

Guide pratique

destiné aux services d'urgence
pour l'identification, l'accueil
et l'accompagnement
de **patients suicidaires**





Colophon

Rédaction : AZ Sint-Lucas & Volkskliniek, CHU Brugmann,
CHR La Citadelle, Cabinet du Ministre Fédéral des Affaires
Sociales et de la Santé Publique

Lay-out : dotplus Merelbeke – Imprimerie : Parys Printing

Editeur responsable : Dirk Cuypers, President,
Place Victor Horta 40, bte 10, 1060 Bruxelles

“Guide pratique destiné aux services d’urgence
pour l’identification, l’accueil et l’accompagnement
de patients suicidaires”

D/2007/2196/21

I. Introduction

Le suicide est un problème de santé publique important. En Belgique, sept personnes en moyenne meurent chaque jour par suicide. En plus des 2.000 suicides aboutis, on note également chaque année 40.000 tentatives de suicide. De ce fait, la Belgique est en tête dans les statistiques européennes du suicide, étant uniquement précédée par la Finlande. Il ressort des résultats de l'Enquête nationale de la Santé 2004, menée par l'Institut scientifique de Santé publique, que 12% de la population a déjà pensé sérieusement au suicide et que 4% a déjà tenté de se suicider. Quatre personnes sur mille indiquent avoir tenté, l'année précédant l'enquête, de mettre fin à leurs jours. Une enquête récente a démontré qu'une personne sur deux qui a entrepris une tentative de suicide récidive. Ce sont là des chiffres qui incitent à réfléchir et à agir.

Le Ministre fédéral des Affaires Sociales et de la Santé publique a lancé en 2005 un plan fédéral de lutte contre le suicide. Pour diminuer le nombre de suicides et le nombre de récidives, le plan opte pour une approche qui tient compte de trois éléments essentiels : les médicaments, la prise en charge thérapeutique et le suivi. Dans ce cadre, un projet pilote a été lancé en mai 2006 : « *Sensibilisation renforcée à l'accueil et au suivi des suicidants qui ont été préalablement accueillis au sein d'un hôpital* ». Trois hôpitaux (CHU Brugmann Bruxelles, CHR La Citadelle Liège et AZ Sint-Lucas Gand) ont travaillé pendant un an sur ces trois objectifs : développer une stratégie d'observation par rapport à l'usage des médicaments, améliorer la prise en charge thérapeutique de patients suicidaires aux services d'urgence et enfin, assurer un suivi intensif au cours duquel la collaboration entre services d'urgence et médecins généralistes est cruciale.

Le résultat de ce travail est ce *guide pratique* qui reprend des recommandations concrètes pour améliorer la prise en charge et le suivi de patients suicidaires. Ce guide ne veut aucunement donner une description de données épidémiologiques, ni être une enquête sur les motifs des personnes qui tentent de se suicider. C'est essentiellement un guide pratique qui peut aider les médecins urgentistes et leurs collaborateurs, de même que les médecins généralistes, à identifier les patients suicidaires, à les accueillir, à les prendre en charge, à les référer si nécessaire et à les accompagner. Le guide est structuré de manière à pouvoir être utilisé dans tous les services d'urgence en Belgique, quels que soient leur infrastructure, leur organisation et leur fonctionnement.



2. De quelques préjugés

Avant de formuler des recommandations, il est important de combattre d'abord un certain nombre de préjugés et de mythes concernant le suicide. Ces malentendus font qu'il est difficile d'identifier le comportement suicidaire. Il est donc important de faire la part des choses entre mythes et réalité.

2

Préjugés

Mythes	Faits
« Les gens qui en parlent ne le font pas »	L'enquête, ainsi que les enregistrements dans le cadre du projet pilote, montrent que 75% des personnes hospitalisées après une tentative de suicide ont émis des signaux au préalable. Une grande partie de ces personnes était déjà en traitement chez un généraliste, un psychologue, un psychiatre ...
« Parler du suicide encourage une tentative »	Au contraire parler du suicide avec une personne qui se sent moins bien dans sa peau et dans sa tête, lui donne l'occasion de se sentir reconnue et comprise ; par conséquent, demander de l'aide devient plus facile.
« Il n'est pas possible d'empêcher tous les suicides »	C'est exact, mais ... un suicide (ou une tentative de suicide) est précédé d'un processus qui est réversible si le patient reçoit l'aide appropriée. Le devoir de tout professionnel de la santé est d'offrir les soins nécessaires. Les patients qui survivent à une tentative de suicide peuvent apprendre, grâce au soutien nécessaire, à regarder leur situation autrement.
« Tout cela est du cinéma, il a simplement avalé quelques cachets ... »	Une tentative de suicide n'est jamais faite pour la galerie, quels que soient les moyens qui ont été utilisés. Toute tentative doit être prise au sérieux. Si le patient n'est pas aidé ni écouté, la tentative suivante peut être fatale.



Mythes	Faits
« Les patients suicidaires éprouvent le désir absolu de mourir »	Il semble logique que les personnes suicidaires veuillent réellement se donner la mort, mais ce n'est pas toujours le cas. Pour le patient qui vit avec des sentiments de désespoir et ressent sa douleur comme insupportable, la mort survient comme une délivrance. Il choisit de mettre fin à cette souffrance, la mort en est parfois la conséquence et non le but.
« Seules des personnes isolées entreprennent des tentatives de suicide »	Le suicide est présent dans tous les groupes de la population suivant les influences sociales qui exercent des contraintes sur ce groupe.
« Le suicide est un acte impulsif »	Pour les personnes extérieures et l'entourage proche, le suicide est souvent « un coup de tonnerre dans un ciel sans nuages », mais il s'agit rarement d'un acte impulsif, excepté pour le sous-groupe des personnalités borderline. Le suicide est souvent précédé par <i>un processus suicidaire</i> ; cela commence par des pensées de suicide. Ces pensées peuvent devenir impératives et obsédantes, plus concrètes et mener finalement à un plan (comment ? quand ? où ?) pour rassembler ensuite les moyens nécessaires et exécuter, enfin, la tentative immédiatement ou quelque temps après. (<i>voir figure 1, page 4</i>)

4
Préjugés

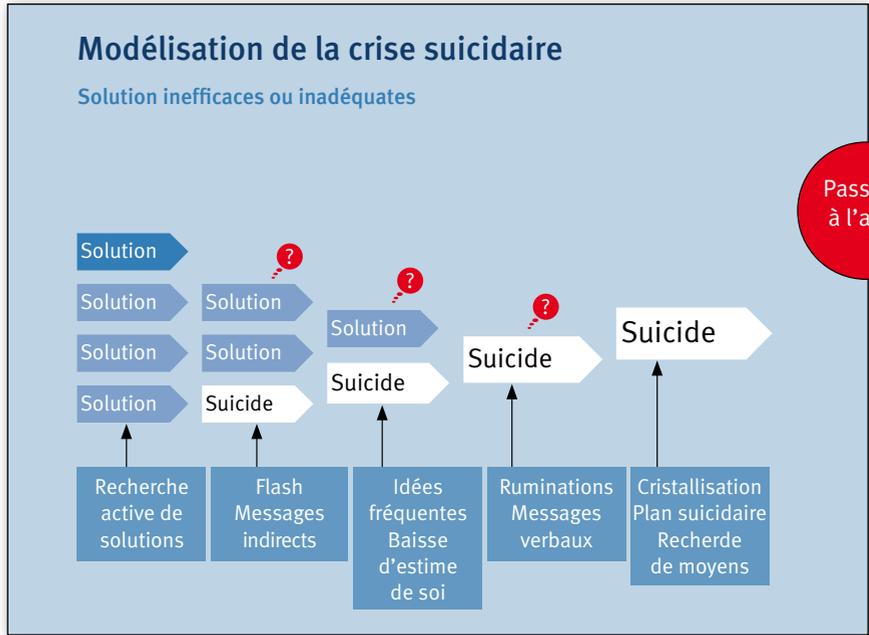
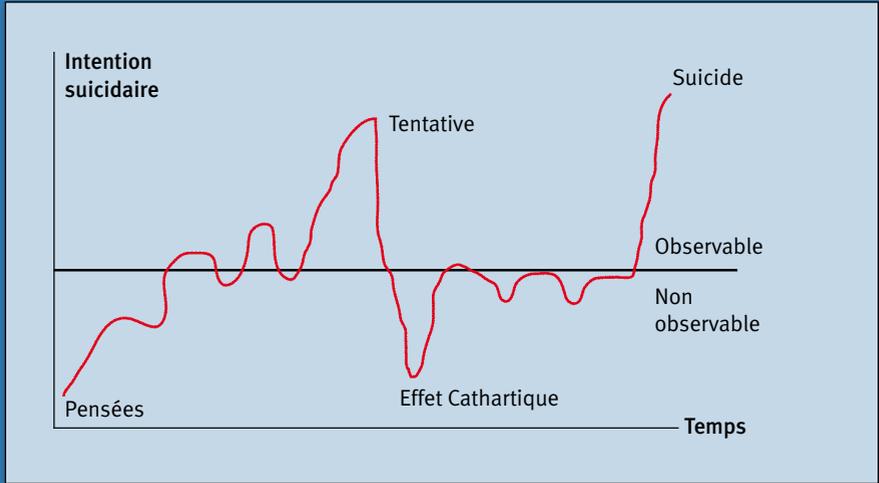


Figure 1
Prof. Tera J.L. (Lyon)



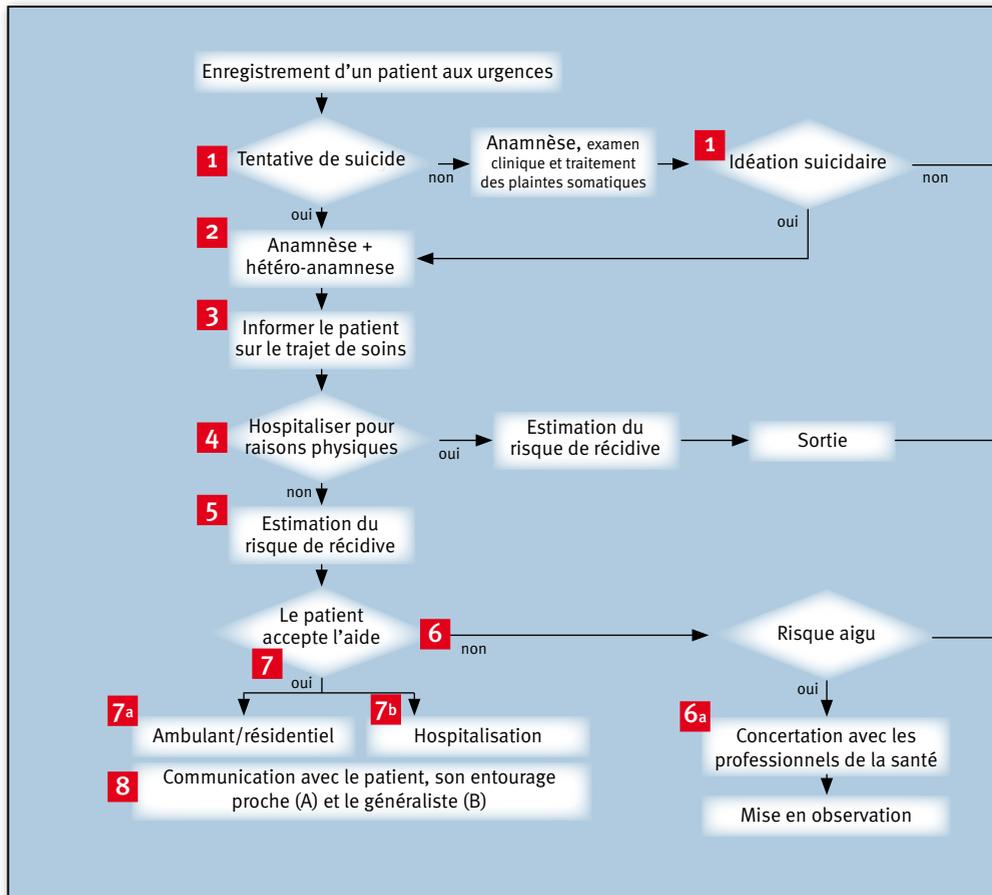
5
Préjugés

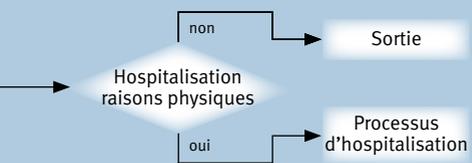
L'un des pièges qui doit être bien présent à l'esprit lors de la prise en charge et du traitement de patients suicidaires est le suivant : après la tentative de suicide, la personne éprouve un « effet cathartique ». La tentative a représenté une décharge, le patient se trouve dans une autre perspective et parfois, il reçoit un soutien inattendu de son entourage. Ces facteurs peuvent inciter le patient à minimiser sa tentative. Par peur d'une hospitalisation, des patients vont parfois aussi exprimer des regrets et masquer leurs véritables sentiments. Ceci peut induire les dispensateurs de soins en erreur.

3. Trajet de soins

Sur la base de l'arbre décisionnel ci-dessous, on a tenté (sans tenir compte de l'organisation et du fonctionnement du service d'urgence, de la présence ou non d'un service A agréé) de tracer le **trajet de soins** d'un patient suicidaire au service d'urgence. Il est certain que les médecins urgentistes et leurs collaborateurs peuvent contribuer à identifier, accueillir, prendre en charge et référer si nécessaire des patients suicidaires.

6 Trajet de soins





Ambulant/
résidentiel

8
Communication avec
le patient, son
entourage proche (A)
et le généraliste (B)

non
Informer





Etape 1

Critères du suicide, de la tentative de suicide et de l'idéation suicidaire

Il n'est pas directement aussi évident, chez tous les patients, de définir s'ils ont été amenés à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide non aboutie ou pour une autre raison. Et il faut encore ajouter que chez les patients qui sont admis pour une autre raison, des pensées suicidaires peuvent être également présentes. Lors des premiers entretiens avec le patient, il est important d'essayer de déterminer où le patient se trouve dans l'évolution du processus suicidaire (pensées – intention suicidaire (observable ou non) – tentative). En fonction de cette évaluation, un trajet de soins peut être tracé.

Quelques définitions :

Le suicide est un acte avec issue fatale que la personne décédée a initié et exécuté en sachant ou en espérant qu'il aura une issue potentiellement fatale, dans le but de réaliser de se dégager d'une souffrance devenue insupportable

Tentative de suicide : comportement inhabituel sans issue fatale que la personne initie et exécute dans l'espoir, ou avec le risque de mourir ou de subir des dommages corporels, dans le but que les changements souhaités se produisent.

Idéation suicidaire : large éventail allant des pensées, désirs, tendances suicidaires à des plans concrets. Il n'est donc pas (encore) question de comportement suicidaire au sens strict du terme. Les pensées se trouvent dans un continuum de létalité et ont trait au comportement suicidaire comme moyen de résoudre des problèmes.

Un comportement suicidaire peut être identifié par les signaux suivants :

- **Messages verbaux** : je veux y mettre fin ; je veux mourir ; j'aimerais m'endormir pour toujours ; la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ; ma vie est dépourvue de sens ; je ne vois plus comment m'en sortir ; je suis un fardeau pour vous ; pour moi, ce n'est plus la peine ; bientôt vous ne devrez plus vous faire de soucis à mon propos ; ...
- **Signaux comportementaux** : humeur sombre ; isolement ; consommation exagérée d'alcool et/ou de médicaments ; tout changement brusque de comportement dans un sens positif (très calme) comme dans un sens négatif (agité); ...

Les personnes suicidaires présentent les caractéristiques suivantes :

- **Ambivalence** : les patients suicidaires ne veulent pas continuer à vivre mais, en général, ne veulent pas non plus de façon absolue mourir. Sans opter clairement pour la mort, elles veulent mettre fin à leur vie telle qu'elle leur apparaît aujourd'hui. C'est-à-dire avec une souffrance intolérable.
- **Vision en tunnel** : les patients suicidaires sont concentrés sur leur problème et sont ainsi limités dans leur capacité à résoudre les problèmes. Leur façon de penser est souvent radicale et trop focalisée.

Recommandations

Les questions suivantes peuvent aider à identifier le comportement suicidaire :

- Les lésions corporelles ont-elles été causées pour s'automutiler ou pour mettre fin à ses jours ?
- Les lésions ont-elles été faites intentionnellement et cela a-t-il été un acte mûrement réfléchi ? Attention ! L'automutilation n'est pas une tentative de suicide. Elle démontre toutefois un trouble psychique grave et des soins appropriés sont recommandés.
- Le patient émet-il des signaux (verbaux, non verbaux) indiquant qu'il veut mettre fin à ses jours, qu'il n'arrive plus à s'en sortir, qu'il veut mourir ?
- L'humeur du patient est-elle sombre, déprimée ?
- Des facteurs de risque sont-ils présents (affection psychiatrique, absence de filet de protection sociale, absence de groupe d'entraide, perte dans un passé récent,...) ?



Etape 2

Anamnèse, examen clinique, traitement des plaintes somatiques et hétéro-anamnèse

Outre les traitements somatiques, les patients suicidaires ont aussi besoin d'un soutien ou d'un accompagnement psychosocial. Il va de soi qu'un patient qui est admis au service d'urgence est d'abord aidé physiquement. Pour que ceci se passe rapidement et correctement, le médecin doit procéder à une (hétéro-) anamnèse ciblée. Dans ce contexte, une attention supplémentaire doit être accordée à la consommation de médicaments.

Points prioritaires en cas de souffrances physiques chez des patients suicidaires

- Des soins traumatologiques sont prodigués lorsqu'il s'agit d'une agression corporelle avec lésions. Il peut ici s'agir d'une plaie banale, d'un traumatisme simple, mais une polytraumatologie complexe n'est pas rare non plus.
- La majorité des patients entreprend une tentative de suicide par intoxication. Les patients recourent aussi bien à leur propre médication, à une médication de membres de la famille, à des combinaisons de médicaments qu'à des substances toxiques utilisées dans la maison, au jardin et dans la cuisine, avec ou non des sédatifs ou de l'alcool. Ceci peut déboucher sur des tableaux cliniques très bizarres et très complexes.
- Une anamnèse auprès du patient, de la famille, des ambulanciers et de la police peut apporter de précieuses informations. On peut supposer une intoxication lorsqu'il s'agit de coma d'étiologie inconnue, de troubles du rythme cardiaque chez des jeunes, d'une acidose métabolique et de syndromes toxiques.
- L'analyse de laboratoire, la gazométrie sanguine et l'analyse toxicologique sont exécutées de manière ciblée.

10

Trajet de soins



Recommandations

- N'attendez pas que les résultats toxicologiques soient connus pour lancer la thérapie nécessaire.
- Veuillez à l'élimination au plus vite des substances toxiques ingérées.
- Assurez-vous que le patient ne continue pas à en prendre est évidemment indispensable. L'utilisation d'antidotes peut parfois être nécessaire.

Points prioritaires pour l'évaluation psychique et la prise en charge

L'attitude des professionnels de la santé est cruciale lors de la prise en charge du patient suicidaire. Même pour le traitement des plaintes somatiques, il est important d'essayer d'entamer un entretien à partir d'une attitude ouverte, exploratoire et non moralisatrice.

Conseils pour une bonne attitude :

- Réagissez de manière empathique et non pas en réprimandant.
- Restez calme, faites preuve de patience et essayez de suivre le rythme du patient.
- Prenez la personne au sérieux.
- Gagnez sa confiance.
- Donnez des signes non verbaux de respect et de compréhension, montrez du respect pour l'avis du suicidant.
- Concentrez-vous sur les sentiments.
- Faites attention à votre langage corporel : percevez vos contradictions intérieures sinon votre langage corporel pourrait contredire vos paroles.

Conseils pour une bonne communication :

- Ne vous écarterez pas du thème. Si vous avez une suspicion de pensées suicidaires chez un patient, interrogez-le sur celles-ci. Avec tact, mais de manière explicite, il est possible d'obtenir les informations qui sont nécessaires pour se faire une bonne idée des pensées suicidaires et des projets du patient. Il ne faut pas se contenter de réponses vagues. Discuter de pensées suicidaires est la première étape de l'aide à apporter aux personnes suicidaires. Cela peut sortir la personne de son isolement (mental), de façon à ce qu'elle ne soit plus seule avec ses pensées suicidaires. «Vous arrive-t-il d'avoir des idées noires» ne doit pas venir dans une série de questions médicales anodines et rituelles, ne doit pas être posé par un intervenant occupé en même temps à autre chose, son PC par exemple...
- Ecoutez attentivement, laissez la personne s'exprimer en cas d'émotions violentes, reconnaissez les sentiments dépressifs.
- Apportez des nuances à une réflexion trop tranchée, structurez le chaos.
- Parlez loyalement et sincèrement.
- Montrez de la préoccupation, de l'implication et de la chaleur.
- Laissez des silences, n'interrompez pas le patient.
- Demandez s'il a déjà eu des crises auparavant et comment celles-ci ont été résolues à ce moment-là.



- Donnez de l'espoir sans méconnaître le désespoir, concrétisez les doutes et les problèmes.
- Recherchez une solution en visant une collaboration active avec le patient.
- Estimez le risque en posant des questions concrètes et ciblées.
- Etablissez des accords clairs.
- Vérifiez si d'autres personnes sont également au courant.

Donc, à ne pas faire :

- Sous-estimer
- Moraliser
- Défier
- Minimiser
- Promettre une discrétion inconditionnelle
- Impliquer des « tiers tabous » : autrement dit, des personnes qui sont impliquées de manière causale dans la crise suicidaire (p. ex. ne pas contacter le père d'une jeune fille qui vient de raconter qu'elle est la victime d'un inceste).
- Donner des recettes de bonheur (*La vie est bien trop belle*).
- Proposer des solutions (*Ne feriez-vous pas mieux d'aller en maison de repos ? Ne vaudrait-il pas mieux se séparer ?*).
- Distraire (*Vous avez également regardé le tennis hier ?*).
- Discuter (*Que les autres n'ont rien à faire de vous, que ce n'est pas vrai, voyez un peu tous ceux qui viennent vous rendre visite ici.*)
- Dire que vous êtes trop occupé.

Recommandations

- Ecoutez chaleureusement.
- Traitez avec respect.
- Participez aux émotions.
- Soignez avec confiance.



Hétéro-anamnèse

Si des membres de la famille, des amis ou des connaissances sont présents au service d'urgence, il est important de s'informer auprès de ceux-ci une fois que le patient est stabilisé. Sinon, il est important de les contacter. En effet, le premier contact avec les proches est crucial car il permet d'évaluer l'entourage social et de mieux estimer le risque de récurrence.

Dans tous les cas, il faudra agir avec prudence si l'on soupçonne l'entourage d'exercer une influence négative sur le patient. Si on suspecte un danger pour celui-ci (ex : violence familiale sur mineur), il sera prudent de contacter le juge compétent.

Recommandations

- Si des membres de la famille ou des connaissances, des amis sont également venus à l'hôpital, parlez avec eux.
- Informez-vous afin de savoir si le médecin généraliste est déjà au courant.
- Prenez contact avec le médecin généraliste.
- Si le patient a été amené en ambulance ou en présence de la police, il est toujours intéressant d'écouter les intervenants afin de savoir s'ils ont remarqué quelque chose.

Etape 3

Informez le patient sur la poursuite du trajet de soins

Les auteurs d'une tentative de suicide veulent souvent quitter l'hôpital avant qu'un examen complet (traitement somatique, analyse psychologique et sociale) n'ait eu lieu. Ils ont tendance à minimiser la tentative suite à des sentiments de culpabilité, de honte et à l'effet cathartique (sensation de décharge directement après la tentative). Par conséquent, ils sont souvent peu motivés par un suivi et ont une méfiance vis-à-vis de leur traitement. A l'occasion du présent projet pilote, il ressort que si, à partir de la prise en charge du patient, on lui indique clairement le trajet de soins qu'il va suivre et tout ce qui l'attend, il sera moins enclin à quitter l'hôpital prématurément. Une attitude plus proactive est particulièrement souhaitable en début de prise en charge.

Recommandation

- Informez le patient sur la poursuite de son trajet de soins (projet, durée, soignant, ...) et dialoguez avec lui sur ce qui n'est pas clair. De cette manière, il sera moins enclin à quitter l'hôpital prématurément.
- Contredisez fermement la tendance qu'a le patient à minimaliser la gravité de sa tentative par une phrase telle que : « Je serais un mauvais professionnel si j'allais dans votre sens. »



Etape 4

Hospitalisation pour raisons physiques

L'état physique peut être d'une nature telle que l'auteur d'une tentative de suicide doit être adressé immédiatement à un service de soins intensifs ou à un autre service hospitalier. Ce n'est pas parce que le patient a des lésions corporelles graves que cette tentative doit être prise plus au sérieux qu'une tentative ayant engendré des lésions moindres.

Recommandations

- Prenez toute tentative de suicide au sérieux, quelle que soit la gravité des lésions ou les circonstances de la tentative.
- Ne faites pas peser la gravité médicale des lésions dans l'évaluation du risque de récurrence.



Etape 5

Estimation du risque de la récurrence

Les auteurs d'une tentative de suicide se présentent souvent directement dans un hôpital pour être traités et arrivent alors au service d'urgence. Il s'agit de l'un des services les plus fréquentés et les moins prévisibles de l'hôpital : l'intimité n'y est guère de mise, le temps y est compté et les dispensateurs de soins n'ont que peu ou pas d'expérience du tout des techniques d'entretien.

Or, il est important que le médecin urgentiste ou un autre collaborateur du service d'urgence procède à une première évaluation du risque, de manière à ce que le patient puisse être adressé de manière ciblée (suivi ambulatoire, centre de jour, hospitalisation). Dans ce contexte, il est important de tenir compte de divers facteurs. Les pensées suicidaires, en effet, ne sont pas déterminées par un facteur unique, mais découlent souvent d'une combinaison de différents facteurs. Plus le nombre de facteurs présents est élevé, plus le risque est élevé et plus aussi le risque de récurrence est important.

Facteurs biologiques/psychologiques

- Syndromes psychiatriques (tels que dépression, psychose,...)
- Caractéristiques psychologiques

Il est possible de vérifier ces facteurs en interrogeant le patient sur les tentatives antérieures, les admissions dans un hôpital psychiatrique aujourd'hui ou dans le passé, le diagnostic, les traitements thérapeutiques ou médicamenteux, les syndromes psychiatriques dans la famille.

Facteurs sociaux

- Les expériences dans le milieu social peuvent également être l'une des causes des pulsions suicidaires. On peut penser ici aux cas suivants : inceste, violences domestiques, situation défavorisée, obligations religieuses, violence conjugale, racisme, dettes, réclusion, ...
- Les facteurs ci-dessus définissent la vulnérabilité d'un patient. Lorsque des sentiments de perte sont éprouvés (facteurs déclenchants) et que certains moyens facilitent la tentative de suicide (facteurs désinhibants), le risque est grand que la personne fasse une tentative (de suicide).

Facteurs déclenchants

- Toute perte (putative) qui est éprouvée comme la rupture d'une relation, la licenciement, la maladie, le décès d'un être cher, un déménagement, un mauvais bulletin, des disputes, ...

Facteurs désinhibants

- L'alcool qui calme la douleur pendant une tentative ;
- Les agents qui peuvent influencer la conscience (ex : drogues) ou diminuer la peur (ex: anxiolytiques) ;
- La disponibilité de médicaments (ex: pharmaciens) ;
- La connaissance de l'évolution du suicide du fait d'une tentative antérieure
- Des informations sur l'Internet
- Le comportement exemplaire dans l'entourage (ex : tentative de suicide d'un membre de la famille et désir de le rejoindre) ou d'une idole (voir les informations dans les médias).

Diverses échelles d'évaluation sont disponibles et peuvent contribuer à évaluer la gravité de pensées suicidaires ou de la tentative de suicide : Beck Hopeless Scale, Reasons for Attempting Suicide Questionnaire (RASQ) de R.R. Holden et L.D. McLeod,...

Après la première évaluation du risque par le médecin urgentiste ou un collaborateur, un entretien plus approfondi avec le suicidant est encouragé, ce qu'il est convenu d'appeler « une évaluation psychosociale ». Si le patient est traité en ambulatoire par la suite, cette évaluation peut avoir lieu au service d'urgence. Un entretien de ce type peut être effectué par un psychiatre, un psychologue, ou encore un médecin urgentiste, ou un infirmier qui ont reçu une formation en ce sens, formation centrée en particulier sur les techniques de l'entretien, la manifestation d'empathie, etc. Ceci dépend de la situation, de la structure, du fonctionnement et de l'organisation ainsi que des possibilités existant dans l'hôpital. Si le patient est hospitalisé, cet entretien peut avoir lieu dans le service hospitalier. Ici aussi, l'identité de la personne qui procédera à l'évaluation dépendra également du fonctionnement et de l'organisation internes. L'expérience acquise pendant le projet nous a appris qu'un entretien paisible avec le psychologue est très fortement apprécié par les patients, y compris chez ceux qui déclarent ne pas souhaiter cet entretien.

Lors du projet pilote, nous avons réappris également l'importance du travail d'équipe dans le cas d'une tentative de suicide. Le passage devant plusieurs interlocuteurs permet de grignoter les résistances du patient. Cette notion d'équipe est un argument pour promouvoir des réunions d'évaluation de l'intervention du service qui permettent aussi le débriefing des professionnels confrontés à ces lourdes prises en charge.



Recommandations

- 3 critères sont à évaluer : les facteurs de risques, l'accès aux moyens létaux ainsi que l'urgence (possibilité de passage à l'acte dans les 48h).
- Posez des questions concrètes et évidentes sur :
 - la fréquence et la nature des pensées ;
 - le degré de concrétisation des plans ;
 - la mesure de la préparation ;
 - la disponibilité et la létalité du produit ;
 - les raisons pour rester en vie ;
 - la signification du désir de mort et l'objectif de la tentative (être parti, mort, vengeance).
- Vérifiez si la personne peut entrevoir les conséquences de ses actes.
- Vérifiez dans quelle mesure des facteurs de risque sont présents. Plus ils sont nombreux, plus le risque est élevé et plus une hospitalisation est indiquée (dans l'hôpital même ou dans un centre spécialisé).

Etape 6

Le patient n'accepte pas l'aide



Recommandation

Si le patient n'accepte aucune aide, ne le laissez pas repartir les mains vides. Demandez-lui s'il a un médecin traitant et s'il peut le contacter facilement. Eventuellement proposez de le contacter vous-même. Essayez de lui donner quelques coordonnées de contact, par exemple de Télé-Accueil ou de spécialistes internes (psychiatre, psychologue) ainsi que des centres de santé mentale.

18

Trajet de soins

Etape 6a

Si le patient refuse toute aide et si le risque est aigu, la **mise en observation** fait partie des possibilités, mais il s'agit là d'une décision très radicale qui est liée à une législation spécifique. Une **concertation** approfondie entre les dispensateurs de soins est indiquée, avant de procéder à une telle admission.

Il existe **5 conditions** pour procéder à une mise en observation :

- il s'agit d' une maladie mentale ;
- le patient représente un danger pour lui-même ou pour la société ;
- le patient refuse les soins proposés et nécessaires ;
- il n'existe pas d'autre alternative thérapeutique ;
- il ne s'agit pas d'un délit.

¹ Loi du 26/6/1990 sur la protection de la personne du malade mental (MB du 27/07/1990), Loi du 18/07/1991 (MB du 26/07/1991), Arrêté Royal du 18/07/1991



Toute personne intéressée peut demander une mise en observation. Normalement, il s'agit du partenaire, de la famille ou des voisins qui éprouveraient un préjudice du fait du comportement d'une personne.

2 procédures sont possibles :

- **Procédure normale** : par le biais du juge de paix. N'oubliez pas que dix jours peuvent s'écouler entre l'introduction de la requête (celle-ci peut être introduite par toute personne intéressée) et une admission.
- **Procédure de grande urgence** : par le biais du Procureur du Roi. Une admission est possible immédiatement après l'introduction de la requête. Le rapport médical circonstancié doit indiquer le caractère d'urgence absolue d'une hospitalisation sous contrainte.

Recommandation

- Une mise en observation doit rester le dernier recours. Elle doit faire l'objet d'une concertation approfondie entre les professionnels de la santé.



Etape 7

Le patient accepte l'aide : renvoi

Etape 7a – Suivi ambulatoire

Par définition, dans une situation de risque moins aiguë, le patient ne doit pas être hospitalisé. Il existe peut-être suffisamment de *facteurs de protection* chez le patient ou dans son entourage comme : la motivation de suivre une thérapie, la prise de conscience concernant sa propre situation, une situation familiale stable, des amis et des membres de la famille qui conviennent de rester avec le patient à tour de rôle, un rendez-vous avec un psychologue/psychiatre (privé ou lié à un hôpital), un contact avec un centre de santé mentale, un suivi rapproché par le généraliste, ...

20

Trajet de soins

Recommandations

- Si le patient a un généraliste et qu'il souhaite que ce dernier soit informé, prendre alors contact avec le généraliste. Au moins par courrier/ e-mail, mais le projet pilote a démontré qu'un contact téléphonique représente un stimulant supplémentaire pour mettre sur pied un suivi de qualité.
- Si le patient n'a pas de généraliste, lui proposer, dans ce cas, un généraliste proche de chez lui.
- Si le patient ne souhaite pas que son généraliste soit contacté, il est important de ne pas renvoyer le patient chez lui les mains vides, mais de lui communiquer quelques numéros de téléphone ou noms de contacts ou de centres auxquels il peut s'adresser. Il faut indiquer clairement au patient que demander une aide est tout à fait normal !



Prescription d'un traitement médicamenteux

- La prescription d'un traitement médicamenteux chez un patient à tendances suicidaires ne peut en aucun cas constituer l'unique réponse à la problématique. Avant de prescrire un traitement, on s'assurera de la pertinence du diagnostic : un patient présentant un état dépressif ne se traite pas comme un patient avec un état psychotique ou encore un état borderline. En cas de doute, veuillez référer à un médecin spécialisé.
- Si on se décide à prescrire un traitement pour *une problématique anxio-dépressive*, on s'orientera vers des molécules de type SSRI/SNRI. On évitera autant que possible de recourir à l'usage de benzodiazépines et on informera le patient sur les risques d'une consommation d'alcool associée.
- Si les signes d'anxiété, de troubles du sommeil et de troubles de l'appétit sont à l'avant plan, certaines molécules de la même classe (à prendre le soir) peuvent s'avérer plus efficaces. Quelques experts préconisent l'emploi de neuroleptiques à faibles doses comme adjuvant au traitement antidépresseur et ce, dans les premières semaines, surtout en cas de troubles du sommeil, d'irritabilité et d'impulsivité.
- Si l'on décide de traiter le patient avec un SSRI/SNRI, il est conseillé de lui donner préalablement suffisamment d'informations sur sa pathologie et sur le mécanisme d'action du traitement. On insistera particulièrement sur sa latence d'action (3 semaines) et son mode d'action (réduction de certains symptômes mais pas résolution de la problématique globale du patient).
- On sera attentif tout particulièrement au fait qu'*en début de traitement avec des antidépresseurs*, certains patients peuvent présenter un état de dynamisation parfois de la désinhibition comportementale alors que le trouble de l'humeur dépressive n'a pas encore évolué de façon sensible. Cette période est à haut risque chez certains patients de passage à l'acte puisque tout en restant déprimés, ils manifestent une dynamique qui facilite parfois le passage à l'acte. Une surveillance de ce processus s'impose.
- Les premières semaines, on veillera à assurer une gestion particulière du patient. Cette gestion est basée sur *le principe de disponibilité proactive* : On s'assurera de rester à disposition en cas de crise et on prévoira des consultations hebdomadaires tant que le traitement n'a pas amené une certaine efficacité.
- Outre la thérapie médicamenteuse, on veillera à ce que le patient puisse bénéficier d'une *approche globale* (médico-psycho-sociale) en activant l'ensemble des ressources dont peut disposer ce dernier : médecin traitant, service spécialisé, famille, service d'urgence, ...



Etape 7b – Admission (dans l'hôpital proprement dit ou dans un centre spécialisé)

Une admission doit être envisagée si l'évaluation du risque fait apparaître que le risque est très élevé. La gravité dépend de la nature de la problématique sous-jacente, de la présence ou non de troubles psychiatriques et de facteurs de protection. Il arrive souvent qu'une admission soit la solution la plus sûre pour le sujet suicidaire. Dans tous les cas, il est essentiel d'en parler avec tous les professionnels de la santé ayant suivi le patient lors d'un débriefing.

Il est conseillé d'envisager une hospitalisation dans les cas suivants :

- Le patient indique, après la tentative, qu'il regrette que la tentative n'ait pas réussi.
- Le patient a toujours des pensées suicidaires et/ou projette de se suicider.
- Le patient est très agité et très anxieux.
- L'anamnèse montre qu'il y a eu des tentatives de suicide par le passé.
- Le soutien social est insuffisant ou bien une crise grave existe dans l'entourage social.
- Il y a une comorbidité comme la dépression, la psychose, l'abus de substances, des troubles de la personnalité,... qui est si grave qu'une aide ambulatoire ne peut pas garantir une sécurité suffisante.



Recommandations

- Plus il y a de facteurs de risque et moins il y a de facteurs de protection, plus il est indiqué d'hospitaliser.
- Il est important que le médecin référent prenne contact le plus rapidement possible avec le généraliste, de manière à prévoir le suivi dès le séjour à l'hôpital.
- Si le patient refuse une hospitalisation, une mise en observation sera peut-être nécessaire (cf. conditions supra) mais une évaluation à plusieurs intervenants est alors souhaitable.

Etape 8

Communication avec le patient et son entourage proche ainsi qu'avec le généraliste

A. Communication avec le patient et son entourage proche sur le trajet de soins à suivre

Le choix du suivi a lieu idéalement en coopération avec l'entourage du patient. Lorsque le patient quitte l'hôpital, il est important de répéter une nouvelle fois et de vérifier les accords mutuels qui ont été passés de manière à ce que l'on sache clairement ce qui va se passer et à garantir la continuité des soins.



Recommandations

Le rôle du dispensateur de soins est primordial dans la détermination du trajet de soins et consiste à promouvoir une thérapie sur le long terme.

- Responsabilisez et impliquez le patient et son entourage dans cette proposition.
- Prenez contact (verbalement et pas seulement par écrit) avec des dispensateurs de soins externes, passez éventuellement des accords pour assurer la continuité.

B. Communication avec le généraliste

L'un des événements les plus radicaux qu'un généraliste puisse connaître est le suicide ou la tentative de suicide d'un patient. Une telle situation peut occasionner des sentiments d'échec professionnel, des doutes. En outre, le généraliste sera confronté à la famille et à l'entourage proche.

Le généraliste est une figure clé dans toutes les phases du processus suicidaire : détection précoce, traitement, renvoi et suivi.

B.1. Détection précoce

Le généraliste joue un rôle crucial dans la détection précoce. S'il existe des indications acceptables qu'un patient présente des tendances suicidaires, il est essentiel de ne pas méconnaître le risque ou de le nier. Les recommandations et les facteurs tels que ceux décrits ci-dessus peuvent contribuer à cette détection. Dans certains cas, il est important d'adresser le patient à des soins spécialisés ou de le faire hospitaliser.

Un patient avec des pensées suicidaires sera adressé idéalement à un psychiatre/psychologue dans les cas suivants :

- il a des syndromes psychiatriques ;
- il a déjà entrepris une tentative dans le passé ;
- il n'a pas de filet de protection sociale.

En cas de référence, il est important que le médecin généraliste garde les choses suivantes présentes à l'esprit :

- Informez le patient sur le pourquoi de l'importance d'une référence.
- Indiquez-lui clairement que la thérapie peut être utile.
- Soulignez que cette référence ne signifie pas que vous abandonnez le patient.
- Prenez vous-même rendez-vous avec le psychiatre ou le psychologue.
- Prenez rendez-vous avec le patient de manière à ce qu'il puisse reprendre contact avec vous après avoir vu le spécialiste.

Chez un patient avec des projets concrets et/ou une intention bien marquée d'entreprendre une tentative de suicide dans un avenir proche, il est préférable de passer à l'hospitalisation.



Recommandations au médecin généraliste

- Ne laissez pas le patient seul.
- Convenez d'une hospitalisation et d'un transport jusqu'à l'hôpital.
- Informez la famille.
- Prenez contact par téléphone avec le médecin urgentiste du service d'urgence où le patient est d'abord pris en charge.

B.2. Suivi

Dans le cas d'un suivi ambulatoire, le généraliste joue un rôle important étant donné qu'il est généralement une personne de confiance pour le suicidant et les membres de sa famille proche. L'organisation d'une surveillance n'est toutefois pas évidente et est idéalement lancée à l'hôpital même. Il est donc indiqué que le médecin urgentiste ou le médecin référent prenne contact avec le généraliste pour définir un projet de traitement en commun. Le généraliste est souvent mieux familiarisé avec la situation domestique et le cadre de vie du patient et peut mieux estimer la surveillance qui sera la plus optimale pour le patient. Par exemple, on constate que le recours aux échanges SMS entre le médecin traitant et le suicidaire est particulièrement apprécié des jeunes.

Le généraliste peut assumer lui-même le suivi ou adresser le patient à un centre ou un dispensateur de soins spécialisé. Il est important de motiver le patient et son entourage à rechercher une aide après une tentative de suicide.

Recommandations au médecin généraliste

- Concertez-vous avec le médecin urgentiste ou le médecin référent sur les soins les plus appropriés. Des informations sur le milieu de vie du patient contribuent à établir le meilleur suivi.
- Motivez le patient et son entourage à chercher de l'aide.
- En cas de questions, n'hésitez pas à contacter un centre spécialisé, un psychiatre/psychologue dans les environs.



4. Exemples pratiques



CHU Brugmann
Campus Victor Horta
Place A. Van Gehuchten 4 – 1020 Brussel

Personne de contact du projet pilote suicide : Dr. Minner
(Tél. : 02 477 35 16 – E-mail : pierre.minner@chu-brugmann.be)

Service d'urgence spécialisé :
permanence d'un psychiatre 24h/24h

Lits A : 123 (dont 6 lits de crise)

Chaque année, le service des urgences psychiatriques du CHU Brugmann accueille environ 3.000 patients (sur un total de 25.000 cas d'urgence générale) dont 11% suite à une tentative de suicide. Dans le cadre du projet pilote fédéral, voici quelques-unes des initiatives que nous avons développées:

26

Exemples
pratiques

1. Le recueil de données statistiques concernant les tentatives de suicide au CHU Brugmann en vue d'améliorer la compréhension de la problématique et l'adéquation des moyens.

Un premier échantillon a été constitué sur base des données récoltées aux urgences de 1998 à 2006 afin d'obtenir des informations détaillées sur la population s'étant présentée suite à une tentative de suicide, et de pouvoir mettre en exergue les points essentiels à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge du suicidant. Un second échantillon plus approfondi a été récolté pendant la durée du projet pilote fédéral (un an). Enfin, un questionnaire a été proposé à tous les patients hospitalisés suite à une tentative de suicide à l'Institut de Psychiatrie, en vue d'obtenir des données qualitatives et subjectives. Chaque patient a également été recontacté par téléphone un mois après la passation du questionnaire.

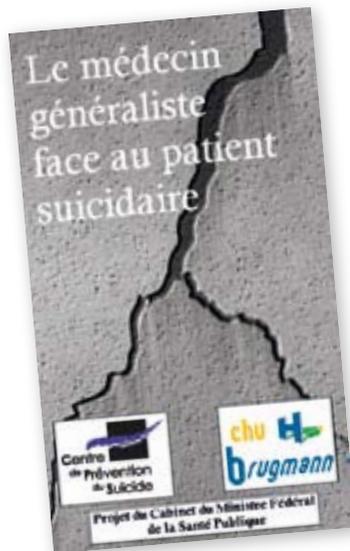
2. La réalisation d'un trajet de soins

Le trajet de soins au CHU Brugmann est en grande partie similaire à celui qui a été développé dans ce guide pratique. Une attention particulière est accordée au contact avec la famille du patient ainsi qu'avec son médecin traitant. De plus, deux spécificités du CHU Brugmann ont démontré leur intérêt dans la prise en charge des suicidants :

- L'hospitalisation à l'*Unité de Crise* : d'une durée de 3 à 5 jours, elle apparaît très indiquée dans les cas de crise suicidaire. Par la prise en charge intensive qu'elle propose, elle constitue une alternative aux hospitalisations longues, en ayant pour objectif d'orienter de façon plus ciblée les patients vers le secteur ambulatoire.
- La collaboration avec la *Cellule d'Intervention Psychologique du Centre de Prévention du Suicide* (Bruxelles) : dans les cas où les suicidants refusent le suivi ambulatoire psychologique/psychiatrique proposé à la sortie des urgences, cette cellule propose de les recontacter par téléphone dans les 48h. Cela afin d'assurer le lien entre les intervenants médicaux et les services thérapeutiques garantissant, sur le long terme, une prise en charge psychologique et sociale adaptée du suicidant.

3. La mise en place de formations-sensibilisations sur la problématique suicidaire

Ces formations-sensibilisations ont été réalisées pour le personnel du CHU Brugmann (Service de Psychiatrie et Service des Urgences), l'Hôpital Militaire ainsi que pour des médecins généralistes de la région bruxelloise. Un folder, "Le médecin généraliste face au patient suicidaire", a également été publié.





CHR de la Citadelle
Campus citadelle
Boulevard du 12E de Ligne 1 – 4000 Liège

Personne de contact du projet pilote suicide : M. Eric Adam
(Tél. : 04 223 85 31 – E-mail : eric.adam@chrcitadelle.be)

Service d'urgence spécialisé :
permanence du psychiatre et du psychologue

Lits A : 60

Le service d'urgence du centre hospitalier régional « La Citadelle » dispose d'un service d'urgence accueillant en moyenne 250 patients par jour. Bon nombre d'entre-eux se présentent pour une problématique psychiatrique où la logique suicidaire est souvent à l'avant plan. Ces derniers sont accueillis 24H/24 par une équipe spécialisée composée de médecins urgentistes, d'infirmiers, de psychiatres et de psychologues.

Dans le cadre du projet pilote, outre la formation du personnel et des médecins généralistes, différents types d'actions ont été menés :

1. Une étude sur les caractéristiques de la population « suicidante »

données socio-démographiques, type de toxique ingéré, type de ressources médicales utilisées avant le passage à l'acte, ... ainsi qu'une étude randomisée sur la pertinence de certains modes de prise en charge au départ des urgences en regard de la récurrence suicidaire.

2. La création d'outils hospitaliers spécifiques

au service des médecins généralistes et ce dans le but de faciliter la prise en charge du public cible: centre de diagnostic et d'orientation, consultations de pré-admission hospitalières, consultations de crise et mise en réseau avec les services de proximité. Ces différents outils sont explicités dans un guide spécialement édité.



3. Une analyse de l'ensemble des toxicologies

prélevées sur le groupe cible afin de déterminer des concentrations moyennes et de dégager ainsi des guidelines plus précises en termes de prise en charge urgente (temps de surveillance, type de surveillance, ...)



AZ Sint-Lucas & Volkskliniek Gand
Campus Sint-Lucas
Groenebriel 1 – 9000 Gand

Personne de contact du projet pilote suicide :

Dr. Chris Machtelinckx (médecin urgentiste)
(Tél. : 09 224 55 69 – E-mail : chris.machtelinckx@azstlucas.be)

Service d'urgence spécialisé :

service de garde en psychiatrie, mais pas de permanence

Pas de service A

Chaque année, plus de 300 patients qui ont entrepris une tentative de suicide ou ont émis des pensées suicidaires sont pris en charge par notre service d'urgence. Après le traitement, plus de 120 patients sont adressés en ambulatoire au service d'urgence. *Dans le cadre du projet pilote, nous avons mis l'accent sur les trois éléments suivants :*

30

Exemples
pratiques

1. Le développement d'un trajet de soins

Le trajet de soins qui a été conçu à l'AZ Sint-Lucas est identique à l'arbre de décision tel que celui-ci a été élaboré ci-dessus. Plusieurs choses doivent être



soulignées. C'est ainsi que chaque patient reçoit, qu'il accepte l'aide ou non, un **dépliant** qui contient plusieurs adresses de contacts de thérapeutes (internes et externes, Télé-Accueil en cas d'urgence, la ligne suicide, ...). Outre cela, une **carte d'urgence** a également été conçue, que le patient peut conserver sur lui (p. ex. dans son portefeuille). Au verso, il peut lui-même indiquer les numéros de téléphone de personnes (généraliste, membres de la famille) qu'il peut contacter en cas d'urgence.

2. L'amélioration de la prise en charge au service d'urgence

Un formulaire d'enregistrement constitue le fil conducteur pour les médecins urgentistes lors de l'estimation de la récurrence. Il est structuré comme suit :

1. *raison de l'admission*
2. présence de *facteurs de risque* (sur la base de la présence de ces facteurs, le médecin urgentiste définit *l'intention suicidaire* (risque élevé ou faible)).
3. on *propose* à chaque patient de se faire admettre
4. on *propose* à chaque patient un **entretien approfondi** avec *un psychologue*.
Si le patient bénéficie d'un suivi ambulatoire par la suite, cet entretien a lieu au service d'urgence. Si le patient est hospitalisé, cet entretien a lieu dans le service. L'objectif de cet entretien est de mieux évaluer et déterminer les soins qui sont les plus adaptés à proposer. Ceci se passe en concertation avec le médecin urgentiste ou le médecin traitant.

3. Optimisation de la collaboration avec le généraliste dans le cadre de la surveillance

La communication avec le généraliste s'effectue via divers canaux :

- Le médecin urgentiste prend contact dans les 48 heures par téléphone avec le généraliste (de préférence entre 8 et 10 heures) et transmet, pour les patients qui seront suivis en ambulatoire, une copie du rapport médical et de l'estimation du risque au généraliste (sur la base d'un courrier standard).
- Pendant l'admission à l'hôpital, le médecin référent contacte le généraliste pour lancer la surveillance dès ce stade. En cas de sortie du patient, une copie du rapport médical est transmise.

A sheet of white paper with horizontal dotted lines for writing, set against a dark red background. The paper is centered and occupies most of the frame. The dotted lines are evenly spaced and run horizontally across the width of the paper. There are 15 dotted lines in total, starting from the top and ending near the bottom of the white area. The background is a solid, dark red color that is visible at the top, bottom, and sides of the white paper.



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**