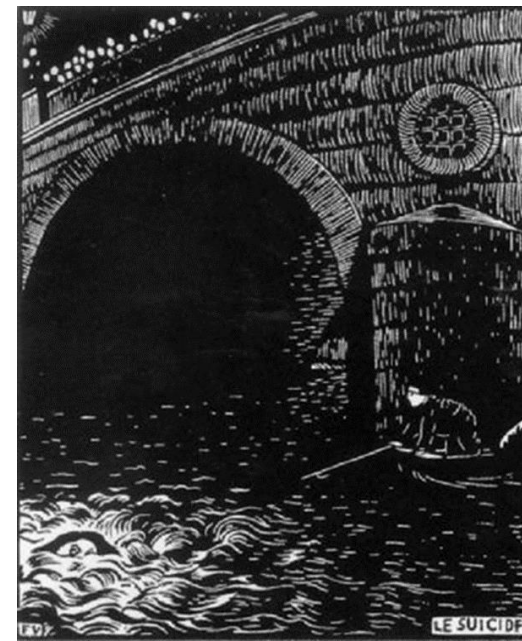


L'évaluation du risque suicidaire : un concept dépassé ?



Vallotton, 1894

Jeudis d'Unisanté
6 Février 2025

Dr Laurent Michaud, PD-MER
Médecin chef
Psychiatrie de liaison
Département de Psychiatrie CHUV

PLAN

- VRAI-FAUX : quelques idées sur le suicide
- Rencontre avec la personne en crise
- Formations, outil et interventions: évolution et update
- Naviguer dans le réseau
- Conclusions et messages à retenir

PLAN

- **VRAI-FAUX : quelques idées sur le suicide**
- Rencontre avec la personne en crise
- Formations, outil et interventions: évolution et update
- Naviguer dans le réseau
- Conclusions et messages à retenir

EPIDÉMIOLOGIE

En Suisse, en termes d'années de vie perdues, le suicide est équivalent aux accidents de la route

VRAI OU **FAUX**

EPIDÉMIOLOGIE

Le taux de suicide diminue continuellement en Suisse depuis les années '80

VRAI OU **FAUX**

PRÉVENTION ET PRÉDICTION

En clinique, on peut prédire le suicide à venir au moyen d'outils ad hoc

VRAI **OU** **FAUX**

LE MYTHE DE LA PRÉDICTION (I)... 1983

Prediction of Suicide in Psychiatric Patients

Report of a Prospective Study

Alex D. Pokorny, MD

• A prospective research study attempted to identify persons who would subsequently commit or attempt suicide. The sample consisted of 4,800 patients who were consecutively admitted to the inpatient psychiatric service of a Veterans Administration hospital. They were examined and rated on a wide range of instruments and measures, including most of those previously reported as predictive of suicide. Many items were found to have positive and substantial correlations with subsequent suicides and/or suicide attempts. However, all attempts to identify specific subjects were unsuccessful, including use of individual items, factor scores, and a series of discriminant functions. Each trial missed many cases and identified far too many false positive cases to be workable. Identification of particular persons who will commit suicide is not currently feasible, because of the low sensitivity and specificity of available identification procedures and the low base rate of this behavior.

(Arch Gen Psychiatry 1983;40:249-257)

L'étude montre beaucoup trop de faux positifs pour être exploitable. L'identification des personnes susceptibles de se suicider n'est actuellement pas faisable en raison de la faible sensibilité et spécificité des procédures d'identification disponibles et du faible taux de base de ce comportement

other treatment or rehabilitative measures. Such an approach has the advantage of placing the treating team and the patient more nearly on the same side, both fighting the "disease," distress, or discomfort. Unfortunately, not all distress, dysphoria, or misery can be removed.

The third possibility is to instill some ethical or moral barriers to the act of suicide, making such behavior less "available" to the patient. It is questionable whether this can be done in adulthood, after suicidal behavior or preoccupation has already appeared. It may work only if taught or instilled during childhood.

Each of these three approaches requires considerable time and individual attention. It is not feasible to apply them to whole populations or even sizable subsets of whole populations. We need to apply them to those persons who will almost certainly commit suicide unless prevented. Hence, there is a pressing need for "prediction" of suicide, ie, identification of the persons who will commit suicide unless stopped.

LE MYTHE DE LA PRÉDICTION (II)... 2017...

BJPsych

The British Journal of Psychiatry
1-9. doi: 10.1192/bjp.bp.116.182717

Review article

Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales

Gregory Carter, Allison Milner, Katie McGill, Jane Pirkis, Navneet Kapur and Matthew J. Spittal

Background

Prediction of suicidal behaviour is an aspirational goal for clinicians and policy makers; with patients classified as 'high risk' to be preferentially allocated treatment. Clinical usefulness requires an adequate positive predictive value (PPV).

Aims

To estimate the positive predictive value (PPV) of clinical instruments used to predict suicidal behaviours.

26.1–39.6%) for hospital-treated self-harm and 26.8% (95% CI 19.5–35.6%) for psychiatric in-patients.

Conclusions

No 'high-risk' classification was clinically useful. Prevalence imposes a ceiling on PPV. Treatment should reduce exposure to modifiable risk factors and provide effective interventions for selected subpopulations and selected clinical populations.

Declaration of interest

G.C. chaired the Royal Australian College of Psychiatrists' Clinical Practice Guidelines for the longer term management of self-harm in England but the views in this paper are the author's own and not those of NICE or the Department of Health (UK). G.C. chaired the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists' (RANZCP's) Clinical Practice Guidelines for Deliberate Self Harm but the views in this paper are the author's own and not those of the RANZCP.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2017.

On peut prévenir
mais pas prédire

5.5% (95% CI 3.1–8.1%) for self-harm and 5.5% (95% CI 3.1–8.1%) for self-harm and self-harm prevalence of 25.8–47.4%. Subanalyses on self-harm found pooled PPVs of 16.1% (95% CI 11.3–22.3%) for high-quality studies, 32.5% (95% CI

No 'high-risk' classification was clinically useful.

99 personnes sur 100 à haut risque suicidaire ne mourront pas de suicide.

LE PARADIGME BIOMÉDICAL ET LA VOLONTÉ PRÉDICTIVE

- Le suicide est considéré comme le résultat de la maladie mentale
- La prévention consiste essentiellement à amener les gens suicidaires en soins, y compris dans les approches populationnelles où on se dit qu'il faut faire des campagnes pour que les gens consultent.
- La prévention est trop focalisée sur l'évaluation et la nécessité d'éviter le suicide à tout prix, ce qui empêche la rencontre.

CONSÉQUENCES CLINIQUES

- Importance accordée aux échelles et aux cotations, avec possibles répercussions négatives
 - se sentir faussement rassuré
 - avoir recours inutilement aux soins contraints,
 - répondre à l'anxiété du professionnel,
 - se désengager d'une réelle rencontre clinique avec la personne en souffrance.
- Prééminence des publications quantitatives et épidémiologiques et peu d'études cliniques et/ou qualitatives

**ET DONC, COMMENT ON FAIT QUAND ON
RENCONTRE UNE PERSONNE EN CRISE ?**



PLAN

- VRAI-FAUX : quelques idées sur le suicide
- **Rencontre avec la personne en crise**
- Formations, outil et interventions: évolution et update
- Naviguer dans le réseau
- Conclusions et messages à retenir

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE
DES ENJEUX COMPLEXES

La personne suicidaire

Le proche ou le soignant

Tabou
Honte
Faiblesse
Culpabilité
Immoral
Peur

P
i
è
g
e
s

Peur d'en parler
Comment en parler?
Vécus
d'impuissance
Quelle responsabilité?
Que faire?

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE ETABLIR UN LIEN DE CONFIANCE

- Respect et non-jugement
- Être le témoin de la souffrance
- Ne pas chercher/proposer de solutions toutes faites
- Accepter les envies de mort, coexistantes avec le désir de vivre
- Transmettre l'espoir

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE

ETABLIR UN LIEN DE CONFIANCE

- **Aborder directement le sujet**
 - questions explicites
 - pas de périphrases;
- Evoquer la problématique suicidaire avec quelqu'un en souffrance, c'est lui donner le message: « ... vous pouvez en parler avec moi, ce n'est pas un sujet tabou... »

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE

NE PAS RESTER SEUL.E

- Se dégager de l'isolement et de la contamination par le désespoir
- Compléter et affiner l'anamnèse
- Comprendre les dynamiques relationnelles
- Favoriser la mobilisation des ressources propres
- Si le patient dit non?
 - Comprendre ce qui se (re)joue avec les proches
 - Répétition de qqch de l'actuel (les mots sont dangereux)
 - Indication relative à l'hospitalisation (temps d'élaboration)

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE

EXAMEN CLINIQUE

- Anamnèse et status dirigés
- Connaître les substances utilisées
- Attention à la présence d'une psychopathologie sous-jacente :
 - troubles psychotiques
 - troubles de l'humeur
 - troubles anxieux
 - abus de substance
 - anorexie mentale
 - troubles de personnalité (borderline)

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE

CONSTRUIRE UN PLAN DE TRAITEMENT

- **Intervenir sur le moyen choisi (arme, médicament)**
- Élaborer une stratégie d'action à court terme: entente et négociation
- Evaluer les besoins (soins, proches, social) et orienter
- Réfléchir aux changements/événements possibles à venir et les anticiper (plan de crise)
- Penser la continuité

RENCONTRE AVEC LA PERSONNE EN CRISE


MÉDICATION

- Fonction de la clinique et de la psychopathologie sous-jacente
- Penser aux symptômes aggravants (impulsivité, anxiété, troubles du sommeil)
- Pas d'ADP en urgence

PLAN

- VRAI-FAUX : quelques idées sur le suicide
- Rencontre avec la personne en crise
- **Formations, outil et interventions: évolution et update**
- Naviguer dans le réseau
- Conclusions et messages à retenir

EVOLUTION DES PRATIQUES UN TOURNANT AUSSI A L'INTERNATIONAL

Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management 

Keith Hawton, Karen Lascelles*, Alexandra Pitman, Steve Gilbert, Morton Silverman*

- La prévention du suicide dans la pratique psychiatrique a été dominée par les efforts visant à prédire le risque de suicide individuellement, sans succès.
- Plaidoyer pour une approche «centrée sur la personne» et collaborative

NICE GUIDELINES: OUTILS ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION DES RISQUES

- Ne pas utiliser d'outils et d'échelles d'évaluation des risques pour prédire le suicide ou la répétition, ni pour déterminer qui devrait être hospitalisé
- Ne pas utiliser la stratification du risque global en risque faible, moyen ou élevé pour les mêmes objectifs
- **Concentrer l'évaluation sur les besoins de la personne et sur la manière de soutenir sa sécurité psychologique et physique immédiate et à long terme.**

FORMATIONS, OUTIL ET INTERVENTIONS FAIRE FACE AU RISQUE SUICIDAIRE -> PRÉVENTION DU SUICIDE: RENCONTRER ET ACCOMPAGNER



Formation de 2 jours



Formation reconduite plusieurs fois par an



Lausanne (Vaud), Marin (Neuchâtel), Martigny (Valais) ou Posieux (Fribourg)



[S'INSCRIRE](#)

PRÉVENTION DU SUICIDE: RENCONTRER ET ACCOMPAGNER

Dès 2025, la formation "Faire face au risque suicidaire" devient "Prévention du suicide: rencontrer et accompagner". Ce nouveau titre reflète une approche repensée de l'accompagnement des personnes en souffrance suicidaire.

FORMATIONS, OUTIL ET INTERVENTIONS

EVOLUTION DE LA FORMATION

- Suppression de la quantification du RUD et de l'importance accordée aux facteurs épidémiologiques.
- Privilégier une approche qualitative centrée sur l'exploration

medicaments, arme à feu, etc.).

Synthèse

	absent	faible	moyen	élevé
Risque				
Urgence				
Danger				

Les conséquences de cette évaluation et les évaluations suivantes sont à documenter dans le dossier du patient

Les 9 éléments clés pour une prévention du suicide centrée sur la rencontre

Ressources de la personne

Explorer le processus suicidaire et les moyens envisagés

Raconter l'histoire singulière

Collaborer avec la personne et son entourage

Oser parler ouvertement et directement

Ne pas rester seul-e

Transparence comme principe guidant la rencontre et l'accompagnement

Résumer la situation et les risques globaux

Évaluer les besoins de la personne et son état clinique

Les 5 éléments clés pour une documentation et une transmission utile et efficace en milieu psychiatrique institutionnelle

Processus suicidaire (histoire, actuel, futur)

Alliance thérapeutique, ressources et besoins de la personne

Réduction de l'accès aux moyens

Éléments cliniques et psychopathologiques pertinents

Résumer la situation

Ressources de la personne

Reconnaître les objectifs de la personne, ses ressources et son autonomie permet de s'ajuster à sa réalité et à ses possibilités. Il s'agit d'être le témoin de sa souffrance, de transmettre activement l'espoir et de ne pas chercher/proposer de solutions toutes faites. Dans une deuxième phase et pour les cliniciens, les outils comme le Plan de Crise Conjoint (PCC) ou le **Levelling** (ASSIP et **Assip**) sont utiles pour penser la suite de l'intervention.

Explorer le processus suicidaire et les moyens envisagés

Cette exploration permet de rejoindre la personne dans sa souffrance, souvent teintée de honte, de culpabilité, de peur, de colère, etc. et de l'aider à sortir de son isolement. Faire émerger, les idées, les plans, mais aussi leurs mises en action (e.g. gestes, achats, repérages de lieux, lettre), permet de mieux comprendre l'évolution dynamique et fluctuante du processus et, lorsque cela est possible, de limiter l'accès aux moyens en partenariat avec la personne et son entourage (et/ou la police).

Raconter l'histoire singulière

Il est préconisé de privilégier une approche narrative (« Racontez-moi avec vos mots l'histoire de votre tentatives/vos idées suicidaires ») sans attentes ni jugement. Cette démarche permet à la personne, avec le soutien de l'**intervenant**, de revisiter l'histoire de sa souffrance suicidaire et d'en **construire** une nouvelle compréhension.

Collaborer avec la personne et son entourage

La personne en souffrance suicidaire est considérée comme "l'experte" de sa propre histoire de vie et de ses propres actions. Une approche empathique et bienveillante est favorisée, en tenant compte de l'ambivalence entre le "désir de mort" et l'élan de survie. Avec l'accord de la personne, il est recommandé, de manière pro-active, d'informer et d'impliquer ses proches et son réseau.

Oser parler ouvertement et directement

Parler du suicide ouvertement et directement (en utilisant les mots suicide/suicidaire et pas des équivalents/périphrases) c'est surmonter de nombreuses résistances de part et d'autre (e.g. préjugés, fausses croyances, représentation).

Ne pas rester seul-e face à la souffrance suicidaire

Être **confronté** à la souffrance de la personne peut engendrer des mouvements émotionnels intenses (e.g. contamination par le désespoir, sentiment de devoir résoudre les choses **seule** et agir, **substitution**, rejet). Le recours à un tiers permet d'atténuer ces phénomènes.

Transparence comme principe guidant la rencontre et l'accompagnement

L'**intervenant** favorise, en s'appuyant sur ses propres compétences, une relation respectueuse, authentique et transparente, afin de transmettre un sentiment de confiance et de sécurité. Si l'accès au vécu de la personne en souffrance n'est pas possible, il est recommandé de s'appuyer sur un tiers pour favoriser la rencontre et, au besoin, convenir d'une attitude (e.g. accompagner la personne vers les ressources adaptées, orienter, rester à disposition). Les mesures de contraintes doivent respecter les procédures institutionnelles et législatives.

Résumer la situation et les risques globaux

Privilégier une formulation de la situation en collaboration avec la personne, qui vise à résumer les risques et les difficultés actuels qu'elle affronte et à les comprendre afin d'élaborer un accompagnement adapté. Les éléments singuliers qui ont participé à la construction du processus suicidaire (facteurs précipitants), les facteurs prédisposants et les facteurs protecteurs sont utiles pour comprendre la personne et la dynamique de sa crise mais ne permettent pas de prédire le passage à l'acte sur le plan individuel. Vouloir prédire le suicide peut affecter la qualité de la rencontre et l'alliance thérapeutique.

Évaluer les besoins de la personne et son état clinique

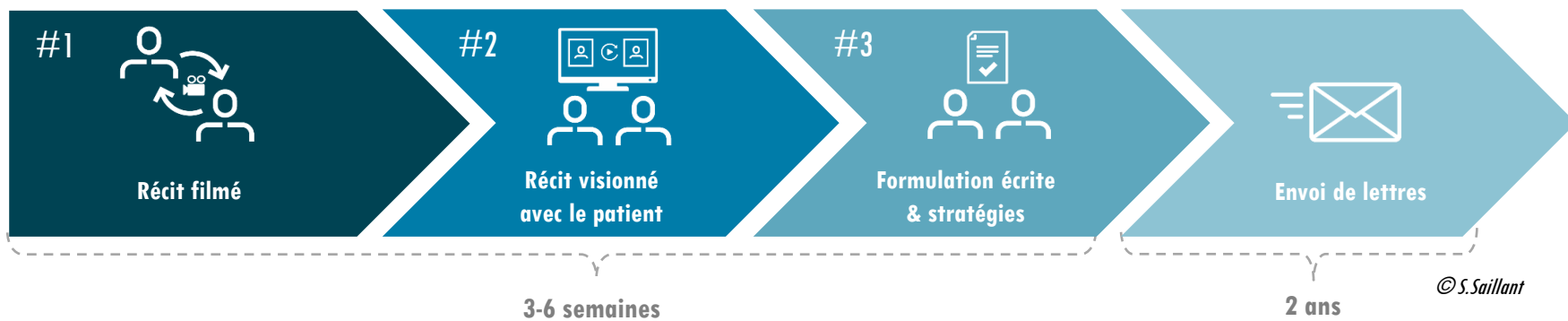
Il s'agit de s'intéresser (en fonction des compétences de l'**intervenant**) aux besoins de la personne en lien à son état clinique (e.g. expression émotionnelle, humeur, agitation, symptômes psychotiques), mais aussi plus largement à son environnement (lieu de vie, profession, relations, ...) et de s'appuyer sur les personnes / institutions ressources afin d'offrir un cadre soutenant et sécurisant. Pour les professionnels de la santé, l'exploration du processus suicidaire s'inscrit dans l'évaluation clinique globale et celle des besoins de la personne. C'est sur cette dernière et en tenant compte des éléments précités qu'une attitude peut être proposée.

FORMATIONS, OUTIL ET INTERVENTIONS

ATTEMPTED SUICIDE SHORT INTERVENTION PROGRAM

- Tout patient > 18 ans ayant fait une tentative (récemment ou pas), sauf:
 - décompensation psychotique aiguë; trouble de la personnalité grave; trouble cognitif; limitation de compréhension du français
- 3-4 séances; Travail sur le processus suicidaire
- Efficacité: diminution de la récurrence (↘ 80%)

ASSIP DÉROULEMENT




ASSIP: contact


VD: *pliu.assip@chuv.ch*

NE: *assip@cnp.ch*

CONTACT


 Rendez-vous
à votre domicile ou chez votre médecin de
famille, votre psychologue, votre psychiatre
ou chez une autre personne de confiance

au CHUV: Département de psychiatrie,
Service de psychiatrie de liaison, Les
Allières - Av. Beaumont 23, 1011 Lausanne

 pliu.assip@chuv.ch

 021 314 10 83

au Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, CUP
Littoral neuchâtelois, Maladière 45, 2000
Neuchâtel

 assip@cnp.ch

 032 755 15 15

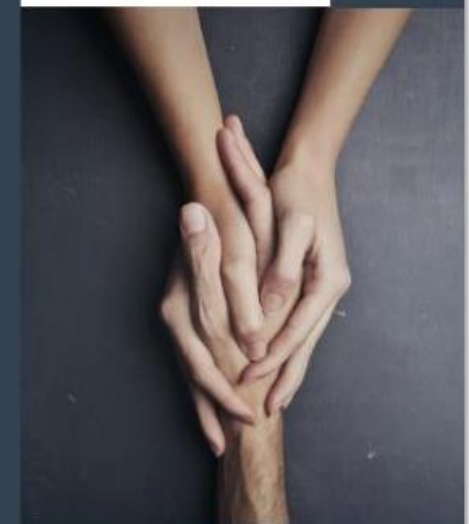


www.assip.org

CENTRE
NEUCHÂTELOIS
DE PSYCHIATRIE **CNP**

ASSIP

ATTEMPTED SUICIDE SHORT
INTERVENTION PROGRAM
HOME TREATMENT



Une thérapie brève après une
tentative de suicide



PLAN

- VRAI-FAUX : quelques idées sur le suicide
- Rencontre avec la personne en crise
- Formations, outil et interventions: évolution et update
- **Naviguer dans le réseau**
- Conclusions et messages à retenir

NAVIGUER DANS LE RÉSEAU AVEC QUI TRAVAILLER ? URGENCES

- **Institutions publiques par régions sanitaires**
 - Urgences psychiatriques (CHUV, CPNVD, Rennaz, Prangins) et centres de crise
 - Hôpitaux psychiatriques (🙄 🙄)
- **Garde psychiatrique**
- **EMIR à l'Est -> équivalent dans les autres régions?**

NAVIGUER DANS LE RÉSEAU AVEC QUI TRAVAILLER ? CRISE

- Psychologues et psychiatres installés (🙄)
- Infirmier.ères en santé mentale (CMS ou privés) -> soins dans le milieu
- Institutions publiques par régions sanitaires
 - Policliniques des régions
 - Equipes mobiles (SIM, temporalité plus longue)

NAVIGUER DANS LE RÉSEAU AVEC QUI TRAVAILLER ? POUR SOI

 OPEN ACCESS

 Check for updates

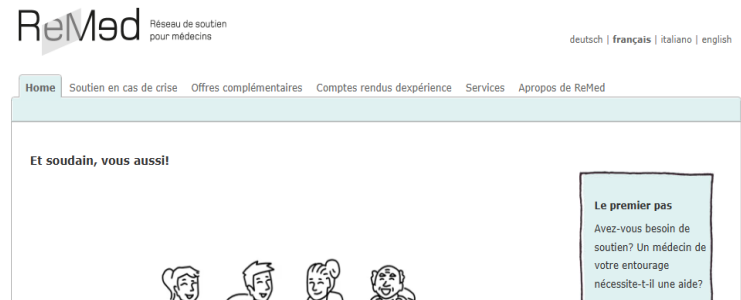
Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis

Claudia Zimmermann,¹ Susanne Strohmaier,¹ Harald Herkner,² Thomas Niederkrotenthaler,³ Eva Schemhammer^{1,4}

- Risque relatif plus élevé chez les femmes
- Baisse au cours du temps (p.r. population générale) -> effet de la féminisation ?

➤ Ne pas rester seul.e...

- www.remed.fmh.ch/fr/
- Faire appel pour soi mais
- aussi pour les autres
- Collègues, famille, amis



The screenshot shows the homepage of ReMed, a support network for doctors. The header includes the logo 'ReMed' and the tagline 'Réseau de soutien pour médecins'. Navigation links include 'Home', 'Soutien en cas de crise', 'Offres complémentaires', 'Comptes rendus d'expérience', 'Services', and 'A propos de ReMed'. The main content area features the heading 'Et soudain, vous aussi!' and a box titled 'Le premier pas' with the text: 'Avez-vous besoin de soutien? Un médecin de votre entourage nécessite-t-il une aide?'. Below the heading are four small icons representing different people.

PLAN

- VRAI-FAUX : quelques idées sur le suicide
- Rencontre avec la personne en crise
- Formations, outil et interventions: évolution et update
- Naviguer dans le réseau
- **Conclusions et messages à retenir**

CONCLUSIONS ET MESSAGES À RETENIR

- Evaluer oui, mais plutôt les besoins et l'état clinique que le risque
- Prévenir n'est pas prédire
- Centration sur la rencontre et la co-construction de la prise en charge
- Ne pas rester seul.e (y compris pour soi)