

PLAN FEDERAL DE LUTTE CONTRE LE SUICIDE

INTRODUCTION

Dans le cadre de la préparation d'un plan fédéral de lutte contre le suicide, le ministre Demotte a rédigé des propositions d'actions qui apparaissent prioritaires et qu'il souhaiterait concerter et articuler avec les actions des entités fédérées. Celles-ci ont été soumises au Conseil Supérieur d'Hygiène. Celui-ci a émis, en janvier 2006, un avis globalement très positif sur les diverses propositions d'actions. Celles-ci ont été retravaillées à la lumière de cet avis.

Ces diverses propositions s'inscrivent dans le cadre de la déclaration gouvernementale de 2003 qui prévoit que « *le nombre de suicide chez les jeunes augmente de façon inquiétante. Cette évolution dramatique mérite que nous y accordions une attention croissante et que nous nous penchions sur le problème avec les Communautés de notre pays* ».

Lors de la Conférence interministérielle « Santé publique » du 13 juin 2005, un sous-groupe de travail dédié à la problématique suicidaire a été inscrit au sein du groupe de travail « Soins de santé mentale ». Celui-ci entend coordonner l'interaction et l'interdépendance des compétences de chaque niveau de pouvoir et poursuit 5 objectifs majeurs¹.

Il convient donc d'envisager la problématique du suicide en général et en particulier chez les jeunes dont les spécificités seront particulièrement prises en compte.

Il est proposé d'établir un **objectif global** comprenant **3 axes majeurs**, eux-mêmes **subdivisés** en diverses **actions**.

D'une part, un **plan fédéral** prévoyant des actions prioritaires sera mis en œuvre.

Ce plan fédéral fera l'objet d'une concertation au sein de la Conférence interministérielle « Santé publique ». En effet, au regard des résultats obtenus suite à la mise en œuvre de programmes nationaux de prévention du suicide dans différents Etats membres, il apparaît, d'autre part, qu'un plan national est l'objectif qu'il convient de rechercher. La Finlande, notamment, a procédé à une évaluation de son programme et en a déduit qu'il était possible de préparer et implanter un programme à l'échelle d'un pays et qu'une approche globale était faisable².

¹ 1. Disposer de données statistiques et épidémiologiques pour tout le territoire ; 2. Inventaire du dispositif socio sanitaire qui vient en aide aux personnes qui développent une idéation suicidaire, aux suicidants et aux survivants ; 3. Inventaire des bonnes pratiques ainsi que des manques éventuels (ex. passerelles entre l'hôpital et l'ambulatoire, entre les médecins généralistes et l'ambulatoire) ; 4. Optimalisation de l'information en réseau ; 5. Mise en œuvre de la recommandation OMS en matière de formation des media ; 6. Si nécessaire, mise en place de solutions en vue de renforcer et/ou d'améliorer le dispositif d'aide ; 7. Si nécessaire, rédaction et adoption d'un protocole entre l'Etat fédéral et les entités fédérées en vue d'infléchir le nombre de tentatives de suicides et le nombre de récurrences suicidaires et d'améliorer la prévention tertiaire.

² Programme national de prévention du suicide en Finlande; A. Batt, Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe, ASDP n°45, 2003.

1. UN OBJECTIF GLOBAL ET UNE APPROCHE TRIANGULAIRE

Le plan fédéral aura une vocation générale. Il tendra à s'appliquer à l'ensemble de la population tout en possédant certaines spécificités applicables aux jeunes. On entend par *jeune* dans ce plan toute personne âgée de moins de 26 ans. En effet, la tranche cible se situe surtout entre 15-25 ans.

Une tentative de suicide ne doit naturellement jamais être banalisée. Elle est le résultat de différentes problématiques (soit un mal-être, un passage à vide, un comportement léthal sous l'effet de substances) ou elle accompagne l'évolution de certaines maladies mentales spécifiques. Il s'agit donc d'accueillir le suicidant avec dignité, de tenir compte de sa situation de crise et de l'orienter vers une prise en charge la plus adéquate possible.

Le plan se basera donc sur un **objectif global fédéral**.

Il s'agira de **diminuer à la fois le nombre de suicides ainsi que le nombre de récives suicidaires**. Ceci s'effectuera par le biais des deux champs de compétences fédérales en la matière : la prise en charge thérapeutique et la prévention secondaire dite individuelle.

Afin de mettre en œuvre cet objectif, une **approche triangulaire** complètera le tableau.

Le premier axe concernera les **spécialités pharmaceutiques**. Il s'agira de **clarifier** l'approche relative à l'usage et l'accès aux médicaments.

Le second axe concernera l'**accueil thérapeutique du suicidant**. Il conviendra d'améliorer les moyens d'accueil existants.

Enfin, le troisième axe concernera le **suivi thérapeutique**. Il visera à améliorer les méthodes de suivi existantes pour veiller à l'encadrement intensif du suicidant.

La mise en œuvre du plan se basera **sur les structures existantes** et viserait à les **améliorer**. Cette méthode se situe dans la voie préconisée au niveau européen³.

En vue de sa mise en œuvre, le plan fédéral contre le suicide sera préparé en s'appuyant notamment sur les actions européennes suivantes : le programme d'action de la CE en matière de santé publique⁴, les actions visant la dépression réalisées par la DG Santé et

³European Commission, Green Paper: Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union, Conference to launch the Consultation process, 24 October 2005, Luxembourg.

⁴ Ce programme rappelle notamment la nécessité d'envisager des actions pour combattre le suicide. Décision 1786/2002, JOCE L 271.

protection des consommateurs de la CE⁵, le rapport EUROMOTIVE⁶, le groupe de travail MONSUE⁷ et le récent Livre vert de la Commission européenne⁸.

Afin de mettre en œuvre les actions visant à réaliser l'objectif poursuivi par le futur plan fédéral de lutte contre le suicide et en vue de son évaluation, il est impératif de pouvoir disposer pour l'ensemble de la Belgique de **données fiables et à jour**.

Or, il n'existe plus de statistiques coordonnées pour l'ensemble du territoire belge depuis 1997.

Il faut, dès lors, impérativement combler ce vide pour disposer au plus vite de chiffres globalisés.

Ceci est d'autant plus nécessaire, non seulement au regard de la mise en œuvre et de l'évaluation du futur plan, mais aussi au regard des instances internationales (que ce soit dans le cadre OMS ou dans le cadre du groupe MONSUE).

C'est dans cet objectif qu'une concertation a eu lieu en novembre 2005 avec les entités fédérées et les départements fédéraux de la Santé publique, de la Justice (parquets) et de l'Economie (statistiques) pour rechercher une solution structurelle à cette situation. Il a été décidé de débiter par les statistiques de 2004 et de combler progressivement le retard des années précédentes.

⁵ DG Santé et protection des consommateurs, Actions contre la dépression-Améliorer la santé mentale et le bien-être en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie, Communautés européennes, 2004. Ce document rappelle la nécessité de mettre en place des approches multiples pour avoir des résultats au niveau de la dépression → Ce raisonnement serait transposé au cas du suicide où des mesures d'éducation des patients et professionnels de la santé ainsi que des mesures de liaison entre les généralistes/professionnels de la santé/services d'accompagnement et de soutien psychologique seraient mises en place dans cette optique.

⁶ Final Report of the European Monitoring of Trans-national injury and violence epidemiology project, June 2004. www.euro-motive.net.

⁷ MONSUE, A European Multicenter Study on Suicidal Behaviour and Suicidal Prevention. Research project carried out under the direction of Dr. A. Schmidtke.

⁸ Livre vert-Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne, COM (2005) 484.

2. LES PROPOSITIONS D' ACTIONS AU REGARD DES 3 AXES

2.1. Clarifier l'approche relative à l'usage et accès aux médicaments

2.1.1. Etat des lieux :

Lors de plaintes de nature anxieuse, le recours à des anxiolytiques et plus particulièrement des benzodiazépines peut être fréquent. Ces substances peuvent aussi être impliquées indirectement dans les passages à l'acte.

D'autre part, lors du traitement médicamenteux (antidépresseurs) du patient, il existe des épisodes à risque. Il est dès lors proposé de mettre en œuvre une **stratégie de surveillance** aussi bien au niveau des benzodiazépines que des antidépresseurs.

- Le cas des antidépresseurs et de la paroxétine en particulier

Parmi les différents antidépresseurs disponibles sur le marché, il existe, depuis 2003, un débat relatif à la paroxétine, composante de nombreux antidépresseurs dits de la dernière génération. Le Comité des Médicaments à usage humains (CHMP) a réalisé une analyse des risques et bénéfices des médicaments contenant de la paroxétine. Il a conclu que la balance des risques d'une part, et des bénéfices, d'autre part, quant à l'utilisation de la paroxétine restait positive dans le cas du traitement de l'adulte⁹. Il a par ailleurs émis des recommandations concernant l'usage chez les enfants et adolescents. Ainsi, il recommande que la paroxétine ne soit pas utilisée par les enfants et adolescents car de nombreux tests cliniques ont conclu que ce composant était associé avec un risque accru de comportements suicidaires et d'hostilité¹⁰. De plus, il préconise que les jeunes adultes soient suivis avec attention au cours de leur traitement au vu d'une possibilité de risques similaires¹¹. Pour ces raisons, le CHMP recommande fortement des changements quant au résumé des caractéristiques du produit ainsi que de sa notice.

Le débat a été, par ailleurs, ultérieurement étendu aux autres ISRS et IRSN¹². Le CHMP a dès lors réexaminé la balance risques/ bénéfices quant à l'utilisation de la paroxétine. Il en a confirmé sa conclusion précédente¹³. Il s'est aussi prononcé sur l'utilisation des ISRS et IRSN où il a signalé l'existence d'une augmentation du risque de comportements suicidaires chez les enfants et adolescents¹⁴. Des études ultérieures

⁹ Réunion du Comité des Médicaments à usage humains (CHMP) de l'Agence européenne des Médicaments, 20-22 avril 2004.

¹⁰ "The Committee recommends that paroxetine should not be used in children and adolescents as clinical trials have found paroxetine to be associated with increased risk of suicidal behaviour and hostility. In addition, trials in children and adolescents did not adequately demonstrate efficacy".

¹¹ "There is a possibility of an increased risk of suicide-related behaviour in young adults. As a consequence young adults should be monitored carefully throughout treatment."

¹² Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine.

¹³ Réunion extraordinaire du Comité des Médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des Médicaments, 8 décembre 2004.

¹⁴ "The CHMP considers that on the basis of the available evidence there is a signal of an increase in suicidal behaviour, including suicide attempts and suicidal ideation and/or related behaviour like self-harm, hostility and mood lability in children and adolescents treated with SSRIs and SNRIs"

confirment par ailleurs cette dernière conclusion¹⁵. De plus, d'autres instances se sont prononcées dans le même sens, voire même plus sévèrement¹⁶.

- Le cas des benzodiazépines

En ce qui concerne les benzodiazépines, une note de politique générale fédérale datée de 2001 a permis de lancer un programme d'action en la matière. Celui-ci vise tant à réduire le nombre d'utilisateurs dépendants que les dommages physiques et psychosociaux occasionnés par les somnifères et les calmants. Plusieurs campagnes ont été lancées depuis lors respectivement en 2002, 2003 et 2004. Celles-ci ont permis de s'adresser au groupe cible des premiers utilisateurs et utilisateurs actuels de benzodiazépines. Des dépliants destinés aux patients et des affiches ont été distribuées aux médecins généralistes, psychiatres et pharmaciens. Ceux-ci permettent de clarifier les cas où les benzodiazépines sont indiqués, leur fonctionnement, leurs risques et leurs possibles alternatives. Des questionnaires ont aussi été mis en place afin de permettre l'auto-évaluation par le patient de sa situation quant aux benzodiazépines. Chaque campagne a aussi fait l'objet d'une évaluation.

Malgré les 3 campagnes précédentes, la Belgique se trouve encore dans le peloton européen en ce qui concerne l'usage de somnifères et de calmants. Etant donné qu'un usage de longue durée de benzodiazépines a des effets secondaires graves (tels que la confusion, la dépendance psychique et physique, une somnolence excessive chez les personnes âgées), une plus ample sensibilisation tant des utilisateurs que des prescripteurs demeure donc nécessaire.

*Il ressort des résultats de l'enquête santé 2004 que 9% de la population des plus de 15 ans ont confirmé avoir pris des somnifères au cours des deux dernières semaines et 7% des calmants. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport aux résultats de l'enquête santé de 2001. En comparaison aux résultats de l'enquête santé de 1997, cette augmentation s'est toutefois amortie. De plus, l'usage de somnifères et de calmants chez les femmes s'avère nettement plus élevé que chez les hommes.*¹⁷

Selon les chiffres de l'IMS, analysés par l'APB, le nombre total de boîtes de benzodiazépines délivrées s'élevait au total en 2004 à environ 14,5 millions d'exemplaires. Ici, nous retrouvons pour la première fois un statu-quo par rapport à 2003 après la tendance à la hausse chaque année depuis 2001.

2.1.2. Actions : **Vigilance**

- Dans le cas des benzodiazépines

Les diverses enquêtes démontrent qu'il est nécessaire de poursuivre la sensibilisation non seulement des utilisateurs mais aussi des prescripteurs. La quatrième campagne

¹⁵ Norwegian research on Seroxat (paroxetine); The Times, Top-selling drug linked to increased suicide risk, 22 August 2005.

¹⁶ The US Food and Drug Administration (FDA) asked manufacturers of all antidepressant drugs to include in their labeling a boxed warning and expanded warning statements that alert health care providers to an increased risk of suicidality (suicidal thinking and behavior) in children and adolescents being treated with these agents, and additional information about the results of pediatric studies.

www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm

¹⁷ Les résultats de l'enquête santé 2004 seront commentés lors d'une conférence de presse le 26 janvier 2006.

qui a été lancée début février 2006 poursuit cet objectif. Elle comporte 3 grands volets. **Le premier** concerne **le public**, d'une part les utilisateurs de longue durée et les non-utilisateurs. Trois folders abordant 3 problèmes distincts-l'anxiété, le stress et l'insomnie- seront destinés au non-utilisateur. Ceux-ci ont été réalisés dans le cadre de campagnes précédentes. Un folder informatif ainsi qu'un questionnaire (Bendep-SRQ) permettront d'aider l'utilisateur à déterminer quelle est leur degré de dépendance par rapport aux benzodiazépines. **Le second volet** concerne **les médecins**. Ceux-ci ont reçu non seulement plusieurs exemplaires des divers folders mentionnés ci-avant mais aussi un manuel d'appui. Celui-ci suggère des lignes de conduite concrètes pour l'accueil et la prise en charge de patients avec insomnie, angoisse ou stress. Il est destiné à la prise en charge des consommateurs de benzodiazépines ainsi que des non-consommateurs. Il propose, entre autres, un éclairage spécifique pour la recherche d'une solution adaptée pour le patient en mettant l'accent sur l'entretien pré-motivationnel et sur les alternatives non-médicamenteuses. **Le troisième volet** concerne **les pharmaciens**. Ceux-ci ont également reçu les divers dépliants destinés au public. Un manuel d'appui personnalisé leur sera également fourni. Celui-ci est actuellement en cours de rédaction et sera disponible dès mai 2006.

- Dans le cas des antidépresseurs en ce qui concerne les adultes

Le ministre Demotte a procédé à la clarification de la situation quant à l'usage de la paroxétine chez l'adulte dès août 2004¹⁸. Se basant sur les conclusions du CHMP, **la circulaire** déclare que les bénéfices liés à l'usage de la paroxétine dépassent les risques encourus. L'utilisation de la paroxétine chez l'adulte continuerait dès lors à se justifier dans le traitement de la dépression et de 5 troubles anxieux¹⁹. Elle est par ailleurs autorisée pour ces traitements dans l'ensemble des Etats membres de la Communauté européenne.

Selon les données qui figurent dans le rapport annuel 2002 au sein de l'INAMI, il pourrait exister des variabilités dans la pratique médicale de la prescription des antidépresseurs.²⁰

Il est nécessaire que ces éléments soient analysés en profondeur, que leurs causes soient identifiées et que, le cas échéant, des actions soient entreprises pour que la consommation des antidépresseurs soit la plus rationnelle possible.

La question de la délivrance des antidépresseurs et de la paroxétine en particulier doivent également être envisagées. L'accès à ces substances requiert une prescription médicale. Pour que la consommation de ces substances soit la plus rationnelle possible, il conviendrait de rappeler certaines recommandations. Le médecin généraliste est souvent un interlocuteur privilégié pour le patient. Dans le cadre de la prise en charge générale qu'il effectue, il est amené à envisager la prescription d'antidépresseurs. Il peut dès lors être confronté à des cas extrêmement complexes où il peut être amené à se questionner quant à la prescription d'antidépresseurs dans ces cas précis. Conscient de l'importance de la mission du médecin généraliste, il est indispensable de le soutenir, et ce particulièrement dans ces hypothèses. Dès lors, il conviendrait de mieux sensibiliser le médecin généraliste à l'utilisation des antidépresseurs en général.

¹⁸ Circulaire Ministérielle n° 453 relative aux conclusions de la réunion extraordinaire du Comité des Médicaments à usage humain concernant la paroxétine et les autres ISRS, août 2004.

¹⁹ Trouble panique, troubles obsessionnels compulsifs, trouble anxiété sociale, trouble anxiété généralisée, état de stress post-traumatique.

²⁰ Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments, rapport d'activités 2002, INAMI.

Deux actions sont proposées dans ce domaine :

Premièrement, la rédaction d'une **circulaire** à l'attention des médecins généralistes pour appuyer ceux-ci dans leur prescription de ces substances.

Deuxièmement, il est proposé d'organiser des **séances** au sein des groupes locaux d'évaluation médicale (**GLEM**) pour renforcer encore plus la sensibilisation des médecins aux cas de délivrance de ces substances.

- Dans le cas des enfants et adolescents :

Les services du ministre Demotte ont clarifié l'usage de la paroxétine chez l'enfant et l'adolescent sur base des recommandations du CHMP²¹. Ils ont procédé aux changements quant au résumé des caractéristiques et de la notice du SEROXAT®, médicament contenant de la paroxétine²². Le recours à ces produits n'est donc pas indiqué chez l'enfant et l'adolescent²³. Un autre suivi (non-médicamenteux) paraîtrait dès lors plus approprié dans le cas de l'enfant et adolescent. Toutefois, si le recours à un traitement médicamenteux s'avère néanmoins nécessaire, l'avis préalable d'un pédopsychiatre semblerait recommandé.

2.2. Améliorer l'accueil thérapeutique du suicidant

2.2.1. Etat des lieux :

Deux aspects pourraient être améliorés à ce stade.

Le premier aspect consisterait à mieux évaluer le suicidant dès son accueil. Souvent à l'arrivée aux urgences, le suicidant est soigné « physiquement » (ex : lavage d'estomac) sans pouvoir prendre suffisamment en compte la situation « psychologique de suicidant ». Or il apparaît, à la lumière d'études comparatives²⁴, que le suicidant doit faire l'objet d'un triple examen : somatique, psychologique et social dès sa tentative de suicide. Plus particulièrement, il doit faire l'objet d'un « psychosocial assessment²⁵ ».

²¹ Supra note n° 18.

²² Approbation par la Commission des Médicaments, section Chambre pour les médicaments à usage humain, 29 août 2005.

²³ Populations particulières : Enfants et adolescents (7-17ans) : la paroxétine n'est pas indiquée chez l'enfant et l'adolescent ; en effet des études cliniques contrôlées ont montré que la paroxétine était associée à un risque accru de comportements suicidaires et d'hostilité. De plus, l'efficacité de la paroxétine n'a pas été suffisamment démontrée dans ces essais. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi : enfants et adolescents (7-17 ans) : la paroxétine n'est pas indiquée chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans. Au cours des essais cliniques, une augmentation des comportements suicidaires (tentatives de suicide et pensées suicidaires) et une hostilité (plus particulièrement agressivité, comportement d'opposition et colère) ont été plus fréquemment observés chez les enfants et adolescents traités par la paroxétine que chez ceux traités par un placebo. De plus, dans ces essais, l'efficacité n'a pas été suffisamment démontrée et les données de tolérance à long terme concernant la croissance, la maturation et le développement cognitif et comportemental sont insuffisantes. Suicide/ pensées suicidaires : (...) le risque de comportement suicidaire peut être accru chez les jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans qui devront faire l'objet d'une surveillance particulière lors du traitement.

²⁴ Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, novembre 1998. Ci-après dénommée ANAES; National Institute for Clinical Excellence, Self-harm- The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care, National Clinical Practice Guideline Number 16, 2004. Called hereinafter NICE.

²⁵ NICE recommendations. According to the NICE recommendations, everyone who has self-harmed should have a comprehensive assessment of needs and risk. It is a prerequisite to engage the self-harmed person.

Ceci s'intégrerait dans l'approche bio-psycho-sociale de tout patient. Ce principe s'applique à tout suicidant quel que soit son âge. Il est en particulier plus qu'essentiel dans le cas des enfants et adolescents²⁶.

Le second aspect consisterait à mieux sensibiliser les médecins généralistes et les intervenants de première ligne à la problématique du suicide. Ils pourraient dès lors s'occuper du suicidant sans le considérer comme différent des autres malades ni le traiter à part. Une sensibilisation renforcée paraîtrait nécessaire dans cette optique²⁷.

2.2.2. Actions : **Accueil et Sensibilisation**

- **Sensibilisation renforcée des médecins généralistes et autres intervenants de première ligne**²⁸.

L'objectif est que le médecin généraliste renforce ses connaissances au terme d'une sensibilisation au sein des glems ou des cercles de médecins. Trois points clés seront ainsi mis en avant et seront utiles tant au niveau de l'accueil que du suivi du suicidant.

1. **Identification précoce** du comportement « suicidaire » du patient ;
2. **Bonne connaissance** du traitement, notamment médicamenteux, envisageable ;
3. **Prise en charge** du patient, selon le cas d'espèce, par le médecin généraliste lui-même ou le **référer à un spécialiste de la santé mentale** pour une aide au niveau psychologique si nécessaire.

Par ailleurs, **deux axes de sensibilisation** seraient développés.

Le premier consisterait à renforcer la sensibilisation du médecin généraliste à chaque **groupe à risque**. Ainsi il doit être tenu compte des spécificités de chaque groupe risque et notamment des enfants et adolescents.

Le second axe consisterait à renforcer la sensibilisation à la **situation à risque**. Il conviendrait dès lors de renforcer la connaissance consistant à mieux identifier les différents symptômes propres à chacun et à chaque situation de suicide potentiel.

Cette sensibilisation renforcée pourrait être assurée **conjointement** par des professionnels de la santé mentale et par des médecins généralistes, venant tant du milieu académique que de celui des praticiens de terrain. Ceci pourrait se dérouler au sein de glems ou des cercles de médecins. Une étude pilote menée au sein de 3 hôpitaux permettra la rédaction de documents qui serviront d'outils à l'élaboration de cette sensibilisation.

Pour assurer une cohérence tout au long de l'accueil du suicidant, cette sensibilisation renforcée serait **étendue à tout intervenant de première ligne**

²⁶ ANAES

²⁷ Ceci nous est confirmé par de nombreuses sources dont la Commission européenne (COM(2005) 484) ainsi que par une récente étude publiée dans the Journal of the American Medical Association, Suicide prevention strategies, Vol. 294, 16, 26 October 2005 et dans La lettre du Médecin, n°40, 26 Octobre 2005.

²⁸ Une partie de ces propositions est déjà fondée sur l'avis du Conseil Supérieur d'Hygiène. Conseil Supérieur d'Hygiène, Avis quant à l'aide aux médecins généralistes, praticiens de première ligne sur les questions de santé mentale, CSH 7814, validé par le Collège le 13 avril 2005.

amené à s'occuper d'un suicidant. On entendrait par *tout intervenant de première ligne* dans le cadre du plan contre le suicide les personnes suivantes : médecins urgentistes, infirmiers, ambulanciers. Il serait ainsi essentiel qu'il existe au sein de toute équipe des urgences **une personne de référence** formée à la santé mentale et en particulier à la problématique du suicide.

- **Mise en oeuvre d'un « psychosocial assessment » dès l'accueil du suicidant et d'une intégration du médecin urgentiste dans la procédure.**

Le suicidant arrive la plupart du temps aux urgences à la suite de sa tentative de suicide. Le personnel urgentiste qui l'accueille réalise en premier lieu un examen somatique. Or, il est nécessaire que le suicidant soit aussi examiné par un spécialiste de la santé mentale qui réaliserait le psychosocial assessment du suicidant.

Celui-ci se décomposerait en 2 étapes, sur base des recommandations provenant du National Institute for Clinical Excellence²⁹ qui sont actuellement à l'examen par la Belgian Society for emergency and disaster medicine.

1^{ère} étape : identification des besoins du suicidant : Cette étape évaluerait les facteurs somatiques, sociaux et psychologiques ayant motivés sa tentative de suicide. Elle ferait l'objet d'une note écrite qui serait transmise au médecin généraliste ainsi qu'à tout autre service de santé mentale concerné pour le suivi le plus adéquat du suicidant.

2^{ème} étape : identification des risques de récurrence : Cette partie permettrait chaque fois que possible l'identification des facteurs à l'origine des comportements suicidaires. Celle-ci ferait aussi l'objet d'une note écrite transmise au médecin généraliste ainsi qu'à tout autre service de santé mentale concerné pour le suivi le plus adéquat du suicidant.

Il conviendrait donc de disposer à tout moment dans chaque établissement d'accueil (service des urgences) de professionnels de la santé mentale. Ces professionnels sont disponibles dans une certaine mesure au sein des services psychiatriques des urgences.

Plutôt que d'augmenter leur nombre, il est proposé **d'augmenter leur couverture**. L'objectif serait de disposer à tout moment d'un professionnel de la santé mentale dès qu'un suicidant se présente. Cet objectif pourrait être rencontré par la **mutualisation des services psychiatriques des urgences**. Cela signifierait que les services psychiatriques continueraient à fonctionner au sein de l'établissement hospitalier dont ils ressortent. En parallèle, ces spécialistes seraient affiliés à un réseau comprenant plusieurs services psychiatriques selon leur disposition géographique. Ainsi, par exemple, imaginons le cas de figure suivant : l'hôpital A, B et C se trouvent dans la même zone géographique ; l'hôpital A dispose de 2 professionnels de la santé mentale, l'hôpital B 3 et l'hôpital C 1. Dans ce cas de figure, au lieu de disposer de 1, 2 ou 3 professionnels selon les ressources de l'hôpital, il y aura désormais 6 spécialistes couvrant la zone géographique délimitée

²⁹ National Institute for Clinical Excellence, Self-harm- The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care, National Clinical Practice Guideline Number 16, 2004.

par les hôpitaux A+B+C. Ce système permettrait d'accroître dans les faits le nombre de spécialistes sans en augmenter formellement le nombre.

Cette solution permettrait donc de disposer à tout moment d'un spécialiste de la santé mentale par zone géographique déterminée. Ceux-ci feraient le « psychosocial assessment » de chaque individu ayant fait une tentative de suicide. Ceci permettrait à la fois de s'occuper au plus vite du patient et de connaître son état en vue de son suivi. En effet, le facteur temps est extrêmement important pour le suicidant.

Une fois le psychosocial assessment effectué, le spécialiste de la santé mentale et le médecin urgentiste prendraient ensemble la décision d'hospitaliser le patient ou non, sur base des conclusions respectives de l'examen de chacun.

Une démarche dans ce sens sera envisagée une fois que les données fournies par l'étude pilote seront connues.

2.3. Améliorer le suivi thérapeutique des intervenants de première ligne

2.3.1. Etat des lieux:

Le suicidant a besoin d'être suivi par un professionnel de confiance et de référence. Il serait essentiel que le suicidant ait un lien particulier avec une personne de contact. Ceci semble encore plus vrai chez l'enfant et l'adolescent³⁰. Il convient dès lors d'insister sur le fait qu'il existe une personne de référence. Le médecin généraliste, de par sa qualité d'interlocuteur privilégié pour le patient, est dans la majorité des cas la personne de confiance par excellence pour le patient suicidant. Dans d'autres cas, le psychologue peut aussi être amené à jouer le rôle du référent. Au cas par cas, il appartient au suicidant, médecin généraliste et psychologue de décider conjointement lequel des 2 professionnels est le mieux à même d'être le référent.

Un autre facteur permettant de réduire le nombre de récurrences serait de planifier le suivi du suicidant dès sa sortie du milieu hospitalier. Si le suicidant n'est pas suivi, le taux de récurrence peut atteindre près de 80% pour les « suicidants » pour lesquels aucun suivi n'a été mis en place après trois tentatives de suicide³¹. Toujours dans cette même problématique, diverses études dans d'autres états membres³² ont démontré qu'un grand nombre de suicidants ne se rend pas à ses séances thérapeutiques. Il conviendrait donc de le suivre de façon régulière et ponctuelle, quitte à faire des interventions à domicile³³, par l'intermédiaire par exemple d'une infirmière psychiatrique.

2.3.2. Actions : **Suivi intensif**

³⁰ ANAES et Centre de Prévention du Suicide www.preventionsuicide.be

³¹ Centre de Prévention du Suicide www.preventionsuicide.be

³² Par exemple : UNICE 2004; www.sante.gouv.fr et ANAES.

³³ Cette idée est aussi présente dans le *Kaderdocument Nationaal Actieplan Suïcide Preventie* applicable aux Pays-Bas.

- **Intégrer et informer le médecin généraliste** dès la prise en charge du patient et à chaque stade de la thérapie.

Comme il a été mentionné ci-avant, un lien de confiance entre un professionnel et le suicidant permettrait de réduire les risques de récives. Pour les raisons évoquées plus-haut, le médecin généraliste ou le psychologue semblent parfaitement indiqués dans cette mission. Pour cette raison, le personnel des urgences qui s'est occupé du suicidant **informerait le médecin généraliste (et le psychologue si celui-ci a accepté d'être la personne de référence) dans la mesure du possible** de l'état du suicidant. Ceci serait rendu possible grâce à la formation à l'accueil du personnel des urgences tel que proposé dans le point 2.2.2. ci-avant. Le personnel des urgences entreprendrait le suicidant de l'intérêt à informer le médecin généraliste (et le psychologue) de son état et ce dans le respect de la vie privée du suicidant.

- **Suivi intensif du suicidant.**

Le risque de récive tend à d'augmenter si le suicidant est peu ou pas suivi. Pour cette raison, la thérapie devrait être intensive particulièrement pendant les premiers mois³⁴. Elle devrait inclure un suivi du suicidant. Par exemple, on peut imaginer que dès qu'il manque un rendez-vous, il soit contacté par le spécialiste de la santé mentale afin d'en connaître les raisons et de fixer un rendez-vous le plus vite possible. Ceci sera également un élément central de l'étude pilote visée ci-après.

2.4. Mise en place d'une étude pilote

Pour atteindre le triple objectif visé par le plan, il est proposé de mettre en place une étude pilote au sein de plusieurs hôpitaux. Celle-ci visera à **mieux sensibiliser** les intervenants de première ligne à travailler ensemble dans le cadre du suicide et à **coordonner leurs diverses actions** tant au niveau de l'accueil, du suivi intensif du suicidant que de l'approche face aux médicaments. Cette étude pilote sera mise en place au sein de **3 hôpitaux**. Plus particulièrement, l'étude sera confiée à un **service d'urgence et service de psychiatrie** de chacun des 3 hôpitaux. Seraient ici visés les médecins généralistes, les psychologues, les psychiatres, les médecins urgentistes, les infirmières et les assistants sociaux..

³⁴ On parle des 3 premiers mois dans UNICE.