

Les urgences psychiatriques et les conduites suicidaires

I/- Generalites / Definitions :

Ce sont des demandes de soins necessitant une recherche diagnostic et une decision therapeutique dans un delai bref.

Plus de la moitie des patients hospitalises dans les services psychiatriques le sont après examen en urgence, ce qui justifie le maintien des unites d'urgence psychiatriques independantes des urgences medico-chirurgicales. Ces situation de crise avec risque d'auto et heteroagressivite, agitation, refus de soins, rendent difficile l'examen somatique pourtant necessaire. Toute la difficulte de l'examen consistera à parvenir, malgre Topposition eventuelle du patient, à etablir une relation therapeutique.

II/- L'examen en urgence :

- a- Il se fait le plus souvent à Thopital, aux urgences medico-chirurgicales ou aux urgences psychiatriques. Il est rare que le patient s'y presente seul, il est souvent accompagne par sa famille, parfois par la police, rarement par des amis ou collegues de travail. L'urgence s'explique par :
 - Souffrance du patient ; anxiete intolerable, panique, velleites suicidaires, plaintes insistantes, ect...
 - La souffrance de l'entourage qui assiste, impuissante, à la turbulence, à l'activite delirante floride, à Terrance, aux fugues, à la confusion, à Tagitation et aux menaces de violence, ect.
 - Un conflit opposant plusieurs membres de la même famille ou d'une communauté. La cristallisation du conflit va entrainer une situation de crise, entrainant Tagitation d'une ou plusieurs personnes.
- b- Tentretien sera semi-directif, portera avant tout sur le recit de la crise actuelle et remontera aux antecedents. Ce qui permettra d'orienter l'interet du patient sur les preoccupations actuelles sur lesquelles on aura plus de chance d'etablir un echange et une relation personnalisee.
- c- le recit sera complete par un entretien avec les referents (parents, amis, voisins, collegues de travail, force publique). Seront precises le mode de debut des troubles, les evenements declenchants, Texistence d'un traumatisme, une toxicomanie, ect.
- d- Texamen physique : la prise de la tension arterielle, du pouls, l'examen cardiaque ameliorent la relation medecin-malade et permette de revenir sur des points precis alors que le malade aurait refuse d'aborder : la biographie, les antecedents, preciser les troubles, (trouble perceptifs, trouble de l'humeur, trouble des fonctions intellectuelles). L'examen neurologique à la recherche d'une pathologie organique à expression psychiatrique terminera Texamen. (Recherche d'une tumeur cerebrale, d'une hemorragie meningee, d'un hematome cerebral ou d'une endocrinopathie).
- e- L'examen mental en urgence doit permettre d'apprecier :
 - La presentation : tenue, mimique, comportement, habillement, propreté.

- Le mode de relation vis-à-vis du medecin ; le patient demande de l'aide, reste confiant, coopérant ou hostile, agressif, revendicateur, reticent. Est-il indifferant à l'examen ou opposant ?
- Le trouble de l'humeur ; l'humeur syntone, adaptes aux événements ou depressive (tristesse ou ralentissement psychomoteur). Est-elle euphorique (excitation, logoirhee ou agitation).
- Les troubles de la conscience ; le malade est-il oriente ou confus ? reconnait-il le lieu, le moment, le medecin ? l'attention et la memoire et le jugement sont-ils alteres ?
- Les troubles de la pensée ; la pensée est-elle coherente ? les idees exprimees sont-elles delirantes ?
- Les troubles perceptifs ; le malade n'Ch parle pas spontanément et refusera de repondre aux questions directes, comme par exemple : « entendez-vous des voix ? » il est preferable de parler de parasitage de pensée, de persecution eventuelle, de vol ou de divinement de la pensée.

L'examen psychiatrique en urgence necessite du medecin, calme, patience, et capacite d'utiliser son experience pour etablir une relation.

III- Les conduites suicidaires :

A- Generalites :

Les conduites suicidaires dont la frequence a été relevee par des differents auteurs ne sont pas l'attribut exclusif des pays developpees. L'urbanisme massif, l'influence decroissante des valeurs traditionnelles ainsi que les contradictions dans le statut social de la femme ont contribue à en modifier l'epidemiologie. Bien que la signification et l'epidemiologie de toutes ces conduites ne soient pas toujours identiques, il convient, pour le praticien, de ne faire aucune distinction entre l'idee de suicide, la tentative de suicide et le suicide. Ce sont la les aspects d'un même processus ayant pour risque commun la mort et necessitant la même attitude preventive.

Il existe certainement des suicides decides librement en toute conscience pour des motifs rationnels (grève de faim pour les detenus, suicide des pilotes japonais kamikazes pendant la Seconde Guerre mondiale, ect.), mais il faut reconnaitre que souvent, sous les rationalisations diverses exprimees, se cachent des motivations pathologiques.

B- Epidemiologie :

- a) Le suicide ne semble pas les nuances psychologiques infinies retrouvées au cours des tentatives de suicide.

Nos statistiques, taux de suicide 2 pour 100.000 habitants (Bensmail et Coll) confirment les donnees epidemiologiques classiques avec quelques nuances. Le taux de suicide realises est plus important chez les hommes que chez les femmes mais la difference n'est pas importante et le sexe/ratio s'inverse au milieu urbain. La courbe de mortalite par suicide s'eleve avec l'âge. La correlation entre isolement social et suicide est ancienne. Le veuvage, le celibat, le divorce ainsi que le degre de non integration social (anomie) semblent jouer un role favorisant. Les principaux moyens utilises sont l'ingestion des psychotropes et la defenestration en milieu urbain, la pendaison et l'intoxication au parathion en milieu rural. Les autres moyens sont : les toxiques menagers, le gaz, l'arme blanche et la noyade.

b) Les tentatives de suicide : le taux annuel des tentatives est de 34,1 pour 100.000 habitants (B.Bensmail et Coll). Beaucoup plus frequentes (15 fois plus que le suicide), elles sont surtout l'oeuvre d'adolescents (75% dont 3/4 sont des femmes), 6% sont des recidivistes. Les precedes utilises font l'appel, en premier lieu aux psychotropes, puis aux produits menagers (eau de javel, esprit de sel) enfin à la phlebotomie. Ces tentatives s'inscrivent souvent dans un contexte socioculturel de la crise. Les suicidants cherchent une fuite dans le sommeil, un apaisement à leur culpabilite ou une expression de leurs pulsions agressives envers leurs parents et l'entourage. C'est une conduite d'appel et de rupture qui permet souvent de réaménager des relations avec l'entourage familial frustrant. Il s'agit souvent de jeunes filles ne présentant pas de trouble psychiatrique patent. Elles ne peuvent exprimer autrement que par ce geste desesperé, leur quête affective. Le mois de carême (ramadhan) est la periode de l'année où il y a le moins de suicides (avec le jeûne et l'augmentation de la cohesion familiale, sociale). Au mois de juin, en revanche, il y en a le plus (periode de rupture, vacances scolaires, examens, manèges, ect.).

C- Formes cliniques :

- a- Suicide collectif : le suicide est precede par la mort d'autres individus :
 - Sans le consentement de ces derniers : par exemple suicide après homicide ou infanticide (père melancolique qui se suicide après avoir tué sa femme et ses enfants) ;
 - Avec le consentement : sujet qui arrive à convaincre un ou des partenaires qui lui suivent passivement dans la mort (suicide collectif dans les sectes).
- b- Suicide d'adolescents : il est de plus en plus frequent. L'accumulation des difficultes familiales et sociales, associees à l'impulsivite, et le decouragement et les deceptions propre à l'adolescence, vont provoquer des passages à l'acte, difficiles à prevenir car aussitot pensés, aussitot realises. (Le suicide constitue l'une des premieres causes de mort chez les adolescents dans les pays industrialises)
- c- Suicide des enfants : exceptionnel avant 10 ans. Il est rare avant l'adolescence et souvent associe à l'idee de punir les parents.
- d- Suicide des personnes âgées : il est moins frequent dans notre pays (pyramide des âges en faveur d'une population jeune, meilleure integration sociale des personnes âgées). En revanche, le depistage tardif des melancolies ou leur mauvaise réponse therapeutique, le refus d'hospitalisation dans des services encombrés de patients âgés, sont des facteurs de risque qu'il faut toujours prendre au serieux.
- e- Equivalents suicidaires : certaines conduites auto-agressives comme l'automutilation, certains refus alimentaire et therapeutique, certaines conduites toxicomaniaques et alcooliques ainsi que la prise de risque grave (excès de vitesse), peuvent être consideres comme des desirs plus ou moins conscients de defier la mort.

D- Conduites suicidaires et affections psychiatriques :

L'entourage des suicidants rapporte souvent des événements récents traumatiques pour justifier les passages à l'acte. Ce sont des événements divers souvent banals, qui ne peuvent expliquer, à eux seuls, le recours à un geste aussi grave de conséquence. C'est en fait, parce que l'équilibre psychologique du sujet est devenu précaire, que les facteurs externes les plus anodins peuvent entraîner un passage à l'acte. C'est ainsi que certains suicides sont des symptômes d'affections psychiatriques (plus de 40% des suicides sont réalisés par des sujets psychotiques, 10% de la population psychiatrique présente des conduites suicidaires).

- a) *Mélancolie et dépression majeures* : le suicide fait partie de leur séméiologie. La recherche de la mort dans ces affections est constante voire obsessionnelle. Devant la facilité actuelle de prescription des antidépresseurs à titre ambulatoire, le refus des patients et de leur famille d'une hospitalisation, la non utilisation de la loi d'internement, les passages à l'acte sont fréquents. La meilleure prévention de ces conduites reste l'hospitalisation.
- b) *Schizophrénie* : chez ces patients, les risques suicidaires peuvent s'inscrire dans plusieurs contextes : au début de l'affection lors de l'envahissement angoissant des troubles, lors de l'amélioration des patients sous traitement, des émergences anxieuses peuvent survenir et entraîner des passages à l'acte. Au cours d'un traitement neurologique long, l'apparition d'un état dépressif ou d'une impatience motrice peuvent précipiter un acte suicidaire. Enfin, au décours d'un moment fécond avec activité délirante, un acte discordant imprévisible peut mettre fin à la vie du patient.
- c) *États confuso-oniriques* : (toxicomanie) ou confuso-démence.
- d) *Délires chroniques* : quelles que soient leurs structures paranoïaques sensitives ou paranoïdes, en particulier chez les patients persécutés.
- e) *Troubles de la personnalité* : état limite, névrose structurée ou non, psychopathie, sont les personnalités pathologiques les plus retrouvées. L'impulsivité, l'angoisse, les tendances dépressives et les relations conflictuelles avec l'entourage sont autant de facteurs à considérer. Chez les « abandonniques » le geste suicidaire est porteur de revendications affectives. Ces patients revivent à travers des fixations affectives et vouées à l'échec, des carences affectives précoces.
- f) *Epileptiques* : 20% des suicidaires hospitalisés en réanimations sont des épileptiques. Ils présentent souvent des comas graves car ils sont en possession des doses importantes des barbituriques et psychotropes. L'acte suicidaire semble être une réaction auto-agressive ou dépressive, ou sentiment d'incurabilité.

E- Prévention :

- a) *Appréhender le risque suicidaire* chez un patient est un problème de pratique médicale courante. Deux questions se posent au médecin quelque soit les antécédents et la pathologie du patient ^{11 4}
- Pourquoi recherche-t-il à se suicider ?

- Quel est le risque de passage à l'acte ?
Pour y répondre, il faut, un préalable, de faire table rase de certains préjugés :
- Eviter de faire reposer la prévention sur une notion religieuse et éthique. L'acte devient alors la transgression culpabilisante d'un interdit. Il ne s'agit pas, en effet, de prendre des mesures contre le suicide en le considérant comme un péché ou un crime, mais d'éviter qu'un sujet passe à l'acte quelque soient ses motivations profondes ;
- Il ne faut pas évaluer la gravité d'une tentative en fonction des moyens utilisés ou de l'apparente sincérité du sujet. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est le sens profond de l'acte ;
- L'attitude de médecin devra également éviter la dramatisation et l'indifférence.
- La panique de l'entourage dramatise la situation et aggrave l'anxiété du suicidant, favorisant ainsi un nouveau passage à l'acte. En cedant à toutes ces demandes sans chercher à comprendre, on l'encourage à reiterer son geste. En le surveillant, en l'épiant, on enferme le patient dans un isolement qui ne lui laisse que la possibilité de ruminer silencieusement son nouveau projet. Cette dramatisation va également se retrouver dans les attitudes punitives, moralisantes et les décisions d'hospitalisation qui prennent alors l'aspect de la mesure répressive.
- L'indifférence : le plus souvent, les praticiens n'ont ni le temps ni le désir de se consacrer pleinement à un suicidant. Implicitement, ils suggèrent au patient qui vient exprimer son désarroi, d'aller « se faire prendre ailleurs ». ils calment ainsi leur propre angoisse en niant le risque.

b) *Ces écueils évités*, le médecin pourra apprécier les risques suicidaires et ainsi contribuer à leur prévention :

Si, devant un malade présentant une affection psychotique (déliquant chronique, mélancolique, schizophrène, dément, confus) menaçant de se suicider, l'hospitalisation en urgence est de rigueur afin de permettre la résolution de la crise en milieu protégé. Dans les autres cas, il n'existe aucun critère absolu ; voici quelques facteurs de risque pouvant servir de repère :

1. Une importante symptomatologie dépressive. La mélancolie est l'élément pronostique essentiel, surtout dans les formes où domine l'agitation anxieuse ;
2. Les antécédents suicidaires. Gourevitch estime que 10% des rescapés des tentatives de suicide finissent par mourir de suicide dans les 10 années à venir ;
3. Des relations pauvres avec l'entourage, avec des capacités de communication médiocre et une absence d'intérêt, associées à un échec ou un deuil, sont également de mauvais pronostique ;
4. La présence de ruminations ayant pour thème la mort et le suicide peut faire craindre qu'un événement ne vienne précipiter le passage à l'acte.

c) *Le praticien a un rôle capital* dans la prévention de suicide. C'est lui qui reçoit le plus souvent des patients qui présentent des velléités suicidaires ou qui ont réalisé une tentative qui ne nécessitant pas une hospitalisation. Il n'est pas indispensable de psychiatriser ces patients dans nos pays, les consultations de psychiatrie sont, en général, submergées de patients. Mais, il faut absolument adresser toutes les récurrences et tout suicidant représentant des troubles patents au psychiatre, l'entretien permettra :

- D'élucider la valeur symptomatique de la conduite suicidaire ;
- D'éliminer une affection psychiatrique et de résoudre plus radicalement la situation conflictuelle afin d'envisager une prévention des récurrences.

- d) *Vorganisation, dans les grandes villes*, de centre de prevention du suicide pourrait être envisager si l'insuffisance des cadres d'une part, le nombre important de probleme sociaux (pratiquement insolubles) d'autre part, et la nature impulsive de la plus part des suicides et tentatives, ne rendaient leur developpement peu opérant. En revanche, la prevention ne peut être que sociale en favorisant les relations humaines (creations des foyers pour jeunes, echange entre adolescents et entre generation), en renforçant la stability et la cohesion familiale.

IV- Les autres urgences psychiatriques :

L'examen permet habituellement de dégager une orientation diagnostique et une conduite à tenir. Cinq grands axes thérapeutiques peuvent être soulevés :

A- Les états d'anxiété :

- Il s'agit souvent d'une crise d'angoisse spectaculaire impressionnant l'entourage entraînant une agitation et un cortège de signes somatiques (oppression thoracique, tachycardie) lorsque ne retrouve pas d'activité délirante ni trouble de perception et de la conscience, la conduite à tenir doit, avant tout, isoler le malade, adopter une attitude rassurante, enfin prescrire un anxiolytique per os ou par voie injectable (éviter les injections intraveineuses de calcibronat), préférer une benzodiazépine per os.
- Lorsque l'anxiété s'accompagne d'un trouble thymique majeur, d'activité délirante ou de trouble de conscience, rhospitalisation en service spécialiste est nécessaire, après administration d'un neuroleptique stérile par voie injectable.

B- Les troubles maniaques de l'humeur :

- Les dépressions majeures s'accompagnent de ralentissement psychomoteur ou forte turbulence anxieuse avec un risque suicidaire constamment présent. Le discours exprime des thèmes de culpabilité, d'incurabilité et d'indignité. L'hospitalisation est nécessaire pour éviter le passage à l'acte et entreprendre un traitement anxiolytique ou antidépresseur.
- L'accès maniaque avec accélération du cours de la pensée, agitation psychomotrice, logorrhée et sentiment de puissance. La mise sous neuroleptique doit pouvoir aider à la réalisation de rhospitalisation qui évitera les problèmes médico-légaux (dépenses inconsidérées, agressivité, attentat à la pudeur...). Une hospitalisation coercitive est parfois nécessaire ainsi qu'une sauvegarde de justice.

C- Les états délirants :

Les états délirants aigus et les décompensations aiguës de psychoses chroniques. On retrouve une activité délirante polymorphe ou en secteur et des troubles de la perception. Les troubles de l'orientation sont exceptionnels. Face à un malade délirant, il faut éviter d'aller dans le sens du délire en paraissant d'adhérer aux croyances du malade, mais il faut également s'abstenir de critiquer ou de s'opposer au discours du patient.

Le traitement neuroleptique peut, parfois, éviter rhospitalisation lorsque la famille est parente et le malade coopérant.

D- Les états de d'agitation et violence :

Ils necessitent une appreciation de la dangerosite du malade. L'impulsion violente est frequente chez le paranoïaque persecute et les psychopathes.

Les schizophrenes peuvent presenter un raptus anxieux extremement violent. Dans tous ces cas, le medecin doit eviter le paraitre complice des accompagnateurs. Une contention est parfois necessaire pour eviter un passage à l'acte. Un traitement anxiolytique en IV (Valium) ou neuroleptique en IM (Haldol-Largactil) s'imposent dans la plus part des cas.

E- Les états confusionnels :

Les troubles de la conscience et de la vigilance imposent de rechercher une cause organique :

- Atteintes infectieuses ;
- Surdosage medicamenteux ;
- Atteintes cerebro-meningees ;
- Toxicomanies ;
- Atteintes endocriniennes.

Les examens complementaires (FNS – Uree – Glycemie – EEG – Hemoculture...) permettent le diagnostic etiologique puis un traitement adapte.

BEBLIOGRAPHIE