

Fil conducteur pour la prise en charge et l'évaluation de la suicidalité (LOES)

Données sociodémographiques

<p>Date de l'inscription (jour/mois/année):.....</p> <p>Date de la tentative de suicide (jour/mois/année):.....</p> <p>Heure de la tentative de suicide:</p>	<p>Situation économique :</p> <p><input type="checkbox"/> Actif sur le plan économique, au travail</p> <p>Profession:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Chômeur (à la recherche d'un emploi)</p> <p><input type="checkbox"/> Inactif sur le plan économique :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Élève / étudiant<input type="checkbox"/> Invalidité due à des problèmes physiques<input type="checkbox"/> Invalidité due à des problèmes de santé mentale<input type="checkbox"/> Pension<input type="checkbox"/> Autre:
<p>Informations lors de l'inscription (lieu de rencontre, réactions de l'entourage, informations des professionnels)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance ___/___/___</p> <p>Genre:</p> <p><input type="checkbox"/> Homme</p> <p><input type="checkbox"/> Femme</p> <p><input type="checkbox"/> X</p> <p>Situation de vie:</p> <p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Pas seul</p> <p>Enfants</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p>	<p>Situation scolaire (si élève / étudiant):</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement primaire</p> <p><input type="checkbox"/> Enseignement secondaire</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enseignement secondaire Filière A<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire Filière B<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire général<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire technique<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire professionnel<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire artistique<input type="checkbox"/> Enseignement secondaire spécialisé <p><input type="checkbox"/> École supérieure / Université</p> <p><input type="checkbox"/> Autre:</p>
<p>État civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire</p> <p><input type="checkbox"/> Cohabitant officiel</p> <p><input type="checkbox"/> Marié</p> <p><input type="checkbox"/> Séparé</p> <p><input type="checkbox"/> Veuf</p>	

Le manuel de l'entretien semi-structuré est uniquement disponible en néerlandais à l'adresse suivante: www.zelfmoord1813.be/loes

<p>Grossesse:</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Pays de naissance:</p> <p><input type="checkbox"/> Belgique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre:</p> <p>Pays de naissance de la mère</p> <p><input type="checkbox"/> Belgique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre:</p> <p>Pays de naissance du père</p> <p><input type="checkbox"/> Belgique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre:</p>	<p>Médicaments actuels</p> <p>Quels médicaments prenez-vous actuellement ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Inscription suite à :</p> <p><input type="checkbox"/> Des pensées suicidaires (commencer par 2. Évaluation des émotions)</p> <p><input type="checkbox"/> Une tentative de suicide (commencer par 1. Tentative actuelle)</p>
--	--

Partie 1: Questionnaire de base sur la suicidalité



1. Tentative actuelle (point de départ en cas de tentative)

Tentative interrompue par un tiers

- Non
- Oui

Blessures corporelles graves :

- Aucune blessure
- Limitée (pas de blessures mettant la vie en danger, pas de soins médicaux urgents requis)
- Grave (ne mettant pas la vie en danger mais nécessitant des soins médicaux urgents)
- Mortellement grave (soins médicaux immédiats requis)

Méthodes : cochez la ou les méthodes utilisées

- Pendaison, strangulation, suffocation
- Noyade
- Utilisation d'une arme à feu ou d'autres matières ou dispositifs explosifs
- Brûlures ou automutilations causées par des vapeurs ou des objets chauds
- Automutilation à l'aide d'un objet tranchant ou contondant (y compris la déglutition)
- Sauter d'un endroit élevé
- Sauter ou se coucher devant un objet en mouvement
- Provocation d'un accident de la circulation
- Électrocution
- Inhalation de gaz et de vapeurs
- Pesticides, herbicides et autres produits chimiques agricoles
- Auto-intoxication intentionnelle (p. ex, médicaments, stupéfiants, ...) (préciser le moyen et la quantité)
.....
.....
.....
- Alcool
- Autre(s) méthode(s)



2. Évaluation des émotions

Demandez au patient comment il se sent maintenant

.....
.....
.....



3. Présence de pensées suicidaires

Pensez-vous actuellement (à nouveau) au suicide?

- Non Oui

Au cours du mois dernier, **combien de fois** avez-vous pensé au suicide?

- Jamais (-> pas d'autres questions sur ce point et sauter la question suivante (plans concrets))
 Rarement Parfois Souvent Très souvent

Depuis combien de temps avez-vous des pensées suicidaires?

- Quelques jours > une semaine 1-6 mois > 6 mois – 1 an Plus d'un an

Dans quelle mesure aviez-vous **contrôle** sur ces pensées le mois dernier?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Complètement

Dans quelle mesure avez-vous **souffert** de ces pensées au cours du mois dernier?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Énormément

Dans quelle mesure avez-vous été **limité** dans vos activités quotidiennes telles que le travail ou les tâches ménagères au cours du mois dernier en raison de ces pensées?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Énormément

(question à poser uniquement en cas de pensées suicidaires, pas en cas de tentative)

A quel point avez-vous été **proche** d'une tentative de suicide au cours du dernier mois?

- Pas du tout proche Un peu Modérément Très proche Tentative effectivement faite



4. Plans concrets

Avez-vous actuellement (à nouveau) un plan concret pour vous suicider?

- Pas envisagé
 Envisagé mais pas encore élaboré dans les détails
 Détails élaborés et bien formulés

Quelle méthode avez-vous envisagée / Quelles méthodes envisagez-vous?

.....
.....
.....
.....

Ces moyens sont-ils disponibles?

- Non
 Oui

Avez-vous fait des préparatifs?

- Pas de préparatifs (pas de plan)
 Peu de préparatifs ou préparation minimale
 Préparation complète (plan détaillé)

Dans quel délai souhaitez-vous mettre en œuvre votre plan ? Dans quelle mesure pouvez-vous le reporter?

.....
.....
.....



5. Tentative du passé

Avez-vous tenté une ou plusieurs fois de mettre fin à votre vie dans le passé?

- Pas de tentative (-> pas d'autres questions sur ce point)
- 1 tentative
- 2 tentatives
- 3 tentatives
- 4 tentatives de suicide ou plus dans le passé

Dans l'affirmative:

À combien de temps remonte la tentative précédente?

- ≤ 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- > 12 mois

Quelle méthode avez-vous utilisée?

.....
.....
.....

La tentative précédente a-t-elle fait l'objet d'un traitement médical?

- Non
- Oui

Dans l'affirmative:

Où?

- Hôpital
- Médecin
- Autre:

La tentative précédente a-t-elle fait l'objet d'une psychothérapie?

- Non
- Oui

Dans l'affirmative:

Où?

- Psychiatre / psychologue
- CLB (accompagnement de l'élève)
- Département résidentiel
- Centre de santé mentale
- Autre:.....

Avez-vous été satisfait de ce traitement?

- Non
- Oui



6. Automutilation

Vous êtes-vous délibérément blessé à plusieurs reprises?

- Non
- Oui

Dans l'affirmative:

Vous souvenez-vous de la dernière fois que vous avez fait cela?

- < 6 mois
- > 6 mois



7. Réseau social

Avez-vous le sentiment que des personnes se soucient de vous?

- Non
- Oui

Si oui, qui sont-elles?

Qui:

Pouvez-vous vous adresser à quelqu'un lorsque vous avez des difficultés?

- Peu enclin à chercher de l'aide
- Non
- Oui

Si oui, à qui?

Qui:

Si nécessaire, contactez-vous effectivement cette personne?

- Non
- Parfois
- Oui



8. Degré de désespoir

Avez-vous l'impression d'être complètement bloqué, de ne plus voir d'issue?

.....
.....

Voyez-vous des possibilités d'amélioration pour vous?

.....
.....

Y a-t-il des choses qui pourraient vous aider maintenant à traverser la période à venir?

.....
.....

Encerclez: Désespéré Ambivalent Montre de l'espoir



9. Disposition à recevoir de l'aide ultérieure

Il est préférable que les personnes dans votre situation bénéficient d'un soutien ultérieur. Êtes-vous d'accord pour avoir une conversation avec (nom du prochain professionnel) afin d'avoir une meilleure idée de vos difficultés et de la manière dont nous pouvons vous aider à les surmonter?

- Ne souhaite pas d'aide supplémentaire (-> en informer le médecin généraliste, les parents et/ou des tiers)
- Neutre
- Souhaite de l'aide supplémentaire

Parcours de soins mis en place après l'entretien de base (à court terme) :

.....
.....
.....

Partie 2: Exploration plus approfondie de la suicidalité



1. Présence de pensées suicidaires

(N'interroger à nouveau que s'il y a plus de 24h entre la première et la deuxième partie)

Pensez-vous (encore) au suicide en ce moment?

- Non Oui

Au cours du mois dernier, **combien de fois** avez-vous pensé au suicide?

- Jamais (-> pas d'autres questions sur ce point et sauter la question suivante (plans concrets))
 Rarement Parfois Souvent Très souvent

Depuis combien de temps avez-vous des pensées suicidaires?

- Quelques jours > une semaine 1-6 mois > 6 mois – 1 an Plus d'un an

Dans quelle mesure aviez-vous **contrôle** sur ces pensées le mois dernier?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Complètement

Dans quelle mesure avez-vous **souffert** de ces pensées au cours du mois dernier?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Énormément

Dans quelle mesure avez-vous été **limité** dans vos activités quotidiennes telles que le travail ou les tâches ménagères au cours du mois dernier en raison de ces pensées?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Énormément

(question à poser uniquement en cas de pensées suicidaires, pas en cas de tentative)

A quel point avez-vous été **proche** d'une tentative de suicide au cours du dernier mois?

- Pas du tout proche Un peu Modérément Très proche Tentative effectivement faite



2. Plans concrets

(n'interroger à nouveau que s'il y a plus de 24h entre la première et la deuxième partie)

Avez-vous actuellement (à nouveau) un plan concret pour vous suicider?

- Pas envisagé
 Envisagé mais pas encore défini dans les détails
 Détails élaborés et bien formulés

Quelle méthode avez-vous envisagée / Quelles méthodes envisagez-vous?

.....
.....
.....
.....

Ces moyens sont-ils disponibles?

- Non
 Oui

Avez-vous fait des préparatifs?

- Pas de préparatifs (pas de plan)
 Peu ou pas de préparatifs
 Préparation complète (plan détaillé)

Dans quel délai envisagez-vous mettre en œuvre votre plan? Dans quelle mesure pouvez-vous le reporter?

.....
.....
.....



3. Questionnement supplémentaire en cas de tentative (NE PAS questionner en cas d'une inscription pour pensées suicidaires)

1. Y avait-il quelqu'un près de vous lorsque vous avez essayé de vous faire du mal? (p. ex., dans la même pièce ou au téléphone)
2. À quel moment l'avez-vous fait? Attendez-vous quelqu'un? Quelqu'un allait-il arriver peu de temps après? Saviez-vous qu'il vous restait beaucoup de temps avant que quelqu'un n'entre? Ou n'avez-vous pas pensé à ces possibilités?
3. Avez-vous fait quelque chose pour empêcher d'autres personnes de vous trouver? (p. ex., éteindre le téléphone ou un mot sur la porte)
4. Après vous avez blessé ou empoisonné, avez-vous appelé quelqu'un pour leur dire ce que vous aviez fait?
5. Avez-vous encore fait des choses comme payer des factures, dire au revoir ou rédiger un testament alors que vous aviez décidé de vous empoisonner ou de vous blesser?
6. Avez-vous fait beaucoup de préparatifs? Y avez-vous travaillé pendant longtemps en rassemblant des médicaments, par exemple?
7. Avez-vous écrit une ou plusieurs lettres d'adieu?
Si oui: à qui?
Si ce n'est pas le cas: avez-vous pensé à en écrire une?
8. Au cours de l'année passée, avez-vous dit à vos voisins, à vos amis et/ou à votre famille, implicitement ou explicitement, que vous alliez vous faire du mal?
9. Quels sont vos sentiments à l'égard de la vie ou de la mort? Aviez-vous plus envie de vivre que de mourir? Ou bien cela vous était-il égal de vivre ou de mourir?

Isolation

0. Quelqu'un était présent
1. Quelqu'un proche en contact (par exemple par téléphone)
2. Personne près de vous ni en contact

Le moment

0. Une intervention est probable
1. Une intervention est improbable
2. Une intervention est pratiquement exclue

Précautions contre la découverte et/ou l'intervention

0. Aucune précaution
1. Mesures passives, comme éviter les autres mais ne rien faire
2. Mesures actives (p. ex., seul dans une pièce dont la porte est fermée à clé)

Action pour obtenir de l'aide après une tentative

0. A informé un éventuel professionnel
1. A contacté un professionnel mais ne l'a pas informé de sa tentative
2. N'a pas cherché à contacter un professionnel

Dernières actions en vue de la mort

0. Aucune
1. Le patient a envisagé de régler certaines questions ou l'a effectivement fait
2. Dispositions finales prises (par exemple, testament, donation de biens, assurance)

Degré de planification

0. Pas de préparatifs (pas de plan)
1. Préparation faible ou minimale
2. Préparation complète (plan détaillé)

Lettre d'adieu/ courriel/ texto/ message sur les réseaux sociaux

0. N'a pas écrit de lettre, ni envoyé de texto ou posté sur les réseaux sociaux et n'y a pas réfléchi non plus
1. Y a réfléchi, mais pas fait
2. Lettre écrite/texto envoyé/message posté sur les réseaux sociaux, mais supprimé à nouveau

Déclarations sur les plans

0. Non
1. Déclarations ambiguës ou voilées
2. Déclarations sans ambiguïté

Déclarations sur la vie

0. Le répondant ne voulait pas mourir
1. Le répondant ne se souciait pas de savoir s'il allait vivre ou mourir
2. Le répondant voulait mourir



4. Motifs de la suicidalité

Demandez au patient quelles sont les motifs qu'il invoque pour expliquer sa tentative.

.....
.....
.....

Veuillez cocher...

Conflit interne

- Les pensées/sentiments étaient si terribles que je voulais m'en débarrasser
- Je voulais m'éloigner d'une situation impossible pendant un certain temps
- J'ai perdu le contrôle de moi-même et je ne sais pas pourquoi je l'ai fait
- Me punir
- Je pense que je ne suis pas assez bon pour accomplir quoi que ce soit de valable, je suis un raté

Influencer / punir les autres

- Obtenir l'aide de quelqu'un
- Me faire entendre
- Faire comprendre aux gens ce que je ressentais et à quel point j'étais désemparé
- Montrer à quel point j'aimais quelqu'un
- Savoir si quelqu'un m'aime ou non
- Essayer d'influencer ou de changer l'opinion de quelqu'un
- Faire regretter aux gens la façon dont ils me traitent
- Faire peur à quelqu'un, se venger de quelqu'un
- Faciliter les choses pour les autres

Désir de mort

- Je voulais mourir

Pensée magique

- Obtenir une nouvelle chance et revenir dans une nouvelle vie par le biais de la mort (réincarnation/pensée magique)
- Retrouver une personne décédée
- Autre:



5. Ambivalence

Qu'est-ce qui vous empêche actuellement de faire une (nouvelle) tentative?

.....
.....
.....
.....



6. Problèmes précédents

Il est important de savoir où se situent les problèmes chez le patient et depuis combien de temps ils durent. Il est souhaitable d'interroger spécifiquement les zones problématiques marqué en gras en raison de leur forte corrélation avec la suicidalité.

1= semaines, 2= mois, 3= années

Bien-être

- Solitude
- Problèmes psychologiques ou symptômes psychiatriques
- Problèmes physiques, maladie ou handicap

Événements stressants de la vie

- Décès/maladie grave d'une personne importante**
- Tentative de suicide ou suicide d'une personne importante**
- Événements traumatisants (p. ex., négligence chronique, abus physique/émotionnel/sexuel, catastrophes, agressions, ...)**

Problèmes de relations sociales

- Avec les parents ou entre les parents
- Avec les enfants
- Avec les amis
- Harcèlement/être harcelé
- Problèmes relationnels avec le/la partenaire
- Rejet ou rupture de la relation

Conditions de vie stressantes

- Problèmes à l'école/au travail (p. ex., chômage, charge du travail, désaccords avec les collègues, licenciement)
- Problèmes financiers
- Problèmes liés à l'orientation sexuelle et/ou à l'identité de genre
- Problèmes de logement (p. ex., sans-abrisme, mauvais logement, querelles de voisins, ...)
- Problèmes avec la justice/police
- Autres
-
-
-



7. Abus de substances

1. Avez-vous consommé de l'**alcool** au cours des trois derniers mois?

- Non
- Oui

2. Avez-vous consommé des **drogues** au cours des trois derniers mois?

- Non
- Oui

3. Au cours des trois derniers mois, avez-vous pris des **médicaments** à une dose plus élevée que celle prescrite par votre médecin?

- Non
- Oui

⇒ En cas d'une ou plusieurs réponses affirmatives aux questions 1 à 3, passez à la question 4.

Si vous avez répondu « NON » à TOUTES les questions précédentes, passez au point suivant.

4. Avez-vous déjà eu un **accident de la route** parce que vous aviez consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments?

- Non
- Oui

5. Avez-vous parfois consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments pour vous détendre, pour vous sentir mieux dans votre peau ou pour **appartenir** à quelque chose?

- Non
- Oui

6. Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ou de prendre des drogues ou des médicaments de votre propre chef, lorsque vous êtes **seul** ?

- Non
- Oui

7. Vous arrive-t-il d'**oublier** des choses que vous avez faites lorsque vous avez consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments ?

- Non
- Oui

8. Vos **amis ou votre famille** vous disent-ils parfois de réduire/arrêter votre consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments ?

- Non
- Oui

9. Avez-vous déjà eu des **problèmes** après avoir consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments ?

- Non
- Oui



8. Antécédents de traitement

Avez-vous connu les mêmes problèmes de santé mentale ou d'autres dans le passé? Avez-vous cherché et reçu de l'aide pour ces problèmes? Qui vous a aidé à ce moment-là? Qu'en avez-vous pensé?

- Non, pas d'antécédents
- Oui, antécédents de troubles mentaux, mais non traités
⇒ Précisez les plaintes, la raison de l'absence de traitement

.....

.....

.....

- Oui, antécédents de troubles mentaux avec traitement
⇒ Précisez les plaintes, le traitement et l'expérience

.....

.....

.....

En cas de problèmes de santé mentale antérieurs, demander le diagnostic. Un diagnostic psychiatrique a-t-il été établi?

.....

.....

.....



9. Adaptation

Comment gérez-vous les problèmes en général? Que faites-vous lorsque vous êtes inquiet ou bouleversé? Qu'est-ce qui vous aide à persévérer?

.....

.....

.....

- En parlez-vous à quelqu'un?
- Vous reprochez-vous d'être en difficulté?
- Vous vous mettez en colère?
- Vous restez dans votre chambre?
- Réfléchissez-vous à la manière dont vous avez géré cette situation dans des cas similaires?
- Consommez-vous des boissons alcoolisées ou des drogues?
- Essayez-vous de ne pas penser à vos soucis?
- Essayez-vous de faire le point des choses?
- Autre:

.....



10. Avenir

Y a-t-il des choses positives dans un futur proche qui pourraient affecter vos pensées suicidaires?

.....
.....
.....

Y a-t-il des choses négatives dans un futur proche qui pourraient affecter vos pensées suicidaires?

.....
.....
.....



11. Besoins de soins indiqués par le patient

Sonder les attentes en matière de soins

.....
.....
.....
.....



12. Parcours de soins

- Pas de traitement/aide
 - Sortie sur avis (p. ex., rentrée)
 - Sortie sur avis contraire (p. ex., fuite)
 - Retour au « service de soutien » (p. ex., prison, logement protégé, IMP, ...)
- Aide psychothérapeutique ambulatoire (p. ex., thérapie par la parole, thérapie relationnelle, ...)
- Traitement résidentiel
 - Département somatique
 - Psychiatrie d'urgence
 - Unité de crise psychiatrique pour mineurs
 - Unité psychiatrique pour mineurs
 - Service psychiatrique d'un hôpital général
 - Hôpital psychiatrique / Maison de soins psychiatriques
- Autre contexte. Précisez:

.....

Accords de traitement conclus avec le patient à l'issue de cette conversation:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....