

ORGANISER LES SOINS AUTOUR DU SUICIDANT

Pr Guillaume VAIVA
CHU Lille

Situation du problème

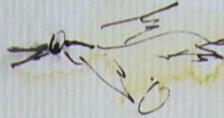
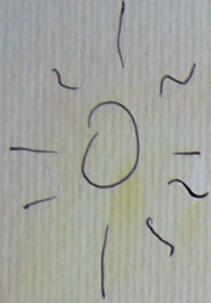
- 160 à 200.000 TS par an en France
 - 1 TS toutes les 4 minutes...
- 1 suicidant sur 2 quittera le service des urgences quelques heures après son admission
- 90% des suicidants hospitalisés au décours du geste quittent l'hôpital après un séjour de moins d'une semaine

Organiser la « médicalisation » de la TS

- ▣ Pouvoir déployer une organisation des soins → commencer par médicaliser le geste
 - *ce qui va en partie dans le sens du patient, en avalisant le besoin de rupture avec le contexte antérieur...*
 - 10% le nombre des TS que l'entourage proche tente de gérer en vase clos, sans même interpeler le médecin traitant
 - 10% supplémentaires, les gestes que le médecin traitant n'adresse pas sur les Urgences d'un Hôpital
 - Centre 15 du département du Nord → 30% des gestes suicidaires identifiés à l'appel n'arrivent jamais dans un service d'urgence (*Vaiva Presse Med 2011*).

Organiser l'accueil du suicidant, celui de son entourage...

- ▣ *Les services d'urgence...: un rendez-vous à ne pas manquer !*
- ▣ Des recommandations de l'HAS en 2000...
 - individualisation d'une « psychiatrie de l'urgence » d'une part et d'une « psychiatrie du suicide », d'autre part...
 - Aucun modèle organisationnel de prise en charge des problématiques suicidaires aux urgences ne semble se distinguer : chacun essayant, selon les moyens propres dont il dispose, selon sa culture, de respecter au mieux les recommandations édictées sans véritablement parvenir à imposer (notamment auprès des pouvoirs publics) une structuration pourtant aisément étayable par les nombreuses données scientifiques à notre disposition !



MUTUC

Organiser l'accueil du suicidant, celui de son entourage...

- ▣ Dans les faits, une très grande majorité des TS dirigées vers les Urgences seront ré adressées vers leur contexte de vie initial, moins de 24 heures après le geste
- ▣ Cette interpellation de l'entourage du suicidant est donc une question centrale. Elle a rang de recommandation professionnelle pour la Haute Autorité de Santé (ANAES 1998)
 - Critère très susceptible d'être amélioré en France...
 - Bouet et al : audit national dans 76 centres hospitaliers français
 - ▣ ce critère de l'interpellation de l'entourage était satisfait dans 44,6% des cas au premier temps de l'audit et montait à 52,3% après une simple sensibilisation au sujet (Bouet 2005).

IMTAP : IMPACT DE LA TS SUR L'ENTOURAGE PROCHE DU SUICIDANT



G. VAIVA (*INSERM / CHU de Lille*)

F. ROUILLON (*INSERM / CHU Sainte Anne, Paris*)

M. SEGUIN (*Douglas Research Center for Suicide, Mac Gill University, Montréal*)

P. DOURGNON, J. MOUSQUES (*IRDES, Paris*)



Consommations de médicaments (tous les proches)

	T0	M3	M12
Médicaments psychotropes	8,4%	14,5%	14,5%
Autres médicaments	14,5%	34,9%	41%
Tous médicaments	19,3%	43,4%	45,8%

- ▣ 123% de *sur* consommateurs M12
- ▣ 25% augmentation de nombres de lignes de prescription
- ▣ Consommation augmentée d'un facteur 2.37

Impact économique

1^{ères} évaluations prudentes...

- ▣ Coût moyen (*médiane*) consommation médicaments par personne en France (ESPS, 2009) → 549 €
- ▣ Surconso X 2.37 à 12 mois → 1.301 €
- ▣ 2,2 proches / suicidant → 2.862 €
- ▣ 195.000 TS / an →

558 millions € / an !!!

Organiser l'accueil du suicidant, celui de son entourage...

- ▣ En prenant une position très pragmatique, quatre questions devraient alors se poser systématiquement après une tentative de suicide :
 1. Existe-t-il un entourage ?
 2. Cet entourage est-il « suffisamment bon » (en reprenant la formule de Winnicot) ?
 3. Cet entourage est-il « suffisamment prêt » ?
 4. Faut-il prévoir d'accompagner cet entourage ?

Organiser l'évaluation et l'orientation

- ▣ *Du passage à l'acte au passage en mots...*
 - Pas une « simple » consultation de tri et d'orientation vers une hospitalisation ou une consultation ambulatoire ultérieure qui se solde par un échec (en terme d'adhésion à un projet de soin) dans près de 90 % des cas !
 - Des situations souvent complexes, dans un lieu rarement fonctionnel en termes d'architecture et de temporalité
 - Prendre le temps ou plutôt les temps : celui du lien, celui de l'évaluation et celui des propositions, enfin.

Organiser l'évaluation et l'orientation

▣ *Le temps du lien...*

- Pourquoi ici ? Pourquoi maintenant ?
 - ▣ « *contextualisation* » de la demande...
 - ▣ Collecter les nécessaires informations autour de l'arrivée du sujet aux urgences, autour des détails de la scène suicidaire...
- Un temps thérapeutique puisque c'est un moment où l'on invite le patient à exprimer ses affects et ses demandes, et qu'il va bénéficier de mesures visant à l'apaisement de sa symptomatologie
- La qualité de ce premier contact, dans une parenthèse particulièrement dramatique de son existence, joue un rôle prépondérant pour la mise en place d'une véritable stratégie de soin...

Organiser l'évaluation et l'orientation

▣ *Les outils...*

- Etablir un diagnostic non pas nosographique mais contextuel, préalable indispensable aux propositions qui doivent être mises en œuvre en fin d'entretien
- Recherche d'un trouble psychiatrique avéré

▣ L'un des outils les mieux adaptés à l'urgence : le RUD

- Recherche de facteurs de risques, Exploration des idées suicidaires et des alternatives, enfin Exploration de l'accessibilité à un moyen létal
- « auscultation » de l'état suicidaire qui doit être complétée par :
 - ▣ niveau de souffrance / degré d'intentionnalité / éléments d'impulsivité / facteurs précipitants / qualité du soutien de l'entourage proche

Les critères d'hospitalisation d'un suicidant

- ▣ A quoi bon...?!
- ▣ Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il est bien difficile de proposer des critères d'hospitalisation après une TS...
 - qui soient à la fois pertinents et appliqués sur le terrain
 - déjà Kirnstein en 1975 aux USA montrait que si les critères de l'APA étaient tous scientifiquement et statistiquement strictement étayés, sur le terrain, 51% des suicidants devant être hospitalisés ne l'étaient pas...

De Leon à Madrid...

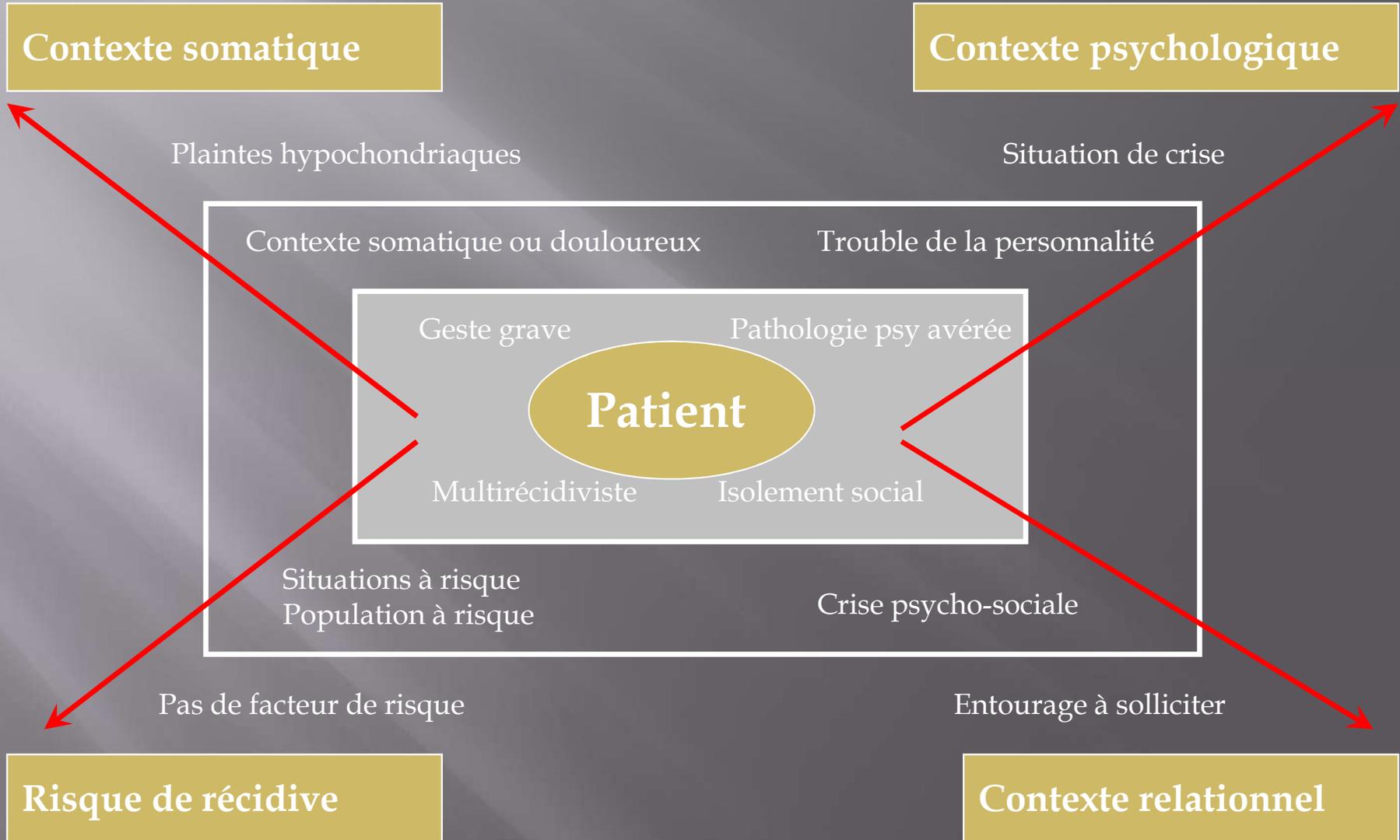
- ▣ Des analyses en « *data mining* » montrent pour les pays européens, qu'une solution à 5 facteurs réussit à classer 99% des cas de figure.

- ▣ Sont plus souvent hospitalisés :
 - ceux qui prennent un traitement psychotrope au long cours
 - les suicidants qui pensaient vraiment mourir de leur geste
 - les sujets sans soutien familial
 - les femmes au foyer
 - les sujets avec des antécédents de TS

APA 2010...

- ▣ Suicidant doit être hospitalisé si :
 - Sujet psychotique
 - TS violente, presque fatale ou préméditée
 - Précautions pour ne pas être découvert ou secouru
 - Persistance de l'idéation suicidaire
 - Détresse persistante d'être toujours en vie...
 - Homme > 45 ans
 - Défaillance du soutien social
 - Impulsivité marquée, agitation sévère, trouble du jugement et attitude active de refus d'aide
 - Tableau avec aspects confusionnels à explorer plus avant...

Grille d'Andréoli...



Le cas des multirécidivistes...

- ▣ Multi « trait » / Multi « état » +++
- ▣ A repérer : « pathologie grave de l'Amour »
(*Antonio Andréoli*)
 - Intensité d'une psychopathologie
 - Le type de personnalité : borderline ou hystérie « pauvre »
 - Les antécédents traumatiques infantiles, violences physiques, psychiques et sexuelles +++
 - Pauvreté de fonctionnement interpersonnel
 - Idéation suicidaire en ligne de base : le type d'attachement (*individuel et familial... Peter Fonagy*)

Le cas des multirécidivistes...

- ▣ Intérêt des hospitalisations programmées !!?
 - Selon les recommandations de Marsha Linehan (*Am J Psychiatry* 1996 & 2004)
 - Dans le cadre plus global de la *Dialectic Psychotherapy*...
 - Plus spécifiquement pour les multi TS borderline
 - Commencer à 1 semaine / 4 semaines ; puis, tenter d'espacer jusque 3 mois...

- ▣ Intérêt de limiter l'impulsivité !!?
 - Médicaments & toxiques...

Critères pragmatiques ?

Alors des approches différentes...

- ▣ Y a-t-il une pathologie mentale active ?
- ▣ Y a-t-il une vulnérabilité suicidaire associée ?
- ▣ De qui s'agit-il ?
- ▣ Quelles sont les alternatives ?

Organiser l'évaluation et l'orientation

- ▣ *Le temps des propositions...*
 - 3 types de projets de soin en fonction du degré d'urgence :
 - ▣ Degré d'urgence élevé, l'hospitalisation est souvent proposée
 - ▣ Pour les degrés d'urgence inférieurs, les propositions incluent souvent un suivi ambulatoire inscrit dans un dispositif de soins spécifiquement étayé :
 - ré-adressage vers le Secteur psychiatrique d'appartenance du patient avec indispensable triangulation dès l'urgence
 - consultations intersectorielles de post-urgence
 - ou structures de post-urgence ...

Les Centres de Crise

- **reconnaître un temps.....**
 - potentiel de changement non négligeable
 - le contexte d'urgence bloque le temps

- **lui trouver un lieu.....**
 - si elles arrivent à l'hôpital, ces situations ne sont plus tenables à domicileet les Urgences n'accueillent que pour quelques heures

- proposer, pour un sujet et son entourage, un “espace - temps” et une séquence de travail spécifique
 - Accueil / interaction / Hypothèse de crise
 - Intervention de crise

Les Unités pour Jeunes suicidants

- ▣ Âges spécifiques : « teenagers » 13-19 ou 15-25
 - Primosuicidant...
- ▣ Des temps de préparation spécifiques
- ▣ Un séjour du jeune suicidant et une prise en charge contemporaine du groupe familial
 - « significant others »...
- ▣ 1 séjour...

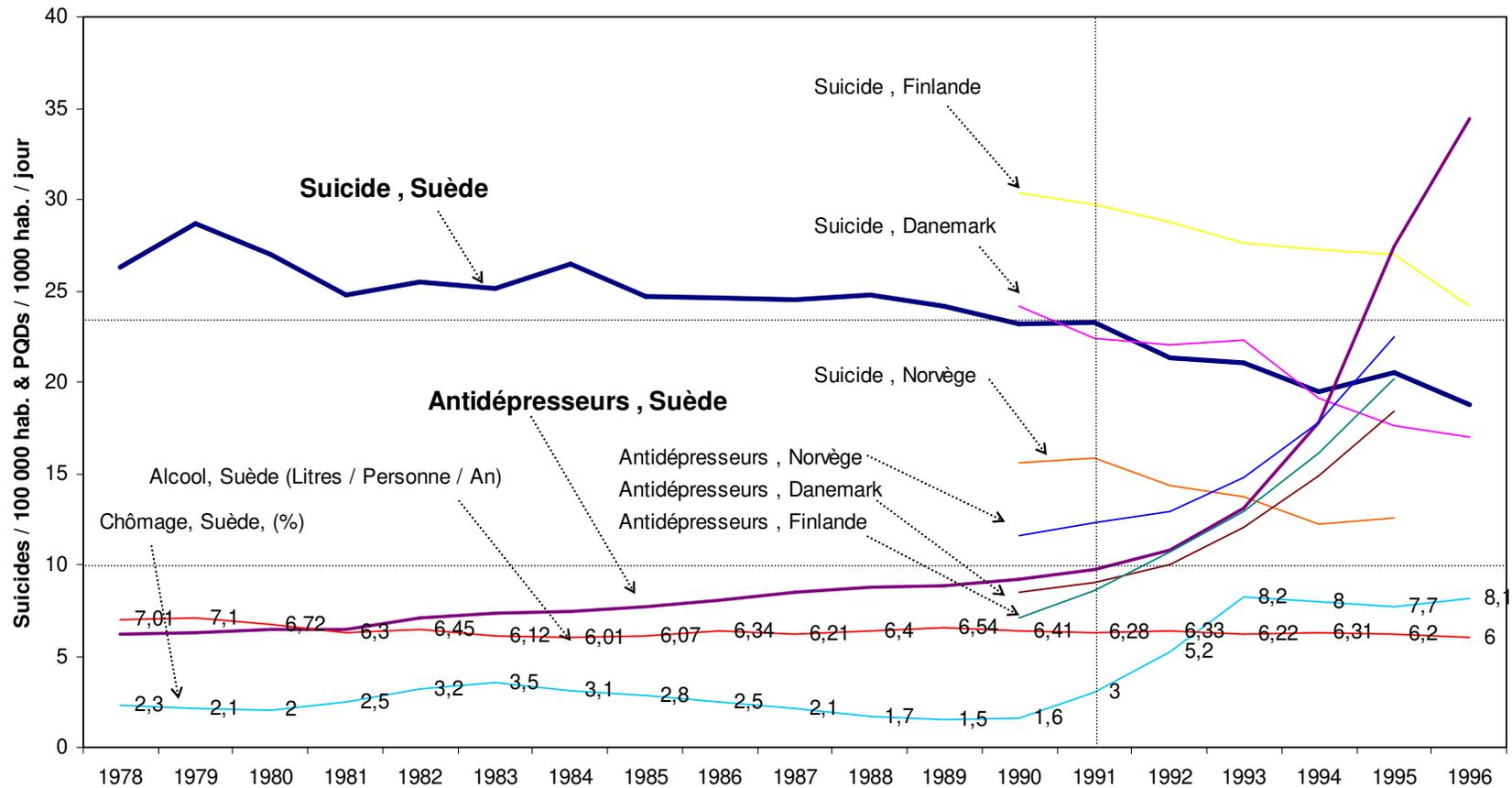
Organiser le suivi à moyen terme

- ▣ Soigner la pathologie...

- ▣ Des interventions ciblées sur la période post-TS :
 - Les VAD des infirmières anglaises...
 - Un exemple de psychottt brève...

Soigner la dépression

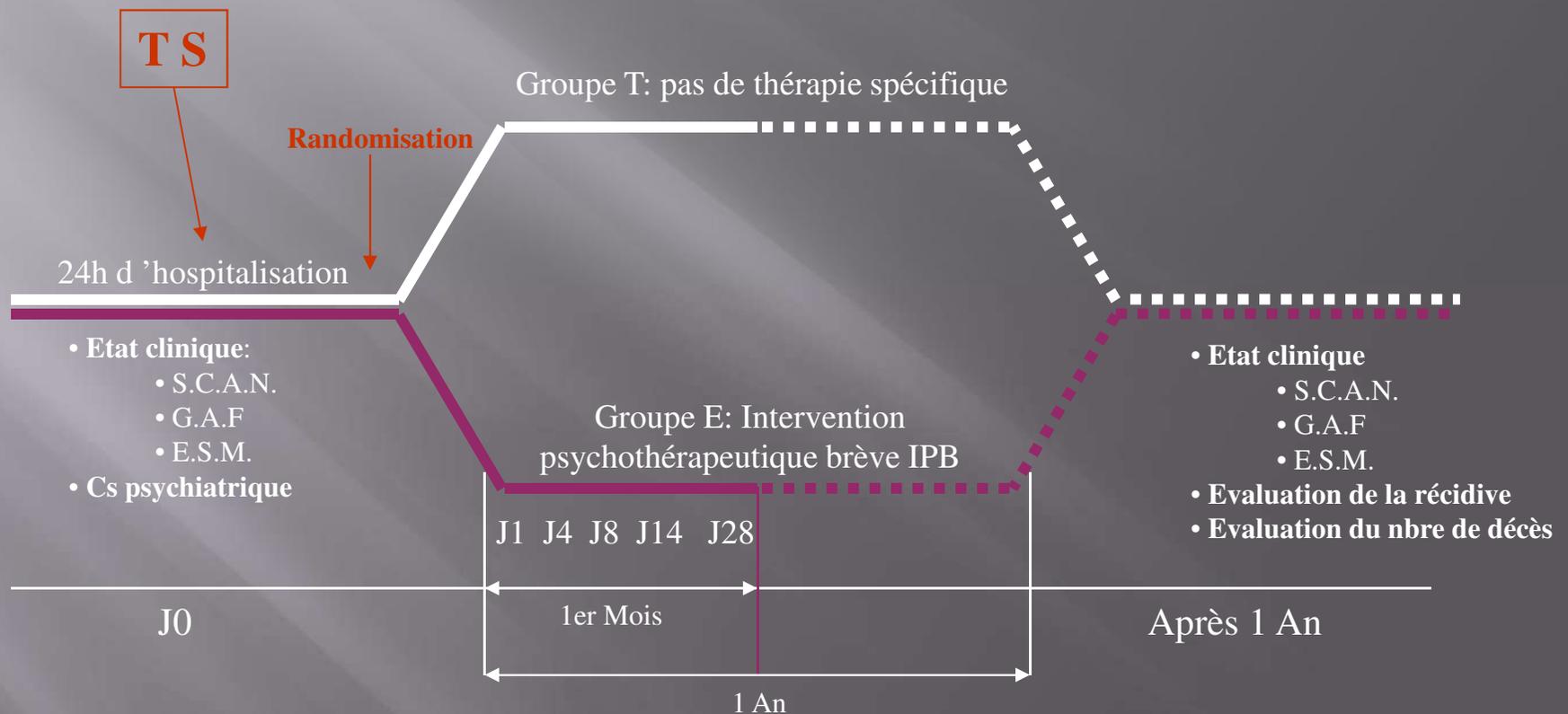
Suicide et vente d'antidépresseurs
(G Isacson, Acta Psych Scandinavica 102: 113-117; 2000)



En Angleterre, BMJ 2001...

- ▣ 4 sessions de thérapie psychodynamique brève à domicile, centrées sur la résolution de difficultés interpersonnelles
- ▣ Infirmières formées à la thérapie +++
- ▣ 1 session par semaine pendant le 1^{er} mois
- ▣ Compte rendu au MT après chaque session
- ▣ Groupe contrôle = sujet ré adressé sur le médecin traitant (*as usual*)...
- ▣ ***Interventions psychodynamiques brèves à domicile au décours de l'accueil aux Urgences***

En France... Interventions psychothérapeutiques brèves (Walter et Genest, 2004)



Organiser la veille pour les mois suivants ?

Quel que soit son talent... Le retour à domicile d'un suicidant après un temps si court reste de l'ordre du compromis...

Le Principe d'une veille...

- ▣ **Objectif** = Maintenir un lien après les soins immédiats
 - Une éthique de l'inquiétude
 - Une clinique du soucis
 - The « connectedness »...

- ▣ Sans envahir l'existence du suicidant, sans se substituer à un système de soin, mais en proposant des ressources valides en cas de besoin !

Aux USA, le précurseur...

Jerome Motto 2001

- ▣ **Objectif** = Maintenir un lien après la sortie de l'hôpital quand :
 - Refus des soins
 - Rupture du suivi mis en place

- ▣ **Contact** =
 - lettre courte envoyée par personne ayant rencontré le patient
 - personnalisée, avec réponses aux remarques du patient quand connues
 - à M1, M2, M3, M4, M6, M8, M10, M12,
+ tous les 3 mois... sur période de 5 ans (= 24 lettres)



Quelques phrases...



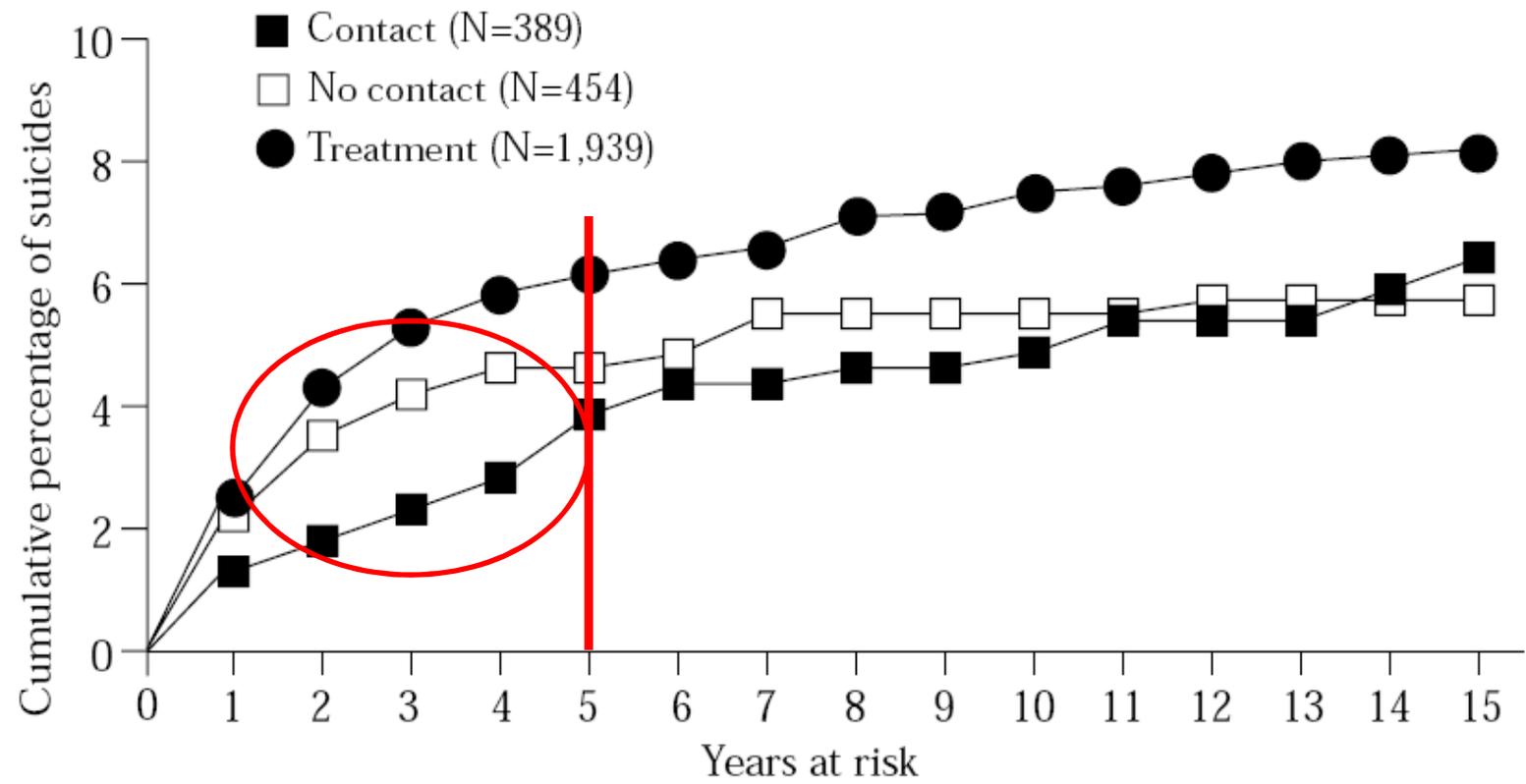
- ▣ « Merci pour votre intérêt constant »
- ▣ « C'est un sentiment agréable de savoir que vous avez gardé un intérêt »
- ▣ « Au revoir jusqu'à la prochaine lettre »
- ▣ « Après avoir jeté la dernière lettre, je l'ai regretté, alors j'ai été content de recevoir celle-ci »
- ▣ « J'apprécie vraiment votre persévérance et votre intérêt »

Encore deux...



- ▣ « Vous ne saurez jamais ce que vos petites lettres veulent dire pour moi. Je pense que quelqu'un s'inquiète toujours de ce qui m'arrive, même si famille m'a viré. Je vous en suis reconnaissant. »
- ▣ « Vous êtes le fils de pute le plus persévérant que j'ai rencontré, alors vous devez être vraiment sincère dans votre intérêt pour ma personne »

Résultats



A Bristol, la remise d'une carte ressource (Evans, 1999 et 2005)

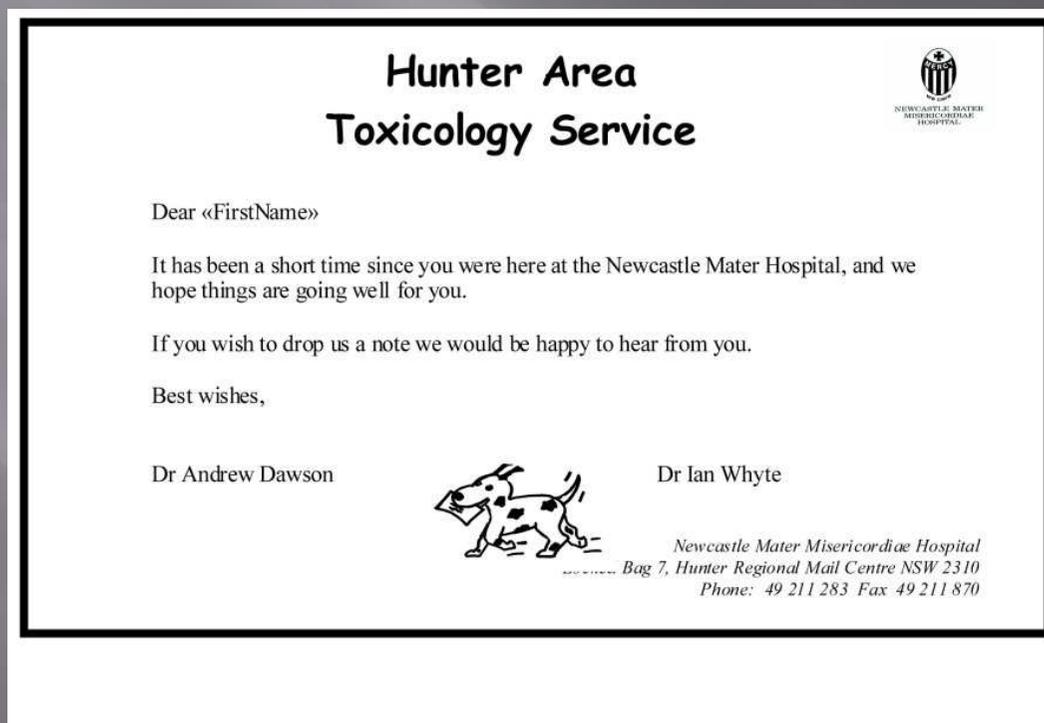
- ▣ Remise d'une carte ressource (*crisis card*) indiquant un n° d'appel joignable 24/24 *vs* « as usual »

- ▣ A 6 mois :
 - diminution des récurrences chez les primosuicidants (OR 0,64)
 - cet effet disparaît à 12 mois (OR = 0,89)
 - les patients qui ont pris contact par téléphone dans les 6 mois présentent des taux élevés de récurrences (OR = 4,91)

- ▣ **Intérêts et limites :**
 - primosuicidants
 - à court terme (6 mois) : initier la démarche de soins

En Australie, Carter BMJ 2005...

- Envoi de 8 cartes postales sur l'année suivant le geste (1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 & 12)



En France, BMJ 2006...

Research

BMJ

Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study

Guillaume Vaiva, François Durocq, Philippe Meyer, Daniel Mathieu, Alain Philippe, Christian Libersa, Michel Godemand

Abstract

Objective To determine the effects over one year of contacting patients by telephone one month or three months after being discharged from an emergency department for deliberate self poisoning compared with usual treatment.

Design Multicentre, randomised controlled trial.

Setting 15 emergency departments in the north of France.

Participants 605 people discharged from an emergency department after attempted suicide by deliberate self poisoning.

Intervention The intervention consisted of contacting patients by telephone at one month or three months after discharge from an emergency department for attempted suicide to evaluate the access of recommended treatment or to adjust treatment. Control patients received treatment as usual, in most cases referral back to their general practitioner.

Main outcome measures The primary outcome measures were proportion of participants who reattempted suicide, number of deaths by suicide, and losses to follow-up at 15 months' follow-up. Secondary outcome measures were types and number of contacts with health care.

Results On an intention to treat basis, the three groups did not differ significantly for further suicide attempts, deaths by suicide, or losses to follow-up: contact at one month (intervention 23% (34/147) \pm controls 30% (95/312), difference 7%, 95% confidence interval -2% to 15%), three months (25% (36/146) \pm 30%, difference 5%, -4% to 14%). Participants contacted at one month were less likely at follow-up to report having reattempted suicide (12% \pm 22% in control group, difference 10%, 2% to 18%).

Conclusion Contacting people by telephone one month after being discharged from an emergency department for deliberate self poisoning may help reduce the number of reattempted suicides over one year.

Introduction

People who have attempted suicide are at high risk of further attempts (12%-30%) or completing suicide (1%-5%) within a year.^{1,2} Most patients discharged directly from emergency care are considered at the lowest short term psychopathological risk or best looked after by their family. When patients are referred to community services, however, they are not assessed for compliance with treatment or treatment success.

A review of controlled studies of treatment strategies for people who have attempted suicide found few methods that sig-

nificantly reduced the repetition of suicidal behaviour.^{3,4} A non-significant lower rate of repeated self harm was found in people who had attempted suicide for the first time and were offered easy access to a trained psychiatrist.⁵ A controlled study that assessed the usefulness of telephone contact at four and eight months after suicide attempts, in addition to usual treatment, found no significant difference between the intervention and control groups in number of further suicide attempts at one year.⁶ The researchers concluded that the method was nevertheless useful because it offered patients who had never received psychiatric care before their index suicide attempt the chance of contact with health professionals.

We systematically contacted patients by telephone one or three months after an attempted suicide by deliberate self poisoning to determine the effect on reattempted suicide over one year. The intervention also included an attempt to enhance compliance with treatment and brief crisis intervention if needed.

Participants and methods

Our study was carried out in 15 emergency departments in the north of France. Eligible patients were those aged between 18 and 65 years who had attempted suicide by drug overdose, had been examined by a psychiatrist who agreed to their discharge from the emergency department, could give the name of their general practitioner, could be contacted by telephone, and gave written consent for being contacted. We excluded homeless patients and those addicted to illegal drugs.

Study design

We randomised one group of participants to telephone contact at one month after a suicide attempt and the other to contact at three months (figure). We compared the intervention groups with a control group that consisted of usual treatment (no telephone contact) during the 12 months of follow-up. For every patient in each of the intervention groups we randomised one patient to the control group.

Randomisation

In each department patients were allocated to a group according to the number in an opaque sealed envelope. The allocation sequence was provided by a statistician uninvolved in the assessment of patients. Patients were randomised to either telephone contact or usual treatment in blocks of eight (2:2:4 per block) on the basis of a computer generated list of pseudorandom

□ *Recontact téléphonique des suicidants quittant les services d'urgence sans hospitalisation...*

Synthèse...

- ▣ primosuicidants / récidivistes
- ▣ observants / non observants
- ▣ joignables / non joignables
- ▣ hommes / femmes
- ▣ moins de 20 ans / plus de 20 ans
- ▣ quittant les urgences / quittant le service d'hospitalisation
- ▣ même thérapeute / thérapeute différent
- ▣ à 6 mois, 1 an, ...

Un algorithme de veille sur 6 mois ?

- ▣ **Primosuicidants** : carte ressource (Evans)
 - si appel et crise suicidaire détectée :
 - ➔ organisation d'une consultation aux urgences

- ▣ **Récidivistes** : recontact téléphonique entre J10 et J21
 - standard
 - si crise suicidaire :
 - ➔ organisation d'une consultation aux urgences
 - si non joignables ou mal observant :
 - ➔ cartes postales personnalisées (Motto +Carter)

STUDY PROTOCOL

Open Access

ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters

Guillaume Vaiva^{1,2*}, Michel Walter³, Abeer S Al Arab², Philippe Courtet⁴, Frank Bellivier⁵, Anne Laure Demarty², Stephane Duhem², Francois Ducrocq⁶, Patrick Goldstein⁶, Christian Libersa²

Primosuicidants : crisis card / IDE psy

CARTE RESSOURCES

Téléphone disponible 24h/24

03.20.44.42.15

Programme AIGOS

N° d'urgence : Samu 15

Sites Internet utiles

www.sos-suicide-phenix.org

www.suicide-ecoute.fr

www.info-depression.fr

www.sos-amitie.org

GEPS
GROUPEMENT D'ETUDES ET
DE PREVENTION DU SUICIDE



Intervention téléphonique J10-J21

- ▣ centralisées à Lille, au CIC
- ▣ **Uniquement pour les récidivistes du groupe ALGOS**
- ▣ Entretien de soutien et de mise en mot des difficultés
- ▣ Malaise initial
- ▣ Retentissement de la TS
- ▣ Solutions envisagées (réussite?)/reprise des grandes lignes du compromis de sortie
- ▣ Besoin d'aide
- ▣ Connaissance des ressources possibles
- ▣ Durée de l'entretien
- ▣ Standard ou crise suicidaire (organisation consultation)
- ▣ **Compte rendu au Médecin de famille et/ou équipe de soins de secteur**

Hello !...

Bruno,

Nous vous avons accueilli il y a peu de temps et nous espérons que les choses vont mieux pour vous.

Si vous voulez nous adresser un petit mot, nous serions heureux d'avoir de vos nouvelles.

Très cordialement,

Pr Michel WALTER

*Hôpital de Bohars
CHRU de Brest
29820 BOHARS*

Tél : 02.98.34.74.66

Programme ALGOS



Cher Bruno,

*Cette petite carte en espérant que les choses
continuent d'aller mieux pour vous et les vôtres.*

Sinon, nous vous rappelons nos coordonnées :

Dr Vincent JARDON

*Centre d'Accueil et de Crise
Hôpital Fontan
CHRU de Lille
59037 LILLE Cedex
Tél : 03.20.44.42.15*

Programme ALGOS

Bonjour Christelle,

*Cette petite carte en espérant que les choses
continuent d'aller mieux pour vous.*

Sinon, nous vous rappelons nos coordonnées :

Pr Philippe COURTET

Urgences Psychiatriques
Hôpital Lapeyronie
CHU Montpellier
371, Av. Doyen Gaston Giraud
34295-Montpellier cedex
N° téléphone : 04 67 33 22 93

Programme ALGOS

Chère Sylvie,

Cette petite carte en espérant que les choses continuent d'aller mieux pour vous et les vôtres.



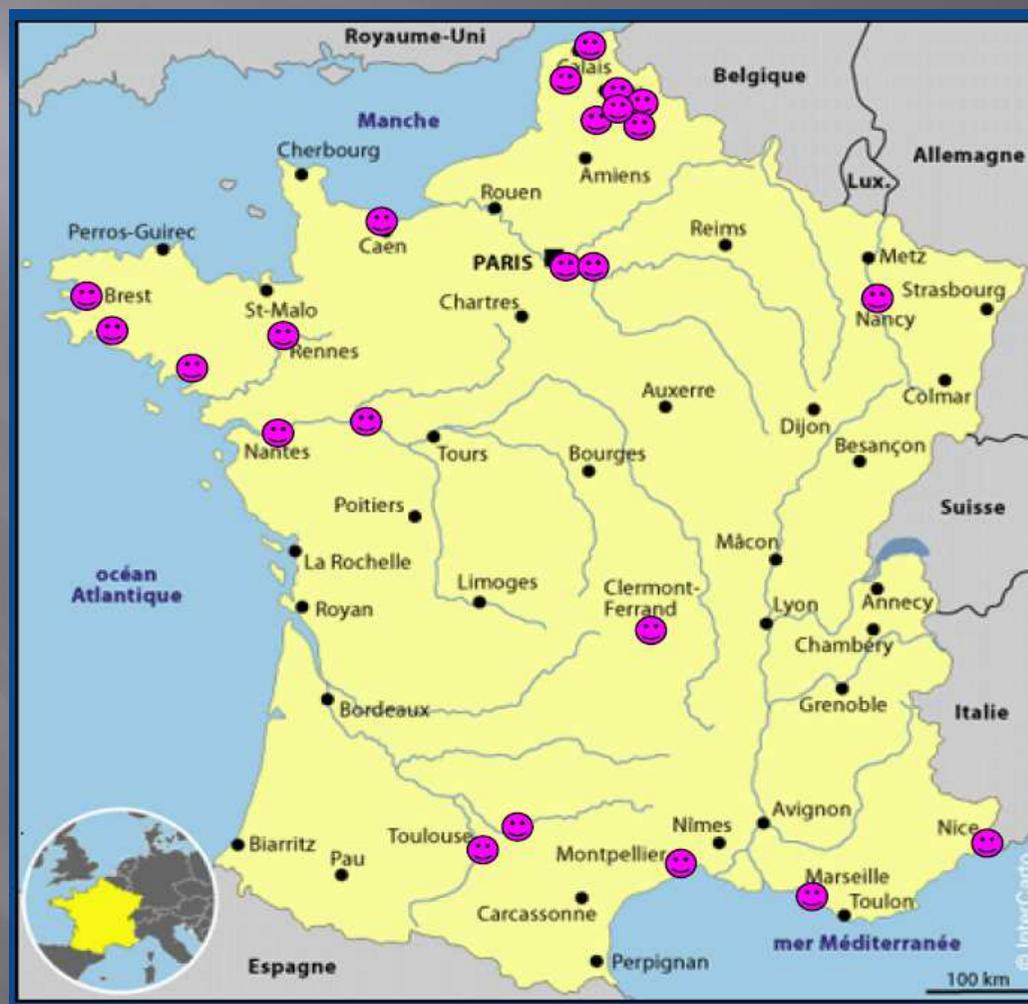
Dr Catherine PICHENE

*Service des Urgences
Unité d'Accueil Urgences
Psychiatriques -CHU de NANCY
Hôpital Central
54035 NANCY cedex
N° téléphone : 03 83 85 12 56*

Programme ALGOS

Un peu partout... (Bretagne et NPC ++)

CENTRE	Nombre d'inclus
BREST	150
LILLE	130
MONTAUBAN	104
ROUBAIX	71
DUNKERQUE	57
MONTPELLIER	53
TOULOUSE	50
NANTES	48
BOULOGNE/MER	41
NANCY	40
RENNES	39
PARIS HEGP	35
MARSEILLE	34
NICE	31
DOUAI	30
CAEN	29
CRETEIL	26
HENIN-BT	24
VANNES	20
CLERMONT-FD	19
TOURCOING	10
ANGERS	9
QUIMPER	5
TOTAL	1055



ITT (population globale)...

	ALGOS	TEMOINS	<i>dif</i>	<i>signif</i>	<i>NNT</i>
Décès	N= 2	N= 9	- 7	0.065	167
Sujets récidivistes	N= 29 (6,7%)	N= 47 (10,9%)	- 4,2	0.027	24
Lost	N= 48 (9,9%)	N= 69 (13,8%)	- 1,6	0.1	-
Total Adverse Outcomes	N= 79 (16,3%)	N= 117 (23,4%)	- 7,1	0.005	14

ITT...

	ALGOS	TEMOINS	<i>dif</i>	<i>signif</i>
Conduites à risque	N= 31 (8,1%)	N= 48 (12,5%)	- 4,4	0.045
N récidives	M= 1,5 (+/- 1)	M= 1,3 (+/- 0,6)	F= 4,6	0.034
BECK idéation	M= 9,4 (+/- 5,4)	M= 9,6 (+/- 4,7)	F= 0,2	0.7

ITT (détails algorithme)...

	ALGOS (1TS) N= 261	ALGOS (R+a) N= 159	ALGOS (R+a+c) N= 66	ALGOS (R+c) N= 62	TEMOINS N= 492
Décès	N= 1	N= 1	N= 0	N= 0	N= 9
Récidivistes	N= 10 (4,3%)	N= 16 (11%)	N= 12 (19,7%)	N= 3 (5,6%)	N= 47 (10,9%)
Lost	N= 27 (10,3%)	N= 13 (8,2%)	N= 5 (7,6%)	N= 8 (12,9%)	N= 69 (13,8%)
Total Adverse Outcomes	N= 38 (14,6%)	N= 30 (18,9%)	N= 17 (25,8%)	N= 11 (17,7%)	N= 117 (23,4%)

Demain... ?

- ▣ Des centres « territoriaux » ... ?
 - de recontact des suicidants ?
 - D'hospitalisation programmée ?
 - d'harmonisation des pec ?
 - de lutte contre le suicide ?

