

Faut-il réanimer les patients admis pour tentative de suicide ?

Should we resuscitate patients admitted for suicide attempt?

B. Gohier · M. Briere · G. Mugnier · G. Fournis · D. Denes · C. R. Mesu · J.-B. Garre

Reçu le 27 septembre 2013 ; accepté le 29 septembre 2013
© SRLF et Springer-Verlag France 2013

Résumé Depuis 1998, différents programmes nationaux d'action contre le suicide ont été promulgués afin de réduire le nombre de personnes mettant fin « volontairement » à leurs jours. Ces 15 années ont aussi permis de considérer le suicide et la tentative de suicide autrement. Si l'Organisation mondiale de la santé définit le suicide comme un « acte délibéré », la modélisation de la crise suicidaire en 2000 a permis de mettre l'accent non plus seulement sur le passage à l'acte, mais sur la période de crise qui conduit le sujet à considérer le suicide comme la solution ultime pour mettre fin à une tension psychique élevée, à une vie devenue insupportable.

Ce travail reprend les principes généraux de la prise en charge des patients suicidants, en particulier la double évaluation, somatique et psychiatrique, nécessaire et indispensable. Si le rôle de chacun semble aller de soi a priori (évaluation diagnostique, proposition de soins, aspects préventifs), il existe une contradiction entre la position du médecin dans sa fonction de soignant et celle du patient « qui veut mourir ». Dans la grande majorité des cas, ce qui pourrait se lire comme une volonté, un choix, est bien souvent animé d'une grande ambivalence. Reconnaître et accepter cette ambivalence permet de réfléchir autrement la question du passage à l'acte suicidaire.

Mots clés Tentative de suicide · Crise suicidaire · Prévention · Traitement · Soins

Abstract Since 1998, different national programs of action against suicide have been set up to reduce the number of persons ending voluntary their life. These 15 years have also led to consider suicide and attempted suicide otherwise. If

the World Health Organization defines suicide as a “deliberate act”, a French consensus conference in 2000 led to focus not only on the suicidal act, but also on the crisis that makes the individual considers suicide as the ultimate solution to end a high psychological tension, life becoming unbearable.

Management of suicidal patients, focusing on the double physical and psychiatric assessment, is reviewed. Obviously, the role of each physician is clearly defined (diagnosis, care, prevention). However, a contradiction exists between the patient “who wishes to die” and the physician in his role as caregiver. But, most of the time, suicide is not a simple deliberate act but rather an act that occurs in a great feeling of ambivalence. Recognition and acceptance of such ambivalence are helpful to consider the question suicide.

Keywords Suicidal attempt · Suicidal crisis · Prevention · Treatment · Care

Introduction

On estime aujourd'hui à environ 12 000 le nombre annuel de décès par suicide en France (avec une probable sous-estimation de 20 %), constituant la troisième cause de mortalité [1]. Ces dernières années, un léger fléchissement du taux annuel de suicide a été observé. Le phénomène n'est pas moins très préoccupant pour les plus jeunes, puisqu'il représente la première cause de mortalité pour les moins de 30 ans (devant les accidents de la route). Le nombre des tentatives de suicide semble, en revanche, plutôt en augmentation. Estimé entre 160 000 et 190 000 par an en France, il correspond aux patients hospitalisés après un passage à l'acte non abouti, sachant que 20 à 30 % des tentatives de suicide ne donneraient pas lieu à hospitalisation.

Si l'intoxication médicamenteuse volontaire reste le moyen le plus fréquent pour passer à l'acte, la gravité somatique est nettement moindre. Le pourcentage d'intoxication ayant nécessité une intubation est passé de 11 à 4 % en 11 ans [2]. Cette évolution peut être mise en parallèle avec la

B. Gohier (✉) · M. Briere · G. Mugnier · G. Fournis · D. Denes · C. R. Mesu · J.-B. Garre
Département de psychiatrie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey,
F-49933 Angers
e-mail : begohier@chu-angers.fr

B. Gohier
Laboratoire de psychologie des Pays de Loire, EA 4638

prescription de molécules moins toxiques, en particulier la moindre utilisation des carbamates et tricycliques, au profit des antidépresseurs sérotoninergiques.

L'admission d'un patient après une tentative de suicide nécessite une double évaluation : somatique et psychiatrique. Dans un premier temps, indispensable, quelle que soit la gravité apparente du geste, une évaluation somatique va permettre de mettre en place les soins et la surveillance nécessaires. Ce n'est que dans un deuxième temps que l'évaluation psychiatrique, elle aussi indispensable, sera demandée. La prise en charge d'un patient suicidant convoque une collaboration entre différents professionnels, avec des objectifs spécifiques différents. Cette multidisciplinarité répond aux recommandations de bonnes pratiques dans la prise en charge d'un patient suicidant [3] et s'applique à tous les suicidants, y compris ceux qui arrivent dans le service de réanimation médicale et à qui l'on applique des soins sans leur demander leur accord puisque leur état de conscience ne le leur permet pas.

La loi Kouchner, relative aux droits des malades (4 mars 2002) a sensiblement modifié les pratiques avec une plus grande participation des patients ou des personnes de confiance désignées dans la décision des soins. Or, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la tentative de suicide se définit comme : « tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique ». Si la tentative de suicide est un acte délibéré, faut-il réanimer les suicidants ?

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques

En France, les recommandations portent essentiellement sur les aspects médicaux et hospitaliers de la prise en charge. En premier lieu, tout sujet ayant réalisé une tentative de suicide, quelle qu'en soit la gravité somatique apparente, devrait être hospitalisé afin de bénéficier rapidement d'une évaluation somatique initiale. Ce qui paraît une évidence, pour des raisons banales de surveillance médicale, est loin de constituer une procédure automatique. Même si le suicidant semble être dans un état de conscience satisfaisant en dépit de l'absorption de médicaments ou de toxiques, l'évolution peut se compliquer par une modification de sa vigilance et de son état neurologique, liée notamment aux caractéristiques pharmacologiques des produits ingérés (demi-vie longue de certains médicaments, notamment des psychotropes), ou par une méconnaissance de l'ensemble des toxiques ingérés, le patient pouvant présenter des troubles mnésiques dans un contexte plus ou moins confusionnel. Il est donc nécessaire de garder tout patient suicidant en observation au moins 24 heures.

En second lieu, il est nécessaire d'évaluer rapidement l'existence d'une pathologie psychiatrique relevant d'une prise en charge spécialisée. En effet, 90 % des suicidés ont une pathologie psychiatrique et 15 % des patients présentant une maladie bipolaire se suicident [4]. Le risque de suicide est augmenté par les troubles anxieux [5] et les addictions [4]. D'autres facteurs de risque interviennent, notamment l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de suicide, d'une maladie somatique, une situation de crise psychosociale, la facilité d'accessibilité aux moyens de suicide, une personnalité impulsive, des événements de vie traumatiques précoces [4]. L'évaluation d'un patient suicidant, immédiatement au décours d'un passage à l'acte, permet de diagnostiquer et prendre en charge les pathologies psychiatriques et par là même d'avoir une action de prévention tertiaire en réduisant le risque de récurrence.

L'intervention d'un psychiatre se justifie donc dans les suites immédiates de celle du somaticien. Le schéma médical classique (examen – diagnostic – traitement) se trouve ainsi respecté, ce qui ne paraît pas présenter de difficultés particulières a priori, et permet de répondre en partie à la question posée. En effet, si le patient souffre d'une pathologie psychiatrique avérée, le suicide est une des complications évolutives de cette pathologie et non « un choix délibéré ». Réanimer un patient suicidant souffrant d'une pathologie psychiatrique reviendrait alors à traiter une complication d'une maladie évolutive.

La tentative de suicide : aboutissement d'une période de crise suicidaire

Tous les patients suicidants ne présentent pas forcément une pathologie psychiatrique. Depuis la conférence de consensus de 2000 : « La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge » [3], une proposition de modélisation de la crise suicidaire a été faite, afin de mieux comprendre le passage à l'acte. S'il est intéressant d'évaluer et d'analyser les circonstances du passage à l'acte, il est encore plus pertinent de l'intégrer dans l'évolution d'une période plus longue que constitue la crise suicidaire.

Ainsi, l'évaluation du patient ne se focalise plus uniquement sur l'acte suicidaire en lui-même, mais sur cette période caractérisée par un moment de rupture dans l'existence d'un sujet, de crise psychique dont le risque majeur est le suicide, seule solution acceptable pour lui, pour mettre fin à une souffrance, à une tension psychique évoluant depuis quelques jours ou semaines. Réduire la tentative de suicide à l'intoxication médicamenteuse consisterait à négliger une période de souffrance cumulée.

Le terme de crise suicidaire s'est introduit en psychiatrie par analogie au sens médical pour signifier un changement subit dans l'évolution d'une maladie qui signe une

aggravation ou une amélioration, qui correspond à un moment d'échappement où le sujet suicidaire présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, le mettant en situation de rupture.

Au cours de cette période de crise, le sujet est soumis à un état de tension psychique élevée, accompagné d'émotions négatives importantes. Une tentative de modélisation consisterait à considérer un individu en situation d'homéostasie lorsque les trois sphères fondamentales émotionnelle, cognitive et comportementale fonctionneraient de façon harmonieuse. Or, l'évolution d'une maladie psychiatrique déstabilisée (non diagnostiquée, insuffisamment traitée) ou d'une situation sociale difficile entraîne un déséquilibre homéostatique avec une sphère émotionnelle exacerbée au détriment de la sphère cognitive. Prenons le cas d'un sujet sans maladie psychiatrique, qui rencontre une difficulté majeure, avec notion de perte (emploi, séparation, deuil). Dans un premier temps, il va tenter de s'adapter et utiliser ses ressources personnelles pour rebondir. Selon les capacités individuelles mettant en jeu la personnalité du sujet, sa difficulté à gérer le stress, son degré d'impulsivité, son aptitude à demander de l'aide ou au contraire à s'isoler, à prendre du recul, la personne va pouvoir rechercher activement des solutions plus ou moins adaptées. Si les solutions envisagées sont inefficaces et/ou inadaptées, le sujet va être en proie à des émotions négatives, une tension psychique augmentée allant vers le découragement, une baisse de l'estime de soi par un sentiment d'incapacité à mettre en œuvre des solutions efficaces, alors même que ses ressources cognitives s'épuisent. Petit à petit, les solutions deviennent inadaptées (prise d'alcool à visée anxiolytique, isolement lié à un sentiment de honte, conflits avec l'entourage), ajoutant à une première difficulté une cascade de problèmes et le développement d'un sentiment de désespoir. Selon le degré de tension psychique, on distingue trois états [6] : un état d'équilibre, un état de vulnérabilité et un état de crise (Fig. 1). L'absence de solutions fait place à des messages suicidaires d'abord indirects. Du « je ne peux plus continuer comme ça » ou « C'est trop pour moi, il faut que cela s'arrête », les messages deviennent plus directs : « si j'étais mort, je ne manquerais à personne », jusqu'au suicide comme révélation de LA solution qui permet de tout résoudre. Alors, il suffit d'un événement précipitant, parfois minime comparativement à une situation compliquée, tels qu'une parole ou un sms malheureux et le sujet met en œuvre un scénario qu'il avait envisagé de façon plus ou moins complète. Le sujet se retrouve dans un tunnel, un entonnoir, avec pour seule sortie le suicide (Fig. 2).

La tentative de suicide s'inscrit comme une issue de la période de crise, comme un moyen d'apaiser des tensions, de résoudre une situation complexe. Ceci peut ainsi expliquer pourquoi 80 % des tentatives de suicide consistent en l'ingestion de médicaments psychotropes, au premier rang

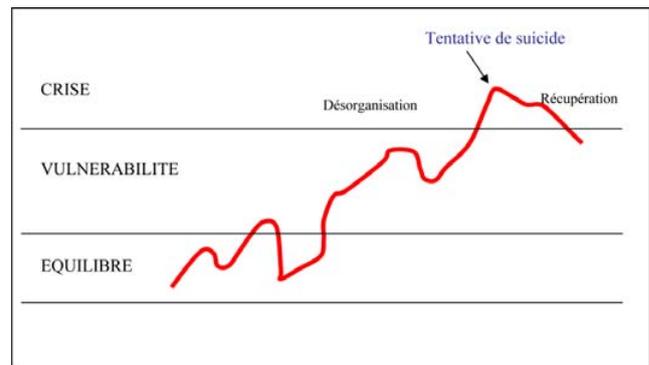


Fig. 1 Progression de la crise suicidaire : de l'état d'équilibre à l'état de crise. La courbe représente le niveau de tension psychique

desquels les benzodiazépines et autres anxiolytiques. Ceci met aussi en avant l'ambivalence des suicidants : veulent-ils mourir ou arrêter une situation insupportable ? Prendre des anxiolytiques permet un apaisement, le sommeil comme une forme de refuge pour échapper à la vie. Cette ambivalence massive permet aussi d'expliquer l'attitude parfois difficile à comprendre des patients suicidants qui peuvent dans le même temps appeler les secours tout en absorbant des médicaments. Ce qui pourrait être lu comme « un appel au secours » avec une dimension de chantage ou de théâtralisation est plutôt à percevoir comme une situation maximale d'ambivalence. Le patient ne sait plus comment faire. Il sait qu'il ne supporte plus cette vie avec son lot de difficultés majeures et de tensions, il ne veut plus cette vie-là. Vivre encore, mais plus comme ça.

Pour autant, est-ce que le patient suicidant demande de l'aide ? Près d'un tiers des patients ne sont pas hospitalisés après une tentative de suicide malgré les recommandations de bonnes pratiques cliniques. Du côté du patient peut se manifester une résistance à l'hospitalisation du fait d'un refus de soins : « Je veux mourir et vous, vous voulez me soigner », antagonisme plus ou moins catégorique entre soignant et suicidant. Le suicidant peut aussi interroger la pertinence d'une hospitalisation dans un contexte où les principaux déterminants de la crise suicidaire se situent davantage du côté relationnel et social : difficultés financières, professionnelles, rupture familiale, affective... En quoi une prise en charge hospitalière serait-elle ici efficace ?

L'intervention du psychiatre au décours d'une tentative de suicide

L'objectif général d'une intervention psychiatrique est double : prendre en soins et prévenir. Prendre en soins implique une double évaluation, somatique et psychiatrique, dès que l'état cognitif et la vigilance du patient le permettent

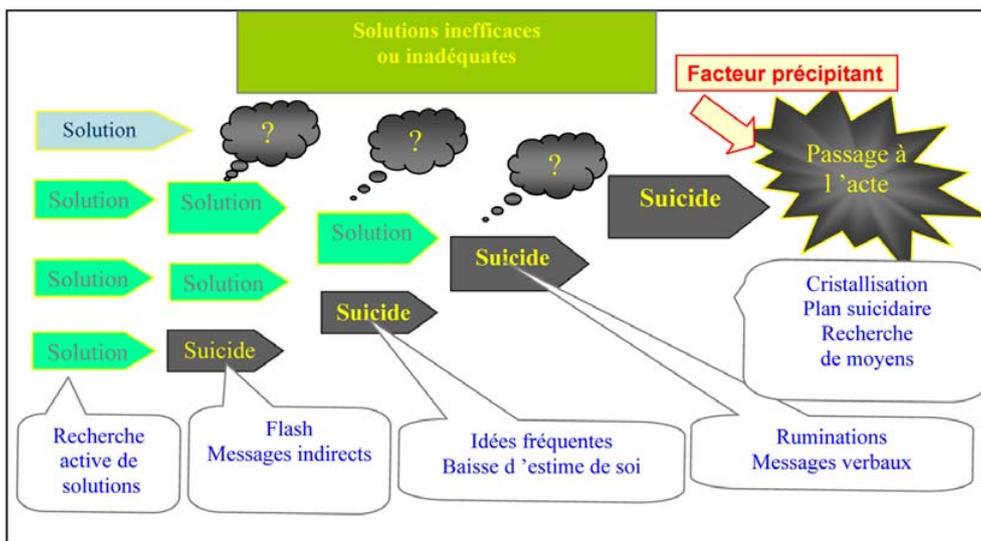


Fig. 2 Modélisation de la crise suicidaire et du passage à l'acte

(difficultés posées par la prise de psychotropes, souvent associée à une absorption d'alcool, altérant nettement les capacités cognitives des patients ou générant des comportements d'hétéroagressivité inhabituelle parfois paradoxale, nécessitant une prise en charge spécifique adaptée). Ceci oblige donc à une mixité des cultures et au travail en collaboration entre somaticiens et psychiatres. L'intervention et l'évaluation psychiatriques dès le réveil du patient suicidant sont des actes de soin mais aussi de prévention, sachant que plus de la moitié des tentatives de suicide sont des récurrences et que le risque de décès par suicide augmente avec le nombre d'années suivant le premier geste suicidaire. Un pour cent des primo-suicidants décèdent par suicide dans l'année suivant la tentative, et certaines études trouvent des chiffres de 10 % dans les dix ans. L'efficacité de la prévention dépend de l'optimisation du suivi proposé et donc de la qualité des décisions d'orientation, elle-même secondaire à la qualité de l'accueil et du premier contact du patient avec les soignants. Ce premier temps d'évaluation est donc essentiel, aussi bien dans la prise en charge proprement dite que dans la prévention des récurrences. L'intervention psychiatrique va se dérouler en deux temps : un temps évaluatif et un temps décisionnel.

Premier temps : l'évaluation

Ce premier temps va consister à évaluer le potentiel suicidaire actuel du patient, à partir de l'échelle R.U.D (Risque – Urgence – Danger) à laquelle on adjoint l'évaluation des facteurs de protection [7]. Cette échelle dite R.U.D. est maintenant communément utilisée par tous les psychiatres formés au repérage et à la prise en charge des suicidants. Elle comprend trois parties : l'évaluation du risque, de l'urgence et du danger.

Le risque correspond aux données épidémiologiques relatives au suicide. Plus le risque est élevé, plus le patient présente des facteurs de risque de mourir par suicide. Il existe des facteurs de risque primaires qui ont une valeur d'alerte importante au plan individuel. Ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés par les thérapeutiques. On y retrouve les troubles psychiatriques actuels ou anciens, les antécédents familiaux et personnels de suicide et tentatives de suicide, la communication à autrui d'une intention suicidaire, l'existence d'une impulsivité augmentant le risque de passage à l'acte. Les facteurs de risque secondaires ont une valeur prédictive faible en l'absence de facteurs primaires : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage et les situations financières difficiles, les événements de vie négatifs, tels qu'une séparation, l'annonce d'une maladie grave, un deuil ou tout événement qui revêt une dimension affective négative intense ou réactualise des problématiques liées au passé du sujet. Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires. Il s'agit de l'âge (en particulier l'adolescence et le vieillissement) et l'appartenance au sexe masculin. Le psychiatre va, par l'interrogatoire, pouvoir identifier la présence ou non de ces différents facteurs et évaluer le risque qui peut être élevé, moyen ou faible.

Le deuxième critère d'évaluation du potentiel suicidaire concerne le facteur urgence. Ce critère consiste à évaluer l'urgence ou l'imminence du passage à l'acte suicidaire. L'urgence est considérée comme faible si le sujet pense au suicide, sans scénario précis, avec seulement des flashes suicidaires. L'urgence est évaluée comme moyenne si les idées suicidaires sont présentes quasi quotidiennement avec un scénario envisagé mais reporté, et élevée si la planification du geste suicidaire est claire et le passage à l'acte prévu dans les jours prochains.

La dernière partie de l'échelle R.U.D. concerne l'évaluation de la dangerosité du scénario suicidaire envisagé, à la fois en termes de létalité du moyen et de son accessibilité immédiate. Le degré de dangerosité peut être faible, moyen ou élevé.

À cette grille R.U.D., nous ajoutons l'évaluation des facteurs de protection qui tient compte des ressources internes et environnementales des patients. Sont ainsi évalués les capacités d'adaptation du patient (coping), les mécanismes de défense habituellement utilisés, ses capacités à dire non, à prendre du recul, à réagir par l'humour, son degré d'optimisme ou non et ses capacités à demander du soutien à ses proches. Les ressources environnementales sont également à considérer concernant la qualité de l'environnement familial, social, l'existence d'activités extérieures (sport, loisirs, investissement associatif...).

À l'issue de l'entretien avec le patient, le psychiatre est en mesure d'évaluer le potentiel suicidaire (faible, moyen ou élevé) et d'adapter les propositions de soins. Cette évaluation nécessite la mise en place d'une relation de qualité suffisante avec le patient. Or, du fait de l'ambivalence décrite auparavant, il arrive fréquemment que les patients soient réticents à l'entretien, voire franchement opposant. Être soigné quand on veut mourir, quel paradoxe ! Pour se sortir de cette possible impasse, il faut revenir au modèle proposé de la crise suicidaire. Il faut d'une part accepter l'ambivalence exprimée et revenir avec le suicidant sur le déroulement de la crise suicidaire afin de mieux comprendre la succession des événements qui ont entraîné le passage à l'acte, mais aussi d'analyser les solutions que le sujet a essayé de mettre en œuvre, de les valoriser si elles peuvent être utiles ou de l'orienter vers d'autres solutions. Ceci implique d'autoriser le patient à exprimer toutes les émotions ressenties dans les jours précédents – ce qui ne va pas de soi : est-il en effet plus facile de révéler sa nudité corporelle ou son intimité psychique ? De plus, la situation de crise suicidaire plonge le patient dans un isolement progressif, souvent par honte de ne pas se sentir capable d'assumer seul ses difficultés. L'hospitalisation doit lui permettre de reprendre contact avec son entourage proche, son milieu professionnel, amical... Le psychiatre est alors investi d'un double rôle : certes, évaluer l'existence de pathologies psychiatriques et les traiter, mais aussi identifier et coordonner les aides potentielles par une bonne connaissance des réseaux médicaux (médecine omnipraticienne, consultations spécialisées, médecine du travail), sociaux, associatifs, familiaux, éducatifs, judiciaires, etc.

Second temps : la décision

Ce n'est qu'après cette première évaluation de la situation du patient (entretien + informations auprès de l'entourage) que l'on va pouvoir construire et proposer une orientation au

patient. Ce projet n'aura de sens et d'efficacité que s'il est accepté par ce dernier.

L'hospitalisation sera proposée de manière systématique. Elle permet au patient de se sortir d'une situation d'impasse, de reprendre le cours de sa vie, peut-être d'une autre manière, d'envisager avec lui d'autres solutions. L'hospitalisation permet de porter et traiter une éventuelle pathologie psychiatrique en cours. L'hospitalisation peut aussi prévenir d'une récurrence à très court terme d'un geste suicidaire alors inabouti. Enfin, les multiples déterminants, personnels et environnementaux, conduisant possiblement à un geste suicidaire et les difficultés à aborder cette question directement avec le patient obligent de manière systématique à prendre des informations auprès de son entourage familial, social, médical... Le temps de l'hospitalisation permet cette prise ou reprise de contact. L'hospitalisation sera « imposée » sous la forme de soins sous contrainte si le potentiel suicidaire est très élevé, avec une mise en danger immédiate, ou bien s'il existe un refus de soins malgré l'évolution d'une pathologie psychiatrique évolutive chez un patient dans l'incapacité de consentir aux soins. La sortie doit être formalisée avec une réévaluation systématique précoce, dans un temps inférieur à huit jours et un accompagnement par un entourage proche et soutenant.

L'hospitalisation permet de surveiller au plan somatique le patient, si nécessaire, d'affiner le diagnostic psychiatrique, de prendre contact avec l'entourage, de gérer une situation de crise par une mise à distance, de proposer un traitement psychotrope adapté si nécessaire. Elle s'effectue si possible dans une unité adaptée et spécialisée dans l'accueil des suicidants. Au-delà de respecter les recommandations de bonne pratique concernant l'hospitalisation des patients suicidants, cette dernière permet aussi de donner du poids à la situation. Il n'existe pas de petite tentative de suicide. Le patient qui est admis après une tentative de suicide, quelle que soit la gravité somatique, est dans une situation de souffrance suffisamment grave et préoccupante pour qu'il ait pensé au suicide comme unique solution.

Ces différents temps, évaluatif et décisionnel, sont en eux-mêmes thérapeutiques, à partir du moment où la rencontre avec le patient suicidant aura permis à ce dernier de se sentir écouté, respecté, alors qu'il a le sentiment de ne plus avoir d'autres choix que celui de disparaître, de s'effacer de la scène de la vie quotidienne, où tout lui pèse.

Quelques écueils

Si le passage à l'acte en lui-même entraîne souvent une relative diminution de la tension psychique (effet apaisant des psychotropes utilisés pour la tentative de suicide), cet apaisement n'est que ponctuel et non résolutif. Le suicidant reste, immédiatement au décours du geste, « en état de crise ». De

nouveau, un facteur précipitant peut venir renverser une situation qui semblait se stabiliser. Ceci est particulièrement vrai dans les difficultés familiales et une visite ou un appel téléphonique peut tout faire basculer. C'est aussi pourquoi une réévaluation rapide s'impose.

Chez les sujets âgés, l'expression des idées suicidaires peut être différente avec un retour à l'équilibre plus lent. L'idée de la mort est plus présente dans leur discours mais aussi souvent plus banalisée par les soignants à cause de l'âge avancé des patients. Rien de plus normal que de penser à la mort quand on l'approche statistiquement. Quoi de plus normal que de parler de la mort quand on est dans un processus de perte : auditive, visuelle, motrice, amicale... La vigilance sera d'autant plus grande concernant les sujets âgés, d'autant que l'avancée en âge est en elle-même un facteur de risque important.

Enfin, même si une tentative de modélisation de la crise suicidaire a été proposée et même si des outils d'évaluation du potentiel suicidaire nous permettent de mieux identifier les patients à risque, les psychiatres qui prennent en charge des patients suicidants savent bien que le risque zéro n'existe pas. Certains patients vont être faussement rassurants alors même qu'ils ont planifié un scénario suicidaire dans un proche délai.

Conclusion : soigner une personne qui veut ou tente de se suicider

Les situations de crise suicidaire interpellent le médecin dans sa fonction de soignant, sous-tendue par le souci de la vie. Même si la question de la mort est inhérente à toute réflexion sur la position soignante, elle prend une acuité particulière quand il s'agit de prendre soin d'une personne qui, à première vue, pose un acte volontaire : celui d'arrêter sa vie. La définition du suicide par l'OMS présuppose un choix délibéré de la part du suicidant, alors que la clinique quotidienne montre souvent tout autre chose : nombre de patients refusent de souscrire au terme même de « tentative de suicide » et rendent compte de leur geste comme de l'aboutissement d'une volonté de dormir, d'oublier, d'arrêter non leur vie, mais *cette vie-là*, insatisfaisante et malheureuse, avec tous ses soucis.

Les patients tiennent à leur réveil un discours très ambivalent sur les raisons de leur geste. Il faut savoir l'accepter. Une telle indécision signe une situation de crise, dans laquelle le geste suicidaire tient une place à part. Il vient le plus souvent répondre à un besoin d'apaisement, de mise à l'écart de la scène de la vie, mais *momentanément*, et non délibérément ni définitivement, comme le suggérerait la définition de l'OMS. Chez les proches ou dans les équipes, cette ambivalence des suicidants peut susciter des contre-attitudes ou des sentiments contre-transférentiels négatifs, notamment vis-à-vis des suicidants multirépétiteurs. Le risque serait alors la banalisation d'un énième geste suicidaire. Dans tous les cas, le suicidant sollicite et interpelle le soignant dans sa subjectivité. Prendre en charge un suicidaire ou un suicidant, ce n'est pas seulement s'occuper d'un comportement, mais aussi prendre soin d'un sujet qui présente une souffrance morale, mise en acte de façon violente, puisque mettant en jeu ce trésor défendu par le monde médical : la vie.

Conflit d'intérêt : B. Gohier, M. Brière, G. Mugnier, G. Fournis, D. Denes, R.C. Mesu et J.B. Garre ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. Beck FG, Du Roscoät E, Saïas T (2011) Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire - INVS 47-48:488-92
2. Flesch F, Tournoud C, Jaeger A (1998) Acute poisoning by barbiturates, tranquilizers, tricyclics, paracetamol, salicylates. Diagnosis, treatment. Rev Prat 48:1257-61
3. Conférence de consensus (2001) La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris, John Libbey Eurotext
4. Hawton K, van Heeringen K (2009) Suicide. Lancet 373:1372-81
5. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA (2002) Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. J Affect Disord 68:183-90
6. Gohier B, Richard-Devantoy S, Denes D, Garre JB (2010) [Suicidal risks in adults: identification and care]. Rev Prat 60:567-72
7. Mascret R, Le Galudec M, Stephan F, et al (2011) [Detecting the alarm signs of the suicidal crisis]. Rev Prat 61:189-90