

La filière de soin des suicidants aux urgences

Care process in emergency departments for those attempting suicide

A. Botero · D.K. Bouaza · F. Bellivier

Reçu le 15 juillet 2011 ; accepté le 10 octobre 2011
© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Résumé En France, il est rapporté une tentative de suicide toutes les 40 secondes et un décès par suicide toutes les 40 minutes. Première cause de mortalité entre 15 et 45 ans, les conduites suicidaires sont identifiées comme une priorité de santé publique depuis les années 1990. Les maladies mentales (dont la dépression, la schizophrénie et les addictions) ainsi que les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires représentent des facteurs de risque majeurs. Le dépistage et la prise en charge des sujets en crise suicidaire et/ou suicidants participent à la prévention des récurrences. Les recommandations de bonnes pratiques font de l'hôpital, et en particulier des services d'urgences, un lieu incontournable où une prise en charge pluridisciplinaire est possible. De cela découle la nécessité d'organiser une filière de soins depuis l'accueil jusqu'à l'orientation, en passant par une triple évaluation somatique, psychologique et sociale. La mise en place d'un projet de soins hospitaliers et/ou d'un suivi ambulatoire intensif doit être ajustée à chaque situation. La formation des généralistes au dépistage et à la prise en charge des personnes suicidaires et/ou souffrant de dépression est essentielle. Il en est de même des équipes travaillant aux urgences ou dans les services de crises avec dans certains lieux, des spécialisations dans l'accueil des adolescents suicidants ou des personnes âgées. Les urgences sont aussi, dans un grand nombre de cas, le premier contact avec la psychiatrie. La qualité de l'accueil, des premiers soins, des liens avec les différents intervenants hospitaliers et avec les structures d'aval conditionnent l'adhésion de la personne à la prise en charge ultérieure, garantissent la continuité des soins et contribuent à prévenir les récurrences. *Pour citer cette revue : Réanimation 20 (2011).*

Mots clés Crise suicidaire · Suicidant · Récidive · Urgence · Continuité des soins

Abstract In France, a suicide attempt is recorded every 40 seconds, and a death by suicide occurs every 40 minutes. Suicide is the primary cause of mortality in people aged between 15 and 45 years. Suicidal tendencies have been identified as a major public health issue since the 1990s. Mental illnesses (including depression, schizophrenia, and addictions) as well as any personal and family history of suicidal behaviour are major risk factors. Identification and treatment of people in a suicide crisis and/or making a suicide attempt can help prevent repeated suicide attempts. Recommendations for good practice make a hospital, and in particular the emergency departments, a requisite location where a multidisciplinary approach is available. This leads to the need to organize a care process from reception to guidance based on an evaluation in three steps: physical, psychological, and social. The implementation of hospital care and/or intensive outpatient follow-up needs to be adjusted to match each situation. Training general practitioners in detection and treatment of suicidal patients and/or those suffering from depression is critical. Training is also necessary for teams in the emergency departments and in the crisis services with specialisation in handling suicidal adolescents or elderly people in some of them. The emergency wards are also, in a large number of cases, the first place of contact with a psychiatric. The quality of welcoming initial cares, relationships between the nursing staff and carers within the hospital and between the downstream organisations will determine to what extent the patients being treated will continue their treatment, will ensure the continuity of care, and will help to prevent repeated attempts. *To cite this journal: Réanimation 20 (2011).*

Keywords Suicide crisis · Person committing suicide · Repeated attempt · Emergency · Ongoing care

A. Botero (✉) · D.K. Bouaza · F. Bellivier
Urgences psychiatriques, pôle de psychiatrie, CHU Henri-Mondor,
51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny,
F-94010 Créteil, France
e-mail : alexandra.botero@hmn.aphp.fr

Introduction

L'évolution préoccupante de la mortalité suicidaire en France, en particulier parmi les sujets jeunes, a été soulignée

dès 1993 par le rapport de Debout au Conseil économique et social [1]. La prévention du suicide est depuis 1996 une des dix priorités de santé publique [2], et la France dispose d'un plan de prévention du suicide depuis 1998. C'est dans ce cadre que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a élaboré les recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants [3]. La France a aussi réalisé une conférence européenne sur le thème du suicide durant sa présidence à l'Union européenne, en septembre 2000 puis peu après, a réuni un collège d'experts sous l'égide de l'Anaes. Un texte de référence sur la reconnaissance et la prise en charge de la crise suicidaire, destiné aux professionnels, a été élaboré [4]. Enfin, un programme de formation à l'intervention ainsi que de sensibilisation des intervenants des champs sanitaire, éducatif, social et associatif est également piloté, à l'échelon des régions, par l'Anaes et la Haute Autorité de santé (HAS). Ces différentes actions ont pour objectifs de mieux dépister, reconnaître et gérer les premiers temps d'une crise suicidaire. Elles ont aussi pour cible l'amélioration de la filière de soins des patients suicidants aux urgences et la prévention des récurrences par des mesures hospitalières et posthospitalières ajustées à chaque situation. Les facteurs de risque des tentatives de suicide (TS) et les facteurs de risque des décès par suicide sont relativement différents, de sorte que les interventions visant à réduire le nombre de décès par suicide, basées essentiellement sur les données dont on dispose chez les suicidants, posent la question de la transposabilité de ces données. Pourtant, le premier facteur de risque de décès par suicide, loin devant tous les autres, est la présence d'un antécédent de conduite suicidaire. Ainsi, bien au-delà de la connaissance des facteurs de risque de décès par suicide, les facteurs de risque de la récurrence suicidaire apparaissent comme l'élément clé pour guider l'élaboration des bonnes pratiques en vue de réduire cette morbidité.

Décès par suicide

Les études épidémiologiques en France notent une incidence de 12 000 suicidés par an, soit 20 cas pour 100 000 habitants, chiffre probablement sous-estimé de 20 % (sous-déclaration) et une incidence de 150 000 passages à l'acte suicidaire, chiffre également sous-estimé de près de 30 %. Les gestes suicidaires sont dans 30 à 50 % des cas des récurrences et ils donnent lieu, dans 1 à 3 % des cas, à un suicide dans l'année qui suit et à plus de 10 % de décès sur la vie entière. La conduite suicidaire correspond à 36 % des demandes d'avis psychiatriques dans les services d'urgence, ce qui la place en première ligne des demandes d'évaluation psychiatrique [3].

Le suicide est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme et il augmente fortement avec l'âge, surtout chez l'homme et surtout après 75 ans. Chez les adultes

jeunes (25–34 ans), le suicide est la première cause de mortalité. Chez les adolescents, il représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation. L'augmentation du suicide chez les jeunes a largement contribué à l'augmentation globale de l'incidence du suicide en France. En ce qui concerne les moyens, ils se classent dans l'ordre suivant : pendaison (37 %), arme à feu (25 %) et médicaments (14 %) [5].

TS

Les TS sont estimées en France entre 150 000 et 200 000 par an. Le sex-ratio des TS est l'inverse de celui du suicide : les femmes réalisent deux fois plus de TS que les hommes. Les TS sont plus fréquentes entre 15 et 35 ans et diminuent ensuite. Une TS sur deux est une récurrence. Selon l'enquête de l'Inserm, effectuée en 1999, au moins 5,2 % des filles et 7,7 % des garçons âgés de 11 à 19 ans auraient fait au moins une fois une TS.

Des études conduites en population générale aux États-Unis permettent d'estimer la prévalence sur la vie entière des TS à 4,6 % chez les 15–54 ans [6]. En ce qui concerne les moyens utilisés, 90 % résultent d'intoxications médicamenteuses volontaires. Les phlébotomies sont également fréquentes. On estime que 30 % de personnes ayant commis une TS sont actuellement maintenues à domicile et ne bénéficient pas d'une évaluation spécialisée [7]. Cette évaluation spécialisée est pourtant associée à une réduction des risques de récurrence qui justifie qu'elle soit inscrite dans les recommandations.

Dans les suites d'une TS, on note 40 % de récurrences, dont la moitié dans l'année suivante, 1 % de mortalité par suicide dans l'année suivante (contre 0,02 % dans la population générale, soit 50 fois plus) et plus de 10 % de décès par suicide sur la vie entière. Ainsi, un antécédent de TS est le facteur de risque le plus important de suicide [4].

La crise suicidaire

Le concept de crise suicidaire introduit ces dernières années est particulièrement fécond dans le cadre de l'urgence. La conférence de consensus sur le risque suicidaire [4] a rappelé que la crise suicidaire peut être représentée comme une trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. Aucun signe n'est spécifique ou exceptionnel pris isolément. C'est le regroupement des signes — qui peuvent être labiles —, leur association ou

leur survenue comme une rupture par rapport au fonctionnement antérieur qui doivent alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par un médecin. Reconnaître la crise suicidaire repose sur l'appréciation des critères décrits dans le Tableau 1 [4].

Prise en charge des suicidants aux urgences

Principes généraux

Tout patient suicidant ou en crise suicidaire doit être conduit dans un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU). Cette recommandation de l'Anaes repose sur un accord entre professionnels et concerne en particulier la prise en charge des adolescents suicidants [3].

Il existe des critères de gravité d'un geste suicidaire, mais aucun critère de bénignité d'un geste suicidaire n'est disponible, de sorte qu'un geste suicidaire ne doit jamais être banalisé, même si les conséquences somatiques apparaissent minimales. En effet, il n'y a pas de parallélisme entre la gravité psychologique et les moyens utilisés [5]. Ainsi, de nombreuses intoxications médicamenteuses ou phlébotomies aux conséquences somatiques bénignes sont sous-tendues par une vraie détermination suicidaire qui peut perdurer et favoriser l'usage de moyens plus dangereux pouvant aboutir au suicide [7]. La gravité objective du contexte de vie n'est pas non plus un élément déterminant d'orientation. Ainsi, un patient suicidant se trouvant dans un contexte de crise mineure peut être aux prises avec des idées de mort envahissantes et avoir recours à des moyens dont la létalité est plus

élevée (pendaison, arme à feu, étage élevé, médicaments toxiques, rail de train). Dans tous les cas, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être effectuée. La prise en charge initiale requiert des compétences différentes, de la concertation, du temps et des moyens adaptés, réunis dans un SAU hospitalier. Ce recours à l'hôpital ne devrait pas être différé dans le temps, au risque de décalage entre le moment de la crise et la réponse qui est apportée, d'aggravation de l'état somatique en cas de sous-estimation des risques encourus et de récurrence à court terme [3]. En particulier, le potentiel d'évolution thérapeutique et de mobilisation du patient et de ses proches est lié au moment de la crise elle-même et avant la période de « refroidissement » qui mobilise au contraire des aspects de déni et de banalisation qui sont associés au risque de récurrence. Enfin, après une première TS, le risque de récurrence dans l'année est deux fois moins important en présence d'une évaluation psychiatrique précoce qu'en son absence, et la nécessité d'une intervention du psychiatre au SAU auprès de chaque suicidant fait l'objet d'un large consensus [8]. Le moment de la rencontre et le lieu doivent être déterminés en fonction des critères cliniques et organisationnels :

- lors d'intoxications médicamenteuses ou mixtes (alcool) volontaires, le recours trop rapide au psychiatre n'a aucun intérêt, car l'évaluation ne sera pas contributive (troubles de la vigilance et de la mémoire, ivresse persistante, impulsivité induite par les benzodiazépines...);
- l'intervention précoce auprès du suicidant qui se réveille en réanimation est critiquée par certains, car les conditions techniques et l'environnement hypermédicalisé sont peu favorables à l'établissement d'une relation thérapeutique; d'autres y voient l'intérêt d'une évaluation à chaud, dans un moment de moindre vigilance, avant que des mécanismes de défense et de rationalisation du geste ne soient reconstruits [9]. Il faut tenir compte également du possible effet amnésiant suite à la prise de benzodiazépines;
- la possibilité de rencontre avec les proches : dans nombre de situations, des interventions de régulation familiale ou systémiques précoces sont des éléments indispensables à la prise en charge initiale. Elles seront déterminantes pour l'établissement d'un programme thérapeutique et pour l'évolution du patient.

Objectifs

La prise en charge précoce des suicidants dans un SAU permet :

- d'écarter tout risque vital et de traiter les conséquences somatiques du geste suicidaire;
- de mettre le patient en sécurité et de prévenir ainsi une récurrence suicidaire à court terme;

Tableau 1 Critères et manifestations initiales de la crise suicidaire

Fatigue, anxiété, tristesse, pleurs, irritabilité, désespoir, souffrance psychique intense, agressivité
Troubles du sommeil
Réduction du sens des valeurs, cynisme
Perte du goût aux choses, sentiment d'échec
Goût pour le morbide, recherche soudaine d'armes à feu, d'inutilité
Mauvaise image de soi, dévalorisation de soi, sentiment d'accalmie suspecte, comportement de départ
Impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes
Retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, isolement
Facteurs de vulnérabilité : dépression, affections psychiques, addictions, alcoolisme, troubles de mémoire déjà existants, ruminations mentales, histoire familiale et individuelle à risque, événements de vie négatifs

- de débiter l'évaluation psychologique (but du geste suicidaire, ressources du sujet, leviers éventuels pour résoudre la crise...) et de rechercher une décompensation d'une affection psychiatrique, connue ou non, requérant des soins spécifiques ainsi que des antécédents de gestes suicidaires ;
- de rechercher d'éventuelles comorbidités somatiques ;
- de débiter l'évaluation de l'entourage et du contexte ;
- de recueillir des informations utiles à la prise en charge auprès des professionnels connaissant le patient ;
- d'envisager un projet de prise en charge ultérieure.

Accueil

La qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts est déterminante pour prévenir la culpabilité, la banalisation voire le déni et contribue de façon importante à la compliance aux soins proposés. Cela nécessite du personnel formé et des procédures spécifiques, car une majorité de suicidants ne se voient pas comme des « malades mentaux » et sont peu enclins à accepter une telle qualification et un entretien psychiatrique, pourtant indispensable. Dès que l'état somatique du patient et sa vigilance le permettent, il est essentiel d'expliquer le cadre d'intervention et la séquence des soins qui vont être effectués. Tout en fixant un cadre strict à la prise en charge, il apparaît important de favoriser un climat d'empathie et de confidentialité [3]. Cela est particulièrement important à prendre en compte pour les adolescents et les primosuicidants.

Examen somatique

L'examen somatique initial permet d'avoir une évaluation de l'état de santé du patient, des conséquences immédiates et différées du geste suicidaire. Il donne des renseignements précieux sur le niveau de vigilance, l'état général, l'état nutritionnel et statur pondéral, le développement pubertaire, chez les adolescents, les comorbidités éventuelles et l'hygiène de vie. D'éventuels examens complémentaires, consultations spécialisées et traitements spécifiques en découlent. Enfin, l'examen clinique peut révéler des informations et permettre de repérer des événements de vie d'ordre physique qui peuvent avoir un retentissement psychologique : une affection organique, une intervention chirurgicale plus ou moins mutilante, un accident, une grossesse, une interruption volontaire (ou médicale) de grossesse... La formation des équipes médicales et paramédicales d'accueil est essentielle afin de limiter d'éventuelles contre-attitudes négatives envers les récidivistes (malaise, banalisation, déni ou agressivité témoignant d'un mélange de rejet et de compassion) [8].

Évaluation psychologique

Principes de base

Les principes de base qui se dégagent de la littérature et des rapports d'experts concernant les modalités d'intervention dans la crise suicidaire amènent à inscrire toutes les recommandations :

- sur un axe temporel associant intervention de crise et suivi au long cours ;
- sur un axe synchronique, associant prise en charge de l'individu et implication de son entourage familial et social.

Il s'agira de repérer sur ces deux axes ce qui fait la singularité de la crise et de rechercher de manière systématique et active les indices de gravité d'une TS et les facteurs de risque de récurrence [4]. L'entretien initial doit pouvoir se dérouler en toute confidentialité, en face à face, dans un endroit calme et favorisant l'expression des affects [10]. Il est conseillé d'organiser le contexte de l'entretien au préalable, chaque fois que cela est possible. L'entretien doit être conduit de façon à la fois directive et empathique, laissant à la personne le temps de s'exprimer [10]. Il est centré sur les aspects émotionnels ressentis avant, pendant et après la crise suicidaire plutôt que sur ses déterminants. Autrement dit, il sera centré sur « comment ça s'est déroulé » et ce que « vous avez ressenti » plutôt que sur « pourquoi vous avez fait une TS ».

Cela peut s'accompagner de décharges émotionnelles importantes qui n'ont pas de caractère de gravité. L'entretien a donc pour premier objectif d'établir une relation de confiance et de témoigner au sujet, soutien et compréhension. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique, si elle est réalisée dans de bonnes conditions et permet de poser les bases du projet de soin ultérieur [3].

Objectifs

Les objectifs de l'entretien initial sont :

- le recueil des premières plaintes psychiques ;
- le recueil des facteurs de risque de récurrence suicidaire et de gravité, et en particulier, l'étude du contexte de la crise et des circonstances de la TS (moyens utilisés, présence ou non de précautions pour ne pas être découvert, menaces de suicide antérieures, idées de suicide récentes ou anciennes, agitation avec agressivité ou tranquillité paradoxale après une phase d'anxiété, mise en ordre des affaires personnelles, lettre d'adieu, testament...) ;
- la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme [3] ;

- l'établissement d'une relation de confiance.

Une évaluation complète n'est pas possible dans le contexte de l'urgence, mais les éléments recueillis permettent de préparer les entretiens ultérieurs.

Conduite de l'entretien

Afin de faciliter ce premier entretien, il paraît important de désigner un(e) infirmier(ière) référent(e) et un psychiatre responsable du patient [11]. Le premier entretien peut être réalisé par l'infirmier ; il permet le recueil des données biographiques et une première évaluation de la dynamique propre du patient et de son entourage. Il est conseillé d'interroger le patient simplement et, après un temps introductif, d'aborder clairement la question des idéations suicidaires, de leur ancienneté, de leur cours évolutif. L'entretien doit être conduit sans familiarité, ironie, jugement, discours philosophique, attitude de défi, énervement, attitude de rejet, chantages et reproches. Le style doit être sobre, simple, direct, ancré dans le concret. Ce premier entretien est souvent attendu, parfois redouté par le patient. Il est en général productif, d'autant plus que le praticien fait preuve de disponibilité psychique et temporelle.

Évaluation de la crise suicidaire

L'Anaes recommande d'évaluer trois composantes de la crise suicidaire [4] : les facteurs de risque, l'urgence de la menace et la dangerosité du scénario suicidaire. Cette méthode simple s'avère opérante pour les professionnels de santé mais aussi pour tous les intervenants de « première ligne » susceptibles d'être confrontés à une menace suicidaire. Chacune de ces trois dimensions : *risque*, *urgence*,

dangerosité est évaluée séparément selon trois degrés : faible, moyen ou élevé (Tableau 2).

Risque : la présence actuelle d'un ou de facteur(s) de risque, leur sommation permettent d'évaluer le degré d'intensité des facteurs de risque (Tableau 3).

Urgence : deux éléments doivent être pris en compte :

- l'existence d'un scénario suicidaire ;
- l'absence pour le sujet d'une alternative autre que le suicide. L'urgence doit être évaluée comme « faible » en l'absence d'un scénario construit, « moyenne » si un scénario existe, mais que sa date de réalisation est éloignée et imprécise, élevée s'il existe une planification précise ou une date arrêtée pour les jours suivants.

Dangerosité : il faut évaluer la létalité du moyen utilisé et l'accessibilité à des moyens de suicide. Si l'accès au moyen est facile et/ou immédiat, la dangerosité doit être évaluée comme « élevée ». L'intervention doit être alors immédiate et viser, en priorité, à empêcher l'accès à ce moyen. Le Tableau 4 présente les six éléments qui permettent d'apprécier la dangerosité et l'urgence de la crise [4]. Chacun de ces éléments doit faire l'objet d'une recherche systématique et active dès les premiers entretiens. Il faut aussi penser à mettre à l'écart les moyens d'une méthode de suicide lors de toute crise suicidaire.

Professions à risques

Sont particulièrement à risque de faire une TS :

- les policiers, qui en plus des facteurs de risque détaillés ci-dessus, ont les spécificités suivantes :
 - l'exposition fréquente au stress et au *burn out* ;
 - le rapport à la mort souvent violente ;

Tableau 2 Les degrés d'urgence dans la crise suicidaire		
Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Le patient en crise : – est dans une relation de confiance établie avec un praticien ; – désire parler et est à la recherche de communication ; – cherche des solutions à ses problèmes ; – pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; – pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à une crise ; – n'est pas anormalement troublé, mais psychologiquement souffrant.	Le patient en crise : – présente un équilibre émotionnel fragile ; – envisage le suicide. Son intervention est claire ; – a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ; – ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; – a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; – est isolé.	Le patient en crise : – est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent ; – est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité et troublé ; – est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; – présente une douleur et une souffrance omniprésentes ou complètement tuées ; – a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; – a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; – est très isolé.

Tableau 3 Facteurs de risque suicidaire

Démographie : sexe masculin, veuvage, divorce, célibat, âge

Psychosociaux : absence de support social, chômage, accès à un moyen de suicide (arme à feu...)

Psychiatriques : trouble psychiatrique (surtout : dépression), dépendance, trouble de la personnalité

Affection médicale : cancer, infection par le virus de l'immunodéficience humaine, hémodialyse, lupus, douleur chronique, maladie neurologique

Dimensions psychologiques : désespoir, mauvaise estime de soi, fragilité narcissique, perfectionnisme

Dimensions comportementales : impulsivité, anxiété sévère, attaque de panique, agitation

Antécédents de tentative de suicide

Traumatisme infantile : abus sexuel, négligence et carence, perte parentale

Génétique et familial : histoire familiale de suicide, maladie mentale ou dépendance

Tableau 4 Éléments permettant d'apprécier la dangerosité et l'urgence de la crise

1. *Le niveau de souffrance* : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité
2. *Le degré d'intentionnalité* : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario)
3. *Les éléments d'impulsivité* : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugues ou d'actes violents
4. *Un éventuel élément précipitant* : conflit, échec, rupture, perte...
5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments...
6. *La qualité du soutien de l'entourage proche* : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque

- la proximité et la facilité d'un moyen létaux : leur arme [2] ;
- le personnel pénitentiaire en raison de l'environnement violent de la détention, l'enfermement et la très faible reconnaissance du métier ;
- les vétérinaires dès leur formation ;
- les médecins, qui représentent une population à très haut risque. Les femmes médecins se suicident autant que leurs confrères masculins : en général, les médecins ont tendance à avoir moins recours aux soins, en particulier psychiatriques par crainte de l'impact négatif sur leur carrière. Le stress, le célibat et l'isolement sont des facteurs de risque de suicide fréquemment retrouvés. L'accès plus facile aux produits stupéfiants et/ou dangereux, associé parfois à des conduites de dépendance, est également un

élément facilitateur. Certaines spécialités sont particulièrement touchées : les anesthésistes-réanimateurs, les psychiatres et les médecins urgentistes.

Identification de facteurs précipitants et de protection

Le repérage et l'énumération de facteurs de vulnérabilité et de facteurs précipitants sont importants pour montrer à la personne que l'on comprend sa souffrance, pour évaluer si elle a envisagé des alternatives possibles et comment elle y réagit, ainsi que pour juger des ressources psychologiques, dont elle peut encore disposer [10]. L'entretien doit permettre d'identifier d'éventuelles sources de soutien dans l'entourage et d'apprécier comment la personne en crise les perçoit. Les entretiens précoces avec des membres de l'entourage visent également à organiser ce soutien. On peut recenser les intervenants déjà impliqués ou possibles, relever leurs coordonnées et proposer de les contacter et de les informer. La capacité de coopération de la personne est importante à évaluer pour juger de l'urgence d'une intervention. Cela contribuera à la mise en place de comportements « antisuicides » [12] et plus généralement du « kit de survie » élaboré en concertation avec le patient pour la gestion des futurs épisodes avec idées suicidaires. On peut ainsi faire un inventaire des raisons de vivre et lister les personnes ressources, les lieux de repli possibles, les mesures protectrices, les activités qui peuvent sinon procurer du plaisir ou faire diversion... [13].

Distinction entre crise « psychosociale » et existence d'un trouble mental

En cas de pathologie psychiatrique manifeste, une hospitalisation est fréquemment envisagée et si nécessaire sous contrainte. Dans d'autres cas, l'exploration du contexte de vie du sujet permet d'identifier la nature psychosociale de la crise et d'analyser les circonstances qui conduisent la

personne à vouloir mourir [10]. Cette distinction permet d'orienter la prise en charge et des interventions spécifiques.

Rencontre de l'entourage

Une première rencontre entre les proches et le psychiatre dès l'arrivée du patient (même si ce dernier n'est pas initialement évaluable) doit pouvoir être organisée en concertation avec les urgentistes [8]. Les proches peuvent alors exprimer leur désarroi, parfois leur incompréhension et fournir de nombreux renseignements sur les antécédents du patient et éventuellement sur les circonstances du passage à l'acte. Puis, un rendez-vous est fixé à la famille pour le lendemain au réveil et/ou au moment de l'orientation. À cette occasion, il faut veiller à éviter deux écueils : la dramatisation, reflet de la peur, et de la culpabilité qui risque d'accroître l'anxiété du suicidant et l'indifférence, voire le déni. Ces deux attitudes peuvent favoriser la survenue d'un nouveau geste suicidaire.

Au total, les interventions de régulation familiale précoces sont très bénéfiques au patient et à l'entourage et contribuent à une qualification rassurante de la situation et à créer un espace thérapeutique complet (visant le patient, ses proches, son contexte...).

Évaluation sociale

Elle doit préciser le contexte social du patient et de l'entourage (vie de couple éventuelle, existence d'infection...), la situation scolaire ou professionnelle, financière, son niveau d'adaptation et l'existence d'un suivi social en cours. Elle peut conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de mise en danger d'un mineur ou d'une personne vulnérable. Elle nécessite l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) au sein de l'équipe. La perspective d'une amélioration des conditions sociales peut contribuer à retrouver une vision plus positive de l'avenir.

Prescription d'un traitement psychotrope

Un traitement médicamenteux symptomatique peut être proposé comme traitement symptomatique d'une anxiété persistante, d'une agitation et pour permettre la poursuite d'une prise en charge adéquate. Le choix de la molécule dépendra du contexte et en particulier des produits déjà ingérés. Le traitement repose sur l'utilisation de deux types de molécules à l'efficacité et à la sécurité éprouvées : hydroxyzine (Atarax®) et les neuroleptiques à faibles doses. Les benzodiazépines sont déconseillées. Un traitement de fond (antidépresseurs, thymorégulateurs de type lithium ou neuroleptiques à action prolongée) ne doit jamais être entrepris en urgence et nécessite parfois une hospitalisation pour des évaluations diagnostiques complémentaires.

Orientation

Le temps de prise en charge d'un suicidant est conditionné par les possibilités d'hospitalisation locale (lits-portes, unités d'observation...) et leurs durées limitées. Il est indispensable que les suicidants passent au moins une nuit aux urgences. En effet, ceux qui ne sont pas gardés récidivent plus fréquemment que les autres, comme le souligne Declercq [14]. Pour une prise en charge optimale, il est essentiel de disposer de lits de « réveil psychologique » afin d'obtenir une période de désintoxication optimale et pour réaliser une évaluation contributive du risque de récurrence qui déterminera l'orientation du patient.

Dans ces bonnes conditions, ces entretiens permettront également d'initier précocement une élaboration psychique sur le geste suicidaire, en particulier si c'est le premier [15]. La décision d'orientation à la sortie des urgences engage alors la responsabilité médicale (Fig. 1).

Cas particuliers

Adolescents

Les recommandations de l'Anaes s'appliquent aux jeunes âgés de 11 à 20 ans et peuvent être étendues jusqu'à 25 ans. Une TS chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine ; elle a tendance à survenir brutalement, le plus souvent à la surprise de l'entourage. L'adolescence est une période de vulnérabilité à laquelle peuvent se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales, les conflits d'autorité et les échecs, notamment scolaires [16]. Dans 20 à 30 % des TS, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression ou troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte. La dépression chez l'enfant et l'adolescent est souvent atypique et les symptômes cardinaux manquent souvent. Les signes d'appel peuvent être un fléchissement des résultats scolaires, un isolement ou des troubles des conduites telles que des conduites déviantes, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées, une violence sur soi et sur autrui ou des fugues [4]. Un éventuel appoint toxique est également à rechercher.

Outre les facteurs de risques individuels, il existe des facteurs de risque familiaux et environnementaux, dont l'exposition au suicide ou à la TS d'un tiers. Dans ce dernier cas, le risque de passage à l'acte suicidaire est d'autant plus grand que l'adolescent avait des liens de proximité affective avec la précédente victime [17]. L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre, si possible formé à l'approche des adolescents. Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche. Un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge

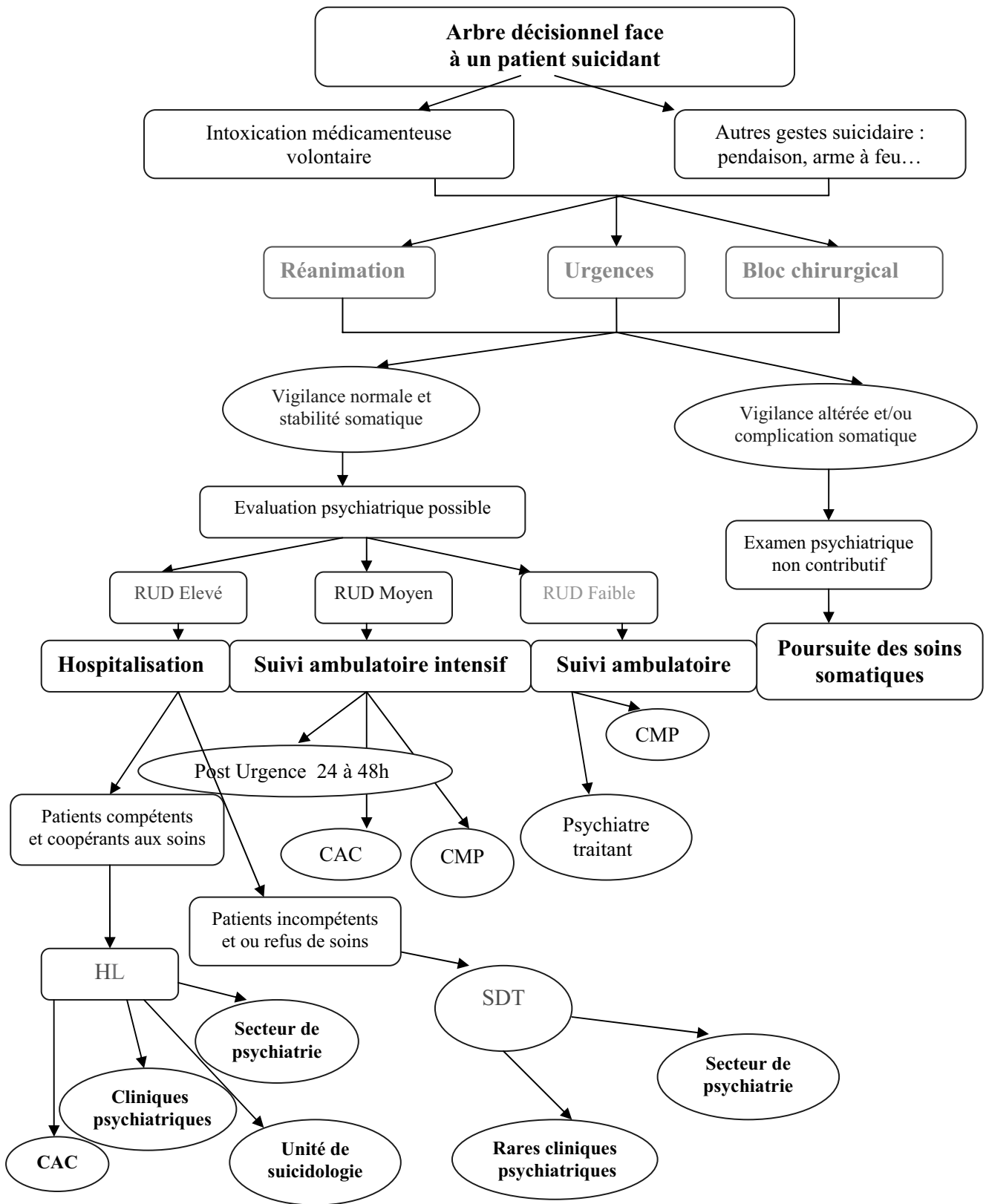


Fig. 1 Arbre décisionnel pour l'orientation d'un patient suicidant. RUD : risque-urgence-dangérosité (pour l'évaluation de la crise suicidaire) ; CAC : centre d'accueil et de crise ; CMP : centre médicopsychologique ; HL : hospitalisation libre ; SDT : soins à la demande d'un tiers (ex-HDT)

hospitalière des adolescents. L'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire [3]. En cas de nécessité d'hospitalisation sans consentement pour un mineur, ce sont les parents ou le tuteur légal qui ont autorité, sauf dans les cas où le procureur de la République a prononcé une ordonnance de placement provisoire (OPP).

Personnes âgées

L'âge est un facteur de risque majeur de décès par suicide. Chez les personnes âgées, la crise suicidaire est souvent peu apparente et difficile à reconnaître : les idées suicidaires sont rarement exprimées de façon explicite, mais plutôt allusivement : « laissez-moi partir », « à quoi bon, je dérange tout le monde »... Lorsqu'elles sont exprimées, elles ne doivent pas être banalisées par l'entourage [18]. Par ailleurs, leur présentation peut s'accompagner d'une rationalité tirée d'événements réels (annonce d'une maladie, perte d'un proche...) qui peut constituer un plaidoyer « rationnel » pour le suicide.

La dépression est la plus grande pourvoyeuse de suicide, ce qui explique l'importance de la prise en charge de l'état dépressif à cette période de la vie [19]. Ces personnes ne montrent pas leur détresse de façon bruyante ; les plaintes somatiques sont plus fréquentes. Il peut y avoir des modifications de comportement à type d'irritabilité ou d'opposition. Les autres manifestations de dépression retrouvées sont une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités et un refus de soins [18]. La forte intention accompagnant les actes suicidaires chez les sujets âgés se manifeste par l'usage fréquent de méthodes violentes, en particulier chez les hommes [20]. Le nombre de moyens parfois utilisés simultanément témoigne aussi de ce désir de ne pas en réchapper [21]. Les interventions spécifiques auprès des personnes âgées consistent à améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression [4].

Conclusion

Les comportements suicidaires, de par leurs fréquences, sont un problème majeur de santé publique, puisqu'une tentative sur deux est une récurrence, et une récurrence sur deux survient dans l'année qui suit le premier geste [22]. Le suicide n'est pas une fatalité et concerne tous les professionnels de santé qui doivent être formés au repérage et à l'identification des situations de crise suicidaire en prenant conscience des contre-attitudes possibles (banalisation, déni, agressivité...) pour pouvoir lutter contre. Il est recommandé que tout soignant connaisse les facteurs de risque et ait des compétences pour effectuer une première évaluation générale par des questions précises sans craindre d'aborder l'existence d'idées ou de projets suicidaires. Le soignant ne doit alors

pas rester seul avec ses conclusions, être conscient de ses limites et demander une aide extérieure ou des conseils.

En raison des implications médico-légales, il est conseillé d'adresser tout suicidant ou personne en crise suicidaire dans un service d'urgence où la prise en charge successive et/ou simultanée par plusieurs équipes (somatiques, psychiatriques et sociales) est possible. L'accueil et l'entretien infirmier, suivis d'une évaluation psychiatrique, ont pour but de rechercher de manière active les facteurs de risque de récurrence suicidaire et de décès par suicide, d'établir une relation de confiance, de délivrer un éventuel traitement symptomatique et d'évaluer les ressources du milieu. L'ensemble de ces évaluations permettra de définir une orientation. Dès le début des soins, un contact est établi avec les soignants en charge de la personne ou les futurs intervenants afin de préparer à la sortie des urgences : transfert vers une autre structure en hospitalisation (libre ou sous contrainte) ou consultations spécialisées (consultation de posturgence, CMP, psychiatre libéral...). La connaissance des structures de soins locales et des soignants qui y travaillent facilite cet adressage et sa réussite. Les urgences sont fréquemment la porte d'entrée dans les soins psychiques. Les premiers contacts et l'alliance thérapeutique que les soignants vont nouer sont essentiels pour la prise en charge ultérieure ainsi que pour le pronostic. La trajectoire du suicidant mobilise donc l'ensemble du réseau des soins d'urgence (Samu, équipes mobiles d'intervention, urgences somatiques et psychiatriques, réanimation, centres de crises...), et les facteurs favorisant l'adhésion à un suivi ultérieur sont l'accroche thérapeutique initiale et l'adressage personnalisé.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Debout M (1993) Le suicide. Étude présentée par la section des affaires sociales au Conseil économique et social. Journal officiel 15, 71 p
2. Lemperière T (2000) Dépression et suicide. Programme de recherche et d'information sur la dépression. Acanthe, Masson, Paris, 238 p
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (1998) Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Service des recommandations professionnelles
4. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2000) Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Textes de recommandations, Paris
5. Cremniter D (1997) Les conduites suicidaires et leur devenir. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson, Tours, Paris
6. Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempt. In: National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 56:617-26

7. Kodila L, Lönnqvist J (1989) Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 79:453–9
8. Chavagnat JJ, Franc R (2000) Prise en charge du suicidant. In: *Dépression et suicide*. Sous la direction de Thérèse Lemperière. Programme de recherche et d'information sur la dépression. Acanthe, Masson, pp 129–55
9. Franc R, Chavagnat JJ (1994) La prise en charge des suicidants. *Forensic* 7:14–9
10. Kahn JP, Terra JL (2007) Risque suicidaire de l'adulte : identification et prise en charge. Maturation et vulnérabilité. Première partie : Modules transdisciplinaires
11. Debout M (1981) La crise suicidaire ou la « TS entre rupture et renoncement ». In: *Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise*. Masson, Paris, pp 140–9
12. Granier E (2007) *Almanach Faire face aux idées noires*. Éditions scientifiques L& C Wyeth, 64 p
13. Misson H, Bellivier F (2010) *Les conduites suicidaires*. Ed Ph Courtet, Flammarion
14. Declercq M (1997) Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck Université, Bruxelles, 275 p
15. Debout M (1996). *Le suicide*. Ellipses, Paris, 96 p
16. Dantchev N (2007) *Dépression et urgence*. 360° Psychiatrie. Lundbeck, 49 p
17. Marcelli D, Humeau M (2006) *Suicide et chez l'adolescent*. EMC pédopsychiatrie. Elsevier–Masson SAS 37-216-H-10.
18. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (2002) *Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*. Recommandations pour la pratique clinique
19. Tessier J.F (1999) *Suicide des sujets âgés et autres conduites autodestructrices*. In: *Psychiatrie du sujet âgé*. Flammarion-Médecine–Sciences, 133–46
20. Harwood D, Jacoby R (2006) *Suicide chez les sujets âgés*. Encyclopédie Médicochirurgicale. Elsevier–Masson
21. Montfort JC (2000) *Suicide des personnes âgées*. In: *Dépression et suicide sous la direction de Thérèse Lemperière*. Programme de recherche et d'information sur la dépression. Acanthe, Masson, pp 157–69
22. Davidson F, Philippe A (1996) *Suicide et tentative de suicide aujourd'hui*. Inserm–Doin, Paris, 173 p