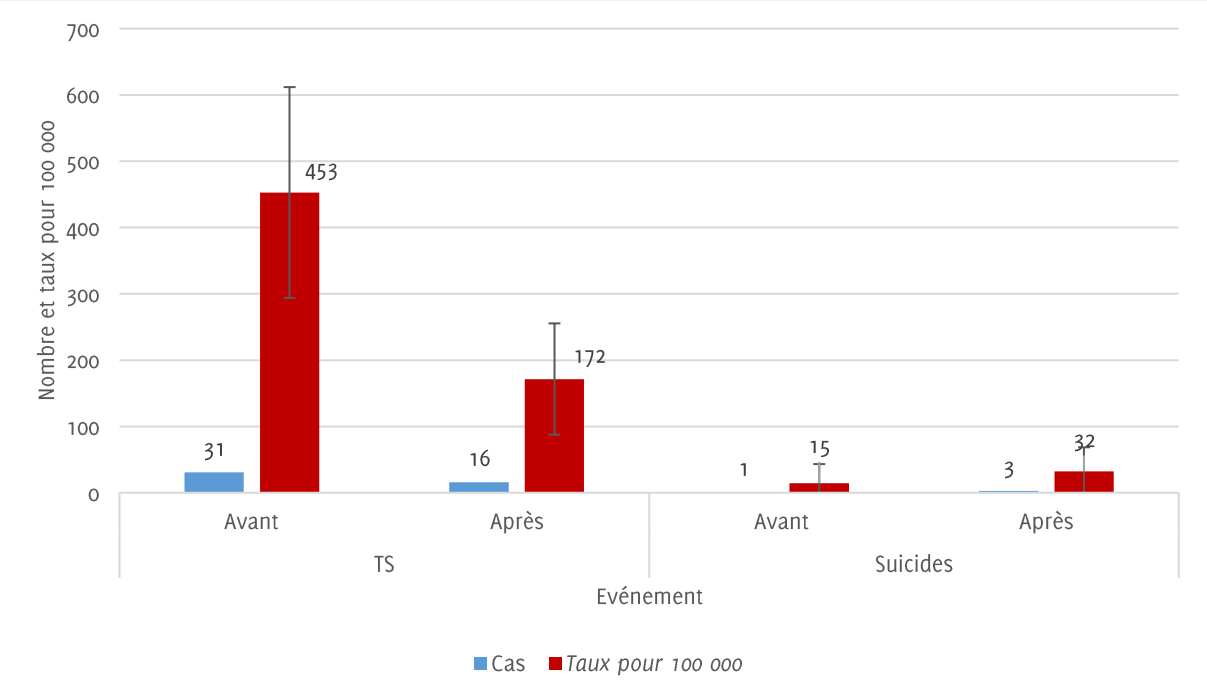
Une morbidité suicidaire significativement inférieure après la formation

Les 72 Ephad 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.

Trente et une tentatives de suicide (TS) ont été enregistrées durant l'année précédant la première session de formation et 16 après[25]. 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).

Figure 9. Nombre de cas de TS et de suicides enregistrés et taux pour 100 000 résidents, avant et après formation.



[25] La période après la formation était celle comprise entre la fin de la 1re 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).

4. Synthèse et discussion

Les personnes âgées présentent des taux de suicide plus élevés que le reste de la population : 27 et 29 pour 100 000 respectivement chez les 65-74 ans et les 75-84 ans, et jusqu'à 42 pour 100 000 chez les personnes âgées de 85 ans et plus [21]. L'étude réalisée par M. Manechez a confirmé que le suicide est un phénomène qui concerne également les personnes hébergées en Ehpad [45]. Environ 31 000 personnes y résident dans le Nord - Pas-de-Calais et sont âgées en moyenne de 85 ans [46] ; l'âge moyen ne cesse d'augmenter au cours des années.

Fort de ces constats, l'ARS avec un groupe de psychogériatres régionaux décide en 2014 de financer un programme de prise en charge de la crise suicidaire dans les Ehpad du Nord - Pas-de-Calais ; proposé par le Pr Terra, sur le concept de formation de sentinelles ou *gatekeepers*, celui-ci comprend une 1re phase de formation de binômes, recrutés dans les équipes de psychogériatrie de ces départements, et une 2nde phase de formation des personnels des Ehpad, par les binômes. Ces derniers intervenaient préalablement dans les Ehpad sélectionnés. Dix binômes sont formés en novembre 2015 et février 2016 ; 9 d'entre eux ont effectivement mis en œuvre des sessions de formation de professionnels en Ehpad, le 10e ayant signalé qu'il n'aurait pas la disponibilité pour le faire.

Vingt-huit sessions ont été organisées de septembre 2016 à juin 2018 ; elles ont touché 427 professionnels des 110 Ehpad distincts[26], recrutés par les équipes formatrices, essentiellement sur des critères de relations préalables. Le personnel formé représente 8% de l'effectif salarié des établissements touchés, proportion inférieure aux 30% recommandés par Terra pour une bonne efficacité de ce type de formation [10].

L'évaluation du programme s'est faite en 3 temps : auprès des formateurs, à l'issue de leur formation, auprès des personnels des Ehpad, par un questionnaire passé avant et après la formation, sur les connaissances, les savoir-faire et les représentations, et, enfin, par une enquête 17 mois en moyenne après la fin du stage, sur les changements induits par la formation et sur le nombre de cas de tentatives de suicide et de suicides, avant et après celle-ci.

La satisfaction recueillie auprès des salariés lors de 2e phase de l'étude a pu être confirmée par l'analyse qualitative de la 3e phase, et se manifeste également par le souhait de poursuivre la formation du personnel ainsi que par la volonté de mettre en place des sessions de rappels destinées à consolider les connaissances et les savoir-faire qui ont pu être acquis.

Nous pouvons supposer qu'en cas de relation conflictuelle, les établissements ne se sont pas vu proposer ce programme. Le déploiement de ce programme n'a pas nécessairement permis de toucher des territoires où la surmortalité suicidaire des seniors (par rapport à la France métropolitaine) était plus élevée qu'en moyenne régionale (+23%), comme l'Audomarois (+67%) ou le Montreuillois (+74%) [47].

Parmi les changements observés, l'aisance à pouvoir parler du suicide a significativement été améliorée aussi bien au niveau institutionnel (au sein des équipes, lors des transmissions) qu'avec le résident en crise, puisque la désignation par le mot « suicide » est maintenant plus systématique pour apprécier l'urgence de la situation. Cela s'accompagne d'une meilleure sensibilisation avec une importante diminution de la banalisation des propos suicidaires tenus par les résidents, et donc d'un accroissement de la vigilance des équipes. Il en résulte inexorablement un meilleur dépistage de la crise suicidaire dans les structures concernées alors même que les personnes âgées verbalisent plus rarement leurs idées suicidaires que les personnes plus jeunes, ou le font de façon plus allusive comme nous avons pu le détailler précédemment [18]. Il était donc primordial que la formation puisse apporter des outils diagnostiques permettant aux participants d'améliorer leur vigilance. Les réponses recueillies par l'enquête qualitative vont dans le sens de cette amélioration.

Nous n'avons pas mis en évidence de changements organisationnels forts (utilisation systématique d'échelles, intégration systématique de l'évaluation du risque suicidaire lors des entretiens d'admission, recueil systématique des antécédents de TA, formalisations de conduite à tenir en cas de crise suicidaire ou de passage à l'acte chez un résident…). L'éloignement des moyens létaux était

[26] Effectifs comptabilisés en fin de période d'étude (30 juin 2018) ; des formations ont eu lieu après cette date de point et se déroulent encore au moment de la rédaction de ce rapport.

une pratique organisationnelle déjà effective dans la majorité des établissements que nous avons rencontrés.

Avec une méthodologie très différente de la nôtre, l'étude de Chauliac et al. avait observé une adoption progressive des recommandations pour diminuer la morbi-mortalité suicidaire en Ehpad [10] ; cette évolution n'est pas confirmée par notre travail : la recherche systématique des antécédents et l'évaluation formalisée du risque suicidaire pourraient être généralisées.

La formation a surtout permis de modifier les conceptions que pouvaient avoir les professionnels sur la question du suicide, et de corriger certaines idées reçues. Néanmoins, l'enquête qualitative a montré que de nombreux professionnels d'Ehpad assimilaient la crise suicidaire au trouble dépressif. L'étude de Suominen et al souligne le diagnostic tardif de la dépression du sujet âgé et estime que le diagnostic est généralement porté lorsqu'une tentative de suicide a eu lieu [33]. Ce constat pourrait expliquer l'assimilation qui est faite entre la crise suicidaire et le trouble dépressif.

Cette assimilation de la dépression au risque suicidaire s'explique probablement également par le fait que la symptomatologie dépressive peut faire partie du tableau de la crise suicidaire, et que la population hébergée en Ehpad est plus sujette à la dépression que les sujets âgés, de même âge, résidant encore à leur domicile (15 % présenteraient un Épisode Dépressif Caractérisé et 35% une symptomatologie dépressive) [18].

La formation a également permis une réassurance des équipes très souvent démunies et pour la plupart non formées à la conduite à tenir face à de telles situations. Les psychologues, quand ils sont présents dans les structures, restent néanmoins en position centrale dans l'appréciation du risque suicidaire et la réflexion concernant la conduite à tenir. Pour de nombreux établissement, la formation a permis de renforcer la pluridisciplinarité et la collégialité dans les discussions et les prises de décisions à ce sujet.

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. Par contre, le très faible nombre de décès (le suicide est, heureusement, un phénomène très rare) ne permet pas de conclure à un effet du programme sur la mortalité. Brown et al. estiment à 1 million de personnes-années l'effectif qui serait nécessaire pour observer des résultats significatifs sur un programme de prévention du suicide [48].

Résider en Ehpad est-il finalement un facteur de risque ou de protection du passage à l'acte ? Notre étude, dont ce n'était pas l'objet, ne permet pas de répondre à cette question. Casadebaig avait établi un surrisque chez les personnes âgées hébergées [2]. Il convient de distinguer la période extrêmement sensible des premiers jours d'hébergement, objet d'une attention particulière des équipes, du reste du séjour, si les personnes se sont habituées à leur environnement.

La prévention des conduites suicidaires, et la réduction des risques de manière plus générale, se heurtent à d'autres impératifs auxquels sont attachés une majorité des professionnels rencontrés : ceux de liberté, de dignité et d'autonomie ; des mesures généralisées et indifférenciées d'éloignement des moyens létaux sont prises dans de nombreux Ehpad et questionnent certains de leurs intervenants.

Le contrôle d'accès aux médicaments reste également source d'interrogation. Certains résidents présentent encore des facultés cognitives suffisantes pour pouvoir gérer eux-mêmes leurs traitements médicamenteux. Les mesures de limitation de l'accès aux médicaments et de distribution par les infirmiers viennent parfois faire obstacle au respect de l'autonomie. Néanmoins, le contrôle n'est généralement pas total puisqu'il arrive que les familles, rendant visite à leurs proches, apportent des médicaments, principalement des antalgiques comme le paracétamol, qu'elles sont nombreuses à juger sans risque. Or, l'étude de Shah et al. met en évidence que les intoxications médicamenteuses volontaires restent une modalité de tentative d'autolyse fréquente chez les personnes âgées, avec en premier lieu l'utilisation de paracétamol, de benzodiazépines et apparentées (comme les hypnotiques) ou encore d'opiacés [49].

Il n'est pas rare que des professionnels s'interrogent sur la définition des conduites suicidaires, en soulevant notamment la question des « comportements autodestructeurs indirects » (qualifiés comme tels par Nelson et Farberow) [50]. Il s'agit de comportements qui augmentent indirectement le risque de décès [50,51]. Les exemples les plus fréquents, notamment en institution, sont le refus de boire, de manger ou de prendre les traitements médicamenteux prescrits. Si l'on s'en tient à cette

définition cela englobe également toute autre conduite à risque comme l'abus d'alcool ou le tabagisme actif. L'intentionnalité suicidaire est donc au cœur de la problématique puisque des personnes souffrant de démence restreignent parfois leurs apports alimentaires jusqu'à engager leur pronostic vital. Se pose alors la question de l'imputabilité de l'évolution de la maladie (incapacité à reconnaître le besoin de manger, incapacité d'ingérer en raison de troubles praxiques…), d'une dépression associée, ou bien d'une authentique velléité de mort. L'article de Conwell et al. souligne néanmoins que ce genre de troubles du comportement chez les personnes démentes peut être considéré comme la manifestation de comportements autodestructeurs indirects évocateurs d'une intentionnalité suicidaire [50].

Il n'existe pas de consensus ni de définition établis concernant l'intentionnalité suicidaire dans les comportements autodestructeurs indirects et ce manque de clarté se retrouve dans l'impuissance exprimée par les professionnels d'Ehpad lorsqu'ils sont confrontés à ce genre de situation. En effet, en l'absence de verbalisation suicidaire directe ou indirecte, il leur est très difficile de pouvoir faire la part des choses et de pouvoir agir en conséquence. Plusieurs intervenants ont souligné leurs difficultés à distinguer les paroles sur la mort, fréquentes chez les personnes âgées, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ; il existerait un continuum plus qu'une distinction marquée entre ces notions, rendant parfois malaisée l'adoption de conduites adaptées.

Osgood et al. insistent sur la nature répétitive et délibérative du comportement sans toutefois exiger une intention explicite de mourir [50]. Le caractère délibératif peut néanmoins être sujet à discussion comme nous venons de le voir dans le cas de troubles cognitifs importants. Nelson et Farberow émettent d'ailleurs l'hypothèse que ce type de comportement peut traduire le souhait d'exercer un contrôle sur l'environnement que la personne estime avoir perdu, comme lors d'une institutionnalisation, sans pour autant qu'il y ait une intention de mourir [50]. Harwood et Jacoby émettent un point de vue proche en expliquant que ces comportements ne sont pas toujours sous-tendus par une intentionnalité suicidaire et que leurs origines sont souvent multifactorielles [51].

Il semblerait que de telles situations soient plus fréquentes en établissement d'hébergement pour personnes âgées [50], expliquant la récurrence de ce thème au cours des entretiens que nous avons réalisés. Sans qu'ils aient été présents dans la grille d'entretien employé, des professionnels interviewés ont évoqué 2 facteurs sous un jour protecteur : la religiosité et la démence. L'étude de Figueiredo et al, tout comme le *Référentiel de psychiatrie et addictologie* du Collège national des universitaires en psychiatrie, soulignent que religiosité et pratique religieuse peuvent être des facteurs de protection [18,52]. Dans les principales religions, il revient à Dieu de fixer le jour de la naissance et de la mort.

Si le rôle protecteur de la religion est admis, le questionnement reste d'actualité concernant l'altération des facultés cognitives, et les doutes émis par certaines personnes interrogées reflètent les interrogations décrites dans la littérature. Des soignants ont formulé l'hypothèse que la démence était à l'origine de difficultés à pouvoir construire un scénario de dangerosité suffisante pour que cela aboutisse au décès.

Les résultats de la littérature à ce sujet sont très discordants. Plusieurs études ne mettent pas en évidence de corrélation entre la démence et le risque accru de suicide [53,54] ; c'est également le cas de la méta-analyse de Schneider, Maurer et Frölich, qui souligne néanmoins que la démence serait rarement diagnostiquée chez une personne ayant réalisé un geste suicidaire, surtout en début d'évolution de la maladie [55]. Conejero et al concluent que le risque suicidaire dépend de l'évolution de la maladie. Les résultats de leur méta-analyse suggèrent que la démence à un stade avancé peut représenter un facteur protecteur des idées suicidaires et des TA, et qu'inversement la phase initiale du déclin cognitif augmente le risque suicidaire [56]. Ce deuxième constat a été retrouvé par de nombreuses autres études [53,57,58]. En dehors de l'évolution de la démence, son type jouerait également un rôle dans la vulnérabilité suicidaire. En effet, Zucca *et al* concluent que les démences fronto-temporales avec troubles du comportement sont associées à un risque élevé de suicide [59].

Au terme des différents entretiens réalisés, de nombreux professionnels ont exprimé le souhait de bénéficier d'une formation sur les troubles du comportement mais également les troubles du sommeil chez les personnes âgées. Ce dernier point représente un enjeu qu'il conviendrait aussi de pouvoir prendre en compte dans la gestion des idées et des conduites suicidaires. En effet, l'insomnie, qui est le trouble du sommeil le plus fréquent (avec une prévalence de 10 à 20% dans la population générale [60,61]), est considéré depuis peu comme un facteur de risque suicidaire, aussi bien d'idées suicidaires [62,63,64], que de conduites suicidaires [62,64,65].

De nombreux professionnels d'Ehpad interviewés évoquaient l'insomnie comme un simple symptôme de la crise suicidaire. À l'avenir, il conviendrait de pouvoir faire reconnaître l'insomnie comme une pathologie à part entière présentant en elle-même un risque suicidaire, et non plus simplement comme l'un des symptômes de la crise suicidaire.

Les soignants travaillant en Ehpad semblent un public important à cibler par des formations de prise en charge de l'insomnie pour les raisons que nous venons d'aborder, mais également parce que la médication par hypnotiques ou apparentés, souvent considérée comme un recours rapide et privilégié, présente des effets indésirables pouvant être particulièrement importants chez les personnes âgées (troubles cognitifs, risques de chutes, somnolence diurne …). Par ailleurs l'étude de Leem et Li portant sur les caractéristiques des substances utilisées à visée suicidaire chez les sujets âgés semble démontrer que les hypnotiques font partie des médicaments les plus fréquemment ingérés [66]. Il convient donc de mettre en avant des techniques non médicamenteuses (thérapies cognitives et comportementales, mesures d'hygiène …) et de former les équipes à ces prises en charge qui sont d'ailleurs recommandées en première intention [60].

- Limites

L'évaluation quantitative de la morbidité et de la mortalité suicidaires avant et après la formation souffre de limites. Les établissements devaient relever le nombre de cas de tentatives de suicide et/ou de suicides aboutis, avant et après la formation, par l'intermédiaire du questionnaire que nous leur avons envoyé. Nous avons pu constater que la définition des tentatives de suicide n'était pas consensuelle pour tous les établissements ; certains répondants, dans l'emplacement destiné aux remarques sur les tentatives de suicide enregistrées dans leur établissement (cf. questionnaire, p. 73), décrivaient en fait des pensées suicidaires sans passage à l'acte. Dans un cas, celui d'une noyade en mer d'un résident, l'entretien avec l'équipe qui nous recevait pour l'étude a fait apparaître que ce qui était un suicide pour les uns, était un accident pour les autres[27]. Il n'est pas exclu que des cas de pensées suicidaires aient été considérés indûment comme des passages à l'acte par des professionnels ne différenciant pas les 2 notions ; on peut cependant faire l'hypothèse que cette propension à la sur-déclaration a été identique avant et après la formation et que l'évolution du taux de morbidité suicidaire que nous avons décrite reste valide.

Les taux de morbidité et de mortalité ont été calculés à partir de la capacité des établissements ; or, durant la période d'étude (12 mois avant la formation et, en moyenne, 16,6 mois après), la probabilité qu'une place soit occupée par plusieurs personnes successives, en raison du *turn over* des résidents, n'est pas nulle ; les taux calculés sont donc sans doute légèrement sous-estimés.

Les entretiens semi-directifs dans les Ehpad ont été réalisés en moyenne 17 mois après la première session de formation à laquelle a participé au moins un salarié de l'établissement, avec un minimum de 9 mois, pour 2 établissements, et un maximum de 27 mois. Dans 3 établissements, tout ou partie des salariés ne faisaient plus partie de l'effectif le jour de l'entretien ; ils n'ont mis en pratique les enseignements du stage qu'un temps limité et n'ont pu rapporter les éventuels changements.

Nous avons constaté que les Ehpad avaient été recrutés sur la base d'une relation préexistante avec les équipes de formation ; il est vraisemblable que leur sensibilité à la problématique suicidaire a contribué à l'inscription de leurs salariés, désireux d'améliorer leurs connaissances et savoir-faire. La très bonne acceptabilité que nous avons pu observer est liée, au moins en partie, à ces prédispositions favorables.

[27] Présageant des difficultés de définition, nous avions renoncé à recenser les cas de pensées suicidaires par questionnaire. Cette question n'était abordée qu'à l'entretien, sans objectif de dénombrement.

5. 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. Les taux de morbidité suicidaire ont significativement baissé après le stage, ce qui suggère l'effet protecteur de ce dernier ; 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. Les équipes mobiles de psychogériatrie ont été un atout pour le déploiement de ces formations ; de mise en place récente, elles tissent progressivement des liens avec les CMP.

Si le programme devait être poursuivi ou répliqué, 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.

Bibliographie

[1] Muller M. 728000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Drees; 2017.

[2] Casadebaig F, Ruffin D, Philippe A. Suicide in the elderly at home and in retirement homes in France. Rev Epidemiol Sante Publique 2003;51:55–64.

[3] Mezuk B, Rock A, Lohman MC, Choi M. Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2014;29:1198–211. doi:10.1002/gps.4142.

[4] Murphy BJ, Bugeja L, Pilgrim J, Ibrahim JE. Completed suicide among nursing home residents: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2015;30:802–14. doi:10.1002/gps.4299.

[5] Almeida L, Quintão S. Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal. Acta Med Port 2012;25:350–8.

[6] Torresani S, Toffol E, Scocco P, Fanolla A. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study. Psychogeriatrics 2014;14:101–9. doi:10.1111/psyg.12046.

[7] Organisation Mondiale de la Santé. Suicide 2018. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

[8] Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA 2005;294:2064–74. doi:10.1001/jama.294.16.2064.

[9] Burnette C, Ramchand R, Ayer L. Gatekeeper Training for Suicide Prevention. Rand Health Q 2015;5.

[10] Chauliac N, Brochard N, Payet C, Duclos A, Duclos A, Terra J-L. How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centres. Eur Psychiatry 2016;37:56–62. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.05.011.

[11] Collège national des enseignants en gériatrie (Cneg). Gériatrie. 3e édition. Elsevier Masson; 2014.

[12] AgeEconomie. Nombre de personnes âgées dans le monde, tendance 2019. http://www.marchedesseniors.com/silver-economie/nombre-de-personnes-agees-dans-le-monde-tendance/19146 (accessed March 11, 2019).

[13] Institut national de la statistique et des études économiques. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française. Insee 2016. https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743 (accessed March 11, 2019).

[14] International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF Browser 2017. http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/ (accessed February 27, 2019).

[15] ViaTrajectoire. Inscription Ehpad, Ehpa, USLD, admission soins longues durée, foyer logement. ViaTrajectoire Grand Age 2019. https://trajectoire.sante-ra.fr/GrandAge/Pages/Public/DescriptionHebergements.aspx (accessed February 22, 2019).

[16] Cap Retraite. Personnel soignant en maison de retraite : toutes leurs tâches. Cap Retraite 2016. https://www.capretraite.fr/vivre-en-maison-de-retraite/les-professionnels/personnel-soignant-en-maison-de-retraite/.

[17] Larousse. Définition : suicide 2019. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284 (accessed January 13, 2019).

[18] Collège National des Universitaires en Psychiatrie, Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique, Collège National Universitaires des Enseignants en Addictologie. Référentiel de psychiatrie et addictologie. Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie. 2e édition. Presses universitaires François Rabelais; 2016.

[19] Chatillon O, Galvao F. Psychiatrie, Pédopsychiatrie. 2e édition. Vernazobres-Grego; 2011.

[20] De Leo D, Kõlves K. Suicide at Very Advanced Age – The Extremes of the Gender Paradox. Crisis 2017;38:363–6. doi:10.1027/0227-5910/a000514.

[21] Inserm. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès 2019. https://www.cepidc.inserm.fr/ (accessed February 20, 2019).

[22] Aouba A. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 2011:4.

[23] Santé publique France. Bulletin de santé publique. Conduites suicidaires dans les Hauts-de-France. 2019.

[24] Karbeyaz K, Çelikel A, Emiral E, Emiral GÖ. Elderly suicide in Eskisehir, Turkey. J Forensic Leg Med 2017;52:12–5. doi:10.1016/j.jflm.2017.06.004.
[25] Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015.
[26] Tribolet S, Shahidi M. Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques. 1er ed. Heures de France; 2005.
[27] Demirçin S, Akkoyun M, Yilmaz R, Gökdoğan MR. Suicide of elderly persons: towards a framework for prevention. Geriatr Gerontol Int 2011;11:107–13. doi:10.1111/j.1447-0594.2010.00660.x.
[28] Richard-Devantoy S, Jollant F. Suicide in the elderly: age-related specificities? Sante Ment Que 2012;37:151–73.
[29] Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. Drugs Aging 2002;19:11–24. doi:10.2165/00002512-200219010-00002.
[30] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008;192:98–105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113.
[31] Minayo MC de S, Cavalcante FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). Cien Saude Colet 2015;20:1751–62. doi:10.1590/1413-81232015206.10962014.
[32] Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. Can J Psychiatry 2007;52:47S-57S.
[33] Suominen K, Isometsä E, Lönnqvist J. Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. Int J Geriatr Psychiatry 2004;19:35–40. doi:10.1002/gps.1031.
[34] Waern M. Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. Alcohol Alcohol 2003;38:249–54.
[35] Zhu J, Xu L, Sun L, Li J, Qin W, Ding G, et al. Chronic Disease, Disability, Psychological Distress and Suicide Ideation among Rural Elderly: Results from a Population Survey in Shandong. Int J Environ Res Public Health 2018;15. doi:10.3390/ijerph15081604.
[36] Ross RK, Bernstein L, Trent L, Henderson BE, Paganini-Hill A. A prospective study of risk factors for traumatic deaths in a retirement community. Prev Med 1990;19:323–34.
[37] Terra J-L. Prévenir le suicide : repérer et agir. Actualité et dossier en santé publique 2003:19–62.
[38] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). 2011.
[39] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000/2005 2001. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf (accessed February 19, 2019).
[40] 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.
[41] Terra J-L. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge 2013.
[42] Snoezelen France. Snoezelen - Présentation. http://snoezelen-france.fr/ 2019. http://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen (accessed April 3, 2019).
[43] Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. Rev Epidemiol Sante Publique 2013;61:363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
[44] CHU de Lille. VigilanS Nord - Pas-de-Calais 2019. http://dispositifvigilans.org/ (accessed March 6, 2019).
[45] Manechez M. Suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012. Lille, 2014.
[46] Drees. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2019. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa (accessed April 15, 2019).
[47] Plancke L. Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2017;17:136–43. doi:10.1016/j.npg.2016.04.002.
[48] Brown CH, Wyman PA, Brinales JM, Gibbons RD. The role of randomized trials in testing interventions for the prevention of youth suicide. Int Rev Psychiatry 2007;19:617–31. doi:10.1080/09540260701797779.
[49] Shah R, Uren Z, Baker A, Majeed A. Trends in suicide from drug overdose in the elderly in England and Wales, 1993-1999. Int J Geriatr Psychiatry 2002;17:416–21. doi:10.1002/gps.625.

[50] Conwell Y, Pearson J, DeRenzo EG. Indirect Self-Destructive Behavior Among Elderly Patients in Nursing Homes: A Research Agenda. Am J Geriatr Psychiatry 1996;4:152–63. doi:10.1097/00019442-199621420-00007.
[51] Harwood D, Jacoby R. Suicide chez les sujets âgés 2006. http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/s%C3%A9miologie/suicide/Suicide_chez_les_sujets_ages.pdf (accessed April 10, 2019).
[52] Figueiredo AEB, da Silva RM, Vieira LJES, Mangas RM do N, de Sousa GS, Freitas JS, et al. Is it possible to overcome suicidal ideation and suicide attempts? A study of the elderly. Cien Saude Colet 2015;20:1711–9. doi:10.1590/1413-81232015206.02102015.
[53] Diehl-Schmid J, Jox R, Gauthier S, Belleville S, Racine E, Schüle C, et al. Suicide and assisted dying in dementia: what we know and what we need to know. A narrative literature review. Int Psychogeriatr 2017;29:1247–59. doi:10.1017/S1041610217000679.
[54] Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. Int Psychogeriatr 2009;21:440–53. doi:10.1017/S1041610209009065.
[55] Schneider B, Maurer K, Frölich L. Dementia and suicide. Fortschr Neurol Psychiatr 2001;69:164–9. doi:10.1055/s-2001-12693.
[56] Conejero I, Navucet S, Keller J, Olié E, Courtet P, Gabelle A. A Complex Relationship Between Suicide, Dementia, and Amyloid: A Narrative Review. Front Neurosci 2018;12:371. doi:10.3389/fnins.2018.00371.
[57] Osvath P, Kovacs A, Voros V, Fekete S. Risk factors of attempted suicide in the elderly: The role of cognitive impairment. Int J Psychiatry Clin Pract 2005;9:221–5. doi:10.1080/13651500510029020.
[58] Annor FB, Bayakly RA, Morrison RA, Bryan MJ, Gilbert LK, Ivey-Stephenson AZ, et al. Suicide Among Persons With Dementia, Georgia, 2013 to 2016. J Geriatr Psychiatry Neurol 2019;32:31–9. doi:10.1177/0891988718814363.
[59] Zucca M, Rubino E, Vacca A, Govone F, Gai A, De Martino P, et al. High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen 2018:1533317518817609. doi:10.1177/1533317518817609.
[60] Royant-Parola S, Brion A, Poirot I. Prise en charge de l'insomnie. Elsevier Masson; 2017.
[61] Billiard M, Dauvilliers Y. Les troubles du sommeil. 2e édition. Elsevier Masson; 2011.
[62] Escobar-Córdoba F, Quijano-Serrano M, Calvo-González JM. Evaluation of insomnia as a risk factor for suicide. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba 2017;74:37–45.
[63] Zuromski KL, Cero I, Witte TK. Insomnia symptoms drive changes in suicide ideation: A latent difference score model of community adults over a brief interval. J Abnorm Psychol 2017;126:739–49. doi:10.1037/abn0000282.
[64] McCall WV. Insomnia is a risk factor for suicide-what are the next steps? Sleep 2011;34:1149–50. doi:10.5665/SLEEP.1222.
[65] Lin H-T, Lai C-H, Perng H-J, Chung C-H, Wang C-C, Chen W-L, et al. Insomnia as an independent predictor of suicide attempts: a nationwide population-based retrospective cohort study. BMC Psychiatry 2018;18:117. doi:10.1186/s12888-018-1702-2.
[66] Lim JY, Lee DH. Characteristics of Drugs Ingested for Suicide Attempts in the Elderly. J Korean Med Sci 2018;33:e86. doi:10.3346/jkms.2018.33.e86.

Annexes

Index des tables, figures et cartes

- Tableaux

Tableau 1. Indicateurs d'activité du programme évalué. 13
Tableau 2. Indicateurs de l'évaluation du programme. 14
Tableau 3. Caractéristiques des personnels formés répondants. N=291. 17
Tableau 4. Calendrier du programme et de l'évaluation. 66

- Figures

Figure 1. Répartition par taille des Ehpad du Nord – Pas-de-Calais selon qu'ils ont été formés (N=110) ou non (N=300). 14
Figure 2. Répartition par statut des Ehpad du Nord – Pas-de-Calais selon qu'ils ont été formés (N=110) ou non (N=300). 16
Figure 3. Répartition des professionnels interviewés selon leur métier (N=59). 16
Figure 4. Réponses apportées, en début de formation, par les personnels des Ehpad, à 3 questions générales. N=291. 18
Figure 5. Distribution des réponses apportées, en début de formation, à 8 questions sur les savoirs et savoir-faire suicidologiques. Répondants, moyennes et écarts-types. 288 ≥ N ≥ 291. 18
Figure 6. Degré d'accord avec différentes affirmations des professionnels, en début de formation. Répondants, moyennes et écarts-types. 287 ≥ N ≥ 288. 20
Figure 7. Évolution des moyennes des notes* apportées en réponse à 8 questions sur les savoirs et savoir-faire suicidologiques. 277 ≥ N ≥ 287. 21
Figure 8. Évolution des moyennes des notes* apportées en réponse à 9 questions sur les représentions à propos du suicide. 277 ≥ N ≥ 287. 22
Figure 9. Nombre de cas de TS et de suicides enregistrés et taux pour 100 000 résidents, avant et après formation 53

- Carte

Carte 1. Localisation des Ehpad formés (N=110) et des binômes de formateurs (N=9) 15

Sigles et acronymes employés

ARS	Agence régionale de santé
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMP	Centre médico psychologique
CHU	Centre hospitalier universitaire
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Équivalent temps plein
F2RSM Psy	Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GDS	*Geriatric Depression Scale*
ICF	*International Classification of Functioning Disability and Health*
IDE	Infirmier.e diplômé.e d'État
Idec	Infirmier.e coordonnateur.trice
Ifsi	Institut de formation aux soins infirmiers
OMS	Organisation mondiale de la santé
Rud	Risque, urgence et dangerosité
TS	Tentative de suicide

Programme de la formation des formateurs

FORMATEUR : PROFESSEUR JEAN-LOUIS TERRA

Tél. 04.37.91.51.20 – Fax : 04.37.91.51.22 - jean-louis.terra@ch-le-vinatier.fr

Ce séminaire de formateurs est centré sur la transmission de la compétence à l'intervention de crise suicidaire. L'objectif est de parfaire les compétences pédagogiques des participants afin de former de larges publics professionnels ou bénévoles qui interviennent auprès de personnes âgées en détresse psychique majeure.

Le séminaire se déroule en deux sessions de 2 journées pleines.

La première session est consacrée au contenu pédagogique pour que les formateurs puissent le maîtriser et le mettre à l'œuvre dans leur pratique clinique. Cette pratique personnelle permet, en tant que formateur, d'avoir de nombreux exemples cliniques toujours très appréciés et efficaces.

La seconde session est centrée sur l'art de la transmission de cette formation. Les futurs formateurs ont l'occasion de présenter par petits groupes les séquences les plus importantes du contenu. Cette session est un atelier pédagogique participatif où tout le groupe contribue à trouver les meilleures stratégies de formation. La conduite des mises en situation est une composante essentielle de cette formation. Il est recommandé aux participants de revenir sur le contenu de la formation avant la seconde session.

Un manuel du formateur sous forme d'une clé-USB est remis à chaque participant.

Module 1 : 16 et 17 novembre 2015

Lieu : Hôpital Fontan 1 – CHRU Lille – Rue André Verhaeghe à Lille (salle Raviart)

- Module 1 jour 1

8h45	Accueil des participants
9h00	Ouverture. Présentation du formateur et des participants
	Présentation : - des objectifs des deux sessions du séminaire en vue de former des publics différents - des expériences de formateur des participants - du déroulement du séminaire - du matériel pédagogique
10h30	Pause
10H45	Idées reçues. Épidémiologie. Modèle de crise
12h30	Repas
14h00	Le modèle de crise appliqué à la crise suicidaire
	Triple évaluation du potentiel suicidaire
15h30	Pause
15H45 - 17h00	Mise en situation

- Module 1 jour 2

9h00	Les 8 étapes de l'intervention de crise suicidaire
10h30	Pause
10h45	Mise en situation
12h30	Repas
13h30	Mise en situation
15h30	Pause
15h45	Compléments sur la conduite d'entretien et l'intervention de crise
	Construction d'un plan personnalisé de protection Évaluation du séminaire : post-test, satisfaction, tour de table
17h00	Conclusion de la première session : préparation de la seconde

17h30 Intervention de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)

Module 2 : 22 et 23 février 2016

Lieu : Hôpital Fontan 1 – CHRU Lille – Rue André Verhaeghe à Lille (salle Nayrac)

- Module 2 jour 1

9h00	Ouverture Retour sur la première session : acquisition des contenus Objectifs du séminaire en vue de former des publics différents Méthode de travail pour le séminaire : présentation des points-clé du contenu par petits groupes
10h30	Pause
10H45	Préparation et présentation des contenus suivants : Idées reçues Épidémiologie Modèle de crise Aspects pédagogiques (présentation, les questions les plus fréquentes, les résistances et leur dépassement)
12h30	Repas
14h00	Préparation et présentation des contenus suivants : Le modèle de crise appliqué à la crise suicidaire Triple évaluation du potentiel suicidaire : Aspects pédagogiques
15h30	Pause
15H45 - 17h00	Aspects pédagogiques : les principes des mises en situation sous forme de petits groupes. Le scénario, l'organisation de la mise en situation, le débriefing en petit groupe, le débriefing en grand groupe

- Module 2 jour 2

9h00	Aspects pédagogiques : les 8 étapes de l'intervention de crise suicidaire
10h30	Pause
10h45	Aspects pédagogiques : la conduite d'entretien en situation de crise Le déploiement des résistances : les stratégies pédagogiques Le travail en binôme
12h30	Repas
14h00	La postvention dans les Ehpad Les objectifs et principes d'intervention
15h00	Pause
15h15 - 16h00	Comment organiser une formation et la réaliser ?
16h00	Intervention ARS – discussion de l'organisation des formations

Calendrier des formations et de l'évaluation

Tableau 4. Calendrier du programme et de l'évaluation.

	2015		2016												2017											
	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Formation formateurs																										
Entretiens formateurs																										
Formation Ehpad																										
Questionnaires Ehpad																										
Entretiens Ehpad																										

	2018												2019	
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Formation formateurs														
Entretiens formateurs														
Formation Ehpad														
Questionnaires Ehpad														
Entretiens Ehpad														

	Formation
	Evaluation

Matériel d'enquête

Phase 1 (après la formation des formateurs). Grille d'entretien

À la demande de l'ARS Hauts-de-France, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France procède à l'évaluation de la formation sur les conduites suicidaires dispensées par le Pr Terra.

Entretien téléphonique enregistré

- Date :

- Opinion générale

Vous avez participé à une formation en novembre et en février animée par le Pr Terra. Pourriez-vous, pour commencer, exprimer votre point de vue sur cette formation ?

- Perception de la mission confiée

Quels étaient, selon vous, les principaux objectifs de cette formation ?

Comment vous positionnez-vous personnellement par rapport à ce but / cette attente ?

- Type de relation avec les Ehpad

Parlez-moi des contacts que vous avez avec les Ehpad.

Que représentent les conduites suicidaires pour ces personnes ?

- Perspectives

Avez-vous déjà programmé des sessions de formation dans des Ehpad ?

Comment envisagez-vous ces sessions ?

(Recherche de la probabilité de la mise en place dans les prochaines semaines / les prochains mois).

- Institution :
- Profession :

Phase 2 (stage de formation des professionnels)

Formation au risque suicidaire en Ehpad
Questionnaire début de formation

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

LIEU DE FORMATION : _____

DATE DE FORMATION : _____

Ce questionnaire anonyme sera traité pour l'évaluation de la formation. Un questionnaire similaire sera passé à l'issue de celle-ci en vue d'apprécier les changements éventuels.

Merci de cocher une seule réponse par ligne.

1. Votre inscription est avant tout le fait de : ☐ Votre décision ☐ Décision de votre responsable hiérarchique

Votre satisfaction	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout	Ne sais pas
2. Êtes-vous satisfait(e) du contenu de la formation ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Pensez-vous que cette formation vous sera fréquemment utile dans votre pratique professionnelle actuelle ?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Pensez-vous avoir compris l'ensemble des points abordés ?	☐	☐	☐	☐	☐
4b. Êtes-vous satisfait(e) de l'organisation de ce stage ?	☐	☐	☐	☐	☐

Crises et risques suicidaires	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout	Ne sais pas
5. Sauriez-vous définir la crise suicidaire ?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Les notions de crise suicidaire et de risque suicidaire sont-elles synonymes ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Connaissez-vous les facteurs de risque suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Est-il nécessaire, pour toute entrée dans votre établissement, d'aborder systématiquement le risque suicidaire avec la personne ?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sauriez-vous repérer une crise suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Diriez-vous que vous seriez à l'aise pour aborder le risque suicidaire avec une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Diriez-vous que vous seriez compétent(e) pour prendre en charge une personne âgée exprimant des idées suicidaires ?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Savez-vous devant quelle situation il est nécessaire de contacter un professionnel/un service en cas de crise suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐

13. Savez-vous quel professionnel/service contacter en cas de crise suicidaire chez une personne âgée ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Que pensez-vous des points de vue suivants ?

Merci de cocher la case qui correspond à votre opinion personnelle (une par ligne).

Ces points de vue vous sont proposés d'après le manuel de formation réalisé par Pr. JL Terra.

	Vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Faux	Ne sais pas
14. Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le risque de décéder par suicide est plus élevé chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le geste suicidaire résulte bien d'un choix	☐	☐	☐	☐	☐
17. Pour se suicider, il faut être courageux	☐	☐	☐	☐	☐
18. Suicidaire un jour, suicidaire toujours	☐	☐	☐	☐	☐
19. Le suicide est héréditaire	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les personnes en crise suicidaire sont bien décidées à mourir	☐	☐	☐	☐	☐
21. Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire	☐	☐	☐	☐	☐
22. Les personnes qui menacent de se suicider ne le font que pour attirer l'attention	☐	☐	☐	☐	☐
23. Les personnes qui pensent au suicide souffrent souvent d'une maladie mentale	☐	☐	☐	☐	☐

24. Vos questions et remarques d'ordre général

.....

.....

Quelques renseignements personnels

25. Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

26. Votre âge :

27. Votre métier (infirmier, aide-soignant, médecin…) ?

_____

QUESTIONNAIRE A REMETTRE AU FORMATEUR AVANT LE DEBUT DU STAGE

Formation au risque suicidaire en Ehpad
Questionnaire fin de formation

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

LIEU DE FORMATION : _____

DATE DE FORMATION : _____

Ce questionnaire anonyme sera traité pour l'évaluation de la formation. Comme vous le constaterez, une grande partie des questions sont similaires à celles posées en début de stage : elles permettront d'apprécier l'évolution de vos connaissances et représentations.

Merci de cocher une seule réponse par ligne.

1. Votre inscription est avant tout le fait de : ☐ Votre décision ☐ Décision de votre responsable hiérarchique

Votre satisfaction	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout	Ne sais pas
2. Êtes-vous satisfait(e) du contenu de la formation ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Pensez-vous que cette formation vous sera fréquemment utile dans votre pratique professionnelle actuelle ?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Pensez-vous avoir compris l'ensemble des points abordés ?	☐	☐	☐	☐	☐
4b. Êtes-vous satisfait(e) de l'organisation de ce stage ?	☐	☐	☐	☐	☐

Crises et risques suicidaires	Tout à fait	Un peu	Pas vraiment	Pas du tout	Ne sais pas
5. Sauriez-vous définir la crise suicidaire ?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Les notions de crise suicidaire et de risque suicidaire sont-elles synonymes ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Connaissez-vous les facteurs de risque suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Est-il nécessaire, pour toute entrée dans votre établissement, d'aborder systématiquement le risque suicidaire avec la personne ?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sauriez-vous repérer une crise suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Diriez-vous que vous seriez à l'aise pour aborder le risque suicidaire avec une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Diriez-vous que vous seriez compétent(e) pour prendre en charge une personne âgée exprimant des idées suicidaires ?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Savez-vous devant quelle situation il est nécessaire de contacter un professionnel/un service en cas de crise suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Savez-vous quel professionnel/service contacter en cas de crise suicidaire chez une personne âgée ?	☐	☐	☐	☐	☐

Que pensez-vous des points de vue suivants ?

Merci de cocher la case qui correspond à votre opinion personnelle (une par ligne).

Ces points de vue vous sont proposés d'après le manuel de formation réalisé par Pr. JL Terra.

	Vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Faux	Ne sais pas
14. Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire	☐	☐	☐	☐	☐
15. Le risque de décéder par suicide est plus élevé chez les personnes qui ont fait une tentative de suicide	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le geste suicidaire résulte bien d'un choix	☐	☐	☐	☐	☐
17. Pour se suicider, il faut être courageux	☐	☐	☐	☐	☐
18. Suicidaire un jour, suicidaire toujours	☐	☐	☐	☐	☐
19. Le suicide est héréditaire	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les personnes en crise suicidaire sont bien décidées à mourir	☐	☐	☐	☐	☐
21. Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire	☐	☐	☐	☐	☐
22. Les personnes qui menacent de se suicider ne le font que pour attirer l'attention	☐	☐	☐	☐	☐
23. Les personnes qui pensent au suicide souffrent souvent d'une maladie mentale	☐	☐	☐	☐	☐

24. Vos questions et remarques d'ordre général

.....

.....

25. Ressentez-vous le besoin de suivre une formation supplémentaire sur le même thème ? ☐ Oui ☐ Non

Quelques renseignements personnels

26. Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme

27. Votre âge :

28. Votre métier (infirmier, aide-soignant, médecin…) ?

_____

QUESTIONNAIRE A REMETTRE AU FORMATEUR EN FIN DE STAGE

Phase 3 (en Ehpad, plusieurs mois après la fin de la formation)

Grille d'entretien avec les responsables et personnels formés des Ehpad

Coordonnées de L'Ehpad

Nom de l'Ehpad : Statut :

Téléphone :

Date de l'entretien : Réalisé par : Fonction du répondant 1 :

Fonction du répondant 2 : Directrice :

Année de création de l'Ehpad : Capacité de l'établissement : lits

Nombre d'ETP dans l'établissement :

Informations concernant la formation

Nom et fonction des formateurs :

Date de la formation :

Nombre de personnels formés :

Fonction des participants à la formation :

Évaluation de l'impact de la formation

1. Pourriez-vous me parler de la manière dont se pose (ou ne se pose pas) la question des conduites suicidaires dans votre établissement ?
2. Pourriez-vous me parler du stage de formation sur les conduites suicidaires dont ont bénéficié les personnels de cet Ehpad ? (Question initiale ouverte visant à apprécier le souvenir du stage, l'impact mémoriel. Les autres questions ne sont posées que si leur objet n'est pas abordé spontanément.).
3. Pourriez-vous me dire **comment** avez-vous connu cette formation, et quelles **raisons** qui vous ont amenées à répondre favorablement à cette proposition de formation ?
4. Diriez-vous que cela a provoqué des **changements** dans votre établissement (ne pas présager de la valence du changement (positif ou négatif)) ? OUI / NON
5. Si oui, pouvez-vous me les détailler (Thèmes à relancer : **l'aisance** de l'équipe à aborder les conduites suicidaires, les changements organisationnels, le **relevé et l'analyse des cas**, désignation d'un **référent** sur le suicide, **transmission des connaissances** acquises lors de la formation, …) ? Aborder protocole entrée et gestion de crise suicidaire
6. Le **risque** suicidaire est-il évalué / **ATCD de TS** ? Chez les entrants ? A fréquence fixe ? À l'aide d'une **échelle** ? Si OUI, laquelle ? Protocole formalisé ?
7. Pourriez-vous me parler de la manière dont est gérée une crise suicidaire (différence avant / après ?) (Éloignement des **moyens létaux**, entretien **familial**, Rendez-vous avec p**sychologue**, médecin **généraliste**, modification du **traitement médicamenteux**, hospitalisation…) ? Protocole formalisé ?
8. Avez-vous envisagé **d'autres changements** qui n'ont pas pu se mettre en place ?
9. [si demande de précisions, citer des exemples : groupe de parole, debriefing … + demander pour quelles raisons]
10. Avez-vous des liens avec des **partenaires** spécifiquement sur la question du suicide ? OUI / NON
11. Qu'est-cequi selon vous pourrait encore **améliorer** la prévention et la gestion de la crise suicidaire ?
12. Souhait de continuer la formation avec d'autres personnes si cela est possible ? Et si oui, objectif de combien de personnes formées ?
13. **Remarques** supplémentaires éventuelles :
14. Collaboration avec **VigilanS** ?

Questionnaire de prévalence avant/après formation

Date de remplissage du questionnaire : ……/……../…….

	N° personne	Date événement	TS/S	Âge[28]	Sexe	Mode	Remarques
Avant[29]							
Date stage (1re session) :							
Après[30]							

QUESTIONNAIRE À RETOURNER

- par voie postale : F2RSM Psy, 3 rue Malpart – 59000 LILLE À l'attention de Nicolas Baelde

ou

- par voie électronique (formulaire scanné) : etudes@f2rsmpsy.fr

[28] Âge au jour de l'événement décrit

[29] Date de stage sur la prévention du suicide – 12 mois

[30] Depuis la fin du stage sur la prévention du suicide.

Guide de remplissage du questionnaire de prévalence

Dans la partie « **Avant** » :

Seront renseignés tous les cas de tentative de suicide (TS) et/ou de suicide (S) survenus lors des 12 mois qui ont précédé la première session à laquelle a/ont participé le/les salarié(s) de votre Ehpad qui a/ont bénéficié le(s) premier(s) de cette formation (sans compter le mois au cours duquel la première session a eu lieu.)

Exemple : Les premiers salariés de votre Ehpad à avoir suivi la formation ont bénéficié de la première session le 12 novembre 2016. Il faudra donc renseigner tous les cas de tentative de suicide ou de suicide lors de la période du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016, inclus.

Dans la partie « **Après** » :

Seront renseignés tous les cas de tentative de suicide (TS) et/ou de suicide (S) survenus lors de la période à compter du 1er jour du mois suivant la première session (à laquelle a/ont participé le/les salarié(S) de votre Ehpad qui a/ont bénéficié le(s) premier(s) de cette formation) jusqu'à aujourd'hui.

Exemple : Les premiers salariés de votre Ehpad à avoir suivi la formation ont bénéficié de la première session le 12 novembre 2016. Il faudra donc renseigner tous les cas de tentative de suicide ou de suicide lors de la période du 1er décembre 2016 à aujourd'hui, inclus.

Dans la colonne « **N° personne** » :

Préciser le numéro utilisé par l'Ehpad pour identifier le sujet au sein de l'établissement (ne pas mettre de nom de famille ou d'initiale).

Remarque : Si une personne (n° 2) réalise une tentative de suicide (TS) à une date, puis renouvelle un autre passage à l'acte (TS) ou a fait un suicide abouti (S) 1 mois après, employer de nouveau ce n° 111 sur une autre ligne, pour indiquer qu'il s'agit de la même personne.

Exemple :

	N° personne	Date événement	TS/S	Âge	Sexe	Mode	Circonstances, remarques
Avant	2	05 / 08 / 2016	TS	82	M	IMV	
	3	24 / 08 / 2016	TS	75	F	IMV	
	2	16 / 09 / 2016	S	82	M	Pendaison	

Dans la colonne « **TS/S** » :

Noter « TS » (Tentative de Suicide) pour tout geste, comportement à valeur suicidaire, sans avoir entraîné la mort du sujet.

Noter « S » (suicide) pour tout geste, comportement à valeur suicidaire ayant entraîné la mort du sujet.

Dans la colonne « **Mode** » **:**

Préciser le mode de tentative de suicide ou de suicide :

Intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) / Surdosage en stupéfiant / Prise, inhalation de caustique / Pendaison / Strangulation / Défenestration, chute volontaire / Arme blanche / Arme à feu / Immolation / Noyade / Accident de la voie publique / Phlébotomie…

Citation recommandée : Plancke L., Baelde N., Amariei A., Danel T., La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad. Évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais, Lille, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France. Étude financée par l'Agence régionale de santé Hauts-de-France, mai 2019, 76 p.

Financé par l'Agence régionale de santé Hauts-de-France, un programme de formation à la gestion de la crise suicidaire en Ehpad a été déployé dans le Nord et le Pas-de-Calais de septembre 2016 à juin 2018. Il a connu une portée importante, puisqu'il a touché 110 établissements, 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 selon une méthodologie de gatekeepers 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 parfois assimilés aux risques suicidaires. Les taux de morbidité suicidaire ont significativement baissé après le stage, ce qui suggère son effet protecteur ; il n'est par contre pas possible de conclure à son 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, il gagnerait à toucher un plus grand nombre de salariés par Ehpad et à se déployer dans des territoires non touchés (certains connaissent pourtant une surmortalité suicidaire très marquée).



F2RSM Psy

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

3, rue Malpart 59000 Lille (France) 03 20 44 10 34 contact@f2rsmpsy.fr

F2RSMPsy www.f2rsmpsy.fr