Des idées noires au « sans rendez-vous »

Wilfrid Boisvert, MD

Présenté dans le cadre de la conférence : *Le patient sans rendez-vous*, Université de Montréal, septembre 2006

Le cas de M. Blais

Monsieur Blais vous consulte au « sans rendez-vous », alors que 16 autres patients attendent pour vous rencontrer. Il vous montre un nævus qui l'inquiète. Enfin un cas rapide! Vous le rassurez sur la bénignité de cette lésion.
La main sur la poignée de porte, il ajoute : « Docteur, depuis quelque temps, j'ai des idées noires. »

Ça va être long… Que faites-vous?

Le **Dr Boisvert** est omnipraticien. Il travaille en cabinet privé, en santé mentale au CLSC Sainte-Rose de Laval et en psychiatrie à l'hôpital Cité de la Santé de Laval.

Déceler la présence d'idées suicidaires

Chaque année, dans le monde, plus d'un million de personnes se suicident. Au Canada, plus de 10 personnes s'enlèvent la vie chaque jour, et le suicide cause plus de décès que les accidents de la route. Quotidiennement, au Québec, cinq personnes se suicident et sept sont hospitalisées à la suite d'une tentative. Sept hommes pour deux femmes meurent par suicide.

Souvent, les gens songeant au suicide consultent un médecin qui identifie bien leurs difficultés psychosociales, mais qui omet de les questionner au sujet d'idées suicidaires, cela peut-être par manque de temps. Voyons comment utiliser efficacement notre temps avec la méthode Bathe, qui devient ici C.A.D.R.E.S. : Contexte, Affect, Difficulté, Réponse, Empathie, Suicide.

La méthode Bathe

- **Le contexte.** On débute avec une question ouverte pour connaître le contexte, la situation du patient : « Qu'est-ce qui vous arrive, monsieur Blais? Racontez-moi cela. » On laisse le patient décrire ses problèmes en deux ou trois minutes. Au besoin, on lui demande

Copyright© Vente et distribution commerciale interdites
L'utilisation non autorisée est prohibée. Les personnes autorisées peuvent télécharger, afficher, visualiser et imprimer une copie pour leur usage personnel

Tableau 1

Facteurs individuels et psychosociaux influençant le risque suicidaire

Facteurs individuels

- Trouble psychiatrique : dépression majeure, schizophrénie, etc.
- Tentatives suicidaires antérieures
- Abus d'alcool ou de drogues
- Impulsivité
- Difficulté à résoudre des problèmes
- Comorbidité physique : maladie, douleur chronique, perte d'autonomie, troubles du système nerveux central

Facteurs psychosociaux

- Degré de désespoir
- Isolement
- Pertes importantes : deuil, maladie, rupture amoureuse, congédiement, faillite, échecs, humiliation, etc.
- Abus physiques ou sexuels
- Suicide considéré dans sa culture comme une solution acceptable ou même noble

de clarifier certains éléments ou on résume ses propos.

- **L'affect.** Dès qu'on a suffisamment de renseignements sur le contexte, on s'informe des sentiments du patient devant cette situation : « Comment vous êtes-vous senti? » Ou, plus directement, s'il a de la difficulté à nommer ses émotions : « Ça vous a choqué?; Vous me semblez désespéré. » Un patient enclin à décrire longuement sa situation va habituellement accepter de passer à ses émotions.
- **La difficulté.** Ensuite, on cherche la principale difficulté rencontrée selon lui : « Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous dans tout cela?; Quel élément de cette situation vous choque le plus?; Qu'est-ce qui vous rend si désespéré? »
- **La réponse.** Puis, on s'informe des solutions tentées ou envisagées : « Avez-vous essayé quelque chose pour régler ce problème?; Voyez-vous des possibilités pour améliorer votre situation? »
- **L'empathie.** Celle-ci est exprimée avec simplicité : « Hum! Ça n'a pas dû être facile! »
- **Le suicide.** Finalement, on s'enquiert des idées suicidaires : « Quelles sont ces idées noires?; Pensez-vous parfois que la mort serait un soulagement? » ou « Avez-vous songé à vous enlever la vie? »

Évaluer le risque suicidaire

Les facteurs individuels et psychosociaux, qui influencent le risque suicidaire, sont énumérés au tableau 1. Pour l'affect, on porte attention au degré de désespoir et de souffrance du patient ainsi qu'à son ambivalence devant le suicide. L'absence de solution, la précision qu'apporte le patient à son plan suicidaire (le C.O.Q. : Comment, Où, Quand), le potentiel de létalité du moyen envisagé et le refus de s'engager dans un plan de traitement sont de mauvais augure. Le tableau 2 illustre les degrés de risque suicidaire.

Le risque suicidaire de M. Blais

Monsieur Blais, désespéré, pense se pendre cette fin de semaine, à son chalet. Il a la corde et refuse un autre rendez-vous; la dangerosité ici est donc élevée.

Adopter la meilleure attitude

Puisque nos perceptions et nos croyances dictent notre attitude, il faut en être conscient.

- Pourquoi une personne se suicide-t-elle?
- Est-elle lâche ou courageuse? Impulsive ou manipulatrice?
- Elle n'a plus de solution, donc elle démissionne?
- Quelle est spontanément votre impression générale? Quel est votre premier sentiment quand vous rencontrez un patient suicidaire?
- Vous-même, êtes-vous une personne performante qu'aucun obstacle n'arrête?
- Êtes-vous exigeant envers vous-même? Ou bien, êtes-vous une personne sensible ayant ses faiblesses et ses vulnérabilités?

Il est important d'écouter le patient avec empathie, sans le juger, et de favoriser chez lui l'expression de sa souffrance et de ses émotions. On cherche à l'aider et à comprendre ce qui provoque son état de crise actuel. On le convainc que chercher de l'aide n'est pas une faiblesse, mais un geste salutaire. Tout cela contribue à créer une alliance thérapeutique. Enfin, on négocie avec le patient un plan de traitement qui puisse contribuer à lui redonner espoir.

Établir un plan de traitement

Étape 1 : Parler à un proche

Avec l'approbation du patient, il est souvent très utile de parler à l'un de ses proches afin d'obtenir ses impressions, de lui exposer la situation et de s'assurer d'une présence vigilante. La grande majorité des patients acceptent de donner leur approbation. On demande aussi aux proches de s'investir dans le plan de traitement.

Tableau 2

Degrés de risque suicidaire

Risque suicidaire faible
- Il est souffrant, il aimerait ne plus être là, il serait mieux mort ou il a des idées suicidaires vagues et passagères.
- Il cherche des solutions, il a des stratégies pour affronter la crise.
- Il garde espoir, il a des projets à court terme.

Risque suicidaire léger
- Il pense au suicide de temps en temps, mais est capable d'écarter cette idée, et il n'a pas fait de plan suicidaire.
- Il n'a pas trouvé de solution efficace, les possibilités s'épuisent.
- Il garde un peu d'espoir et accepte l'aide offerte.

Risque suicidaire modéré
- Il a des idées suicidaires plusieurs fois par jour, cherche des moyens, mais ne pense pas poser un geste prochainement.
- Il demeure ambivalent devant le suicide.
- Il voit de moins en moins de solutions à ses problèmes.
- Il cherche de l'aide immédiate, car il sent le désespoir le gagner.

Risque suicidaire élevé
- Les idées suicidaires sont envahissantes.
- Les éléments du C.O.Q. sont précis, les moyens sont disponibles, le patient a l'intention d'agir dans moins de 48 heures.
- Il est désespéré et est persuadé que le suicide est la seule solution.
- Il peut être très anxieux ou étrangement serein; il ne cherche plus d'aide.

L'investissement des proches de M. Blais

Le fils de M. Blais ira passer quelques jours chez lui et mettra hors de portée les moyens suicidaires comme la corde, la médication et les armes à feu.

Lorsque le risque suicidaire est élevé et que la personne refuse toute intervention, on a le devoir de faire appel aux policiers pour qu'ils interviennent en vertu de l'article 8 de la loi 75.

Étape 2 : Traiter la cause sous-jacente

On traite la cause sous-jacente, comme une dépression. Si une médication est indiquée, on en choisit une dont l'indice thérapeutique est élevé et on prescrit une petite quantité à la fois. Parfois, les antidépresseurs accentuent temporairement les idées suicidaires lorsque l'énergie augmente avant que l'humeur ne s'améliore; on en avise le patient et ses proches et on les rassure en leur faisant considérer cela comme un premier élément positif.

Étape 3 : Utiliser les ressources du milieu

On peut utiliser les ressources du milieu : famille, travailleur social en CLSC, centre de crise, centre de prévention du suicide. Le contrat de non-suicide peut se révéler utile, mais ne permet pas au médecin de se dégager de toute responsabilité. Il contribue à évaluer l'implication du patient dans un plan de traitement.

Lorsque le risque suicidaire est élevé et que la personne refuse toute intervention, on a le devoir de faire appel aux policiers pour qu'ils interviennent en vertu de l'article 8 de la loi 75 sur la protection de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour les autres. Une évaluation en psychiatrie devra alors être faite.

Étape 4 : Faire le suivi

Il est indispensable de donner au patient un rendez-vous de suivi avec son médecin traitant à son cabinet ou à la clinique de relance. Un dossier bien tenu facilite énormément le suivi.

Il est important d'énumérer et décrire (mesurer) les symptômes du patient.

Les symptômes de M. Blais

M. Blais dort deux à trois heures par nuit, est passé de 165 à 152 livres et ne peut lire plus qu'une ou deux pages du journal.

On consigne au dossier certains négatifs pertinents, les éléments en faveur ou en défaveur d'une dangerosité immédiate, les détails du plan de traitement et le consentement du patient au traitement.

La décision de M. Blais

M. Blais accepte finalement la compagnie de son fils et reviendra vous voir dans deux semaines. Celui-ci paraît sincère lorsqu'il promet de se présenter à l'urgence psychiatrique si les idées suicidaires deviennent trop fortes.

Voir « À retenir » et la bibliographie à la page suivante

National Physician Survey

Sondage national des médecins

janvier2007

Cherchez-le.
Complétez-le.
Consultez-le.

sondagenationaldesmedecins.ca

LeCollègedesmédecinsdefamilleduCanada
Associationmédicalecanadienne
LeCollègeroyaldesmédecinsetchirurgiensduCanada

À retenir...

- Au Québec, cinq personnes se suicident chaque jour.
- La précision qu'apporte le patient à son plan suicidaire (le C.O.Q. : Comment, Où, Quand) et le potentiel de létalité du moyen envisagé sont des éléments importants.
- Écouter la personne avec empathie, sans la juger et favoriser chez elle l'expression de sa souffrance, de ses émotions.
- Aider la personne à comprendre ce qui provoque son état de crise actuel et la convaincre que chercher de l'aide est un geste salutaire.
- Créer une alliance thérapeutique; négocier avec la personne un plan de traitement qui puisse lui redonner espoir.
- Avec l'approbation du patient, il est souvent très utile de parler à l'un de ses proches. *Clin*

Bibliographie :

1. Association québécoise de prévention du suicide: Cahier technique, Semaine de la prévention du Suicide du 1er au 13 février 2004. Décembre 2003.
2. Stuart MR, Lieberman JA: The fifteen-minute hour: applied psychotherapy for the primary care physician. 2d ed. Westport, Conn. Praeger 1993.
3. Lefort P E: La dépression majeure. MedActuel FMC, Juin 2003.
4. Lévesque G: Épuisée, Myriam se rend au service de consultation sans rendez-vous. Le Médecin du Québec Mai 2004; 39(5)5.
5. Dumont M: L'évaluation du risque suicidaire. Le Clinicien, Supplément, mars 2000.