



Grand @ngle sur la Sécurité en Santé

Les conférences virtuelles de la Prévention Médicale

Le risque suicidaire: Prévenir, dépister, accompagner

Pr Jean Bernard GARRE

Université d'Angers

Dr Marie Christine MOLL

Gestionnaire de risques, La Prévention Médicale



Les chiffres

Les définitions

L'évolution sociétale



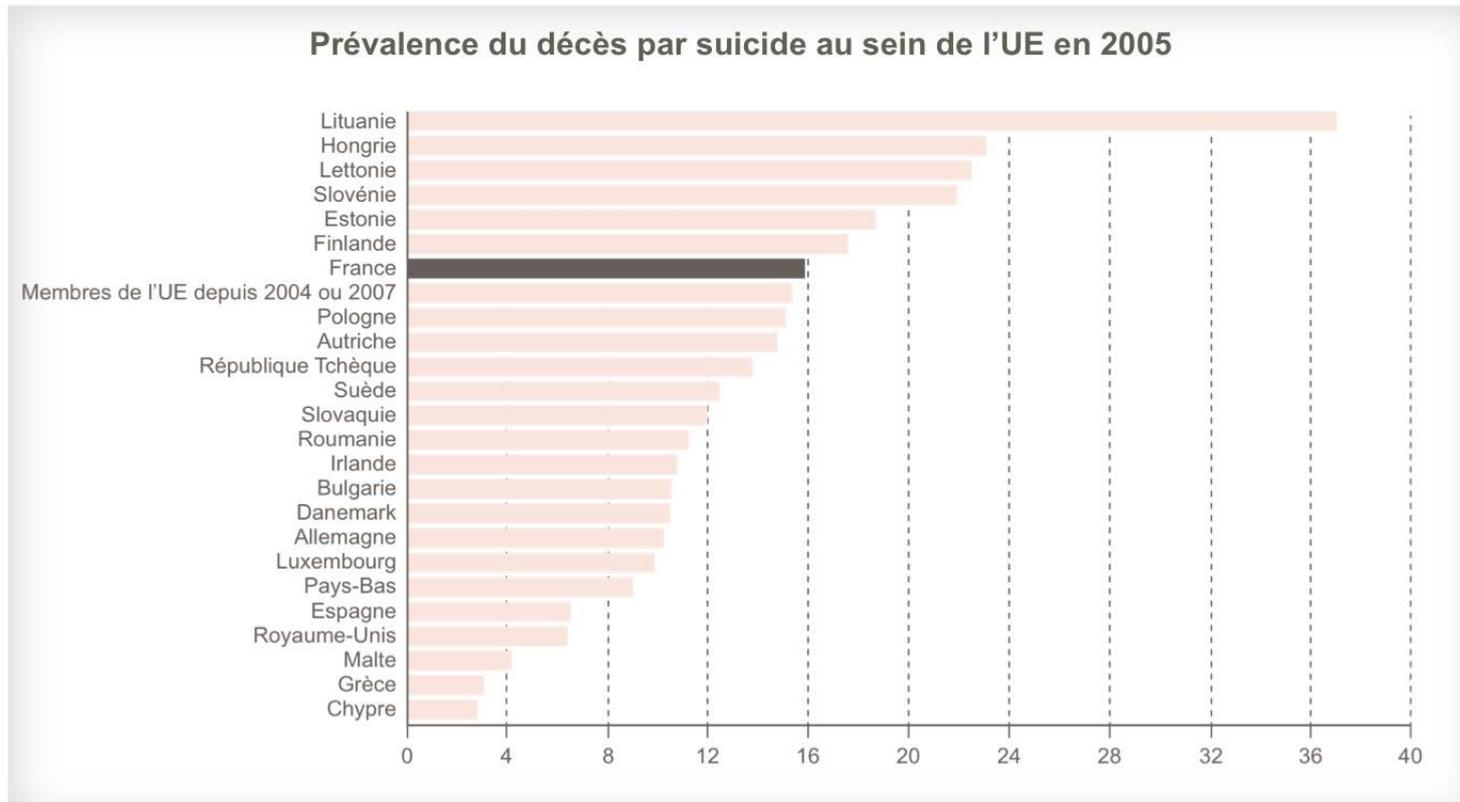
LE PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE

- **10 500 décès** par an
- **Plus de 60 000** endeuillés
- **220 000 (?) tentatives de suicide** prises en charge par les Urgences hospitalières par an
- **Des causes multiples et de multiples portes d'entrée**
- **Pas de solution unique**



Des taux de suicide encore très élevés en France

Par rapport aux autres pays européens, la France a un taux de suicide encore très élevé ¹



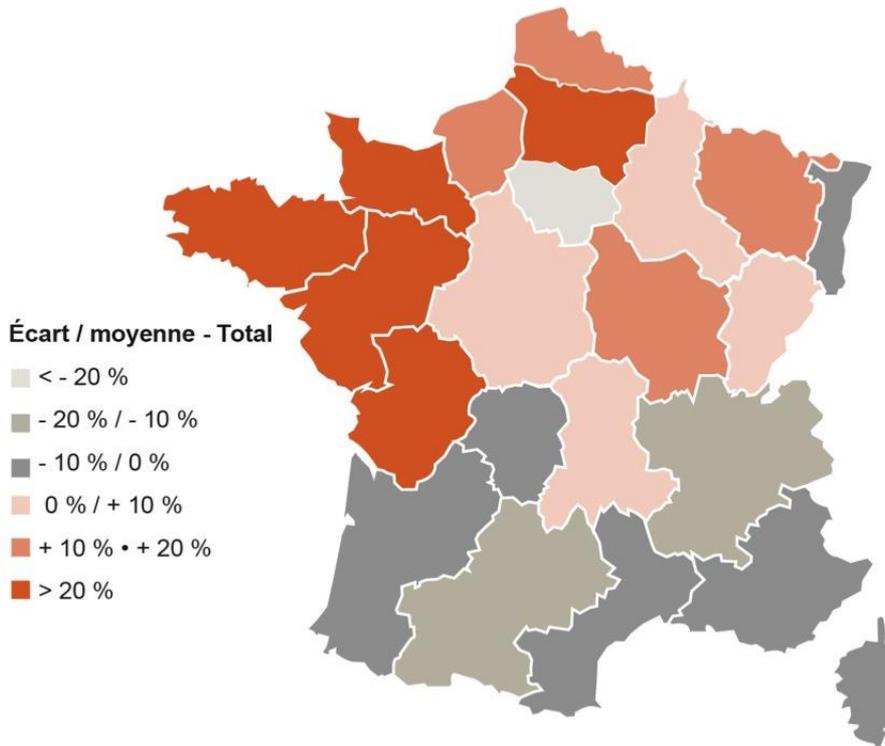
Source : OMS Europe

1. Kovess-Masfety V. La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Rapports et documents – Centre d'analyse stratégique – Novembre 2009.

Un problème de santé publique

Des disparités régionales existent avec une **surmortalité par suicide** dans les régions du nord de la France ¹

Variation avant correction



Variations régionales, avant et après correction, des taux de décès par suicide par rapport à la moyenne nationale (taux standardisés, deux sexes), France métropolitaine, année 2006.

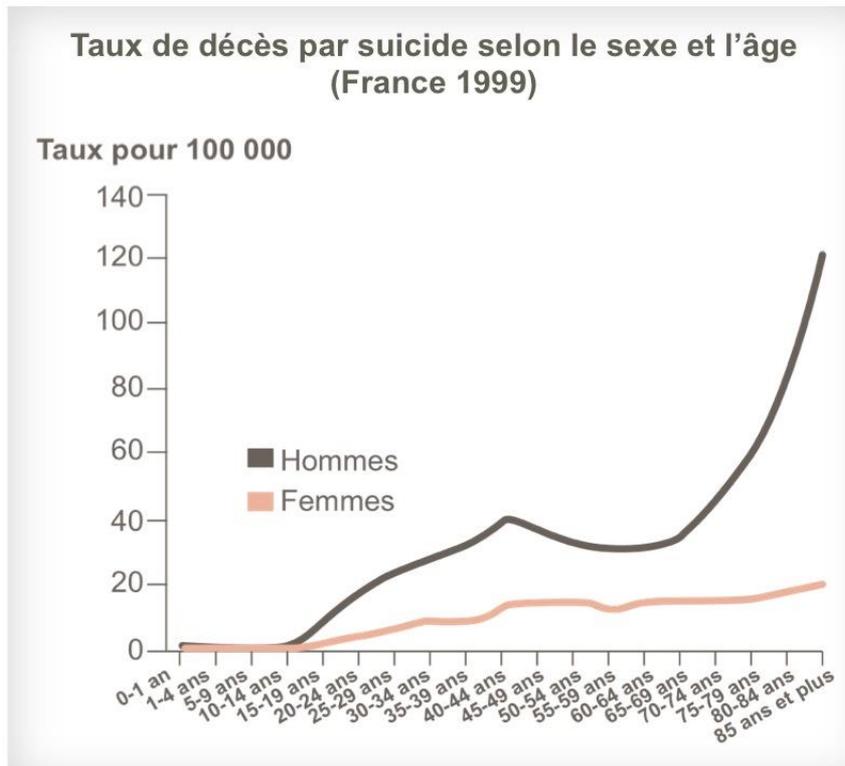
Les 5 régions aux plus fortes mortalités sont : Bretagne, Poitou-Charentes, Picardie, Basse-Normandie et Pays-de-la-Loire

Adapté d'Aouba *et al.* ¹

1. Aouba A *et al.* Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. BEH. 2011;47-48:497-500.

Un problème de santé publique

La prévalence des tentatives de suicide et des décès par suicide varie en fonction de l'âge et du sexe ^{1,2}



D'après Kovess-Masfety ²

Les taux de suicides aboutis sont **six fois plus élevés dans la population âgée de plus de 85 ans par comparaison aux 15-24 ans** ²

Les hommes se suicident 3 fois plus que les femmes ² mais les femmes sont 3 fois plus nombreuses à faire des tentatives de suicide ²

La mortalité par suicide représente la **deuxième cause de mortalité chez les 15-44 ans**, juste après les accidents de la route et la première cause de mortalité chez les 30-39 ans ²

1. Beck F *et al.* Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH. 2011;47-48:488-92.

2. Kovess-Masfety V. La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Rapports et documents – Centre d'analyse stratégique – Novembre 2009.

SUICIDE : UN « FAIT SOCIAL TOTAL » ?

(Marcel MAUSS)



ASPECTS SOCIAUX
(sociologiques,
juridiques,
criminologiques,
économiques...)

ETHNOLOGIE
(ethnopsychiatrie...)

MORALE
ETHIQUE RELIGION
PHILOSOPHIE

ASPECTS CULTURELS
(historiques,
littéraires,
esthétiques
...)

EPIDEMIOLOGIE
(démographie, statistiques,
quantification, santé
publique...)

SUICIDE
TENTATIVE DE SUICIDE

PEDAGOGIE
(école, monde éducatif...)

MEDECINE
(médecine générale, légale,
urgences, toxicologie,
réanimation, psychiatrie,
biologie, génétique...)

THERAPEUTIQUE ET PREVENTION

PSYCHOLOGIE
(Psychopathologie,
psychanalyse...)

LE PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE

SUICIDE	GESTE MORTEL ABOUTI ACCOMPLI (DE PRÉFÉRENCE À « RÉUSSI »)	SUICIDÉ
TENTATIVE DE SUICIDE (TS, TENTATIVE D'AUTOLYSE, PARASUICIDE)	GESTE NON MORTEL	SUICIDANT
PROJET ET IDEES SUICIDAIRES	PAS DE PASSAGE A L'ACTE	SUICIDAIRE

Evolution schématique des conceptions concernant le suicide (1)

FIN DE L'ANTIQUITE GRECO-LATINE



XVIIIème SIÈCLE
(1734)

- Conception **criminologique** (homicide de soi-même)
- Le suicide est un **mal** et un double crime
- Son histoire se confond avec celle de sa **répression**
- **Lèse-majesté**
 - ▶ **humaine** (crime)
 - ▶ **divine** (sacrilège)

Evolution schématique des conceptions concernant le suicide (2)



E. Durkheim
(1858-1917)

XIXème siècle



Conception **victimologique**
Le suicide devient un **symptôme**

du **sujet**

de la **collectivité**

lectures psychiatriques
psychologiques
psychopathologiques
psychanalytiques

lectures sociologiques
socio-démographiques
socio-culturelles
anthropologiques

SUICIDE - TENTATIVE DE SUICIDE

- **Niveau de vigilance**
 - Confusion ? Pré-démence ? Démence ? BDA?
- **Intentionnalité suicidaire**
 - Ambivalence (dormir, oublier...)
- **Représentation de la mort**
 - comme un processus irréversible
 - Variabilité
- **Equivalents suicidaires**
 - Addictions (alcool, toxicomanies)
 - IEA
 - TCA
 - AEG et syndromes de glissement
 - AVP
 - Conduites à risque et ordalies
 - (...)



Hypnos et Thanatos

Cratère à figures rouges

(vers 515 av. J.-C.)

New York, Metropolitan
Museum of Art

Dépister est-ce possible!



La communication

La crise

La prévention



LA COMMUNICATION

SAVOIR DÉCRYPTER

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (1)*

- **Désir de mourir**
 - *Je désirerais être mort.*
 - *Je ne demande qu'à dormir.*
- **Supériorité de la mort**
 - *La seule solution pour moi, c'est de mourir.*
 - *Je serais beaucoup mieux mort.*

(*Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (2)*

- **Tout le monde irait mieux si le patient était mort**

- *Ce serait mieux pour tout le monde si j 'étais mort.*
- *Je cause tant d 'ennuis à ma famille en continuant à vivre.*
- *Si j 'étais mort, je ne manquerais à personne.*

(*Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (3)*

- **Intention de commettre un suicide**

- *Je vais me tuer.*
- *Je sais ce que je vais faire et personne ne pourra m'en empêcher.*
- *Dès mon retour à la maison, je prendrai mon fusil et je me ferai sauter la cervelle.*
- *Je connais la solution à tous mes problèmes et il n'y en a qu'une.*

(*Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (4)*

- **Incapable de continuer**

- *Je ne peux plus continuer comme ça.*
- *Il faut que ça s'arrête.*
- *C'est trop pour moi.*
- *Je souffre trop.*

(*Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (5)*

- **Parler des méthodes de suicide**
- *Je me demande si se noyer est douloureux.*
- *Est-ce qu'avaler du verre peut me tuer ?*
- *J'ai des pilules à la maison.*
- *Si on se pend, on ne doit rien sentir.*
- *Il y a toujours un moyen pour en finir.*

(*Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (6)*

- **Menaces de suicide**
 - *Si elle me quitte, je me flingue.*
 - *Vous regretterez la façon dont vous m 'avez traité.*
- **Sombres prédictions**
 - *Je ne verrai pas un autre Noël.*
 - *A votre retour, je ne serai peut-être plus là.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (7)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

- **Mettre ses affaires en ordre**
- **Partir pour un long voyage**
- *Je désire rédiger un nouveau testament.*
- *Il y a longtemps que je voulais te donner mes skis, je n'en aurai plus besoin.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (8)*

- **Avoir peur ou non de la mort**

- *Je n 'ai pas peur de mourir.*

- *J 'ai peur de me suicider à cause de ma religion.*

- **Parler d 'enterrement ou de tombe**

- *J 'ai pensé à la crémation.*

- *Je me demande ce qui nous arrive, une fois que l 'on est enterré.*

(*Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



LA CRISE SUICIDAIRE

Crise suicidaire: comment la définir?

- Période où, pour un sujet donné, le suicide devient une solution pour mettre fin à sa souffrance actuelle
- Cette période, marquée par la souffrance et la tension, dure souvent de 6 à 8 semaines
- Une tentative de suicide peut survenir pendant cette période de crise

Reconnaître l'état de crise

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

Distorsions cognitives en phase de crise suicidaire

- Tout va mal
- Personne ne m'aime
- Plus personne ne m'aime
- Personne ne m'a jamais aimé
- Je dérange tout le monde
- J'ai tout essayé, rien n'a marché
- Il n'y a plus rien à faire
- Toute ma vie est un échec

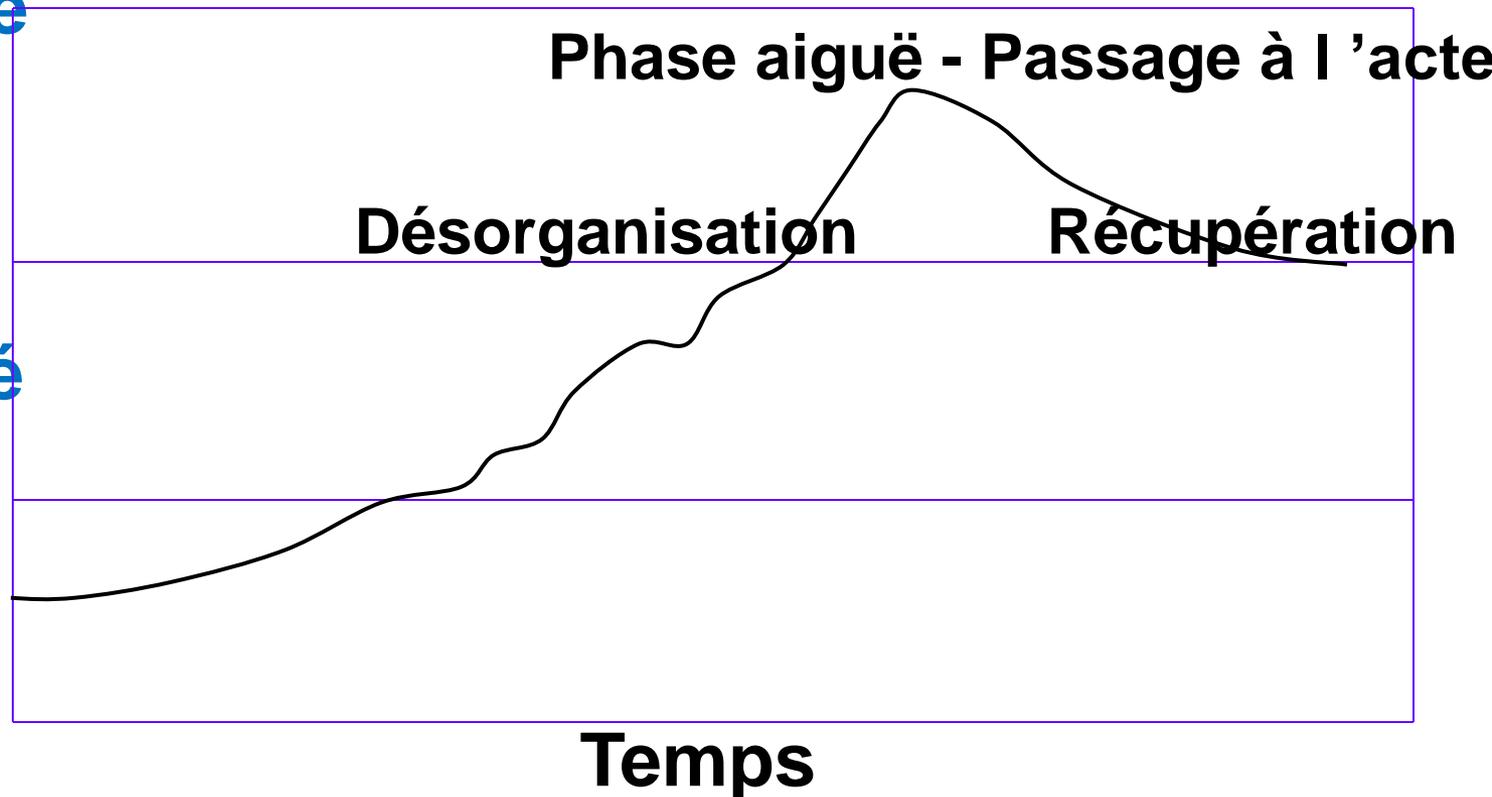
Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?

La progression de la crise :

État de crise

État de
vulnérabilité

État
d'équilibre



Crise psychosociale et crise psychiatrique

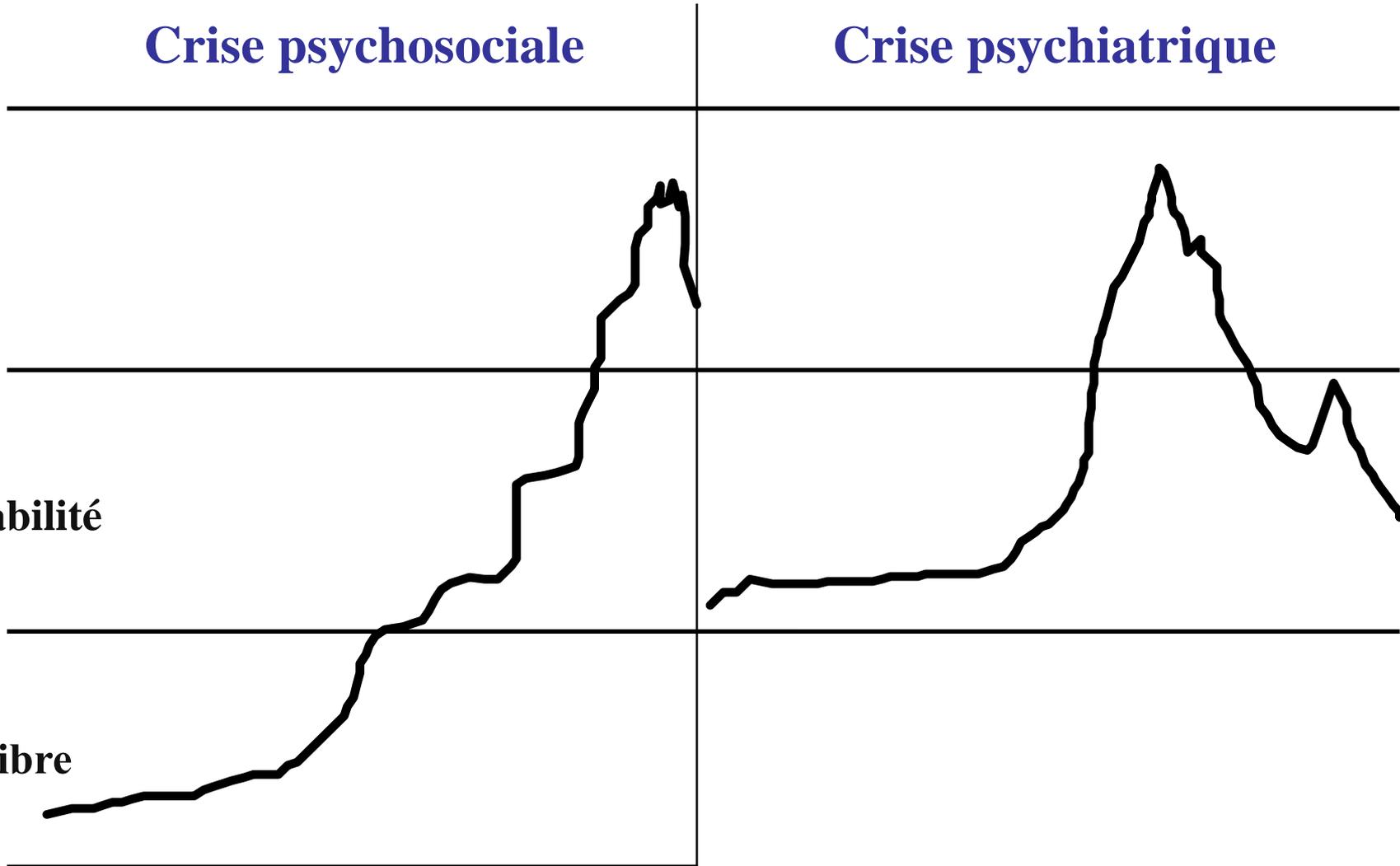
Crise psychosociale

Crise psychiatrique

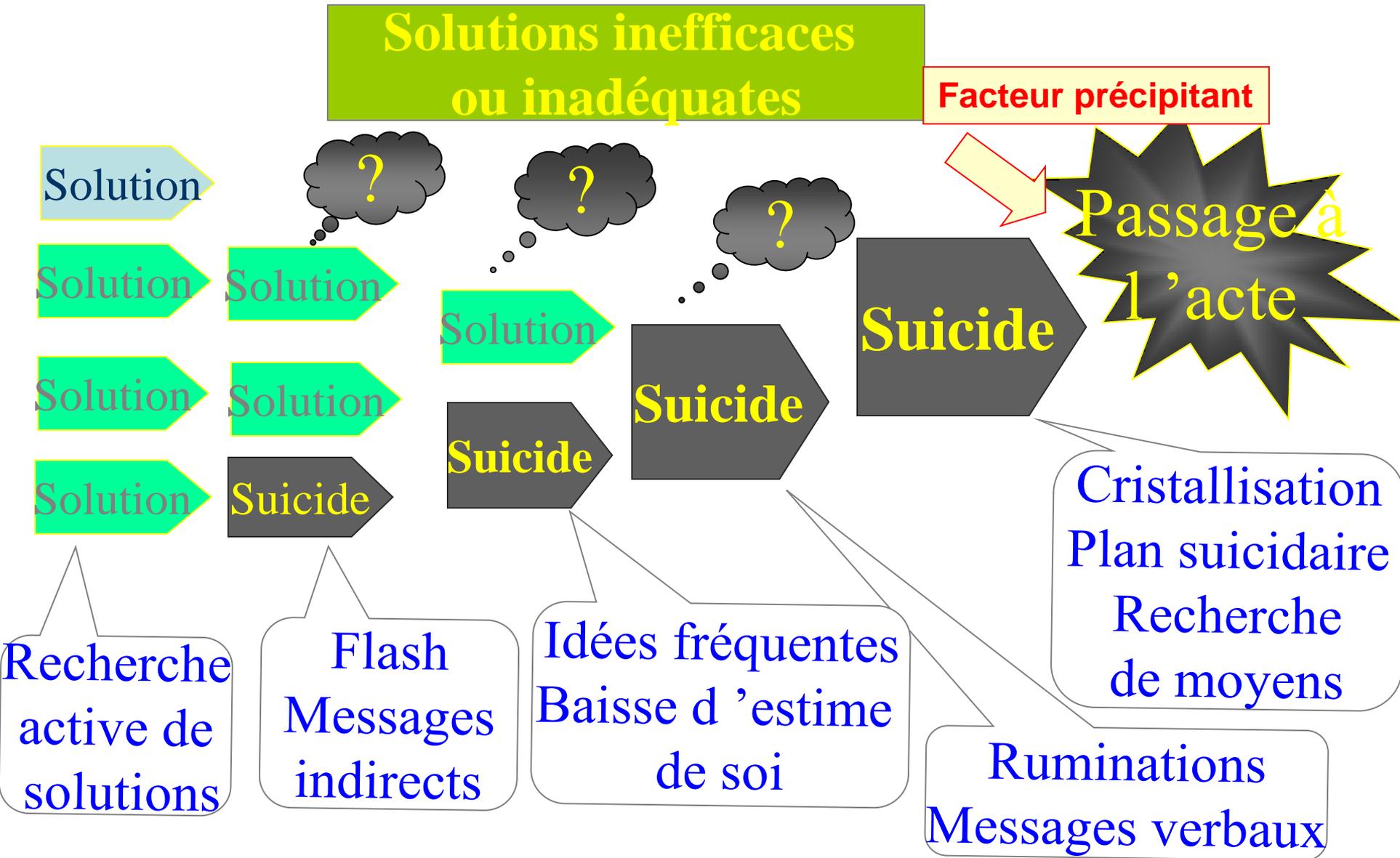
**État de
crise**

**État de
vulnérabilité**

**État
d'équilibre**

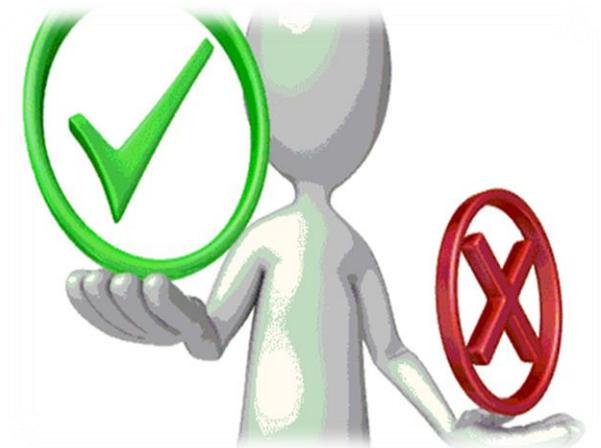


Modèle de la crise suicidaire



EVALUER

Le risque, la gravité



Prévention

Primaire

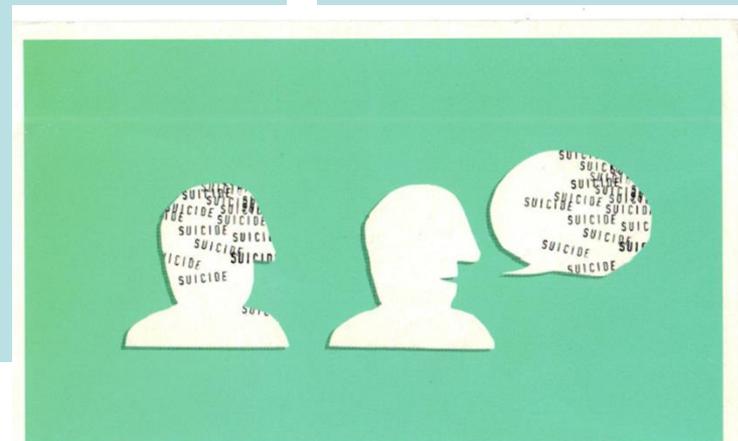
- Améliorer l'état de santé global (?)
- Information (en parler mais comment ?)
- Formation (secourisme psychologique ?)
- Associations
- **Action sur les moyens** (arme a feu, médicaments, lieu a risques)
- Loi (1987)

Secondaire

- Groupes à haut risque (Dépression, Schizophrénie, Addictions)
- Formation

Tertiaire

- Post-vention
- Comment éviter répétition ou suicide abouti ultérieur chez un suicidant ?



PLUS ON EN PARLE, MOINS ON Y PENSE

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT/SUICIDAIRE

La crise suicidaire , des particularités au niveau:

- **Émotionnel** : un sujet
 - coupé de ses émotions,
 - ou submergé par celles-ci
- **Cognitif** :
 - rigidité et surtout restriction cognitive
 - faible capacité de résolution de problème
- **Comportemental** :
 - repli, inhibition
 - ou agitation, hostilité...



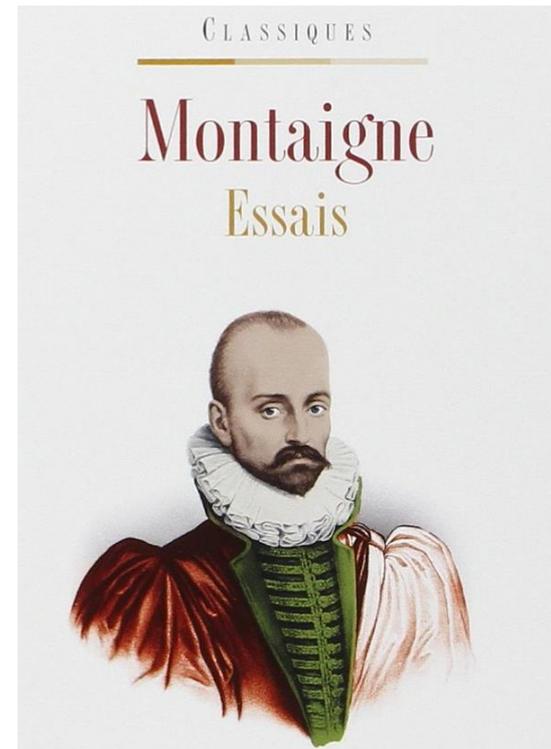
EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

Evaluation basée sur le recueil de données cliniques

- ATCD (personnels et familiaux, médicaux et psychiatriques, en particulier suicidologiques)
- Etat de santé actuel (somatique et psychiatrique)
- Situation familiale, professionnelle, sociale...
- Mode de vie et histoire personnelle
- Facteurs déclenchants évoqués
- Modifications récentes du comportement
 - Alcoolisations, violences inhabituelles, agressivité, fugues, absentéisme, isolement relationnel, plaintes somatiques, prises de risques...
- Description de la TS : moyens, gravité, séquelles...
- Intentionnalité suicidaire

Stratégies et séquences d'intervention

1. Établissement d'un **lien de confiance** entre l'intervenant et la personne suicidaire
2. Évaluation rapide et efficace du **risque**, de **l'urgence** et de la **dangerosité** du scénario suicidaire (R.U.D)



« La parole est moitié à
celui qui parle, moitié à
celui qui écoute »
III,13

ABORD DU PROBLÈME

- Passage progressif d'une relation à deux
- ...à une relation centrée sur le problème.
- Le but est d'arriver à une décentration progressive du patient :

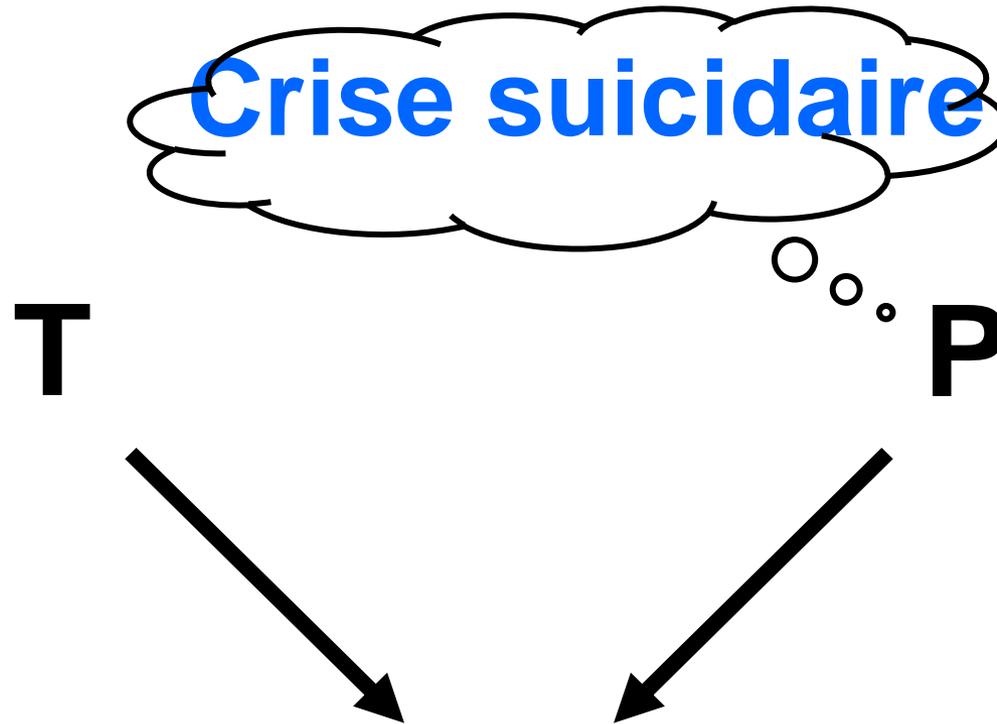
Contemplation du problème.

Relation thérapeutique établie

Crise suicidaire

P

Relation thérapeutique établie



Emmanuel Carrère

Le Royaume

**EMMANUEL
CARRÈRE**

F.O.L.



F Roustang – « Si j'étais vous, je passerais à autre chose. »

E Carrère – « A quoi ? »

F Roustang – « Eh bien, vous avez parlé du suicide. Il n'a pas bonne presse de nos jours, mais quelquefois c'est une solution. »

Ayant dit cela, il est resté silencieux. Moi aussi. Puis il a repris : « Sinon, vous pouvez vivre. »

POTENTIEL

POTENTIEL



POTENTIEL

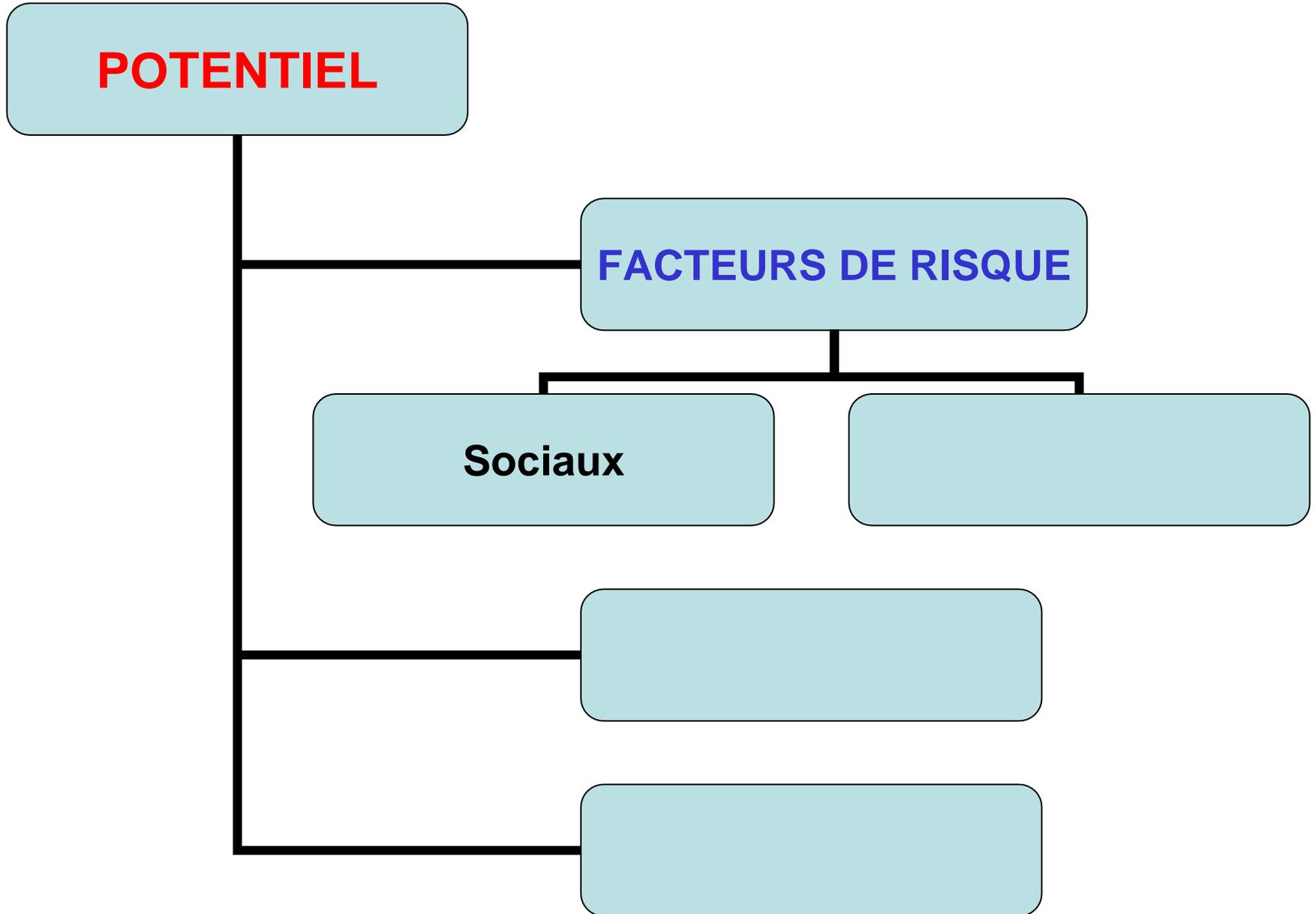
R

U

D

POTENTIEL

RISQUE



FACTEURS DE RISQUE SOCIAUX ET SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Age
- Sexe
- Statut matrimonial
- Emploi
- Habitat
- Confession
- **Intégration** et anomie
- Environnement familial et relationnel
- Pertes, séparation, abandon
- Violences, maltraitance
- Difficultés financières, judiciaires
- (...)



Phénomène suicidaire et lien

- La crise suicidaire est une **pathologie du lien**
 - le suicidé meurt seul et souvent sans témoin
 - suicidants et suicidés souvent isolés (quantité et qualité de l'environnement relationnel)
- Passage à l'acte
 - quand les liens sociaux ont disparu ou deviennent problématiques
 - décès, rupture, séparation, licenciement (...)



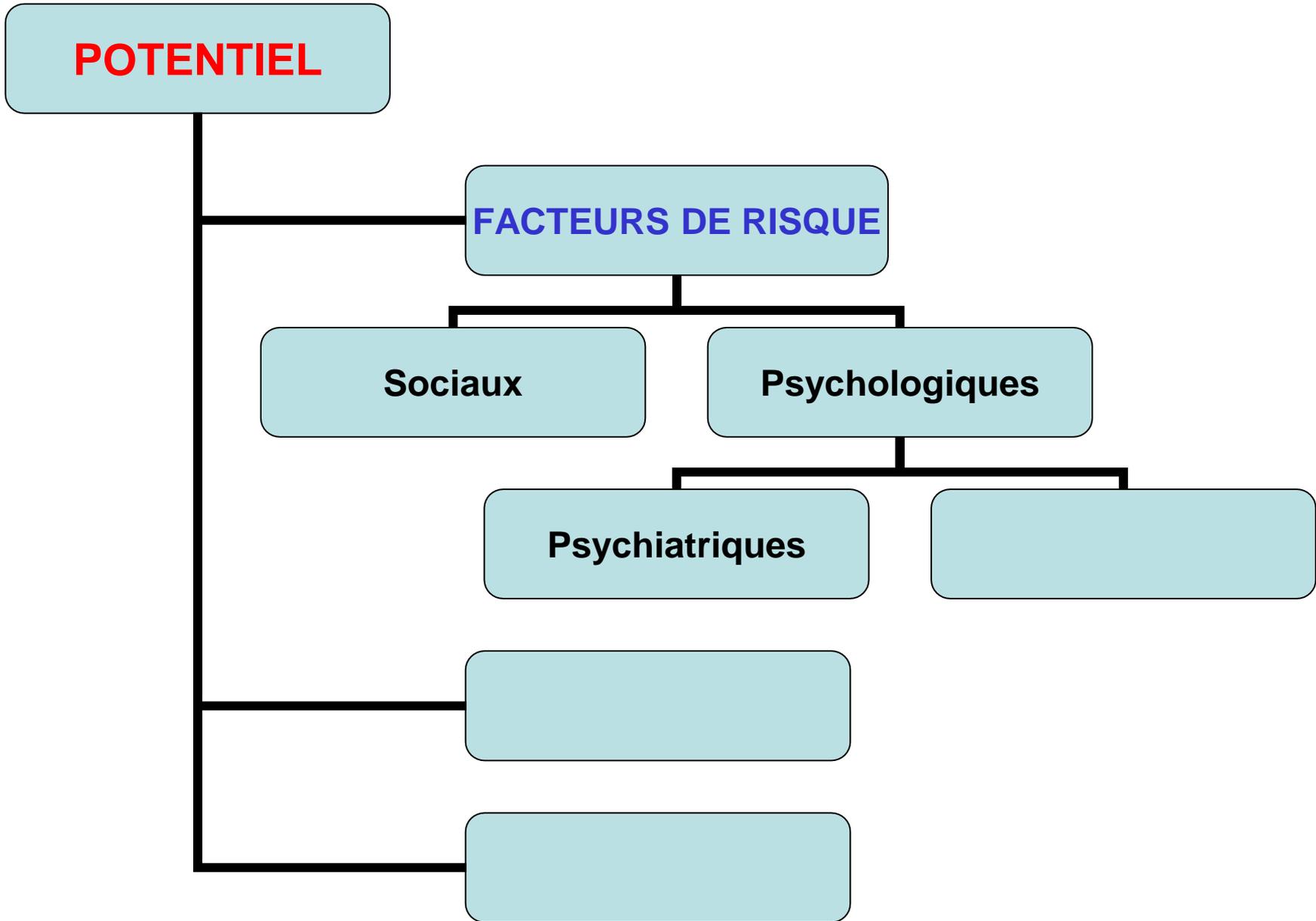
POTENTIEL

FACTEURS DE RISQUE

Sociaux

Psychologiques





Facteurs de risque *

<i>Groupe</i>	<i>RR</i>	<i>%suicide</i>
Trouble psychiatrique actuel ou ancien	x10	50
Contact actuel ou récent avec psychiatrie		2
4 semaines après la sortie	Fx100	10-15
	Hx200	
Antécédents de tentative de suicide	x10-30	30-47
Antécédents familiaux de suicide		4

*Gunnel et Frankel, 1994, Angleterre et Pays de Galles

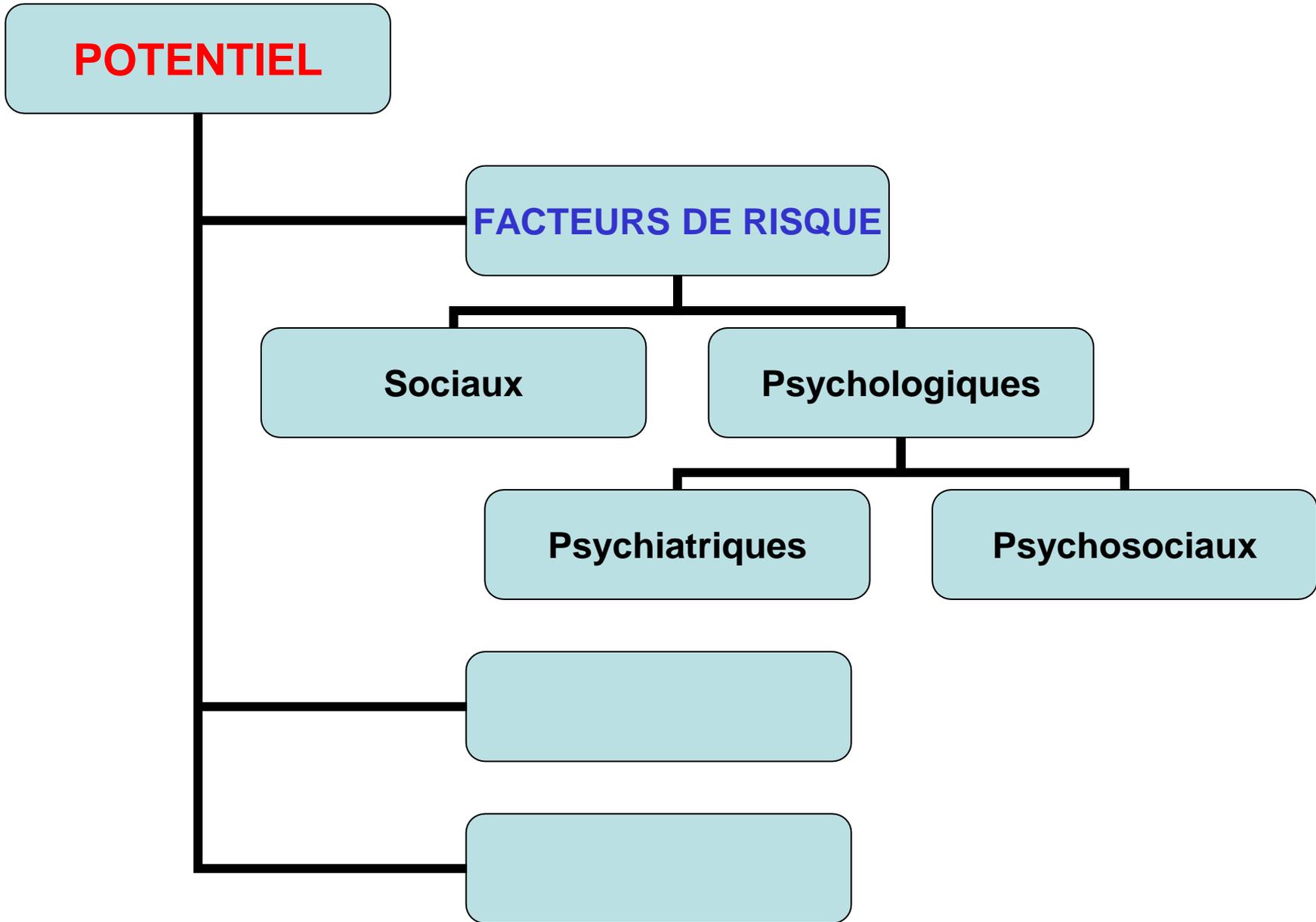
Facteurs de risque (2)

<i>Groupe</i>	<i>RR</i>	<i>%suicide</i>
Alcoolisme	x20	15-25
Maladie physique ou handicap sévère		4-32
HIV ou SIDA		1-2
Prisonniers	x5	<1
Médecin	x2	<0.1
Sans emploi	x2	6

*Gunnel et Frankel, 1994, Angleterre et Pays de Galles

QUELQUES GRANDES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- **Troubles affectifs**
- **Troubles anxieux**
- **Addictions**
- **Psychoses**
- **Troubles de la personnalité**



Troubles de l'adaptation

Définition

- « Etat de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. »

Troubles de l'adaptation

Définition

- Un des diagnostics psychiatriques les plus fréquents en HG et aux Urgences
- Psychotraumatologie de la vie quotidienne
- Consistance nosologique faible
- Frontière fct normal / fct pathologique
- Etat aigu transitoire
- Symptômes émotionnels et/ou comportementaux cliniquement significatifs, en réponse à un événement ou une succession d'événements stressants
- A tout âge
- < 3 mois
- Pas > 6 mois

Troubles de l'adaptation

- **Symptômes émotionnels et/ou comportementaux cliniquement significatifs**
 - Soit une souffrance marquée, plus importante qu'attendue
 - Dépressivité, pleurs
 - Anxiété, tension, inquiétude
 - Irritabilité, susceptibilité accrue
 - Tr du sommeil, de l'appétit
 - Incapacité à faire face
 - Soit une altération significative du fonctionnement psychosocial avec parfois troubles des conduites (alcoolisations, fugues, absentéisme, conduites à risque, TS, violences ...)
 - Parfois masque somatique (plaintes floues, céphalées, douleurs, insomnie, asthénie, vertiges, tr fonctionnels, tr mnésiques, attentionnels...)
- **D'intensité insuffisante à faire porter le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ou de troubles anxieux**

Troubles de l'adaptation

Le poids d'un événement, *life event*

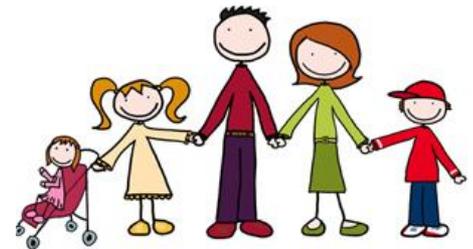
- Toujours présent, toujours invoqué
- Unique ou multiple
- Ponctuel ou répété ou continu
- D'ordre réactionnel
 - deuil, pertes, chômage, survenue d'une maladie, problèmes financiers, professionnels, judiciaires...
- Ou relationnel
 - conflit conjugal, sentimental ou familial
- Centré par une perte
- Limité au sujet ou concernant ses proches
- Etapes de la vie : mariage, changement professionnel, retraite, paternité ou maternité, départ du dernier enfant...
- La plupart du temps négatif, mais parfois positif
 - Promotion, naissance, déménagement...



EVALUER AUSSI

les facteurs de protection et de résilience

- Ressources internes
 - Bonne estime de soi
 - Capacité de *coping*
 - Mise en œuvre de mécanismes de défense adaptés
 - Humour préservé
 - Capacité à dire non
 - Capacité à prendre du recul et à l'insight
 - Optimisme de fond
 - Demande et recherche de soutien
- Ressources environnementales
 - Bonne cohésion familiale
 - Soutien amical
 - Lien social
 - Bonne intégration
 - Activités extérieures (sport, loisirs, investissement associatif...)



EVALUER AUSSI

les facteurs de protection et de résilience

- **Estime de soi**
- **Contrôle de soi**
 - Externe
 - Interne
- **Coping**
- **Soutien social**
 - Quantitatif
 - Qualitatif



POTENTIEL

RISQUE

URGENCE



POTENTIEL

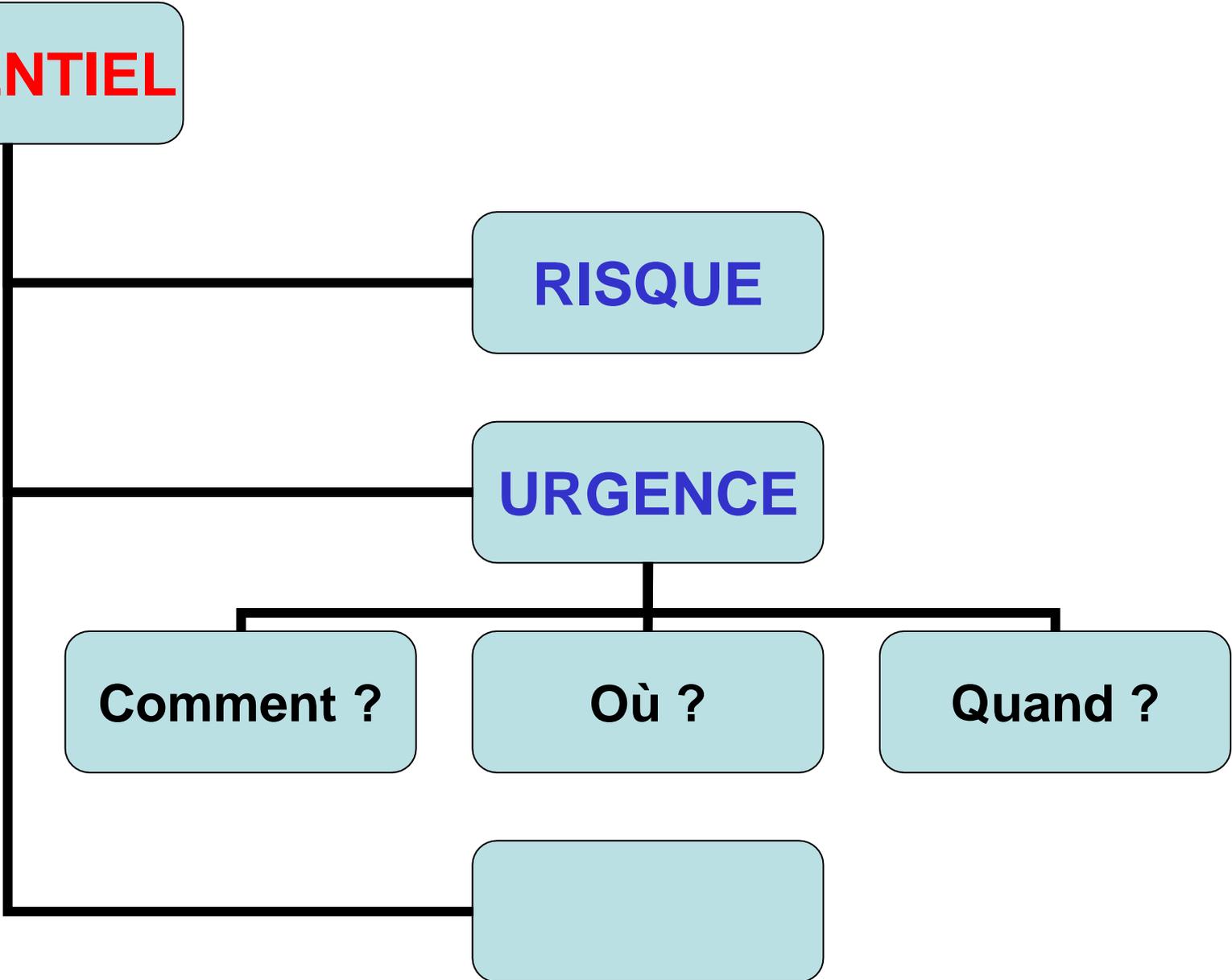
RISQUE

URGENCE

Comment ?

Où ?

Quand ?



Évaluation de l'urgence suicidaire

- Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide
- **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashes
- **Moyen**: scénario envisagé, mais reporté
- **Élevé**: planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir

POTENTIEL

RISQUE

URGENCE

DANGER

POTENTIEL

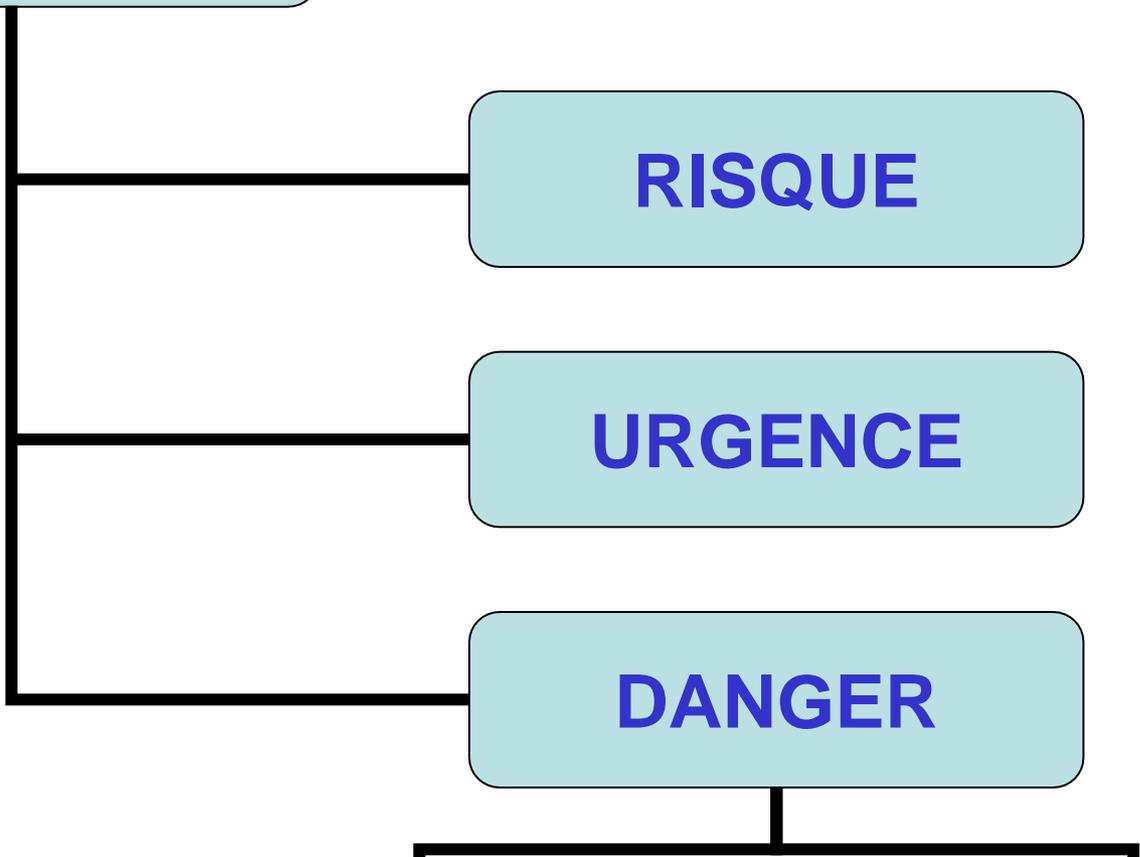
RISQUE

URGENCE

DANGER

Léthalité

Accessibilité



Évaluation de la dangerosité du scénario suicidaire

- Pendaison
- Armes à feu
- Saut ou précipitation
- Impacts véhiculaires
- Immolation
- Electrocutation
- Suffocation
- Noyade
- Exsanguination



Mais aussi: Inventaire des raisons de vivre

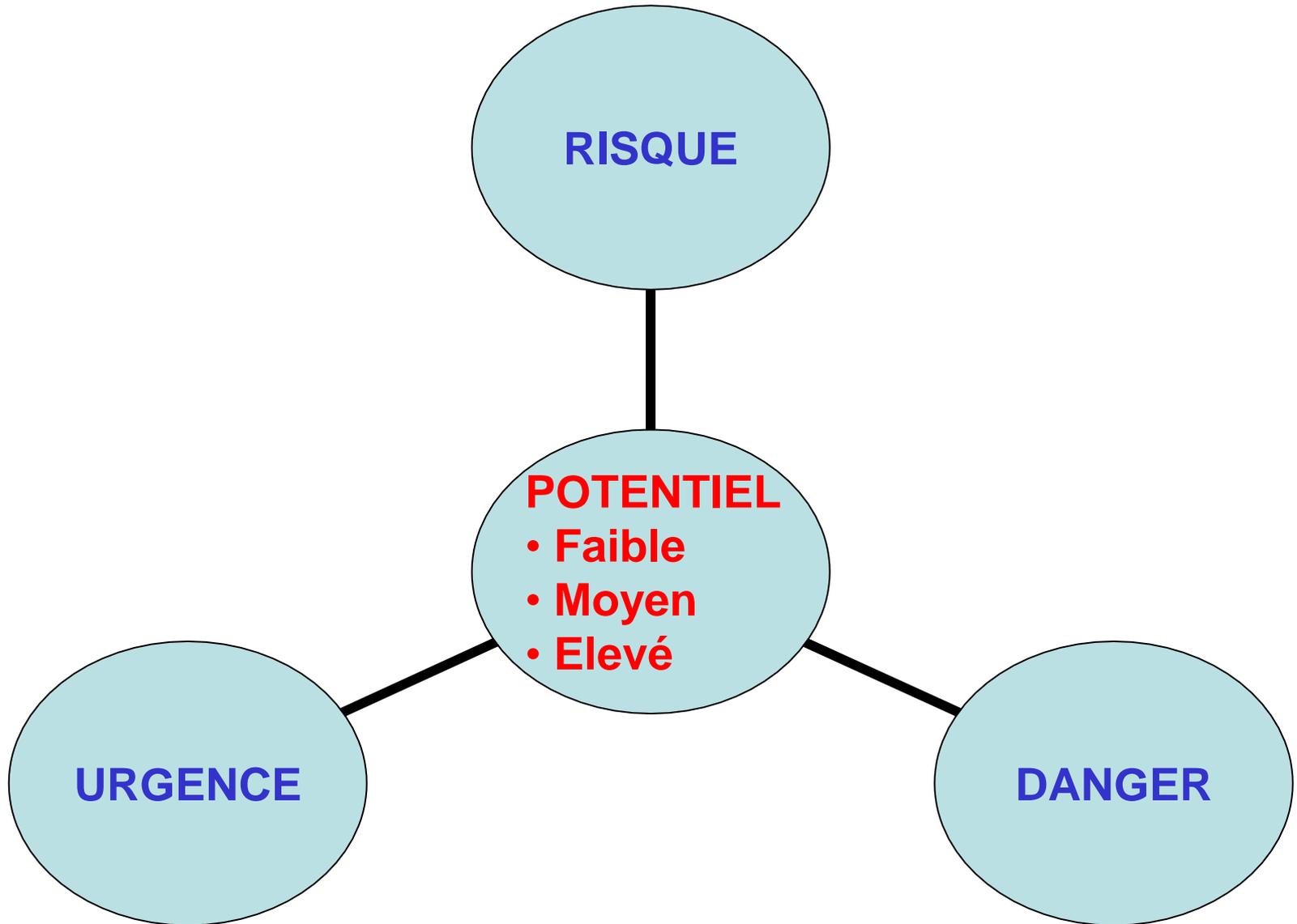
6 sous-catégories

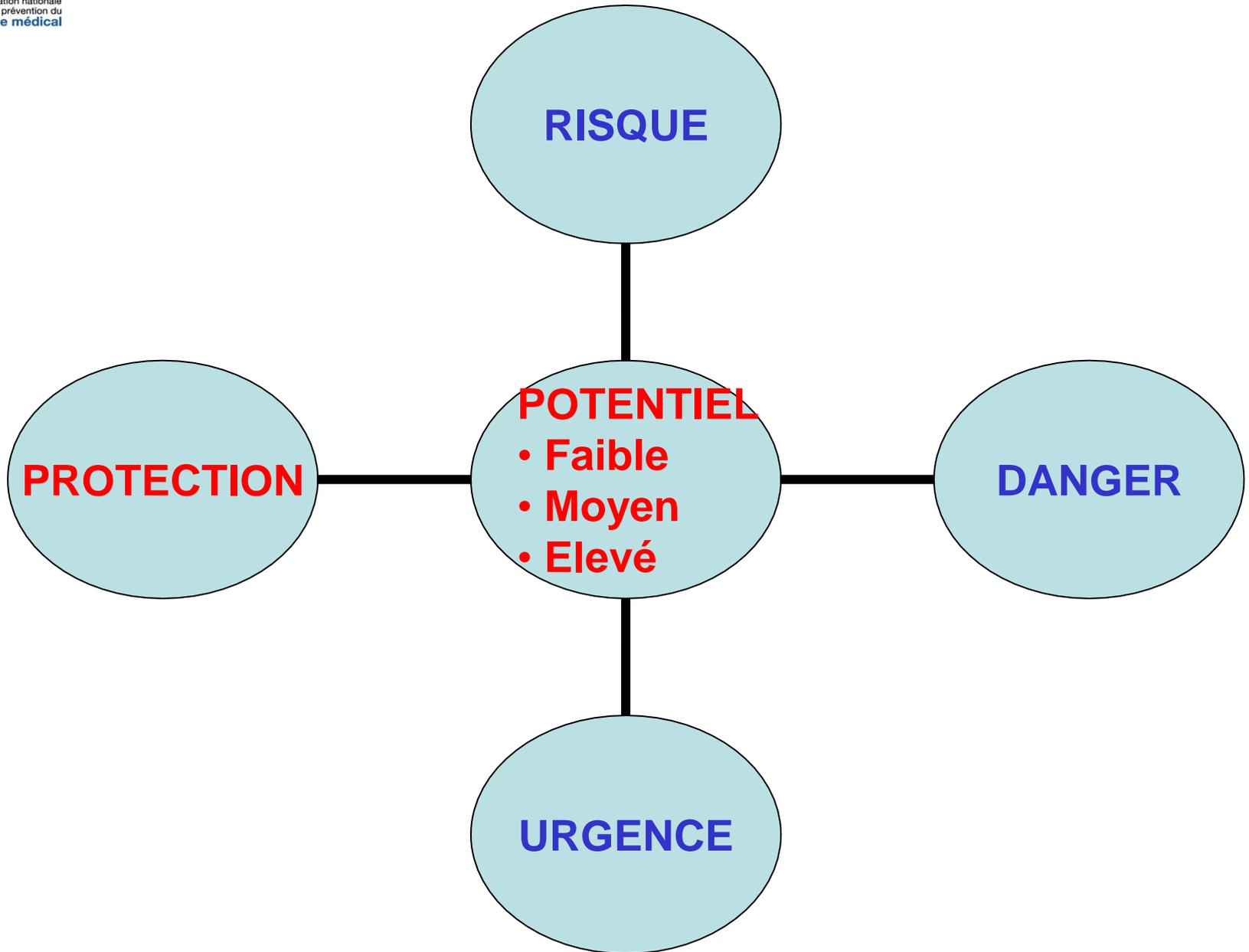
– Raisons positives de vivre

- Croyances en la survie et en ses capacités à survivre
- Responsabilités envers la famille
- Préoccupations en rapport avec les enfants

– Raisons négatives liées au suicide

- Crainte du suicide
- Crainte de la désapprobation sociale
- Objections morales





RUD + Facteurs de protection

	Risque	Urgence	Danger	Facteurs de protection
Elevé				
Moyen				
Faible				
Potentiel Suicidaire				

RUD + Facteurs de protection + Raisons de vivre

	Risque	Urgence	Danger	Facteurs de protection	Raisons de vivre
Elevé					
Moyen					
Faible					
Potentiel suicidaire					

Intervenir



Oui mais Comment?

Pistes d'intervention

- Aborder directement les intentions suicidaires
 - « Est-ce que vous souffrez au point de vouloir vous suicider ? »
 - « Est-ce que vous avez pensé à la manière dont vous pourriez vous suicider ? »
- Écouter et permettre l'expression des émotions : **valider les émotions** chez une personne
 - dont la tension émotionnelle entraîne un épuisement des ressources cognitives
 - dont la perception de la réalité est brouillée
 - centrée sur des solutions inadaptées
 - « J'ai tout essayé et rien n'a marché. Il n'y a pas d'autre solution. »

« Dites-moi ce qui vous fait mal au point de vouloir vous suicider. »

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT/SUICIDAIRE

- Evaluation basée sur le recueil de données cliniques
- Critères d'urgence
 - Détermination
 - Questions simples et sans détours, mais attention aux réticences, aux minimisations et banalisations, aux présentations trop rassurantes, aux crises qui guérissent trop vite et aux dépressions souriantes
 - Préparatifs et précautions déjà prises
 - Pathologie dépressive franche
 - Angoisse intense, peu ou non maîtrisable
 - Délire et/ou hallucinations
 - Discontinuité comportementale récente
- **Mais**
 - Pas de risque zéro en suicidologie
 - Tant qu'il y a de l'ambivalence, il y a de la vie

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT/SUICIDAIRE

A l'issue de l'évaluation, 2 cas de figure

- **Il existe** une pathologie psychiatrique avérée
 - Troubles dépressifs (tous types)
 - Troubles anxieux
 - Addictions
 - Psychoses
 - BDA
 - Schizophrénie
 - Troubles de la personnalité
 - Personnalités limites
 - Personnalités émotionnellement labiles et impulsives

- **Il n'existe pas** de pathologie psychiatrique avérée
 - **F (43.2) ou Z**
 - Situations de crise ou de détresse psychosociale d'ordre réactionnel ou relationnel
 - Mais
 - Le risque n'est pas moindre pour autant
 - L'avis du professionnel reste requis (faire la part du contexte et des facteurs de personnalité)

Dans tous les cas, le temps d'évaluation est un temps à valeur thérapeutique

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT



Orientation

- Organisation d'un **suivi ambulatoire**, avec un **RV fixé** dans les 8 à 10 jours suivant la sortie
 - MG, psychiatre traitant, CMP, centre de jour, psychiatre libéral, psychiatre hospitalier, psychologue...
- Donner une liste des **lieux ressources** possibles
- Nécessité pour adressage d'un **réseau** d'accueil et d'écoute
- Informer sur la possibilité d'accéder 24h/24 au **SAU**
- Renseigner sur les coordonnées du **service d'accueil**
- Rédaction des **courriers** et des CR d'hospitalisation
- Problème de la **vérification de la compliance** au suivi proposé
- **Dispositifs de veille** (carte postale, SMS, appels...)

Dispositifs de veille : initier et maintenir un lien

- *Case management* et *connectiveness*
- Dispositifs de veille
 - Principe : maintien d'un lien avec le suicidant
 - Etude pionnière JA Motto (2001)
 - Courriers manuscrits
 - VAD
 - Contacts et recontacts téléphoniques (G Vaiva, *BMJ*, 2006)
 - Cartes postales (GL Carter, 2005)
 - Carte ressource, *crisis card* (GL Carter, *BJP*, 2005)
 - SMS (Etude d'efficacité 2014 en cours)
 - Recréation du lien et « Ethique de l'inquiétude »





**QUAND UNE ÉQUIPE DE SOINS
EST CONFRONTÉE AU SUICIDE
D'UN PATIENT...**

Avant /Après

➤ Prévention

- Sécurisation de l'environnement hospitalier
- Optimisation de la prise en charge
- Formation des équipes soignantes
- Implication de l'entourage dans les soins

➤ Procédures post-événementielles à destination:

- de l'équipe
 - analyse de la situation
 - émotions et ressenti
- des proches endeuillés
- des autres patients
- Attention particulière aux impliqués
 - ceux qui ont découvert la scène
 - ceux qui ont porté secours
 - ceux qui ont fait l'annonce du décès



Conclusion : des Mots-clefs

- **Pathologie du lien**
- **Recréer du lien**

- **Ambivalence**
- **Anomie**

- **Aborder directement les IS**
- **Validation des émotions**

- **Réversibilité**
- **Pas de risque zéro ni d'assurance tous risques**



Conclusion: de préparer se former

- Intérêt de s'inscrire aux formations spécifiques
 - ARS « Apprentissage et gestion de la crise suicidaire »
 - DIU « Etude et prise en charge des conduites suicidaires » (Angers, Brest, Nantes, Rennes)
 - GEPS
 - Lyon, 22-25 octobre 2013
 - Fort-de-France, 28-31 octobre 2014
 - Lille CFP, 25-28 novembre 2015
 - Strasbourg, 7-9 janvier 2016
 - FTSLU Liège, 19-23 septembre 2016
 - Montpellier, 10-12 janvier 2018
- Intérêt des formations en simulation (simulation en santé, théâtre-forum)

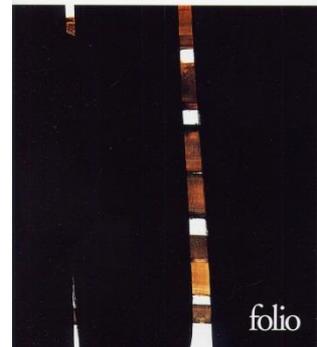


« Une rude tâche que de lancer : « Courage ! » quand on est sur le rivage à quelqu'un qui se noie, ce qui équivaut à une insulte, mais, et la preuve en a été faite à d'innombrables reprises, si l'encouragement est suffisamment opiniâtre – et le soutien également fervent et impliqué – la personne en péril peut dans la grande majorité des cas être sauvée. (...)

Cela peut exiger de la part des autres un dévouement quasi religieux pour convaincre les victimes que la vie vaut la peine d'être vécue, ce qui souvent est en conflit avec le sentiment qu'elles ont de leur propre inutilité, mais ce genre de dévouement a empêché d'innombrables suicides. »

William Styron
Face aux ténèbres. Chronique d'une folie
[*Darkness visible. A memoir of madness*]
Folio, 2005, 118

William Styron
Face aux ténèbres
Chronique d'une folie



RÉFÉRENCES

- ANAES HAS
<http://www.has-sante.fr>
 - Novembre 1998 *Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide*
(Recommandations professionnelles)
 - Octobre 2000 *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*
(Conférence de consensus, John Libbey Eurotext, 2001)
- S.C. SHEA *Evaluation du potentiel suicidaire. Comment intervenir pour prévenir.* Elsevier, 2008
- *Suicide. Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche.* ONS, novembre 2014
- *Suicide. Connaître pour prévenir: dimensions nationales, locales et associatives.* ONS, février 2016
- *Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire. Annuaire des acteurs ressources.* AROMSA-ARS, janvier 2013, actualisé 2015