



Chapitre 101

Les tentatives de suicide à haut risque

M. BELLET

Points essentiels

- Crise suicidaire.
- Tentative de suicide sur un mode impulsif.
- La TS chez le patient délirant.
- Risque.
- Urgence.
- Dangerosité.
- La prise en charge du suicidant.
- Hospitalisation.
- Ambulatoire.
- Prévention et accompagnement.

1. Introduction

Selon l'INSERM, le nombre estimé de décès par suicide en 2010 est de 10 334 en France, 1 million dans le monde d'après l'OMS.

La DRESS estime à 8 % le pourcentage de la population adulte française qui a réalisé au moins une tentative de suicide (TS) au cours de sa vie.

Correspondance : Bellet Mike, CHU de Saint-Étienne Avenue Albert Raimond, 42470 Saint-Priest-en-Jarez.
E-mail: mike.bellet@orange.fr

Ces chiffres illustrent l'importance des TS et des récives suicidaires qui représentent un problème majeur de santé publique.

1.1. Définition

Suicide : mort auto-affligée avec la preuve (explicite ou implicite) que la personne avait l'intention de décéder.

Tentative de suicide : comportement autoagressant avec une issue non fatale et la preuve (explicite ou implicite) que la personne voulait mourir.

Tentative de suicide interrompue : comportement potentiellement autoagressant et la preuve (explicite ou implicite) que la personne voulait mourir mais a stoppé avant un dommage corporel.

Idéation suicidaire : penser le suicide comme moyen de sa propre mort. La sévérité de l'idéation suicidaire varie selon l'intentionnalité suicidaire et sa programmation.

Crise suicidaire : Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire. La crise suicidaire 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. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

La personne ne veut pas mourir, il veut arrêter de souffrir.

1.2. Travail aux urgences psychiatriques

Il s'organise de deux manières et sur différents lieux.

Un premier travail de consultation au sein des urgences et service de réanimation ou hospitalisation médicale d'urgence.

Un travail en service d'hospitalisation dans le service d'urgences psychiatriques et unité de crise. Il comporte 12 lits adultes et 4 lits pour adolescents.

2. Différentes situations cliniques rencontrées

En cherchant à décrire les différentes situations cliniques rencontrées aux urgences, nous avons choisi de décrire trois types de tentatives de suicide : les tentatives de suicide réalisées sur un mode impulsif, les tentatives de suicide « préméditées » et les tentatives de suicide réalisées lors d'un épisode délirant.

2.1. Quelques données

En 2012, nous avons recensé 1 025 demandes de consultations pour des tentatives de suicide tous modes confondus.

43 % d'entre elles étaient des récidives.

La majorité des tentatives de suicide sont des Intoxications Médicamenteuses Volontaires (69,3 %) ou des IMV avec alcool (13,5 %) mais on retrouve également des phlébotomies (7,3 %), des défenestrations (2,4 %), des pendaisons (1,6 %), des strangulations (1,4 %), l'utilisation d'armes à feu ou armes blanches (0,9 %), l'IMV+phlébotomie (0,9 %), l'utilisation de détergent (0,7 %), les accidents de la voie publique (0,7 %), les sauts dans le vide (0,48 %), les intoxications au gaz (0,4 %), les immolations (0,2 %) et les IMV+pendaison (0,2 %).

2.2. Tentative de suicide et crise suicidaire

Ces tentatives de suicide sont l'aboutissement de plusieurs semaines de ruminations suicidaires et de plusieurs semaines d'un long processus de crise.

La personne entre dans un état de vulnérabilité, n'arrive plus à trouver des solutions à ses difficultés, la perception de la réalité est embrouillée et finalement la personne se centre sur des solutions inadaptées. La personne entre dans une sorte de tunnel dont l'aboutissement final est le suicide.

2.3. Les tentatives de suicide sur un mode impulsif

Il s'agit de patients décrivant leur geste comme non prémédité. La plupart du temps un évènement déclenche le passage à l'acte. La crise psychique est là mais le délai entre le début de la crise et le passage à l'acte est plus court.

Les personnalités avec un trait d'impulsivité font partie des facteurs de risque de suicide. Le caractère impulsif tient au délai parfois court entre le dernier évènement et le suicide. L'examen attentif de la trajectoire de souffrance montre habituellement que cet évènement est le dernier d'une longue suite. Un évènement de faible importance peut devenir insurmontable à une personne en crise. La disproportion entre l'évènement et l'acte favorise l'hypothèse de l'impulsivité.

Il s'agit notamment de patients ayant subi une perte récente (décès séparation) ou un traumatisme tellement brutal que la mort apparaît comme la seule issue.

Cela concerne aussi les patients dont la personnalité « impulsive » influence la gestion du quotidien et de la souffrance. Cela se retrouve notamment chez certains patients dits état limites, antisociale, dépendante. Cette symptomatologie traduit une tendance à décharger toute tension conflictuelle directement dans un registre comportemental par une mise en acte notamment contre soi-même.

2.4. Les tentatives de suicide liées à une symptomatologie délirante

Plus rarement, nous sommes amenés à voir en consultation des patients ayant réalisé des tentatives de suicide lors d'un épisode délirant.

Certains patients psychotiques passent à l'acte contre eux-mêmes pour échapper à un danger. Dans ce cadre le geste autoagressif n'a pas un but létal mais au contraire d'essayer de se mettre à l'abri.

Pour autant leur vie est bien mise en danger.

Dans d'autres situations ce sont les phénomènes délirants type automatisme mental, gestes auto-imposés, voix impérieuses qui poussent le sujet à se faire du mal.

Ces tentatives de suicide peuvent être spectaculaires.

2.5. Les consultations de patients suicidaires

Enfin, une partie du travail effectué en période de crise suicidaire se fait en amont du passage à l'acte, en prévention de la tentative d'autolyse.

Le travail de dépistage est alors primordial pour éviter le suicide.

3. Évaluation du risque suicidaire : le RUD (Risque Urgence Dangerosité) (créée à partir des données de la conférence de consensus sur la crise suicidaire)

L'évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée.

L'évaluation comprend celle du risque, de l'urgence et de la dangerosité.

Le potentiel suicidaire est évalué selon qu'il est faible, moyen ou élevé.

3.1. Les facteurs de risque

L'évaluation du risque permet de considérer les éléments du passé pouvant influencer la survenue du décès par suicide dans les 2 ans à partir des facteurs individuels, familiaux et psychosociaux. C'est une estimation à partir des connaissances de l'épidémiologie sur les facteurs de risque et de protection vis-à-vis du suicide et non des tentatives de suicide.

3.1.1. Les facteurs individuels

- Antécédents suicidaires de l'individu.
- Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.).

- Pauvre estime de soi.
- Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité).
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.).

3.1.2. Les facteurs familiaux

- Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu.
- Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu.
- Pertes et abandons précoces.
- Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents.
- Présence de conflits conjugaux majeurs.
- Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents.
- Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents.

3.1.3. Les facteurs psychosociaux

- Présence de difficultés économiques persistantes.
- Isolement social et affectif de l'individu.
- Séparation et perte récente de liens importants, deuil.
- Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire.
- Difficultés scolaires ou professionnelles.
- Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide).
- Difficulté avec la loi.
- Présence de problèmes d'intégration sociale.

3.1.4. Les facteurs de protection

- Le soutien apporté par la famille et les relations sociales.
- La présence d'un proche, un conjoint, un confident.
- La grossesse, les enfants vivants à la maison.
- Les responsabilités familiales.
- L'intégration au sein de la communauté et de la société.
- Une forte croyance religieuse.
- Relation thérapeutique positive.
- La résilience et la capacité de résolutions de problèmes.

C'est la balance entre facteurs de risque et facteurs protecteurs qui permet d'évaluer le risque suicidaire.

3.2. L'urgence

L'évaluation de l'urgence vise à apprécier la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte. Cela permettra de situer le patient dans le processus suicidaire et de mieux organiser sa prise en charge dans les 24 ou 48 heures. Il est souhaitable d'explorer :

- Le niveau de souffrance psychique, avec en particulier l'intensité du sentiment de désespoir, mais aussi de dévalorisation, d'impuissance, voire de culpabilité.
- Le niveau d'impulsivité marqué par une instabilité comportementale, des antécédents de passages à l'acte, de fugues ou d'actes violents, des troubles paniques, réalisés au mieux chez la personnalité borderline.
- Le degré d'intentionnalité (apparition d'idées de suicide passives ; présence d'idées actives et prévalentes ; rumination suicidaire ; cristallisation et planification d'un scénario suicidaire). Ainsi, le scénario suicidaire doit être adéquatement et précisément évalué par des questions concernant le « où », le « quand » et le « comment ».
- L'événement précipitant (perte, conflit), qui n'est souvent que le dernier d'une longue série.

Il sera :

- Faible : pense au suicide, pas de scénario précis ; désire parler et est à la recherche de communication, cherche des solutions à ses problèmes ; pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; n'est pas anormalement troublée, mais psychologiquement souffrante ; a établi un lien de confiance avec un praticien.
- Moyen : scénario envisagé, mais reporté ; a un équilibre émotionnel fragile ; ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir ; a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.
- Élevé : planification claire, passage à l'acte prévu dans les jours à venir ; est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ; se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ; dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ; a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; est très isolée.

3.2.1. Évolution de l'idéation suicidaire lors de la crise suicidaire

1) **Flashes ou idéations suicidaires** : il s'agit de la première étape où la personne a ses premières idées suicidaires. Elles sont soit diffuses (idée de mort, idée d'être poussé accidentellement sous un bus...) soit plus précises mais très brèves et non ruminées. Nous retrouvons aussi les personnes qui ont également pensé au suicide sans toutefois y penser actuellement.

- 2) **Pensées suicidaires occasionnelles** : la personne dit penser au suicide quelques fois par semaine. La personne y pense, se pose des questions, envisage cette possibilité de plus en plus sérieusement, mais n'est pas encore obsédée quotidiennement par ce choix.
- 3) **Pensées suicidaires fréquentes** : la personne pense au suicide régulièrement, « chaque jour, je me réveille en me demandant si cela vaut la peine de continuer à vivre, si je ne serai pas mieux mort ».
- 4) **La planification du suicide est en cours** : la personne a décidé que le suicide est la seule solution ou que c'est l'option principale. À ce stade, la personne mentionne qu'elle ne sait pas exactement comment elle va le faire ni à quel moment. Il manque un ou des éléments de la planification.
- 5) **La planification est complète au-delà de 48 heures** : la personne a le projet de passer à l'acte au-delà de 48 heures. La personne a en main le moyen qu'elle a choisi ou y a accès.
- 6) **La planification est complète dans les 48 heures** : la personne a le projet de passer à l'acte dans les 48 heures. La personne a en main le moyen qu'elle a choisi ou y a accès.
- 7) **La planification est complète et immédiate** : la personne a le projet de passer à l'acte immédiatement. Le moyen retenu est immédiatement disponible.
- 8) **La tentative est en cours de réalisation** : la personne a mis en œuvre son plan d'action. À ce stade, l'intervention médicale est nécessaire et il est important de se rappeler que l'intervenant n'a pas à évaluer ou à juger lui-même de la létalité du moyen utilisé.

3.3. La dangerosité

Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire, c'est évaluer la létalité du moyen et son accessibilité.

Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

3.3.1. Les armes à feu

Une arme tue les personnes du foyer. Elle multiplie par 5 le risque de suicide. Ce risque est réduit à 2,7 si elle est bien entreposée. La létalité est considérable, supérieure à 90 % et les séquelles considérables.

À des fins cliniques, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen, élevé. Ainsi, un patient pourra être à risque faible, en urgence élevée et avec un scénario à forte létalité ; un autre à risque fort, en urgence faible et avec un degré de létalité bas. C'est toutefois le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la Conférence de consensus.

4. Prise en charge des suicidants

Le but de toute intervention est d'établir un lien de confiance entre l'intervenant et la personne suicidaire. Cela passe par un entretien auprès des personnes suicidantes avec un psychiatre et un infirmier des urgences psychiatriques après que la personne est été dédouanée de tous les soins somatiques d'urgence dont elle aurait pu avoir besoin.

4.1. L'entretien aux urgences

Cet entretien est primordial pour recueillir suffisamment d'information afin d'établir un RUD le plus précis possible et ainsi proposer à la personne les solutions les plus adaptées.

Il faut prendre le temps, avoir une attitude posée, suivre le rythme de la personne et favoriser la verbalisation.

Lors de ce temps, il est important d'explorer les dernières heures avant le passage à l'acte afin de mettre en avant le facteur déclenchant. Il faut aussi identifier les principales souffrances de la personne. Les souffrances fondamentales que l'on peut identifier sont la peur de la solitude, la peur d'être sans valeur, la peur d'un rejet imminent, d'un abandon, la peur de l'échec, la peur de perte de contrôle externe (impuissance face aux événements) ou interne (peur face aux pensées, hallucinations, impulsions), la peur de l'inconnu.

Il faut éviter de penser aux solutions trop tôt pour être réellement à l'écoute du patient.

On aborde les émotions ressenties et on les valide, on identifie les sphères de la vie touchées, on met des mots sur les souffrances. À l'origine de ces souffrances se retrouvent souvent les facteurs de risque du suicide.

Enfin pour évaluer l'urgence suicidaire, il faut déterminer le degré de progression du processus suicidaire et donc aborder directement les intentions suicidaires : « Est-ce que vous souffrez au point de vouloir vous tuer ? » « Est-ce que vous avez pensé à la manière dont vous pourriez-vous suicider ? »

Les quatre périodes à explorer en entretien sont donc :

- Les idées actuelles qui ont motivés l'entretien ou le passage à l'acte.
- Les 6 à 8 semaines précédentes.
- Les antécédents plus lointains (idées, tentatives).
- Les idées et intentions pour les heures et jours à venir.

4.2. L'hospitalisation

La décision d'une hospitalisation aux urgences en psychiatrie dépendra de l'évaluation de l'urgence du passage à l'acte. En cas d'urgence élevée, une hospitalisation sera proposée à la personne.

Le but étant d'amener la personne aux soins, il faut au maximum amener celle-ci à accepter de rester en évitant les hospitalisations sous contrainte où l'alliance est plus difficile à créer entre patient et soignants. Cependant, il est parfois nécessaire de mettre en place ces procédures (principalement SPDT) pour mettre à l'abri les personnes et débiter les soins. Cela reste le dernier recours.

Dans tous les cas, une évaluation risques/bénéfices d'hospitaliser *versus* risques/bénéfices de ne pas hospitaliser doit être écrite dans le dossier de soin.

En cas d'hospitalisation, elle débutera le plus souvent par un temps aux urgences psychiatriques où la personne bénéficiera d'entretiens médicaux journaliers, d'entretien infirmier régulier et de la mise en place d'un traitement adapté à la situation de crise. Celle-ci pourra se poursuivre sur un secteur de psychiatrie (4 secteurs dépendent du CHU de Saint-Étienne) si la clinique du patient l'indique. Parfois la sortie se fait directement des urgences psychiatriques avec des rendez-vous ambulatoires.

Le cas des contraintes ambulatoires en sortie d'hospitalisation : Le patient en placement pour des soins psychiatriques bénéficie alors d'un programme de soins ambulatoires qui lui permet de rentrer à domicile. Ce type de soin ne se fait pas à partir des urgences psychiatriques car cela implique une organisation et la mise en place de rendez-vous, un suivi qui dépendent de l'équipe de secteur psychiatrique qui va suivre le patient à l'extérieur.

4.3. Prise en charge ambulatoire

En cas d'urgence modérée ou faible, il faut favoriser une prise en charge des patients en ambulatoire.

Pour cela, nous bénéficions d'un réseau de partenaire avec lesquels travailler et qui nous permettent d'organiser les soins.

Dans un premier temps nous travaillons avec les centres médico-psychologiques afin de fixer un rendez-vous médical en cas de psychopathologie sous-jacente (90 % des suicidants présentent des signes de dépression) et parfois des rendez-vous avec le personnel paramédical (infirmier, assistante sociale...).

Sur Saint-Étienne Loire, Prévention Suicide coordonne des associations sur lesquelles nous nous appuyons souvent dans la prise en charge de nos patients :

- RELIER qui peuvent recevoir rapidement les patients ayant réalisé une TS ou leur famille. Nous fixons les rendez-vous depuis les urgences et cela même le week-end.
- Équilibre qui intervient auprès des personnes âgées, les intervenants pouvant se déplacer au domicile des patients

Nous travaillons beaucoup avec les partenaires déjà présents dans l'entourage des patients :

- Les médecins traitant auxquels sont faxés les comptes-rendus de consultation.
- Les travailleurs sociaux (assistantes sociales, curateurs, tuteurs, éducateurs...).
- Les infirmiers libéraux.

5. Conclusion

Les politiques actuelles mettent en avant la nécessité de la prévention bien en amont du passage à l'acte et donc du passage aux urgences. Les chiffres tendent à baisser doucement. En effet, il faut des centaines de consultations pour prévenir un suicide.

Cela passe donc par la formation de professionnels de santé (personnel des EPAD mais aussi de travailleurs sociaux, de professeurs, de surveillants pénitentiaires...).