

# L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte  
(DUPA)  
Service des soins infirmiers  
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:  
Service des soins infirmiers  
prix Fr. - 2



## Soins et suicidalité

### Sommaire

Une expérience de la Section des Troubles Anxieux et de l'Humeur<sup>1</sup>. Elaboration d'un cadre de soins spécifique pour patient suicidaire. Recherche et contrat. **Didier Camus**, infirmier clinicien ; **Gianni Cucchia**, chef de clinique adjoint, **Philippe Jaques**, infirmier, **Enzo Ros**, infirmier chef d'unité de soins.

*« De tout temps, le suicide n'a cessé de déranger, d'interpeller. Tour à tour, penseurs, philosophes, artistes, médecins psychiatres et psychothérapeutes ont tenté d'en appréhender le sens » (Didier Cremniter)*

La question du suicide dans une société donnée ne relève pas uniquement du champ médical. Ses différents aspects touchent en effet d'autres domaines comme la psychologie, la philosophie, l'économie, l'histoire, l'épidémiologie, la sociologie et le droit.

Il serait donc erroné de faire de cette problématique une question exclusivement médicale ou même spécifiquement psychiatrique, car alors, pour tout passage à l'acte dans ce registre, la responsabilité directe du spécialiste pourrait être engagée.

Toutefois, les institutions psychiatriques ne peuvent laisser sans réponse la question du lien d'un suicide, toujours singulier, avec une

psychopathologie particulière ; elles ne peuvent, non plus, éviter le risque d'un suicide au sein ou en périphérie de ses institutions.

Dans cet article, nous tenterons dans un premier temps de rappeler les données essentielles actuellement disponibles sur le sujet. Nous tenterons par la suite de rappeler les problématiques qui se posent lors de l'admission de patients suicidaires, avant de relater enfin l'élaboration menée dans la STAH d'un **contrat pour patient à risque suicidaire**.

### Généralités

<sup>1</sup> STAH : Section des troubles anxieux et de l'humeur au sein du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Lausanne.

## Le suicide à travers les âges

Le regard porté par la société sur le suicide n'a cessé d'évoluer avec le temps. Différentes représentations l'ont d'ailleurs caractérisé dans l'histoire, depuis la civilisation antique jusqu'à nos jours. Nous ne voudrions pas évoquer ce phénomène sans faire ici un rapide survol de quelques représentations clés dans l'histoire du suicide.

Durant l'Antiquité, les réponses au suicide étaient variables. On dit que si Platon était plus nuancé, Aristote condamnait le suicide comme lâcheté, tandis que les cyniques, les épicuriens et surtout les stoïciens accordaient à l'individu le droit de quitter la vie volontairement.

« *La mort n'a rien d'effrayant, C'est l'opinion tranchée selon laquelle la mort est effrayante qui est effrayante.* » (Epictète).

D'une façon générale, la répression du suicide (*homicide de soi-même* ou *meurtre de soi-même*) était courante sous le christianisme, le suicide représentant une offense à la religion. Cette *mauvaise mort* était décrite ainsi au Moyen âge comme un pacte satanique puis comme la révolte de l'individu qui s'insurge contre Dieu. Dans les représentations de l'époque, le suicide libérait une âme désespérée qui errerait et dérangerait les vivants. Le geste était alors stigmatisé et donnait parfois lieu à un châtimement corporel sur le corps du suicidé.

Dans son *Histoire du suicide*<sup>2</sup>, Minois cite Saint Augustin qui écrivait dans *La Cité de Dieu* :

« *Nous disons, nous déclarons et nous confirmons de toute manière que nul ne doit spontanément se donner la mort sous couleur de fuir des tourments passagers, au risque de tomber dans des tourments éternels ; nul ne doit se tuer pour le péché le plus grave alors que la faute d'un autre ne nous souillait pas ; nul ne doit se tuer pour les fautes passées : ce sont surtout ceux qui ont péché qui ont besoin de la vie*

<sup>2</sup> Georges Minois, *Histoire du suicide. La société occidentale face à la mort volontaire*, Fayard, Paris, 1995, p.294, cité par Michel Cornu, *Le suicide est-il un problème ?* A paraître.

*pour faire pénitence et guérir ; nul ne doit se tuer par espoir d'une vie meilleure espérée après la mort : ceux qui sont coupable de leur mort n'ont pas accès à cette vie meilleure ».*

Progressivement, autour du XVIIe siècle, le suicide va être considéré comme un crime moral contre soi-même et sa famille. La famille est alors culpabilisée et est renvoyée à un deuil impossible à faire.

A partir de la deuxième moitié du XVIIIe siècle, une nouvelle attitude apparaît en Europe. On assiste alors à un passage de la criminalisation vers la psychiatrisation du suicide. Par analogie à d'autres troubles du comportement, l'appropriation du suicide par la médecine et la psychiatrie a nourri les travaux des cliniciens (Esquirol, Delmas, Deshaie), ouvrant le débat entre ceux qui considéraient son caractère pathologique comme indiscutable et systématique et ceux qui adoptaient une position moins radicale, recourant alors à la notion de suicide du sujet sain.

Les travaux du sociologue Durkheim<sup>3</sup> et de Freud ont permis d'ouvrir une perspective nouvelle concernant les comportements suicidaires. Plutôt que de considérer le sujet comme auteur direct de l'acte suicidaire, ces approches théoriques suggèrent l'importance d'autres causalités, d'un côté la société, et de l'autre, le fonctionnement de l'inconscient, ces deux théories autorisant le sujet à se délivrer d'un sentiment de culpabilité quant à sa responsabilité, dans le contexte d'une société judéo-chrétienne.

<sup>3</sup> Selon Durkheim, *Le suicide* (1897), le nombre de suicidés reflète le degré de cohésion et de santé sociale. Une société où l'on se suicide est une société qui se désunit, où la morale collective est plus faible. C'est la raison pour laquelle le nombre de suicides baisse lors de grands drames sociaux comme les guerres. Sa thèse s'appuie sur des données statistiques qui ont justifié le travail du sociologue. Aucun facteur étranger à la vie collective ne peut expliquer le suicide, qu'il s'agisse de facteurs personnels, raciaux, psychologiques.

## Des classifications différentes

Silvana Olinda Weber <sup>4</sup> reprenant le travail de Jean Baecheler (*Les suicides*, 1975) explique le suicide comme un moyen de parvenir à une fin, une façon de résoudre un problème. Elle recense ainsi différents types de suicides : le suicide **escapiste**, qui est un moyen d'échapper à quelque chose d'insupportable ou à une perte, un deuil, ou à un sentiment de faute; le suicide **agressif**, qui est un moyen de procéder à une vengeance, à un crime, à un chantage, à un appel à l'aide; le suicide **oblatif**, qui lui, serait un moyen de sauver ou d'atteindre une valeur ou un état, précieux pour le sujet (sacrifice, rite de passage) ; le suicide **ludique**, qui serait un moyen de s'éprouver ou d'éprouver les Dieux.

D'autres ont tenté d'ordonner le phénomène suicidaire en fonction de son étiologie sociale (c'est essentiellement l'école de Durkheim) ou de sa finalité (agression de soi ou de l'autre en soi, chantage, appel, communication, fuite, suicide vengeance ou revanche, suicide passionnel, suicide rationnel, suicide abandon, suicide sacrifice).

La psychiatrie a pour sa part tenté de classer le phénomène suicidaire en fonction de modèles psychopathologiques.

On a ainsi essayé de répertorier le phénomène suicidaire en trois tendances : Le suicide **psychotique** (le plus souvent en début d'évolution); le suicide **mélancolique** (où les facteurs héréditaires et somatique jouent un rôle non négligeable); le suicide **symptomatique**, moyen d'expression destiné à l'entourage sans volonté délibérée de se donner la mort.

## Epidémiologie du suicide

<sup>4</sup> Silvana Olinda Weber, *L'acte suicide, un rythme intime de passage*, Hommes et Groupes Editeurs, 1988, p 28-29.

*« Il n'est pas une thèse qui ne se sacrifie à l'autel des statistiques ; on a tout compté : les lits, les sexes, les âges, les jours, les heures, les cordes, les revolvers...et si l'on compte encore, c'est que cet acte inqualifiable est également inquantifiable ».*

5

En dépit de toute l'attention qui a pu être portée sur le sujet, le suicide demeure un problème majeur en terme de santé publique. L'OMS, qui signale une augmentation des tentatives de suicide dans toute l'Europe<sup>6</sup>, a fait de la prévention du suicide une de ses priorités. Globalement, le taux de suicide en Suisse<sup>7</sup> (32/100'000 habitants) se situe parmi les plus élevés du monde, avec la Hongrie, la France, la Finlande, le Danemark. Chaque deux jours et demi, un jeune s'ôte la vie en Suisse, ce qui constitue la première cause de mortalité devant les accidents de la circulation pour la tranche d'âge 15-24 ans<sup>8</sup>.

Au Canada, en 1987, le suicide représentait la quatrième cause de décès. Son impact mesuré par le nombre d'années de vie perdues se situait au deuxième rang des problèmes de santé, suivant de près les maladies cardiaques<sup>9</sup>. Au Québec, le suicide, et plus particulièrement celui des jeunes hommes y a pris ces trente dernières années les proportions d'un véritable désastre national, ce qui a poussé les responsables de la santé à mener des campagnes de prévention.

En France, il entraîne plus de 12 000 décès par an, soit plus de 2% des décès mais 10% des décès survenus entre 15 et 24 ans. Au sein des pays de la CEE, la France détient le triste

<sup>5</sup> Silvana Olinda Weber, *ibid.*, p 24.

<sup>6</sup> Cette évolution pourrait tenir à une augmentation réelle des suicides, plus particulièrement marquée chez les adolescents et les adultes jeunes mais aussi à une meilleure certification des causes de décès, cela par suite de la modification des attitudes morales et sociales devant le suicide.

<sup>7</sup> Source OMS, 1989

<sup>8</sup> Eric Budry, Le suicide n'est pas une fatalité, *Repère Social*, n°22, novembre 2000.

<sup>9</sup> Dr J. Leblanc et al, *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Gaëtan Morin Editeur.

record pour les taux de suicides des hommes de plus de 75 ans. Un programme national de prévention du suicide a été lancé en 1998 avec pour objectif de passer en dessous de la barre symbolique des 10.000 morts par an.

Evoquer le suicide en terme d'épidémiologie ne peut se faire pourtant sans une certaine prudence :

- Il n'existe pas de définition officielle du suicide ; les différentes sources statistiques ne pouvant être corrélées.
- La crise suicidaire ne peut être mise dans un cadre nosographique simple mais dans un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation<sup>10</sup>.
- Le suicide est un phénomène dont il est impossible de tenir une comptabilité exacte tant sont nombreux et puissants les raisons morales et les moyens matériels de le dissimuler. Selon Diekstra<sup>11</sup> (1993), 25 à 50 % des suicides ne seraient pas mentionnés dans les certificats de décès (voir à ce propos note 6).

Malgré ces limitations méthodologiques, des efforts importants ont été déployés pour tenter de prédire quels types de personnes présentaient le plus grand risque, cela en fonction de données démographiques, sociales, professionnelles ou encore diagnostiques.

On sait ainsi que :

- Les hommes meurent beaucoup plus par suicide que les femmes (3 fois plus environ) alors que les femmes font deux fois plus de tentatives que les hommes. Ce taux est encore plus important au Québec où 80% des personnes qui se suicident sont des hommes. Parmi les raisons invoquées, la violence, plus importante chez les hommes mais aussi « l'identité masculine » qui

empêcherait les hommes de percevoir qu'ils ont un problème de santé et bloquerait leur capacité à en parler et à rechercher de l'aide.

- On estime le nombre de tentatives de suicide huit à dix fois supérieur à celui des morts par suicide. L'OMS va plus loin encore et estime que le rapport serait de 20.
- Le taux de mortalité par suicide croît avec l'âge suivant des modalités différentes en fonction des sexes. Chez l'homme, l'accroissement des taux est marqué entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, puis après 55 ans. Chez la femme, les taux augmentent de façon plus régulière et plus modérée.
- Le suicide est fortement corrélé à des facteurs sociaux. Il touche surtout les groupes les moins bien intégrés socialement. Les célibataires, les divorcés et surtout les veufs ont un taux plus élevé que les gens mariés, l'influence du statut matrimonial étant surtout marquée pour le sexe masculin. Les différences entre professions sont assez accusées, avec une sur-représentation des salariés agricoles et des agriculteurs, une sous-représentation des cadres et des professions libérales.

L'importance de la prévention est à rappeler, particulièrement pour les adolescents et les jeunes adultes.

Si, comme le signale le Professeur François Ladame<sup>12</sup>, « la mobilisation se fait à petite vitesse en Suisse »<sup>13</sup>, plusieurs actions d'envergure ont néanmoins été entreprises depuis quelques années. Ainsi, l'Unité de Recherche et Prévention du Suicide des Hôpitaux universitaires de Genève vient de terminer un inventaire international des programmes de prévention. L'association Caritas-Suisse a, quant à elle, entamé en 1999 un Programme de sensibilisation intitulé CAPS (Coordination Action Préventive du Suicide) auprès des professionnels et des bénévoles. On

<sup>10</sup> *Conférence de consensus* : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 19 et 20 octobre 2000, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, p 6.

<sup>11</sup> Diekstra R.F., *The epidemiology of suicide and parasuicide*, Acta Psychiatr. Scand. 1993 ; suppl 371.

<sup>12</sup> Professeur François Ladame, responsable des unités pour adolescents et jeunes adultes des Hôpitaux Universitaires de Genève.

<sup>13</sup> « La mobilisation se fait à petite vitesse en Suisse », propos recueilli par Eric Budry, *Repère social*, n° 22, novembre 2000, p.7.

attend prochainement le lancement d'une campagne de prévention grand public. Pour leur part, les cantons de Genève et de Vaud viennent de lancer une étude dans le but de déterminer quelles filières de soins suivent les jeunes suicidants (16-21 ans) et d'évaluer l'efficacité des traitements<sup>14</sup>.

En dépit des recherches et des connaissances acquises sur le sujet, la question de la communication autour du suicide se pose toujours avec acuité. Notre société étant de plus en plus portée sur les techniques de communication moderne, on peut trouver aujourd'hui sur internet plusieurs sites pour dialoguer ou trouver de l'information, voire parfois pour nouer des pactes de suicide entre internautes qui veulent en finir<sup>15</sup>.

*«Je poste des messages sur Ash<sup>16</sup> parce que je ne peux pas en parler autour de moi. J'ai peur que mes amis ou ma famille me pousse à faire une thérapie, ou un séjour dans un hôpital psychiatrique. C'est bien la dernière chose dont j'ai envie. Sur Ash, on ne me juge pas et on se ressemble encore un peu».*

La réponse de cet internaute interviewé par le quotidien français doit nous interroger sur nos capacités professionnelles à nous confronter à ce type d'informations et, peut être, à les dialectiser dans une prise en soins avec les patients. Ce débat vaut d'être mené avec l'ensemble des partenaires, familiaux, médicaux, juridiques, sociaux, politiques et éthiques.

### Suicide et psychiatrie

<sup>14</sup> Signalons également deux colloques à venir. Les HUG organisent à Genève du 23 au 25 novembre 2001 un congrès sur la prévention du suicide chez les jeunes intitulé « Nos suicide ». A Paris, du 4 au 7 février, l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide organise les journées internationales francophones et latines pour la prévention du suicide. Ce congrès est intitulé : « Suicide > La relation humaine en question ».

<sup>15</sup> Voir à ce propos l'article : Suicide, codes d'emploi » dans le quotidien *Libération* du 15 mai 2001

<sup>16</sup> Le forum Ash (Alt.suicide.holiday) est un des forums de discussion consacrés au suicide. (<http://ash.xanthia.com>)

Si les affections psychiatriques, seules ou combinées à une autre pathologie, ne constituent pas des motifs suffisants à expliquer le suicide (la grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques ne se suicide pas), il existe néanmoins une forte corrélation entre suicide et affections psychiatriques. Les risques de suicide sont en effet plus haut chez les patients psychiatriques que dans la population générale et touchent toutes les pathologies psychiatriques. Leur suivi indique qu'ils sont très à risque. Leur probabilité de mourir de cette cause se situe entre 10 à 15% en comparaison d'une probabilité de 1 à 2% dans la population générale<sup>17</sup>.

• **Les troubles de l'humeur :** Dans la majorité des cas de suicide, le diagnostic de maladie affective peut être reconstitué. Selon Lesage<sup>18</sup> (1994), les différentes maladies du spectre affectif (dépression majeure, trouble bipolaire, trouble dysthymique, trouble de l'adaptation avec humeur dépressive) étaient identifiables chez 60% des sujets décédés par suicide. Pour Canterino<sup>19</sup>, environ 50% des suicidés auraient présenté une dépression caractérisée dans les semaines précédant leur mort. D'autres études portant sur des personnes traitées pour dépression révèlent également que ces dernières présentent un risque plus élevé de suicide que dans la population générale.

Les personnes avec un trouble bipolaire sont également à haut risque suicidaire. Pour Klerman<sup>20</sup> (1992), 19% des patients présentant

<sup>17</sup> Tanney, 1992, cité par Michel Tousignant, *Maladie mentale, suicide et prévention. Faut-il changer son fusil d'épaule ?* Vis à vie, vol. 8, n°1, 1998.

<sup>18</sup> Alain Lesage, *Le suicide et les maladies affectives*, In *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Gaëtan Morin Editeur, 1996

<sup>19</sup> Canterino D et Elcharduss J.M., *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*, Editions Masson, 1989, p 387.

<sup>20</sup> Klerman et al, *Measuring the need for mental health care*, Health affairs 1992 ;11, cité par Bauer M. et McBridge L., *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée*, Editions Médecine et Hygiène, 2001, p153.

ce trouble vont faire une tentative de suicide au cours de leur existence.

- **Trouble de la personnalité :** Les personnalités antisociales, borderlines ou limites, dont le mode d'expression habituel est le passage à l'acte, trouvent dans la tentative de suicide un moyen de communication tout à fait naturel. Stone (1990) estime à 10% la proportion de patients présentant une personnalité borderline qui mourront par suicide ; l'alcoolisme ou la toxicomanie associés renforçant ce risque.

Le risque de mort de ce type de patient est beaucoup plus important lorsque ceux-ci ont connu l'abandon ou le rejet dans la petite enfance.<sup>21</sup>

- **La schizophrénie :** Le suicide du schizophrène représente 10% des causes de décès dans cette pathologie. Un schizophrène aurait 15 à 20 fois plus de risques que la population générale de se suicider. Il s'agit en majorité de patients jeunes.

Le vécu persécutoire psychotique tient une place à part dans le phénomène suicidaire. Il peut s'agir d'un *vécu hallucinatoire*, d'un *vécu de dépersonnalisation*, d'un *vécu interprétatif*.

La tentative de suicide chez le schizophrène peut survenir surtout lors de trois moments dépressifs particuliers: lors d'une dépression dite « atypique » inaugurale du processus déficitaire ; au cours d'un épisode dépressif intercurrent « greffé » sur le processus schizophrénique ; lors d'une phase de rémission apparente de la schizophrénie, phase durant laquelle la prise de conscience de son trouble et des contraintes que cela implique pour le malade s'accompagne souvent d'affects dépressifs « réactionnels ».

- **Les comorbidités et autres facteurs de risque:**

La toxicomanie et l'alcoolisme, lorsqu'ils s'associent à une pathologie mentale (dépression, schizophrénie, trouble de la personnalité), augmentent considérablement le

risque. Une étude menée par F. Facy<sup>22</sup> (1990) retrouve la succession d'épisodes toxicomaniaques dans de nombreuses autopsies psychologiques et note que les comportements addictifs toxicomaniaques sont présents dans 40% des récidivistes suicidaires contre 18% des primaires.

L'âge précoce de début de l'alcoolisme apparaît comme un facteur de risque, de même que l'alcoolisme familial. Les conduites suicidaires chez les patients alcooliques semblent témoigner de désordres psychopathologiques profonds, rendant le pronostic plus sombre.

Dans l'étude menée par Lesage précédemment citée (note 18), la présence d'une comorbidité chez les sujets suicidés représentait la règle plutôt que l'exception. En effet, sur les six derniers mois précédant leur décès, 69% des sujets présentaient au moins deux des troubles mentaux sur l'axe I et l'axe II<sup>23</sup>.

Dans une étude menée en Finlande par Henriksson<sup>24</sup> (1993), la prévalence et la comorbidité des troubles mentaux par rapport au suicide ont été recherchées. Pour lui, la majorité des victimes de suicide souffrent de problèmes de comorbidité. Cette dimension doit donc être prise en compte dans l'analyse de la relation entre suicide et troubles mentaux, ainsi que dans la planification d'une stratégie de traitement pour la prévention du suicide dans la pratique clinique.

<sup>22</sup> F. Facy et al, *Toxicomanie et comportements suicidaires*, In *Travaux cliniques et épidémiologiques sur les conduites suicidaires*, 1995, textes réunis par le Groupement d'Etudes et Prévention du Suicide (GEPS) dans le cadre de la deuxième journée thématique de psychiatrie.

<sup>23</sup> Dans le cadre d'une évaluation diagnostique multiaxiale proposée par le DSM IV, chaque axe se rapporte à une classe d'information différente. L'axe I se rapporte aux syndromes cliniques, l'axe II aux troubles du développement et aux troubles de la personnalité.

<sup>24</sup> Henriksson et coll, Mental disorders and comorbidity in suicide, *The American Journal of Psychiatry*, 1993,150 : 935-940.

<sup>21</sup> Didier Cremniter, *Les conduites suicidaires et leur devenir*, Paris, Editions Masson, 1997, p 99.

Aux travers des nombreuses recherches effectuées, les facteurs susceptibles d'aggraver les risques d'un passage à l'acte suicidaire ont pu être retrouvés à partir:

- des antécédents suicidaires, personnels et familiaux ;
- des échecs, pertes, deuil, problèmes financiers, solitude, isolement, éloignement, conflit, surmenage, épuisement, difficulté d'insertion socioprofessionnelle, chômage, absence de projet, retraite, maladie organique, incurie, etc. ;
- des sentiments d'impuissance et de désespoir ;
- de l'environnement et des réactions de l'entourage : séparation, absence de soutien, hostilité ou indifférence des proches, incitation au suicide, etc. ;
- des vicissitudes d'une prise en charge thérapeutique antérieure : manque de compliance, ruptures thérapeutiques, conflits avec le système de soins et les thérapeutes, passages à l'acte antérieurs dans le cadre thérapeutique, dépendance et idéalisation thérapeutiques avec dévalorisation, appels au secours antérieurs, réactions thérapeutiques négatives, etc.

### Le suicide à l'hôpital

La majorité des patients qui présentent des idéations suicidaires ne nécessitent pas une hospitalisation et peuvent recevoir un traitement ambulatoire. Au CHUV<sup>25</sup>, sur les 500 consultations psychiatriques réalisées aux urgences, on estime qu'environ 300 l'ont été à la suite d'un tentamen. Seulement 25 à 30 % des situations ont nécessité une hospitalisation<sup>26</sup>.

Cette décision d'hospitalisation doit, par contre, être prise si le désir de mort et l'impulsivité sont trop importants et si le/ la patient(e) ne peut garantir qu'il/elle prévientra un médecin, un membre de sa famille ou un service

d'urgence en cas de recrudescence de ses idéations.

La dangerosité contre soi-même est évoquée comme la principale raison d'admission dans une unité de soin psychiatrique. Pourtant, la protection de l'intégrité physique de ces personnes ne peut y être totalement garantie.

Les suicides se produisent ainsi dans les hôpitaux à une fréquence beaucoup plus élevée que dans la communauté. Selon Reighley<sup>27</sup>, ils sont 3 1/2 fois plus fréquents dans les cas de malades recevant des soins médicaux, chirurgicaux, et 30 fois plus dans le cas de malades recevant des soins neuropsychiatriques.

Pour Litman<sup>28</sup> (1982), à Los Angeles, 1% des patients traités dans les hôpitaux généraux ou psychiatriques se sont suicidés durant leur hospitalisation.

L'étude menée par Appleby<sup>29</sup> au Royaume-Uni a, pour sa part, montré que sur les 10.040 suicides répertoriés sur une période d'un an, 24% avait été en contact avec des services de santé mentale l'année précédent le décès et 16% d'entre eux étaient encore hospitalisés.

Certains auteurs vont plus loin sur les limites des institutions soignantes à prévenir tout suicide. Jacobs<sup>30</sup> (1989) rappelle ainsi ce qu'il avait entendu de son supérieur hiérarchique des années plus tôt : « *Un hôpital qui n'a pas de suicide rend les gens fous.* ». Simon<sup>31</sup> (1988), dans ce même sens écrit : « *Il n'existe pas*

<sup>27</sup> Joan W. Redigley, *Guide de planification des soins infirmiers en santé mentale*, LIDEC inc., 1992, p.137.

<sup>28</sup> Litman, R, E, *Hospital suicides : Lawsuits and standards*, cité in *Risk management with suicidal patients*, The Guildford Press, 1998, p.65.

<sup>29</sup> Appleby et al, *Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey*, *British Medical Journal*, mai 1999, p. 1235-1239.

<sup>30</sup> Jacobs, cité par Bongar et al, in *Risk management with suicidal patients*, The Guildford Press, 1998, p 331.

<sup>31</sup> Simon, R.I., *Concise guide to clinical psychiatry and the law*, 1988, cité par Bongar et al *Risk management with suicidal patients*, The Guilford Press, 1998, p 70.

<sup>25</sup> Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois est situé à Lausanne.

<sup>26</sup> Document de travail du DUPA, tiré de la rencontre de la psychiatrie hospitalière et du service des urgences du CHUV, séance du 12 février 2001.

*d'unité qui empêcherait le suicide. L'illusion de cette possibilité peut être dangereuse pour les patients comme pour les équipes».*

La psychiatrie, décrite par certains comme *chargée de remédier au mal de vivre en prenant en toutes circonstances le parti de la vie en mettant en œuvre des thérapeutiques préventives et curatives*<sup>32</sup>, se retrouve donc parfois désarçonnée quand elle doit faire face, au décours d'un programme thérapeutique ou pendant la crise, à un passage à l'acte suicidaire.

Il est alors souvent source de désarroi et peut être ressenti chez les soignants comme un échec, une trahison, générant aussi des sentiments de culpabilité, de colère, d'insécurité, d'incompréhension voire d'hostilité et de distance.

Outre ces conséquences psychologiques, le suicide à l'hôpital peut parfois avoir des suites juridiques<sup>33</sup>. Les équipes soignantes doivent alors faire face au questionnement des partenaires de soins, qu'ils s'agissent de la famille, des proches, du médecin traitant, voire des instances judiciaires. De nombreuses questions nous sont alors adressées :

- Comment cela est-il possible dans un endroit « sécurisé » ?
- Pourquoi ne l'avez-vous pas surveillé plus attentivement ?
- Pourquoi l'avoir laissé sortir à ce moment là ? Pourquoi....

Si l'on peut penser que l'évaluation rétrospective des risques suicidaires suppose toujours un biais, les questions posées n'en demeurent pas moins présentes, les réponses attendues et notre responsabilité interrogée.

### **Les questions qui se sont posées**

<sup>32</sup> Lucien Guirlinger, *Le suicide et la mort libre*, Pleins Feux, Collection Version originale, Nantes, 2000, p 16-17.

<sup>33</sup> Toujours d'après Litman, aux USA, 1/3 des suicides auraient eu des suites judiciaires contre les hôpitaux, dont la moitié d'entre elles concernaient des unités psychiatriques. Cité par Bruce Bongar et al, *ibid.*, p 65.

La restructuration du DUPA d'avril 1998 a introduit un nouveau modèle de prise en charge dont une des composantes a été l'ouverture des unités de soins.

Si, l'hospitalisation est avant tout réservée aux cas aigus, la prise en charge de patients suicidaires s'en est également trouvée complexifiée. Le milieu ouvert, qui favorise l'autonomie et la responsabilisation du patient, potentialise en même temps les risques, qu'il s'agisse de fugue, de comportement délictueux mais aussi de suicide.

Confrontée au cours du 1<sup>er</sup> semestre de l'année 2000 à plusieurs cas de suicide, la Section hospitalière des Troubles Anxieux et de l'Humeur a engagé une série de réflexions pour tenter de répondre à la situation. Les questions posées à partir de ces événements nous ont permis de définir différents niveaux de la prise en charge .

- l'évaluation: comment peut-on mieux évaluer le risque et mieux garantir la transmission d'informations et les conditions de la surveillance?
- notre responsabilité: où commence, et où s'arrête-t-elle? Peut-on protéger quelqu'un contre sa volonté sur une durée plus ou moins longue ?
- le partage des risques : comment mieux partager nos engagements cliniques avec le patient et les membres du réseau ( au sens large, nous y incluons donc la famille et les proches) ? Quelle part de risques, les uns et les autres, sommes-nous d'accord de prendre, et alors comment pouvons-nous l'assumer?
- la gestion des risques au niveau institutionnel : existe-t-il dans l'institution des protocoles ou des procédures encadrant plus spécifiquement ces patients ? Doit-on en créer ? Comment peuvent-ils prendre en compte les spécificités et les différents modèles proposés dans le DUPA ? N'y-a-t-il pas là un risque d'enfermer et/ou de prendre en défaut les soignants ?

### **L'évaluation des risques suicidaires**

La prédiction d'un comportement suicidaire, même pour les patients psychiatriques



hospitalisés est très difficile, voire souvent impossible dans une histoire singularisée.<sup>34 35</sup>

Plusieurs échelles existent pour l'évaluer (échelle de désespoir de Beck, échelle de Hamilton, questionnaire d'appréciation des risques suicidaires de Podlinger, échelle reasons for living de Beck, autres...). A la lecture de leurs résultats (en terme de prévision), aucune n'ayant pu démontrer sa valeur *anticipative*, le choix de la section s'est reporté sur des échelles déjà connues et utilisées régulièrement par les équipes : le **S.C.L .90**<sup>36</sup> et le **MADRS**<sup>37</sup>.

Les outils ne suffisent pas s'ils ne s'accompagnent d'un regard clinique assuré. L'évaluation peut parfois nous induire en erreur. Ainsi, certains soignants peuvent témoigner de manifestations cliniques particulièrement trompeuses de certaines dépressions majeures ou de l'impression de sérénité dégagee par ces patients dont le projet suicidaire a été clairement décidé et qui en seraient soulagés.

Un autre biais peut parfois être présent quand un patient, bien connu du service, revient une nouvelle fois pour une symptomatologie identique, le plus souvent dépressive. Une tendance, sinon à la banalisation mais peut être à une moindre inquiétude, peut alors parfois apparaître.

<sup>34</sup> Pokorny A.D., Prediction of suicide in psychiatric patients : Report of a prospective study, 1992, cité par Bongar, p 84.

<sup>35</sup> Jonathan Deck, Suicide in psychiatric hospital in-patient, *British Journal of Medecine*, 2000, p 266-272.

<sup>36</sup> Le SCL 90 (Symptom Check List ) est un questionnaire global d'autoévaluation des symptômes psychiatriques. Il est constitué de 90 phrases courtes, composées de mots simples, décrivant des plaintes ou des symptômes divers pour lesquels le sujet doit choisir une des cinq réponses possibles ( de non pas du tout à oui extrêmement).

<sup>37</sup> Le MADRS ( échelle de dépression de Montgomery et Asberg) comprend 10 items. Chaque item comporte une définition et six degrés de gravité, les degrés 0-2-4-6 étant eux-mêmes définis. Un item porte spécifiquement sur les idées suicidaires.

On le voit, la difficulté même de l'exercice justifie qu'il puisse s'appuyer sur l'échange permanent entre les référents du patient.

### La responsabilité des soignants

La prise en charge de patients suicidaires au sein d'une institution de soins psychiatriques pose aux soignants chargés de les « protéger » toute une série de questions. Synonyme de nombreuses sollicitations, ces situations peuvent de surcroît être complexifiées par plusieurs facteurs :

- une tension éthique entre le devoir de bienfaisance (une préoccupation majeure pour les soignants) et le respect de l'autonomie de la personne (un droit majeur personnel) ;
- une position difficile à trouver pour le soignant dans sa relation avec le patient. Si le soignant doit « *juguler la crise, en limiter les effets tout en exploitant son processus pour la rendre féconde* »<sup>38</sup>, dans la pratique, il peut être confronté à des patients sans demande ou en colère. Il n'est pas rare « *qu'en raison de particularités liées à la personnalité, la souffrance morale d'une personne suicidaire s'efface dans le rapport à l'autre pour faire place à des attitudes paradoxales, soit de banalisation intense avec la même tranquillité apparente, soit d'agressivité et de refus de toute aide* »<sup>39</sup>. Jean Amery<sup>40</sup> témoigne de sa propre expérience :

« *Je me rappelle parfaitement le jour où je suis sorti d'un coma que l'on me dit avoir duré 30 heures. Je gisais là, enchaîné, perforé de tuyaux, branché par les deux poignets à des appareils destinés à me nourrir artificiellement et qui me faisait mal. Livré, abandonné à la merci de quelques infirmières qui allaient et venaient, me lavaient, changeaient les*

<sup>38</sup> Silvana Olinda Weber, *ibid.*, p. 16.

<sup>39</sup> Didier Cremniter et al., *ibid.*, p. 93-94.

<sup>40</sup> Jean Amery, *Porter la main sur soi. Traité du suicide*, Editions Acte Sud, 1996, p. 86.

*draps, m'introduisaient le thermomètre dans la bouche, accomplissaient le tout avec une indifférente compétence, comme si j'étais déjà une chose. La terre ne m'avait pas encore : le monde m'avait récupéré et j'avais récupéré un monde dans lequel j'étais sensé me pro-jeter, pour redevenir monde à mon tour. J'éprouvais une profonde amertume envers tous ces gens bien intentionnés qui portaient ainsi outrage à ma personne. Je devins agressif. Haineux. Et je savais, moi qui venais d'avoir un rapport intime avec la mort et son avatar particulier, la mort délibérément choisie, je savais plus que jamais que l'opération de sauvetage dont se gratifiait les médecins était la pire des choses que l'on m'ait jamais infligé, et ce n'est pas peu dire » ;*

- ce travail complexe doit supporter à certains moments (comme par exemple l'ouverture du cadre thérapeutique) une prise de risque, même minime, sous peine de risquer une chronification de la situation et d'induire de notre côté une autre forme de violence. Devant ces difficultés, nous nous sommes demandé qui était habilité à évaluer les risques et à décider d'une sortie possible, qu'il s'agisse d'un congé à domicile ou simplement d'une sortie sur le site. Les infirmier(e)s pouvaient-ils prendre cette responsabilité seuls, pouvions-nous y voir un rôle délégué, ou bien était-ce une décision clairement strictement médicale ?

Indépendamment de ces difficultés cliniques, la justice peut être amené à nous questionner sur nos faits et gestes. Durant le colloque «*Suicide et Ethique* » qui a eu lieu à Cery en décembre 2000, Maître J.F. Dumoulin, avocat, a évoqué le point de vue juridique sur le suicide. Il décrivait ce phénomène comme «*appréhendé par le juridique avec embarras* ».

Si l'assistance au suicide est réprimé en cas d'instigation et/ou de complicité (art.115 du Code Pénal Suisse), il n'existe pas dans la loi de principes généraux vis à vis de la responsabilité en cas de suicide d'une personne

hospitalisée, la jurisprudence n'étant établie qu'en fonction des circonstances particulières.

Selon lui, deux principes cumulatifs doivent néanmoins apparaître pour que la responsabilité soit engagée : les risques doivent être concrètement reconnaissables et les mesures de sécurité et/ou de surveillance jugées comme insuffisantes.

L'importance accordée par la justice anglo-saxonne aux différents aspects de la sécurité mis en place (biologiques, psychologiques, architecturaux) doit, malgré des législations différentes, nous inciter, certes à la prudence mais aussi à une plus grande cohérence.

Robertson a ainsi répertorié les huit principales allégations concernant les plaintes pour mauvaise pratique à la suite d'un suicide. Parmi elles, on peut citer : une anamnèse insuffisante, le manque d'évaluation des intentions suicidaires, une surveillance inexistante ou insuffisante par rapport à l'évaluation des risques, une médication inappropriée, l'échec dans la mise en place d'une protection du patient en chambre *sécurisée*<sup>41</sup>.

### **Le partage des risques avec la famille, les proches et les autres intervenants**

Certaines réactions des familles et des proches après un suicide ou une tentative montre bien comment le partage des risques est important avec les différents éléments du réseau. Slaby<sup>42</sup> pense qu'il est crucial dans la plupart des cas, d'impliquer la famille et les autres personnes significatives dans *une discussion ouverte et candide* sur les risques et les bénéfices des différents choix possibles, tant sur le cadre proposé (hospitalier, ambulatoire) que sur les traitements spécifiques et la préparation à la sortie, cela afin d'évoquer les différentes possibilités réalistes et d'élever le niveau de coopération.

<sup>41</sup> Robertson, 1988, p198-199 cité par Bongar et al, ibid., p 72.

<sup>42</sup> Slaby et al, *Handbook of psychiatric emergencies. New-York : Medical examination*, 1986, cité par Bongar et al, ibid, p. 80.

La communication et le partage des risques doit également avoir lieu entre les différents professionnels engagés dans la thérapeutique. Certains auteurs insistent sur l'importance, d'impliquer systématiquement un médecin expérimenté dans le travail sur les scénarii suicidaires afin de disposer d'un «deuxième avis» en cas de décision particulière à prendre<sup>43</sup>. Elle peut aussi s'adresser à d'autres intervenants extérieurs au cadre hospitalier qui sont associés à la prise en charge comme, par exemple, la justice de paix en cas de PLAF<sup>44</sup>, l'Office des tutelles générales<sup>45</sup>, etc.

### **Le management des risques au niveau institutionnel**

S'il faut rappeler ici que le risque zéro reste un idéal, il paraît néanmoins indispensable qu'au niveau institutionnel les équipes soignantes puissent s'appuyer sur des procédures et/ou protocoles spécifiques à cette prise en charge.

Ces protocoles, tels qu'ils sont décrits par Bongar, doivent orienter les décisions cliniques, plutôt sur les bases de soins optimum et la sécurité du patient, qu'en réaction devant la crainte d'être envoyé devant les tribunaux. Ils doivent être reliés au traitement du trouble psychique comme à la prévention du suicide, réalistes et dynamiques pour permettre une meilleure adaptation à chaque situation et tenir compte également des *zones grises*.

Ils supposent une évaluation initiale et périodique des risques suicidaires pour tous les patients vus en pratique clinique<sup>46</sup>. Ces évaluations « intermédiaires » devraient être réalisées à certains moments cruciaux comme lors de modification importante du traitement ou de l'ouverture du cadre.

<sup>43</sup> Bruce Bongar et al, *ibid*, p.68.

<sup>44</sup> PLAF ou PAFA : Placement à des fins d'assistance. Il peut être décidé par un tuteur ou un juge de Paix.

<sup>45</sup> Signalons que le Groupe Romand et Tessinois de l'Association Suisse des Tuteurs Officiels (GRASTO) a organisé en mai 2001 une journée d'étude sur « L'accompagnement de personnes suicidaires ».

<sup>46</sup> Bruce Bongar et al, *ibid.*, p.79.

Ces protocoles insistent sur l'importance d'une bonne documentation, portant sur les différentes évaluations et traitements mis en place mais également sur les différentes rencontres et contacts qui ont eu lieu avec le patient, la famille, les personnes significatives, etc...

Les soignants doivent connaître ces protocoles et s'assurer qu'ils sont appliqués, revus régulièrement et réactualisés<sup>47</sup>.

Si notre institution n'a pas à l'heure actuelle un protocole pour patient à risque suicidaire, il existe un référentiel qualité des Hospices<sup>48</sup>, « Admission d'un patient suicidaire », élaboré en mars 2000. Celui-ci met l'accent sur :

- l'identification du risque et son degré de gravité,
- la documentation de ces risques,
- la mise en place de mesures de sécurité proportionnées,
- l'encadrement, le traitement et les soins destinés à la réduction du risque suicidaire.

### **La création d'un contrat pour patient à risque suicidaires**

Devant les questions et les craintes exposées, la direction de la section a décidé la création d'un groupe de travail.

Ce groupe, composé d'un médecin cadre hospitalier, d'un ICUS, d'un premier infirmier et d'un infirmier clinicien, a été mandaté afin d'élaborer pour la section un protocole spécifique. Celui-ci pourrait être utilisé dans un second temps par les autres sections hospitalières du DUPA. Un « *document clinique patient* » sera associé pour permettre aux soignants de mieux appréhender ces situations.

Ce groupe de travail a été également chargé d'évaluer l'implantation « sur le terrain » du

<sup>47</sup> Litman, R, E, *Hospital suicides : Lawsuits and standards*, 1982, in Bongar et al, *Risk management with suicidal patients*, *ibid*, p 78

<sup>48</sup> Les Hospices Cantonaux sont un service de l'Administration cantonale vaudoise qui regroupe, entre autre, le CHUV, les institutions psychiatriques et les écoles de formations paramédicales.

nouveau document, cela à travers une recherche évaluative.

**Le protocole** (voir dans le présent Ecrit Annexe 1, p.16).

Pour l'élaboration du protocole, le groupe s'est appuyé sur le référentiel qualité des Hospices (voir plus haut)

Si ce protocole élaboré reprend les différents éléments du référentiel (évaluation, mesures de sécurité décidées, programme thérapeutique instauré, il rappelle aussi les responsabilités respectives des médecins comme des infirmiers, selon les deux axes sécuritaire et thérapeutique.

Ce protocole reste pour l'instant « provisoire ». Il n'a pas pu à l'heure actuelle être validé pour l'ensemble de l'institution par la Commission de révision des pratiques cliniques<sup>49</sup>, celle-ci le jugeant « *trop compliqué et peut être un peu trop lourd pour un usage généralisé* ».

### **Création d'un contrat pour patient à risque suicidaire**

Le groupe de travail s'est attelé parallèlement à la création d'un « document clinique patient ».

Dans un contexte institutionnel de recherche du partenariat avec le patient, que la section « E. Minkowski »<sup>50</sup> avait expérimenté au moment de l'introduction du concept de *Contrat de chambre de soins intensifs*<sup>51</sup>, nous avons aussi voulu mettre l'accent sur cet aspect important de la relation, cela même pour des patients suicidaires.

L'utilisation de la contractualisation avec un patient suicidaire n'est pas nouvelle en soi. Elle est très souvent utilisée en ambulatoire. Elle est décrite comme donnant l'opportunité d'initier une alliance thérapeutique, d'établir les limites

<sup>49</sup> La commission de révision des pratiques cliniques a pour fonction de superviser les situations cliniques difficiles afin de restituer aux équipes des points de vue critiques.

<sup>50</sup> La section « E. Minkowski » est une des sections du DUPA. Elle s'occupe spécifiquement de patients souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie.

<sup>51</sup> Voir l'article « Du protocole au contrat », *Soins infirmiers*, décembre 2000, p.63-66.

du cadre thérapeutique et de réduire l'anxiété des patients comme des soignants, cela même si son efficacité n'est pas démontrée et qu'elle ne protège pas des problèmes médico-légaux<sup>52</sup>.

Tel que présenté dans une première version, le document intitulé *Contrat pour patient à risque suicidaire* se compose de 3 pages :

- La page 1 rappelle les principales données anamnestiques du patient, les objectifs thérapeutiques ainsi que les noms des soignants (médicaux, référents infirmiers) impliqués dans la situation.
- La page 2 reprend les différents éléments de la contractualisation avec le patient (évaluation, définition du cadre, programme thérapeutique). Une durée d'application est notée. De plus, le patient est amené à préciser s'il nous autorise à un contact avec la famille et s'il pense pouvoir nous prévenir, et comment, en cas de recrudescence de ses idées suicidaires. L'attitude des soignants en cas de fugue ou de passage à l'acte est également clarifiée. Le contrat est conclu par trois signatures (patient, infirmier, médecin). Un espace est prévu pour spécifier si le patient a refusé de signer.(voir Annexe 2, p.17)
- La page 3 est constituée d'une feuille de signes vitaux légèrement modifiée. Une place est prévue pour noter les observations, les évaluations et les soins donnés.
- Sur le quatrième feuillet du document, le protocole est repris tel que conçu dans la section.

Le document a été présenté et expliqué par le groupe de travail dans les deux unités hospitalières de la section où il devait être utilisé par la suite.

<sup>52</sup> Voir Jerome Kroll, M.D., Use of No-Suicide contract by psychiatrists in Minnesota, *American J Psychiatry* 157 :1684-1686, october 2000 et Stanford E.J. et al, The no-harm Contract in the emergency assessment of suicidal risk, *J Clinical Psychiatry* 1994 Aug ;55(8) :344-8

### Evaluation du contrat : méthodologie et résultats

Pour juger de sa pertinence auprès des différents acteurs (soignants et patients), et améliorer cette première version, une recherche évaluative d'une durée de 50 jours (du 12 octobre 2000 au 1<sup>er</sup> décembre) a été menée dans la section. Elle devait nous donner, indépendamment des limites statistiques (faible échantillonnage, durée de la recherche relativement courte,..), quelques pistes de réflexion sur notre pratique tant vis à vis de l'aspect qualitatif (perception du contrat par les patients et par les soignants, les problématiques soulevées,...) que quantitatif (combien, où, durée moyenne, etc...).

La méthodologie choisie par le groupe comprenait plusieurs axes :

- **une récolte de données** : Tous les contrats *passés* dans les unités de soins durant cette période ont été répertoriés et analysés (nombre de patients hospitalisés, nombre de patients sous contrat, nombre de journées d'hospitalisation, nombre de journée contrat, durée moyenne des contrats, nombre de journées contrats en fonction des unités,...) ;
- **les questionnaires soignants** (voir Annexe 3, p.18)  
Un questionnaire a été distribué à tous les soignants de la section hospitalière (infirmiers, médecins). Il demandait aux soignants leur point de vue sur la pertinence de la contractualisation avec le patient. Il cherchait aussi à savoir si les soignants se sentaient à l'aise dans cette manière de faire, si l'outil proposé était satisfaisant et aidait dans l'évaluation des risques. Enfin, nous demandions aux soignants s'ils souhaitaient voir apparaître certaines modifications ;
- **des interview patients semi-structurés** : (voir Annexe 4, p.19)  
Les patients ayant bénéficié d'un contrat ont été interviewés lors d'un entretien d'une quinzaine de minutes par un membre du groupe de travail.

Leur accord a été requis après qu'ils aient été dûment informés sur l'objectif de ces interviews (évaluation du document contrat), et les conditions ( respect de la confidentialité et possibilité de refuser d'y participer). L'attention est également portée pour que l'entretien n'ait lieu qu'une fois les risques suicidaires écartés.

La trame de l'entretien a été définie à l'avance et porte sur l'information donnée par les équipes au patient, la contractualisation (comment elle s'est faite, respect des engagements) et leur ressenti vis à vis de leur prise en charge (soutien, compréhension). Enfin, nous demandons aux patients s'ils ont des propositions à nous faire ;

- **l'évaluations des documents remplis** : Un membre du groupe de travail a été chargé plus spécifiquement d'analyser comment les documents ont été rempli et d'en examiner la cohérence avec les ordres médicaux non-médicamenteux relevés dans le dossier de soins ;
- enfin, nous avons demandé **l'avis des autres corps professionnels** travaillant dans la section (physiothérapeutes, assistants sociaux, psychologues) sur le document contrat.

### **Quelques résultats**

En dépit des limites statistiques évoquées plus haut, quelques pistes de réflexions ont pu émerger de cette enquête.

Durant la période étudiée de 50 jours, neuf patients ont été concernés. (7 contrats sont « terminés », 2 sont encore en cours), soit 12,3 % des patients ayant été hospitalisés durant cette période (72 ). Si nous calculons le pourcentage de journée contrat (76) par rapport au nombre de journées d'hospitalisation (1099), le pourcentage descend à 6,9%.

Sur les 7 contrats terminés, la durée variait entre 2 et 20 jours, la durée moyenne s'établissant à 9 jours.

Durant la période étudiée, le nombre de journées contrat (64) a été plus important dans une unité de soins (Fougère : 45 journées

contrat pour quatre patients ; Dauphin : 19 journées contrat pour trois patients). Cette unité a eu jusqu'à trois patients sous contrat suicide en même temps. Cette constatation nous pose la question des préalables à l'admission d'un patient à risque suicidaire si l'unité devant l'accueillir n'est pas en mesure de garantir une telle prise en charge ?

Sur les sept contrats terminés, seul quatre patients ont pu être interviewés.

Si, en général, il était difficile aux patients de se souvenir avec précision des moments de contractualisation comme de la présentation du document, ils pensaient néanmoins avoir reçu une **information** claire et suffisante.

Pour eux, la contractualisation a amené « *un sentiment de sécurité, comme une aide au non-suicide* ». L'engagement tripartite (formalisé à la fin du document par les signatures médecin/infirmier/patient) est nettement apprécié, voire jugé comme normal : « *Je pense que s'il n'y avait pas eu de contrat, j'aurais mal réagi sur les points imposés* » ; « *Je trouve bien de pouvoir s'engager à informer l'équipe soignante ou des proches lors d'envies suicidaires. Je pense que cela va m'aider par la suite car je me rend compte de l'importance de prévenir si j'ai des envies suicidaires* » ; « *Je trouve normal de négocier entre les deux parties* ».

**Le sentiment d'avoir été compris et aidé** est aussi présent. Si la notion de surveillance apparaît dans un entretien, la notion de soutien et de protection est clairement soulignée : « *Même si j'ai ressenti une impression de surveillance, j'ai reçu beaucoup d'encouragement verbal et d'empathie* » ; « *J'ai eu le sentiment d'être sécurisé, entouré, d'être beaucoup soutenu, d'être protégé...* » ; « *Oui, le document m'a sécurisé (les décisions et le programme thérapeutique se fait avec moi)* ».

Ces quelques résultats méritent néanmoins d'être relativisés, deux patients n'ayant pas perçu de différence entre une prise en charge avec contrat et une autre sans contrat : « *J'ai eu le sentiment d'être protégé même si je n'ai pas senti de différences entre ma première hospitalisation et, suite à mon*

*passage à l'acte suicidaire, la mise en place d'un contrat* » ; « *Je n'ai pas senti de modifications entre pendant le contrat et après le contrat* ».

Des questionnaires distribués aux infirmier(e)s (21) et aux médecins (5) des deux unités hospitalières, treize infirmier(e)s et quatre médecins y ont répondu, soit un taux de réponses de 65,4% (80% pour les médecins, 61,9% pour les infirmier(e)s).

Si la pertinence de la contractualisation n'est pas du tout remise en cause (treize infirmier(e)s et trois médecins la trouvent pertinente ; un médecin ne se positionne pas). Les résultats concernant l'item *sentiment d'être à l'aise dans la contractualisation* sont quant à eux plus mitigés.

Les infirmier(e)s disent en majorité se sentir à l'aise dans la contractualisation avec le patient (six infirmiers le pensent, deux ne le pensent pas, trois ne savent pas - dont deux parce qu'ils ne l'ont pas utilisé - un pas toujours). Pour le corps médical, les résultats sur cet item sont mieux répartis : un médecin se sent à l'aise, un ne l'est pas, un pas toujours, et un ne sait pas. Dans les commentaires, les questions médico-légales apparaissent clairement : « *Je ne me sens pas toujours à l'aise. J'ai encore des difficultés à dire au patient ce que cela change de donner sa parole ou signer* » ; « *Une signature vaut-elle plus qu'une parole orale ?* » ; « *Quelle protection médico-légale en cas de passage à l'acte ?* » ; « *Et si le patient ne nous disait pas la vérité ?* ».

Concernant le document lui-même, il est ressenti en général comme une aide dans l'évaluation des risques, surtout chez les infirmier(e)s : onze soignants le pensent (dix infirmier(e)s et un médecin contre quatre qui ne le pensent pas (deux infirmier(e)s et deux médecins) ; une personne ne sait pas et une personne n'a pas répondu.

Dans ses aspects positifs, il apporte « *une plus grande rigueur dans l'observation et la surveillance* », une « *surveillance plus accrue, une évaluation quotidienne* », il « *permet d'être rigoureux, il aide à l'élaboration d'un contrat et d'une relation thérapeutique avec le patient* ». Il est perçu

comme un « *outil intéressant qui permet de formaliser les questions difficiles à aborder* ».

Tel que présenté dans une première version, le document reste néanmoins insatisfaisant pour les soignants (quatre satisfaisant ; huit insatisfaisant ; deux ne savent pas ; un pas de réponse). Il est jugé par plusieurs d'entre eux comme « *trop conséquent, lourd à remplir* », « *essentiellement utile pour laisser trace* », un document « *qui n'apporte rien à l'évaluation à proprement parlé* ». La question d'un double emploi avec le dossier de soins est également posée.

L'analyse faite sur le document rempli a montré quelques points faibles à renforcer :

- les échelles utilisées, tout comme leurs résultats, sont peu notées ;
- la durée du contrat n'est pas toujours spécifiée sur le document ;
- les signatures des patients, n'apparaissent pas toujours, alors que l'item *refus de signer* n'est pas complété ;
- il y a parfois un manque de cohérence entre le cadre décidé dans le document et celui inscrit dans le dossier de soins ;
- de nombreux visas infirmiers sont manquants ;
- les items concernant l'échec du contrat et l'appel à un médecin cadre extérieur à la section sont peu remplis.

### Propositions

Les propositions d'améliorations amenées par les équipes (« *plus de place pour les observations* » ; « *suppression de la feuille de température* » ; « *plage horaire plus détaillées* ») tout comme les réflexions générées autour du document par les autres corps professionnels, ont permis de préciser plusieurs points et de modifier cette version initiale de manière conséquente :

- si la protection d'un patient contre lui-même semble être l'objectif principal, il reste parfois par trop général. L'attention a été portée pour que les objectifs de la mise en place d'un contrat pour tel patient soient plus spécifiques à la situation singulière (page 1) ;

- l'appréciation du risque selon le regard des soignants est *corrélée* dans la deuxième version à l'appréciation du risque par le patient lui-même. Comme le demande le référentiel qualité, le degré du risque reste exprimé sous une forme analogique en risque suicidaire faible, moyen ou élevé ;
- certains items du document initial semblent avoir induit de la confusion sur la notion de responsabilité. Ainsi, l'item proposé au patient *fermeture de la division : oui/non* a été supprimé. Si, après évaluation, la décision de fermeture de l'unité doit être prise, elle ne peut l'être que par les soignants, après recherche de solutions alternatives ;
- le cadre défini dans le document est simplifié. Si la durée du contrat demeure, plusieurs items concernant le confort hôtelier et la chambre (*chambre à un lit et chambre à deux lits*) ont été supprimés. L'item *Seul en chambre* a remplacé les deux derniers cités, laissant ainsi la place aux situations cliniques particulières ;
- une plus grande place est laissée dans la nouvelle formule à la flexibilité. La rubrique *autres* apparaît ainsi pour chaque corps professionnel, à l'exception du corps médical ;
- l'attention est renforcée par deux encadrés concernant l'appel à un médecin tiers et les personnes à prévenir en cas de passage à l'acte ou de fugue. La formulation de cet item a aussi été améliorée ( Voir Annexe 5, p.20) ;
- la page 3 est supprimée et est remplacée par une feuille d'observation, choisie par les équipes entre plusieurs versions. Une plus grande place est octroyée pour noter les observations, les soins, les activités et les visas infirmiers. Pour faciliter son utilisation, une feuille 3 *libre* peut être rajoutée dans le contrat déjà existant, cela pour en faciliter l'emploi et limiter les réécritures ;
- si le protocole proposé n'est pas validé par l'ensemble de l'institution, il reste néanmoins applicable pour la section et reste incorporé dans le document (page 4).

### Conclusion

Le travail au quotidien des équipes de soins avec les patients à risque suicidaire est un travail difficile et complexe. L'implantation du document contrat dans la section nous a permis de rendre notre pratique plus cohérente,

et de pointer les difficultés émotionnelles ou pratiques qui méritent d'être prises en compte au niveau de l'institution, que ce soit par des supervisions cliniques d'équipes (l'appel au tiers) ou des formations spécifiques pour améliorer nos connaissances sur ce domaine.

Pour les patients, ce document leur permet une meilleure implication sur les décisions à prendre.

Ce travail n'est pas fini pour autant et doit continuer, nous en sommes convaincus, dans cette voie de la contractualisation. L'analyse des documents remplis nous montre que cette contractualisation n'est pas si naturelle qu'on pourrait le penser de prime abord. Elle n'est pas non plus aisée à mettre en place dans la pratique car elle suppose aussi parfois des positions « éthiques » difficiles à tenir (entre devoir de bienfaisance versus respect de l'autonomie)<sup>53</sup>.

Si notre choix s'est porté avant tout sur l'évaluation du document et de son impact sur le terrain, d'autres axes de recherche pourraient compléter ce premier volet. Ainsi l'évaluation des risques suicidaires pour tous les patients au moment de l'admission (quels patients, quelles échelles utilisées, quelles suites durant l'hospitalisation, etc...), le lien entre l'empathie (n'oublions pas l'importance d'avoir, dans de telles situations, des messages d'espoir et d'engagement) et des activités thérapeutiques durant cette période pourraient être d'autres pistes à explorer dans le futur.

**Didier Camus, Gianni Cucchia, Philippe Jaques, Enzo Ros.**

Pour tous contacts :

*Didier Camus*

*Site de Cery*

*1008 Prilly (Suisse)*

*Didier.Camus@inst.hospvd.ch*

---

<sup>53</sup> Mats Samuelsson et al, Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient, *Journal of Advanced Nursing*, 2000,32(3), p.641.



## ANNEXE 1

Recueil de données portant sur l'évaluation des risques suicidaires	DECISION				RESPONSABILITE DE LA DECISION	RESPONSABILITE DE LA MISE EN APPLICATION
Données anamnestiques portant sur l'identification du risque suicidaire	systématique				Médecin chef de clinique	Médecin assistant
Evaluation du degré de risque suicidaire ( selon échelle?)	systématique				Médecin chef de clinique	Médecin assistant
Transmission des risques suicidaires aux intervenants concernés	systématique				Evalueurs	Infirmiers
Mise en application des mesures de sécurité	DECISION				RESPONSABILITE DE LA DECISION	RESPONSABILITE DE LA MISE EN APPLICATION
Partage de la chambre avec un autre patient	oui		non		Infirmier référent ou répondant + Médecin-assistant et Médecin chef de clinique	Infirmier référent /ou répondant
Suppression d'objets et de substances pouvant représenter un danger pour le patient	oui		non		Infirmiers	Infirmiers
Fermeture du service la journée	oui		non		Médecin chef de clinique	Infirmiers
Fréquences des tournées en fonction du risque suicidaire ( selon feuille de surveillance clinique individuelle)	oui		non		Médecin assistant + infirmiers	Infirmiers
Précaution à prendre lors des contacts	oui		non		Médecin assistant + infirmiers	Infirmiers
Mise en application d'un programme thérapeutique spécifique	DECISION				RESPONSABILITE DE LA DECISION	RESPONSABILITE DE LA MISE EN APPLICATION
Elaboration avec le patient d'un contrat thérapeutique	oui		non		Médecin chef de clinique	Infirmiers
Travail d'élaboration avec le patient de ses idées suicidaires	systématique				Médecin assistant + infirmiers	Médecin assistant + infirmiers
Existence d'un programme thérapeutique spécifique	oui		non		Médecin assistant + infirmier	Infirmiers
Evaluation quotidienne du degré de risque suicidaire	oui		non		Médecin assistant + infirmier	Médecin assistant + infirmier
Travail de communication et d'élaboration en équipe à propos des risques suicidaires	oui		non		Médecin chef de clinique, médecin assistant + infirmiers	Médecin chef de clinique
En cas de passage à l'acte	DECISION				RESPONSABILITE DE LA DECISION	RESPONSABILITE DE LA MISE EN APPLICATION
Intervention et soutien auprès de la famille ou des proches	systématique				Médecin chef de clinique	Médecin chef de clinique, médecin assistant + infirmiers
Intervention et soutien auprès des autres patients de l'unité	systématique				Médecin chef de clinique	Médecin chef de clinique, médecin assistant + infirmiers
Intervention et soutien auprès de l'équipe soignante	systématique				Médecin chef de clinique	Médecin chef de clinique, médecin assistant + infirmiers





Signature : Patient Médecin Infirmier

refus de signer :

### ANNEXE 3

#### SECTION DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

##### QUESTIONNAIRE SOIGNANT EVALUATION DES « CONTRAT POUR PATIENT A RISQUE SUICIDAIRE »

Nom :

Prénom :

Fonction :

Unité :

1) Ce questionnaire vous paraît-il utile?

oui ? ? non ? ne sait pas

2) Avez-vous eu l'occasion d'utiliser le contrat ?

oui ? ? non

3) Vis à vis des risques suicidaires, la contractualisation du traitement avec le patient vous paraît-elle pertinente ?

oui ? ? non ? ne sait pas

4) Vous êtes vous senti à l'aise dans la contractualisation avec le(la) patient(e) ?

oui ? ? non ? ne sait pas

5) L'outil tel qu'il est présenté vous paraît-il satisfaisant ?

oui ? ? non ? ne sait pas

6) L'outil proposé vous aide-t-il dans l'évaluation des risques suicidaires ?

oui? ? non ? ne sait pas

Pouvez-vous expliquer votre réponse ?

7)Souhaiteriez vous voir apparaître d'autres éléments ?

oui ? ? non ? ne sait pas

Si oui, lesquels

8) Souhaiteriez vous voir supprimer des éléments ?



oui ?   ? non   ? ne sait pas

Si oui, lesquels

**Commentaires et propositions concernant d'éventuelles modifications :**

## ANNEXE 4

### SECTION DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

#### TRAME EVALUATION PATIENT « CONTRAT POUR PATIENT A RISQUE SUICIDAIRE »

*Prévenir le patient du sens de cette recherche :*

- *Objectif : évaluation du document (contrat) selon les trois axes ( document, questionnaire soignant, interview patient) afin d'amélioration*
- *Possibilité de refuser la participation à cette évaluation*
- *Confidentialité assurée*
- *Aucune répercussion sur les soignants*

**Nom :**

**Prénom :**

**Unité :**

#### **1) Information sur le document**

- Au moment de la décision de mise en route du contrat de soins, vous a-t-on montré et expliqué le document proposé  
oui ?   ? non   ? ne sait pas
- L'information donnée à ce sujet vous paraissait-elle suffisamment claire et suffisante?  
oui ?   ? non   ? ne sait pas

#### **2) Contractualisation**

- Pensez-vous que ce contrat vous a aidé à ne pas vous suicider ?  
oui ?   ? non   ? ne sait pas
- Au moment de la contractualisation, avez vous pu donner à l'équipe soignante votre avis?  
oui ?   ? non   ? ne sait pas
- Les différents points du contrat élaborés avec vous ( par exemple rythme de la surveillance, prévenir un membre de l'équipe soignante en cas de peur d'un passage à l'acte,...)ont-ils pu être suivi durant toute la durée du contrat ?  
oui ?   ? non   ? ne sait pas

Si non, pouvez-vous nous donner un ou plusieurs exemples

- Selon vous, la contractualisation était-elle toujours adaptée à votre état psychique du moment ?  
oui ?   ? non   ? ne sait pas

#### **3) Ressenti**

- Comment avez-vous perçu le fait d'établir une prise en charge contractuelle quant à votre risque suicidaire?



- Avez-vous eu le sentiment d'avoir été compris ?
- Durant cette période, avez vous le sentiment d'avoir été suffisamment soutenu?
- Si vous deviez revenir à l'hôpital dans un état identique, souhaiteriez-vous la remise en route d'un tel contrat ?

**Propositions**

- Auriez-vous des propositions à nous faire pour améliorer le document présenté ?

**ANNEXE 5**



## CONTRAT DE SOINS POUR PATIENT A RISQUE SUICIDAIRE

Date et heure :

### Appréciation du risque suicidaire

faible	moyen	élevé
Selon le patient <input type="text"/>		
Selon les soignants ( d'après anamnèse, observations et échelles ..... ) <input type="text"/>		

### Définition du cadre

Durée du contrat :	du :	au:
Seul en chambre	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
Sorties accompagnées ( promenades, groupes thérapeutiques, activités, ... )	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
Autres ( à spécifier )	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>

### Soins médicaux

Entretien médical journalier:	une fois <input type="radio"/>	deux fois <input type="radio"/>
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

### Soins infirmiers

Surveillance:	1/4h <input type="radio"/>	1/2h <input type="radio"/>	1h <input type="radio"/>	Autre <input type="radio"/>	.....
Entretien infirmier journalier	une fois <input type="radio"/>	deux fois <input type="radio"/>			
Autres	oui <input type="radio"/>	.....			

### Autres intervenants

Physiothérapie	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	.....
Musicothérapie	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	.....
Ergothérapie	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	.....
Service social	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	.....
Autres ( spécifier )	oui <input type="radio"/>	.....	

### Divers

Pensez-vous pouvoir nous informer d'un risque suicidaire  
 oui  non  Comment? .....

(par exemple: prévenir l'équipe, d'autres patients, autres)

Accord pour un contact de l'équipe soignante avec la famille  
 oui  non

Si prolongation du contrat au delà de ..... jours,  
 la situation sera réévaluée par un médecin cadre d'une autre section.

Date prévue de la réévaluation: .....

### Si échec du contrat ( fugue, passage à l'acte ) :

Famille prévenue le: date ..... heure .....

Police des fugues prévenue le: date ..... heure .....

Signature:

Patient:

Médecin:

Infirmier:

Refus de signer: