

CAT devant un patient suicidaire

Pr Alouani

Dr Boussadia

PLAN

- I. DÉFINITIONS**
- II. FACTEURS DE RISQUES DE SUICIDE**
- III. ETIOLOGIES**
- IV. CAT DIAGNOSTIC**
- V. PRISE EN CHARGE**
- VI. CONCLUSION**

I. DEFINITIONS

- **Suicide** : acte volontaire de se donner la mort, on parle alors de sujet **suicidé**.
- **Tentative de suicide** : acte par lequel le sujet à tenter de mettre fin à sa vie, en se mettant volontairement en danger. On parle de sujet **suicidant**.
- **Les idées suicidaires** sont un désir de mort. On parle de sujet suicidaires. Ces idées peuvent aboutir à une tentative de suicide ou un suicide. On parle alors de passage à l'acte suicidaire.

II. FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE

1) Facteurs de risques primaires

- Ils ont une forte valeur prédictive du risque suicidaire et sont accessible à une prise en charge préventive.
- Troubles psychiatriques
- Antécédent personnel de TS
- Antécédent familial de TS ou de suicide
- Intention suicidaire clairement exprimé.
- Impulsivité.

2) Facteurs de risque secondaires

- Ils ont une faible valeur prédictive en l'absence de facteur de risque primaire.
- Perte parentales précoces
- Isolement social (célibat, veuvage...)
- Chômage
- Difficultés financières
- Événements de vie « négatifs » (deuil, perte d'emploi, fausse couche...)

3) Facteurs de risque tertiaire

- Ils n'ont aucune valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ou secondaires.
- Sexe masculin
- Adolescence et sujet âgés
- Périodes à risque : fêtes, période prémenstruel chez la femme...

- Il faut également chercher à l'entretien des événements de vie pouvant constituer :

☐ Facteurs de vulnérabilités d'ordre psychosocial

- Carence affective
- Secrets de famille
- Maltraitements
- Tendance aux comportements agressifs

☐ Facteurs précipitants

- Annonce d'une maladie grave
- Séparation
- Perte d'emploi

☐ Facteurs protecteurs

- Entourage familial et/ou amical de qualité.

III. ETIOLOGIES

- **Troubles dépressifs : 15%**
- **Schizophrénie: 10%**
- **Dépendance éthylique et à d'autres substances**
- **Troubles de la personnalité** : antisociale, Borderline, hystérique
- **Autres affections psychiatriques et médicales**
- Les épisodes anxieux aigus : trouble de panique.
- Episodes psychotiques aigus : BDA, psychose puerpérale.
- Les affections cérébrales organiques
- Les stades terminaux de maladies (cancers)
- Annonce d'une pathologie grave comme le VIH.

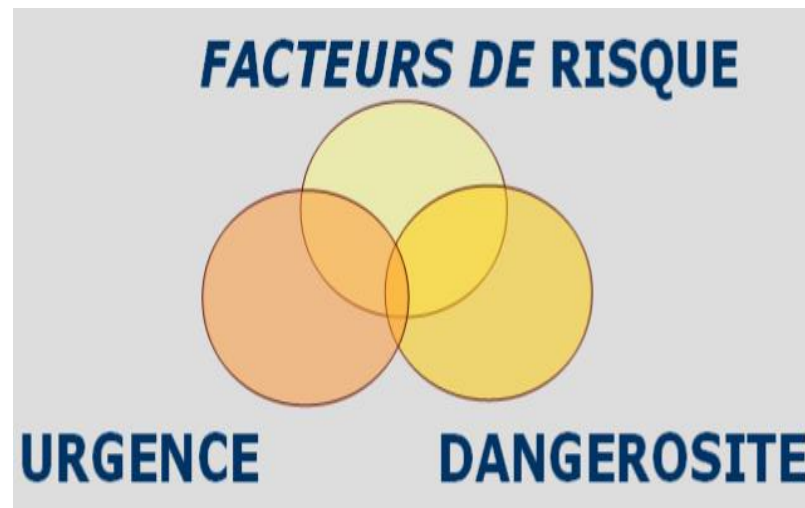
VI. CAT DIAGNOSTIC

1) Entretien psychiatrique

- Dans un endroit calme, sécurisé
- Dans un premier temps, laisser libre cours à l'expression des affects (tristesse, peur, colère...)
- Aborder le sujet des idées suicidaires :
 - Poser des questions simples, sans ambiguïté : « avez-vous envie de mourir ? », « avez-vous des idées de suicide ? »
 - Lister les facteurs de risques et de protections
 - Préciser le contexte
 - Evaluer la qualité de relativisation du patient.
 - Entretien avec l'entourage

2) Signes évocateurs d'une crise suicidaire

- Verbalisation des idées suicidaires, parfois allusives
- **Attitudes de détresse :**
 - Anxiété, mimique exprimant la douleur ou la prostration
 - replis sur soi, désinvestissement des centres d'intérêts habituels
 - Addictions, arrêts de travail
- **Distorsions cognitives :**
 - Sentiments d'incurabilité, refus d'être aidé
 - Sentiment de dévalorisation, d'indignité
- **« Préparatifs » du décès**
 - Recherche d'un moyen pour mettre fin à sa vie
 - Rédaction de lettres ou de testament, dont d'objets, discours d'adieu



3) Evaluation du risque suicidaire immédiat

- Le risque suicidaire doit être apprécié selon trois dimensions comme le préconise l'ANAES (HAS) depuis 2000 :
- **Risque théorique** : s'appuyant sur des facteurs de risques statistiques.
- **L'urgence** : liée au cas particulier du patient et à l'intensité de la crise.
- **La dangersité** : liée aux moyens envisagés pour le passage à l'acte et à leur létalité potentielle.

Analyse des facteurs de risque



Analyse de la dangerosité



Analyse de l'urgence à intervenir



Évaluation du RISQUE SUICIDAIRE

Urgence et dangerosité

- L'urgence et la dangerosité doivent être appréciées sur **6 points clefs** :
 - 1) **Niveau de souffrance** : désespoir, sentiment de dévalorisation, culpabilité.
 - 2) **Degré d'intentionnalité** : idées envahissantes, recherche d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, degré de préparation.
 - 3) **Degré d'impulsivité** : instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, ATCD de passage à l'acte, fugues ou actes violents.
 - 4) **Eventuel événement précipitant** : conflit, échec, rupture, deuil.
 - 5) **Moyens létaux à disposition** : armes à feu, médicaments...
 - 6) **Qualité de l'entourage** : protecteur, ou au contraire générateur de stress.

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Intentionnalité suicidaire floue	Intentionnalité établie	Intentionnalité forte
Relation de confiance entre le médecin et le patient, recherche de communication	Importante souffrance psychique, avec demande d'aide	Souffrance patente, ou au contraire complètement caché
Recherche de solutions alternatives au suicide	Suicide perçue comme seule issue possible à la crise	
Entourage de bonne qualité	Isolement social	
Absence de scénario	Scénario élaboré, mais sans date arrêtée	Scénario élaboré et planifié à brève échéance
Pas d'accès direct à un moyen suicidaire létal		Accès direct et immédiat à un moyen suicidaire létal
Absence de pathologie psychiatrique pré-morbide		Pathologie pré-morbide (dépression, schizophrénie) ou état d'agitation important.

VII. Prise en charge

- La prise en charge thérapeutique repose sur :
- Un éventuel traitement symptomatique de l'anxiété ou de l'agitation.
- L'orientation vers un lieu de prise en charge : hospitalisation ou suivi ambulatoire.
- Un suivi psychologique et prise en charge des facteurs de risque accessibles à un traitement.
- **Traitement symptomatique**
- En cas d'anxiété prédominante :
 - Benzodiazépine (exemple : diazépam- Valium® 10mg inj)
 - Antihistaminique (exemple : hydroxyzine- Taraxet® 25mg)
- En cas d'agitation prédominante :
 - Neuroleptique sédatif (exemple : chlorpromazine- Largactil® 25mg inj)

Quand hospitaliser ?	Suivi en ambulatoire
<ul style="list-style-type: none">- Urgence élevée- Suicide planifié- Moyens envisagés disponibles- Impulsivité- Affects inexprimés- Troubles importants du jugement- Refus de coopération au soins ambulatoire	<ul style="list-style-type: none">- Risque évalué faible ou moyen- Sujet coopérant- Entourage de qualité- Nouvel entretien programmé après quelques jours

- **Suivi adapté à la situation pré-morbide :**

- En cas de pathologie psychiatrique connu :
 - Réévaluation du traitement
 - Education du patient à sa pathologie et à son traitement
- En cas de découverte d'une pathologie psychiatrique sous-jacente :
 - Mise en route du traitement
 - Proposer un suivi spécialisé, parfois initié en hospitalier
- En cas de crise psychosociale sans pathologie psychiatrique associée :
 - Proposer un suivi psychothérapeutique adapté à la problématique du patient.
 - Associer l'entourage à la prise en charge.

CONCLUSION

- La tentative de suicide est une cause fréquente de consultation en urgence psychiatrique.
- Devant toute TS, il faut toujours rechercher une pathologie psychiatrique associé.
- La prise en charge est pluridisciplinaire de la crise suicidaire.
- L'évaluation du risque suicidaire et de la récurrence seront importants dans la prise en charge.
- Il faut prendre en compte les interrelations de l'individu avec son entourage et avec l'ensemble de l'entourage social.

Université Ferhat Abbas – Sétif
Faculté de Médecine – Département de Médecine

Enseignement de la 5^{ème} année de médecine
Année universitaire : 2023-2024

Module de santé mentale

LES CONDUITES SUICIDAIRES

Pr ALOUANI M.L

INTRODUCTION

Les conduites suicidaires forment un ensemble de comportement complexe, multifactoriel : les avancées de la modernité et leurs conséquences sur les modes de vie et de pensée, les bouleversements sociaux et culturels associés aux composantes individuelles et interpersonnelles pèsent lourdement dans le déséquilibre fondamental des individus, qui poussés à « l'agir », peuvent être conduits au passage à l'acte.

L'appréciation de l'urgence et de la gravité d'une crise suicidaire est essentielle car elle aura un impact décisionnel majeur sur l'orientation du patient.

Les soins psychiatriques d'une maladie identifiée doivent intégrer la prévention secondaire des conduites suicidaires : un traitement approprié (médicamenteux et psychothérapique) et régulièrement observé limite ces risques, ainsi qu'un dépistage régulier de l'idéation suicidaire, permettant d'ajuster le cadre thérapeutique. Une conduite suicidaire inaugurale doit donner lieu à une évaluation complète psychiatrique et psychopathologique à la recherche d'un diagnostic précis et d'un traitement.

Aucune conduite suicidaire ne doit être banalisée.

DEFINITIONS

Tout acte suicidaire se définit comme l'expression d'une volonté délibérée de mettre fin à ses jours. Son issue est ou non fatale, ce qui conduit à distinguer le *suicide* (acte mortel par lequel son auteur devient à titre posthume, un *suicidé*), la *tentative de suicide* (acte non mortel faisant du rescapé un *suicidant*) et le *projet* d'en finir avec la vie, qui conduit à dénommer *suicidaire* l'individu animé d'une telle idéation. On désigne sous les termes « d'équivalent suicidaire » ou de « conduite suicidaire », des comportements qui par leur nature mettent en péril la vie du sujet ou son intégrité physique, sans que le désir ou la volonté de se donner la mort soit conscient.

Le suicide

Le suicide est le « *meurtre de soi-même* ».

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (1988), le suicide est « *un acte ayant une issue fatale, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changements désirés* ».

La tentative de suicide

En 1996, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit la tentative de suicide comme « *un acte à l'issue non mortelle, dans lequel un individu adopte délibérément un comportement inhabituel qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, lui sera dommageable, ou ingère une substance en quantité supérieure, aux doses thérapeutiques prescrites ou généralement admises, et qui vise à causer des changements désirés par l'intermédiaire des conséquences physiques effectives ou attendues* ».

La crise suicidaire

La crise suicidaire est un état réversible, temporaire, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement. Elle n'est pas classée nosographiquement mais constitue un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées et des facteurs de risques.

Facteurs de risque suicidaire

1- Les facteurs primaires

Ce sont les antécédents personnels (tentatives de suicide précédentes, troubles de l'humeur...), la communication d'une intention suicidaire, les antécédents familiaux et les troubles psychiatriques avérés (schizophrénie, toxicomanie, alcoolisme...).

2- Les facteurs secondaires

Il s'agit essentiellement de la situation sociale (isolement, solitude, chômage), les difficultés financières et professionnelles, et d'événements passés traumatisants (deuil, pertes parentales précoces, abus sexuels, séparation, maltraitance).

3- Les facteurs tertiaires

Ce sont des facteurs sur lesquels on ne peut pas agir, et qui n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires ou secondaires. C'est par exemple l'âge (la probabilité la plus forte est entre 35 et 54 ans, et au-delà de 70 ans en Europe, en Amérique du Nord et dans certains pays), l'appartenance au sexe masculin ou encore l'homosexualité.

CONDUITE A TENIR IMMEDIATE

Une tentative de suicide sur deux est une récurrence. Un patient suicidé ou suicidant a d'autre part souvent consulté un soignant avant son passage à l'acte.

La recherche d'idées suicidaires ou de projet suicidaire devrait être plus systématique en consultation médicale.

PREVENTION A LONG TERME DES CONDUITES SUICIDAIRES

- Les conduites suicidaires étant souvent intégrées à d'autres pathologies, la première attitude de prévention consiste en un traitement approprié des maladies psychiatriques, un traitement symptomatique (sédatifs, anxiolytiques...), ainsi qu'une régularité de suivi des patients.

Les médecins insistent sur le retard au diagnostic et à l'accès aux soins, avec un dépistage régulier des idées suicidaires.

Les médicaments ayant prouvé leur efficacité « anti-suicide » sont :

- Le lithium et les autres thymorégulateurs dans les troubles bipolaires.
- Les antidépresseurs dans les troubles unipolaires récurrents.
- Les antipsychotiques atypiques dans la schizophrénie.
- Il est recommandé d'intégrer aux soins courants des principes d'éducation thérapeutique concernant les conduites suicidaires. Une meilleure prévention consiste à sensibiliser aussi bien le personnel soignant aux

angoisses de l'entourage familial, que les familles du patient « suicidaire ».

- Les psychothérapies apportent une contribution significative à la prévention du suicide, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ayant fait la preuve de leur efficacité.
- Orienter les patients suicidaires vers des centres de prise en charge médicopsychologique pendant la période de crise, ainsi que le suivi en post-crise.
- Insérer ces patients dans des centres de jeunes, des lieux de loisirs, des espaces internet, des bibliothèques municipales, des terrains de sports, des centres culturels, des centres de formation professionnelle...
- Eviter de médiatiser les conduites suicidaires.

SPECIFICITES SELON L'AGE

1- Chez l'adolescent

Dans cette tranche d'âge, marquée par un grand remaniement psychologique, physique, affectif et comportemental, le suicide est la 3^{ème} cause de mortalité dans les pays occidentaux, après les accidents de la voie publique.

Cette étape de vie, nécessite toujours un dépistage systématique des maladies psychiatriques et des addictions, facteurs de risque avérés, d'idées suicidaires et passages à l'acte auto-agressif.

2- Chez le sujet âgé

L'allongement de l'espérance de vie est parfois accompagné de facteurs psychopathologiques particuliers : affections somatiques parfois invalidantes, conditions socio-économiques (retraite) et affectives difficiles (isolement, deuil lié aux proches, séparation) ...

Les ruminations suicidaires sont fréquentes et durables chez le sujet âgé. Il convient de les rechercher systématiquement à l'entretien clinique, de même que :

- Un état dépressif caractérisé.
- Le retentissement et disparition du réseau social.
- L'existence trop souvent ignorée d'une pathologie organique non diagnostiquée, syndromes douloureux chroniques...
- Les antécédents psychiatriques et suicidaires.

CONCLUSION

L'existence de conduites ou d'idées suicidaires impose au praticien une démarche diagnostique rigoureuse et une conduite à tenir précise.

L'orientation diagnostique doit se centrer d'abord sur le diagnostic positif mais surtout elle s'intéressera au contexte suicidaire, donc au diagnostic étiologique.

La conduite à tenir est essentiellement déterminée par la présence de facteurs de risque.

Enfin, un abord multidisciplinaire et une authentique collaboration dans les domaines de la prise en charge, du suivi et de la prévention sont indispensables car les conduites suicidaires sont des phénomènes complexes, impliquant l'intrication de plusieurs facteurs.