P006

CRISE SUICIDAIRE ET PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE : PLACE DE (S) OUTIL (S) D'EVALUATION

S. MOUDAFFAR, I.MGHIZALTE IDRISSI, B.AABBASSI, F. MANOUDI
Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI, Marrakech et Laboratoire de recherche "Enfance, santé et développement", FMPM

Introduction

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.
Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse
Cet état, caractérisé par des idées suicidaires de plus en plus envahissantes, reste toutefois temporaire et réversible.
Le but de ce travail était' d'evaluer les critères de sélection des patients éligibles à une prise en charge ambulatoire lors d'une crise suicidaire.

Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective menée sur des patients en crise suicidaire, colligée au service pédopsychiatrique de l'hôpital ibn Nafiss de l'année 2022 à 2023.
Le risque suicidaire à été évalué selon l'échelle RUD (risque, urgence, dangerosité) .

Aide à la rencontre et à l'évaluation du potentiel suicidaire (UDR®)

Urgence
Rencontrer la personne et parler du processus suicidaire

L'évaluation temporelle des pensées et des mises en acte suicidaire[1] permet de faire émerger au travers de la narration les idées, les plans, mais aussi leurs mises en action (gestes, actuels, répétiques de lieux, lettre, etc. ...) afin de comprendre l'évolution et la dynamique du processus suicidaire. Elle se fait en quatre étapes :
1- les idées et conduites suicidaires (CS) ayant motivé la consultation (voir plus bas pour les « suicidants »)
2- les CS récentes (au cours des deux derniers mois)
3- les CS passées
4- les CS immédiates et futures
Processus associés à accompagner autant d'un soutiens :
- Méthode utilisée (moyen, contexte du lieu)
- Regret du geste accompli
- Hallucinations associées au geste
- Contexte des mesures de secours
- Prise de conscience de la gravité du geste
- Impulsivité
- Degré d'interdiscernabilité
- Facteurs précipitants
- Compréhension / interprétation du geste
- Préparatifs
- Substances associées au geste

[1] i.e. Idée, Idéé

Danger
Parler de l'accessibilité aux(x) moyen(s) (moyen(s) scénario(s) préventif(s) ET pseudo(s))

Il s'agit surtout d'évaluer avec précision l'**accessibilité** directe et immédiate à un moyen de se suicider en questionnant ouvertement la personne suicidaire sur ses intentions, telles que : médicaments, arme à feu, corde, etc. Dans la mesure du possible, il est recommandé d'éliminer sur le(s) moyen(s) afin de faire diminuer le danger. (p.ex. : faire appel à la police pour retirer une arme à feu, retirer les médicaments non nécessaires) (a en toute transparence et en accord avec la personne.

Risque actuel
Faire émerger les facteurs précipitants et identifier les signaux d'alerte

Facteurs précipitants (non exhaustifs)	Signaux d'alerte :
• Pertes réelles ou ressenties (deuils, divorce, ruptures affectives, emploi, etc.) • Échecs (professionnels, scolaires, projets personnels, etc.) • Humiliation, violence (scolaire, politique, etc.) • Conflit interpersonnel • Diagnostic d'une maladie mortelle • Diagnostic d'une maladie mortelle ou gravement handicapante • Difficultés financières • Accès à une arme à feu • Tentative de suicide du suicidé d'un proche • isolement social, privation de liberté • Hallucination impérieuses, sensation d'être contrôlé par un autre, préoccupation religieuses, etc.	• Désespoir • Rage, colère, cherche à se venger • Agir sans réfléchirvers ou se livrer à des comportements à risque • Un sentir coupé (sans sortie de secours) • Augmentation de la consommation d'alcool ou de drogues • Retrait (famille - proches - société) • Anxiété • Agitation • Insomnie ou l'hypersomnie • Changements d'humeur importants • Plus de raison de vivre (perte de sens et de but dans la vie)

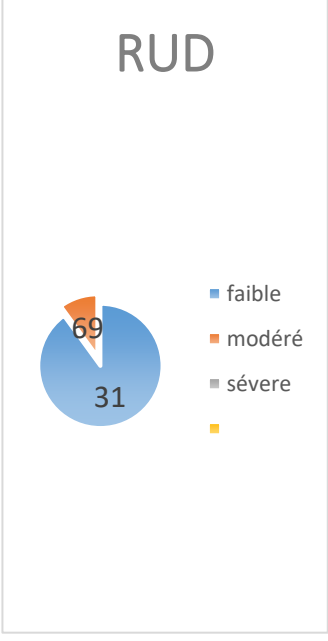
Risque épidémiologique : facteurs prédisposants et facteurs protecteurs
Rencontrer la personne en mirant les caractéristiques (adversités, ressources) de son parcours de vie

Facteurs prédisposants (non exhaustifs)		
Individuels	Familiaux	Psychosociaux
• Antécédents suicidaires • Présence et gravité du problème de santé mentale (psychopathologie y.c. addiction) • Faible estime de soi • Impulsivité, agressivité • Problèmes somatiques (douleurs chroniques) • Orientation sexuelle, et identité de genre atypique • Violence physique, sexuelle, fugue, IVG, etc.	• Violence, abus physique, psychologique ou sexuel • Relation conflictuelle avec les parents/ enfants • Négligence de la part des parents/ enfants • Conflits avec le partenaire, conflits familiaux • Comportements suicidaires chez le parent/enfant/conjoint • Problèmes de santé mentale d'un parent/enfant/conjoint, etc.	• Difficultés économiques persistantes • Isolement social et affectif • Séparation, rupture, perte, deuil • Passement d'une (réduction / ERAS) détention • Difficultés scolaires, professionnelles, retraite • Effet de contagion à la suite d'un suicide • Problèmes d'intégration sociale, migration, déménagement, etc.

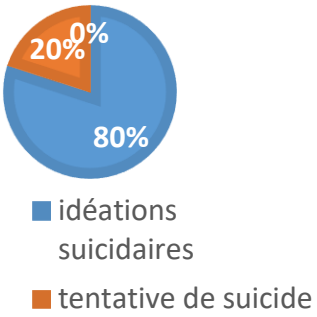
Facteurs protecteurs
Stratégies d'adaptation déjà utilisées - Famille, proches - Relation interpersonnelle stable et soutenante - Réseau de soins - Être en couple - Avoir le lit, croyance - Avoir des projets - Pouvoir exprimer et communiquer ses inquiétudes angoisses - etc.

Recommandation :

Urgence suicidaire	
• La personne en danger clairement et ouvertement (où, comment) • Le moyen envisagé dans le scénario est accessible et avec une létalité importante (p. ex. : une arme à feu) • Présence et intensité de facteurs précipitants et des signaux d'alerte • Diminution de la peur de la mort alors augmentation de la tolérance à la souffrance physique	En cas d'urgence suicidaire, l'intervenant doit mettre en place une intervention, clairement en toute transparence et en partenariat avec la personne suicidaire. L'urgence suicidaire nécessite une réponse individualisée. Les éléments précédents, la qualité relationnelle, la présence d'une maladie psychiatrique, seront également intégrés dans la réflexion. L'appel à un regard tiers, en présence ou par téléphone, devrait précéder toute prise de décision. L'évaluation du potentiel suicidaire doit être intégrée à l'évaluation clinique globale et documentée dans l'attitude générale.



MOTIF DE CONSULTATION



Résultat et conclusion

Notre échantillon était composé de 13 patients, dont 77 % de sexe féminin , avec un âge moyen de 14 ans . L'idéation suicidaire était le principal motif de consultation.
69% de nos patients avaient un RUD faible , et 31 % avaient un RUD moyen
Aucun passage à l'acte n'a été enregistré durant leur suivi en ambulatoire.
La crise suicidaire est un problème de santé majeur nécessitant un outil d'évaluation précis pour guider et déterminer le cadre de la prise en charge ; Hospitalier ou ambulatoire
L'échelle RUD serait un outil valide dans ce contexte.

Références

1) solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/santementale-et-psychiatrie/article/reconnaitre-la-crise-suicidaire
2)] Seguin M, Terra JL. Formation a` l'intervention de crise suicidaire: manuel du formateur. Collection sante´ mentale; 2004.
3) Current modeling of suicidal behavior : crisis, transition, and vulnerability