Une démarche au service de la santé

GROUPES QUALITÉ

URGENCES PSYCHIATRIQUES
Le patient à risque suicidaire

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS et conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles

avril 2014

Groupe de travail : (document provisoire réalisé par le Dr LEQUEUX)

Groupe de lecture : Animateurs « Groupe Qualité » Pays de la Loire

PROBLEMATIQUE :

Quel que soit la problématique de l'urgence psychiatrique, le médecin généraliste a un rôle important d'accueil, d'écoute active et d'évaluation de la dangerosité et d'urgence de la situation mais se sent souvent « bien seul ».
La nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire est recommandée mais il existe en pratique de nombreux obstacles :

- le déficit de communication entre généralistes et psychiatres,
- les consultations psychiatriques privées ou publiques saturées,
- les réseaux sanitaires et sociaux mal connus.

Souvent la seule alternative possible de prise en charge est l'hospitalisation. Même si les soins libres restent la règle, les hospitalisations sans consentement représentent 11 à 13% des hospitalisations en psychiatrie (environ 69 000 patients en 2008).

La loi du 5 juillet 2011, a réformé les conditions des soins psychiatriques sans consentement. Le généraliste est souvent celui qui initie la procédure. En établissant les certificats médicaux prévus par la loi, il engage sa responsabilité.

La France est l'un des pays européens au plus fort taux de suicide : 8 % de la population adulte déclare avoir fait une tentative ; 60 à 70% des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédent une tentative de suicide, 36% l'ayant fait dans la semaine précédente.
Le médecin généraliste est certainement un des maillons indispensable: tant pour le repérage, que pour la prise en charge et l'organisation de celle ci mais aussi pour informer l'entourage sur la reconnaissance ces signes.

L'enquête menée en 2011 par l'ORS des Pays de la Loire, auprès d'un échantillon de médecins généralistes de la région. Les praticiens ont été interrogés sur la nature de leurs difficultés concernant l'évaluation du risque suicidaire chez un patient.
Parmi les difficultés qui leur ont été proposées lors de l'interview, "*le manque de formation sur ce sujet*" (37 %) et "*le manque de temps pour le faire"* (35 %) ont été le plus souvent retenus. Viennent ensuite les "*difficultés sur la façon d'aborder le sujet avec les patients"* (27 %), et enfin "*le fait de ne pas oser aborder le sujet avec les patients"* (11 %).

Les objectifs de ces échanges doivent permettre de répondre aux attentes des médecins généralistes dans tous les domaines:

- le "savoir-être" pour aborder la problématique de la suicidalité avec le patient,
- les outils de repérage de la crise suicidaire en médecine générale,
- l'évaluation de la dangerosité de la crise et de l'urgence de sa prise en charge,
- les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement dans les différentes situations cliniques,
- la façon d'intervenir, d'alerter, de mobiliser son réseau afin d'orienter à bon escient un patient selon le degré d'urgence et la dangerosité de la crise.

Leur participation à cette réunion est probablement un bon moyen de trouver des solutions concrètes aux problèmes rencontrés dans notre pratique quotidienne.

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

1- Loi no 2011-803 du 5 juillet relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel de la république française ; 6 juillet 2011.

2- Décision no 2011-174 QPC du 6 octobre 2011. Journal Officiel de la République Française ; 8 octobre 2011.

3- C.Balzani et col. Soins psychiatriques sans consentement : Nouvelle loi, nouvelles pratiques. Médecine. 2013 ;132-5.

4- Anaes. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. octobre 2000. Texte intégral disponible sur www.has-sante.fr.

5- Les médecins généralistes des Pays de la Loire face au risque suicidaire. ORS-URPS. Mars 2013

6- Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux.HAS.RPC.2005.

7- P.Nicot. Risque suicidaire : peut-on mieux faire. Le système de soins français entre paradoxes et tabous. Médecine 2008.244-6.

8- Dépression chez l'adolescent : qui est à risque et de quoi ? Médecine.2010.317-23.

Documents et sites utiles

1. Agir ensemble contre le suicide en Pays de la Loire. Annuaire des acteurs ressources. Agence Régionale de Santé. http://ars.paysdelaloire.sante.fr/Annuaires.159024.0.html

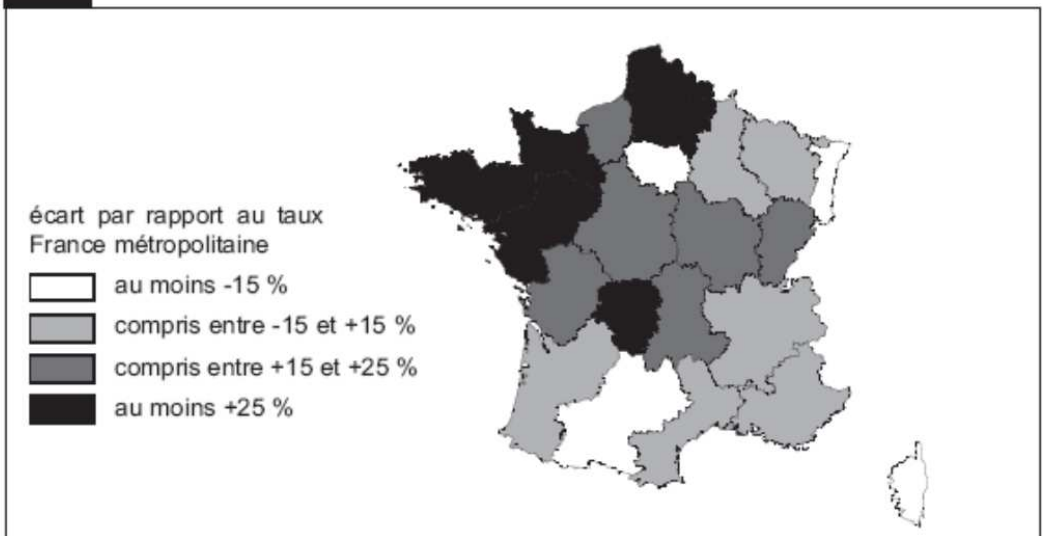
2. La réforme de la loi psychiatrie de 1990 : 8 points clés pour vous guider. Consultable sur le site du ministère de la santé. http://www.sante.gouv.fr/reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques,9050.html

3. Numéro d'appel « Suicide écoute » 01 45 39 40 00 (disponible 24/24h). www.suicide-ecoute.fr

Les messages importants

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS,

C •01 disparités régionales de la mortalité par suicide - 2000-2002
comparaison des taux standardisés (1) régionaux à la moyenne métropolitaine



(1) Cette standardisation sur le sexe et sur l'âge permet de mettre en évidence les différences entre régions autres que celles induites par les différences structurelles observées dans leurs populations. Les taux standardisés calculés pour chacune des régions sont ceux que l'on observerait si elles avaient la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour toutes. La population de référence utilisée ici est celle du recensement de 1990, France, deux sexes
Champ : France métropolitaine.
Source : Inserm, CépiDc.

Comment repérer un risque suicidaire chez un patient au cours de la consultation ?

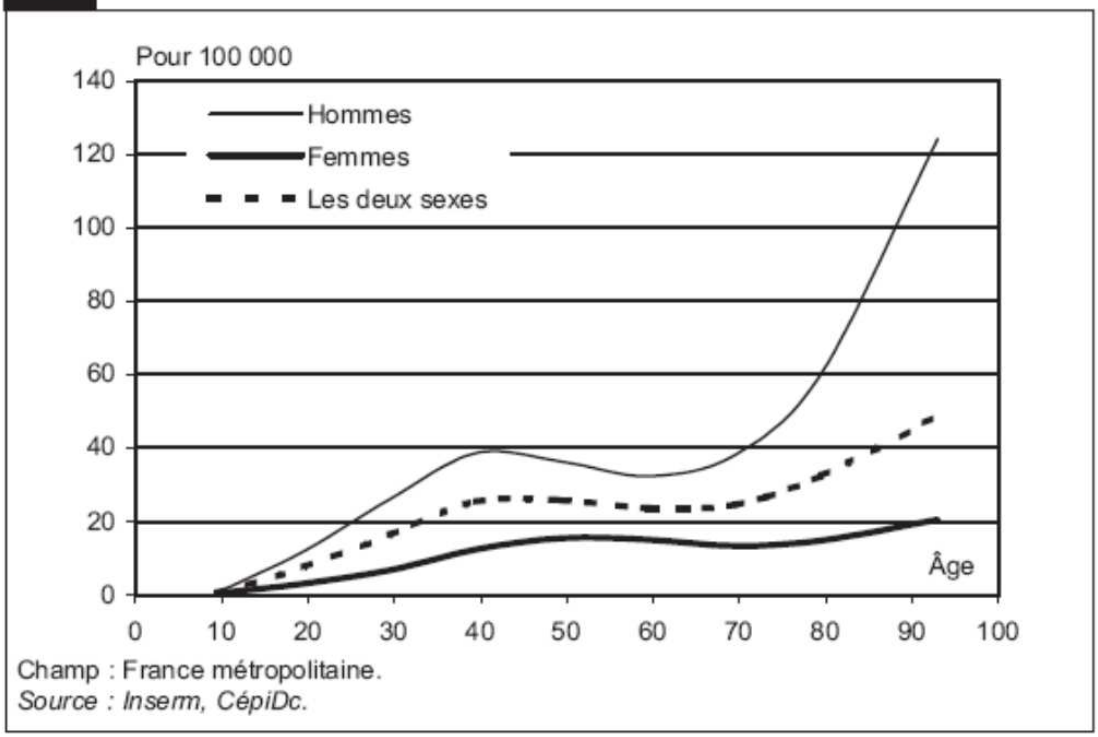
La conférence de consensus sur la crise suicidaire en 2000, définit la crise suicidaire *« un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture »*

Ecouter l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement.
La souffrance psychique sous-jacente est souvent masquée, rendant le repérage difficile dans la consultation habituelle.

Cette difficulté est encore accrue avec les adolescents (répugnance à l'exposition de leurs faiblesses) et les personnes âgées (formes particulièrement atypiques, atténuation des signes de la crise, syndrome de glissement, état confusionnel, démences.). Malgré un taux de suicide plus élevé, le phénomène suicidaire chez les personnes âgées attire moins l'attention que chez les jeunes.

- Banalisation de la dimension dépressive (l'affect ordinaire ou le style affectif convenu du sujet âgé)
- Légitimation du phénomène suicidaire : « *C'était la meilleure solution … Après tout, je comprend son geste…Il faut bien mourir un jour…Il (ou elle) avait le droit…C'était son choix… »*

G •01 taux de suicide pour 100 000 habitants selon le sexe et l'âge en 2002



Champ : France métropolitaine.
Source : Inserm, CépiDc.

Elle l'est également par le contexte de la consultation, limitée dans le temps et *a priori* centrée sur les signes somatiques.
Etre attentif, les différentes manifestations accompagnant la crise sont souvent très variées, elles ne sont ni spécifiques ni exceptionnelles prises isolément et peuvent être labiles :

- le désespoir, une souffrance psychique intense,
- une réduction du sens des valeurs,
- le cynisme, un goût pour le morbide,
- un contexte de vulnérabilité :
    - dépression (la corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence),
    - affections psychiatriques préexistantes,
    - alcoolisme, toxicomanie, histoire familiale individuelle, événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, conflits, etc.).

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles.

Au-delà de la présence éventuelle d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, le diagnostic de crise suicidaire s'appuie sur :

– les éléments du contexte : présence d'idées suicidaires et leur fréquence, expression, au praticien ou à des tiers (directement ou indirectement) de l'intention suicidaire, sentiment de désespoir, conduites de préparation de l'acte ;

– des signes de vulnérabilité psychique : troubles de l'image de soi, signes d'impulsivité, agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte, instabilité comportementale, tendance à l'anxiété, notamment attaques de panique ;

– des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risque.

Limites

- Pas de définition univoque d'une CAT standardisée
- Pluralité des situations suicidologiques
- Peu ou pas de protocoles validés de PEC, mais accord entre intervenants
  - Sur la nécessité d'une évaluation psychopathologique et psychosociale de tout suicidant par un personnel psychiatrique entraîné
  - Ainsi que d'une PEC spécifique et préventive d'une TS ou d'un suicide ultérieurs

- Par son caractère
  - de triple urgence: médicale, psychologique et sociale
  - inter, trans et pluri disciplinaire

Oblige à la liaison, au réseau, au dialogue et à la collégialité

Comment évaluer la dangerosité et l'urgence de la situation ?

- Evaluation basée sur le recueil de données cliniques :

  - ATCD (personnels et familiaux, médicaux et psychiatriques, en particulier suicidologiques)
  - Etat de santé actuel (somatique et psychiatrique)
  - Situation familiale, professionnelle, sociale…
  - Mode de vie et histoire personnelle
  - Facteurs déclenchants évoqués
  - Modifications récentes du comportement :alcoolisations, violences inhabituelles, agressivité, fugues, absentéisme, isolement relationnel, plaintes somatiques, prises de risques…

- Les éléments sont à prendre en considération :

1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité, une accalmie suspecte ou un comportement de départ sont des signes de très haut risque ;

2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario), la recherche soudaine d'armes à feu sont particulièrement inquiétants ;

3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.

4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.

5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.

6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Il faudra tenir compte du danger lié à l'accumulation de facteurs de risque.

À partir de ces éléments, 3 niveaux d'urgence peuvent être considérés :

• Faible : la personne est dans une relation de confiance établie avec le praticien, désire parler et cherche à communiquer, à trouver des solutions à ses problèmes ; elle pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis, pense à des moyens et à des stratégies pour faire face, n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

• Moyenne : la personne présente un équilibre émotionnel fragile, est isolée, a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; elle envisage clairement le suicide, y compris un scénario dont l'exécution est reportée, ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir.

• Élevée : la personne est décidée, ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé, est très isolée, a planifié et prévu le passage à l'acte pour les jours qui viennent, rationaliser sa décision ou est très émotive, agitée, troublée, complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation : sa douleur et sa souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider.

Qu'elles sont les personnes ressources et les structures locales (se constituer un réseau) ?

Le généraliste a un rôle important d'accueil, d'écoute active et d'évaluation de la situation mais la prise en charge ne peut relever d'un seul professionnel. La qualité de la relation médecin-malade dans de telles crises est essentielle pour préparer la personne (et son entourage) à un suivi pluridisciplinaire; ce qui suppose :

1) l'implication de la famille ou de l'entourage,

2) l'articulation avec des partenaires locaux (psychiatres, psychologues, réseaux sanitaires et sociaux).

Cette « équipe pluridisciplinaire » de proximité doit se construire. C'est un objectif important de cette réunion sur ce thème. Le « groupe qualité » est un lieu privilégié de transversalité et d'échanges qui doit permettre d'optimiser la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients.

Quand hospitaliser un patient ?

L'hospitalisation permet d'évaluer la sévérité des troubles et la nécessité de soins immédiats. Elle a pour but la protection de la personne.
Le consentement aux soins demeure la règle, le recours à la contrainte doit rester l'exception.

Quel que soit le contexte, il faut travailler l'alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue, donc expliquer systématiquement au patient les raisons de la démarche de soins et l'impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe) et l'aspect transitoire de cette hospitalisation.
Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose il peut être nécessaire de recourir aux dispositions légales de « soins psychiatriques sans consentement » prévus par la loi du 5 juillet 2011 qui a réformé celle du 27 juin 1990.

Contrairement à d'autres pays, la loi n'écarte a priori aucun diagnostic psychiatrique. Il n'existe pas de critère pour définir la nécessité de soins.

Il est recommandé de se référer aux critères cliniques et de recourir à cette solution si le refus peut entrainer l'aggravation de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié. Elle peut se justifier dans des situations cliniques diverses comme :

- une crise suicidaire jugée sévère
- des troubles de l'humeur (épisode maniaque, délire mégalomaniaque…)
- un risque d'atteinte potentiel à autrui
- la prise d'alcool ou de toxiques,
- un syndrome délirant ou des hallucinations
- l'incurie

Il est recommandé pour une aide à la décision de faire appel systématiquement à ses référents habituels (psychiatre libéral ou hospitalier, établissement psychiatrique, CMP) ou en cas d'impossibilité de les joindre d'appeler le Centre 15 pour organiser le transport et l'accueil du patient dans la structure de soins.

Il est également important d'évaluer la qualité et les capacités de compréhension et de soutien de l'entourage familial et social.

En cas de trouble du comportement avec réticence ou opposition du patient, une sédation peut s'avérer indispensable. Son administration vient toujours en complément d'une approche relationnelle. Les classes thérapeutiques proposées sont :

- Les neuroleptiques en cas d'agitation intense, notamment psychotique:

    - TERCIAN 100mg IVD ou IM si échec
    - ou LOXAPAC 100mg IM (pharm.hop.)

- Les benzodiazépines plus adaptées au contexte névrotique, sensible à l'environnement. Le choix de la molécule est modulé par l'anamnèse et l'environnement :

    - XANAX 0,50mg per os
    - ou TRANXENE 50 ½ à 1 amp. IM.

Le traitement administré doit être noté sur le courrier d'hospitalisation.

Quelles sont les nouvelles modalités de soins psychiatriques sans consentement ?

La loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a réformé la loi du 27 juin 1990 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement.

Les points clés de cette réforme sont :

- la possibilité d'alternative à l'hospitalisation complète : les personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du préfet peuvent être prises en charge hors hospitalisation complète. Ce n'est donc plus l'hospitalisation qui est imposée mais les **soins**. C'est le psychiatre qui décide du cadre de ces soins, hospitalisation ou ambulatoire.

- La mesure de contrainte sans tiers : les soins pour « péril imminent ». Si il est impossible de recueillir une demande de tiers et qu'il y a péril imminent, le directeur de l'établissement peut désormais prononcer une admission. Il peut également s'opposer à la levée de soins demandée par un tiers si l'arrêt des soins entraine un danger pour le malade.

- le contrôle judiciaire systématique par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) en cas d'hospitalisation sans consentement, puisque celle-ci représente une entrave à la liberté fondamentale d'aller et venir. Ce contrôle systématique du JLD, au plus tard au

bout de 15 jours d'hospitalisation, apporte un regard particulier sur la rédaction du certificat médical d'ou **l'importance de sa bonne rédaction et de sa lisibilité graphique.**

- La période initiale de soins et d'observation en milieu hospitalier de 72 heures, permettant d'orienter la suite de la prise en charge psychiatrique vers une hospitalisation complète ou une poursuite des soins en ambulatoire. Un certificat d'un psychiatre à 24h. confirme la nécessité de la mesure et, dans les 72h, un second certificat propose, si la mesure est maintenue, le cadre de la prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins en ambulatoire)

Ce qui ne change pas :

- Les soins libres demeurent la règle,

- Les deux procédures de contrainte :

    - à la **demande d'un tiers** :_L'ancienne HDT est transformée en *Soins à la Demande d'un Tiers* « SDT » (article L. 3212-1) du *Code de la Santé Publique* sont définies les conditions cumulatives de mise en œuvre des SDT. Les critères de mise en œuvre restent donc identiques à ceux définis par la loi du 27 juin 1990. C'est le directeur de l'établissement qui, au vu des documents fournis (certificats médicaux, demande de tiers), prononce alors l'admission du patient, et en informe les autorités compétentes.

    - Sur **décision du préfet** : l'ancienne HO est reformée au profit des *Soins à la Demande d'un Représentant de l'État* (SDRE-article L. 3213-1) indiquée en cas de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. C'est l'arrêté préfectoral établi au vu du certificat médical qui est ensuite à l'origine de la mesure, prononçant l'admission du patient en SDRE. En cas d'urgence et de danger immédiat, il peut s'agir d'un arrêté municipal (article L. 3213-2), mais celui-ci, provisoire, devra être confirmé par arrêté préfectoral.

En pratique pour le généraliste :

Il est important de faire clairement mention désormais de **« soins »** et non plus **« d'hospitalisation »** sans consentement sur le certificat médical initial, puisque c'est à l'issue des 72 h que sera décidée, par le psychiatre traitant, la modalité des soins apportés au patient (ambulatoire ou hospitalisation).

Le certificat médical doit être largement circonstancié : rédiger de manière claire et détaillée la symptomatologie psychiatrique, mais aussi son retentissement sur le fonctionnement global quotidien, la gravité éventuelle des troubles, notamment en cas de procédure d'urgence (geste ou projet suicidaire, comportement auto- ou hétéro-agressif, détail des conduites à risques, etc.).

Aucun diagnostic de maladie psychiatrique ne doit figurer dans le certificat, qui doit rester fidèle à la description du tableau clinique à la date de rédaction.

On parlera donc par exemple d'un patient présentant un syndrome maniaque mais pas de trouble bipolaire (et encore moins de patient « bipolaire »), ou encore de la présence d'un syndrome délirant à thématique de persécution mais pas de schizophrénie (et encore moins de « patient schizophrène en rupture de traitement » !

La rigueur dans cette rédaction doit être renforcée par le fait que la lecture du certificat médical est souvent faite lors de l'audience publique devant le JLD, donc devant le patient.

Les certificats médicaux d'admission pour soins psychiatriques sans consentement (cf formulaire dans la documentation jointe) :

- **SDT** (Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers). 3 procédures :

    - *Procédure normale :* 1er certificat rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et 2ème certificat rédigé par un médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil et une demande de soins rédigé par le tiers demandeur de soins pour la personne concernée.

    - *Soins psychiatriques en cas de péril imminent « SPI » (sans tiers demandeur de soins) :* il existe à la date d'admission un péril imminent pour la santé de la personne et il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers. Le certificat doit être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

    - *Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence « SPU »*. Il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade. Un seul certificat qui peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil.

- **SDRE** (Soins psychiatriques sur à la Décision d'un Représentant de l'Etat).

    - *Mesure prise par le préfet :*

Pour une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sureté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Le certificat doit être rédigé par un médecin généraliste, urgentiste ou spécialiste y compris hospitalier.
S'il s'agit d'un psychiatre, il ne peut être de l'établissement de l'accueil du patient. Il convient donc soit de faire venir ce médecin au commissariat soit de conduire la personne concerné aux urgences de l'établissement.

Suite à une expertise sollicitée par le Parquet pour une personne en garde à vue, laquelle a conclu la nécessité de prononcer une hospitalisation sans consentement. Le document à fournir est soit l'expertise psychiatrique (psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil de la personne), soit un certificat médical établit par un généraliste, urgentiste ou tout autre médecin non psychiatre de l'établissement.
Il convient donc soit de faire venir ce médecin au commissariat, soit de conduire la personne concernée aux urgences.

    - *Mesure prise sur arrêté provisoire du maire :*

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes ou à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes. Le document à fournir :

- soit un avis médical (n'ayant pas donné lieu à un examen du patient)
- OU un certificat médical circonstancié établi après examen du patient par un médecin généraliste, urgentiste ou spécialiste (s'il s'agit d'un psychiatre, il ne peut être de l'établissement d'accueil du patient).