

Première partie : Modules transdisciplinaires

Module 3 : Maturation et vulnérabilité

Question 44 - RISQUE ET CONDUITE SUICIDAIRES CHEZ L'ADULTE : IDENTIFICATION ET PRISE EN CHARGE

Rédaction : J.P. Kahn

Relecture : J.L. Terra

Résumé : E. Tran et F. Limosin

Objectifs généraux :

- Savoir détecter les situations à risque suicidaire chez l'adulte
- Argumenter les principes de la prévention et de la prise en charge

Objectifs spécifiques :

- Connaître les principales données épidémiologiques concernant le suicide en France
- Connaître les différents facteurs de risque associés à un risque suicidaire
- Savoir évaluer et prendre en charge une personne en situation de crise suicidaire

Avec près de 12000 décès par an, la France est l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide.

Le suicide représente ainsi la première cause de mortalité chez les adultes jeunes, avant les accidents de la route et, pour l'ensemble de la population, le suicide est la troisième cause d'années de vie perdues, après les maladies coronariennes et le cancer. Ce constat a été à l'origine en 1998 du programme National pour la

Prévention du Suicide. Un des objectifs essentiels est de sensibiliser les différents intervenants des champs sanitaire, social, mais aussi éducatif, à la reconnaissance et à la prise en charge du risque suicidaire.

I. Définitions des conduites suicidaires

I.1. Le suicide est une mort volontaire. Dürkheim, en 1897, l'a défini comme "la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer".

On parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés.

I.2. Les tentatives de suicide recouvrent tout acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu. On

parle de sujets suicidants et de morbidité suicidaire.

I.3. Les idées de suicide correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif

ou passif. On parle de sujets suicidaires.

I.4. La crise suicidaire est un état de souffrance psychique au cours de laquelle le suicide apparaît de plus en plus au sujet comme la seule issue possible.

I.5. Les "équivalents suicidaires" sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide.

II. Epidémiologie du suicide

On estime de manière générale que les statistiques officielles nationales et internationales sous-estiment d'environ 20% le nombre des suicides.

II.1. L'autopsie psychologique a pour but d'élucider les origines d'un décès lorsqu'un suicide est suspecté. Elle repose sur une enquête a posteriori, conduite sur la base de l'interrogatoire des proches, l'analyse des

sources médicales, les antécédents familiaux et personnels, la psychologie de la personne décédée et les événements ayant précédé la mort. Ces données sont confrontées aux données objectives relatives au passage à l'acte.

II.2. Indices épidémiologiques du suicide :

Trois principaux indices sont utilisés :

- L'incidence du suicide : 11000 à 12000 par an en France (1997).
- Le taux de suicide, ou mortalité suicidaire, a été estimé en France entre 20 à 24 pour 100 000 habitants (OMS, 1999), ce qui fait de la France un pays à forte mortalité suicidaire.
- Le taux de mortalité prématurée, attribuable au suicide : il est de 9 à 10%, le suicide étant la 3^{ème} cause de

mortalité prématurée en France, après les maladies coronariennes et les cancers.

II.3. Données descriptives :

- Le suicide est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.
- L'incidence du suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez l'homme et après 75 ans. 66% des suicides surviennent entre 25 et 64 ans
- 28% chez les personnes âgées de 65 ans et plus
- Chez les adultes jeunes (25-34 ans), le suicide est la 1^{ère} cause de mortalité.
- Chez les adolescents, il représente la 2^{ème} cause de mortalité (16%), après les accidents de la circulation (38%).

II.4. Les moyens utilisés :

Les modes de suicide les plus utilisés sont la pendaison (37%), les armes à feu (25%), l'intoxication par médicaments (14%). Viennent ensuite la submersion-nyoade et la précipitation d'un lieu élevé.

III. Épidémiologie des tentatives de suicide (TS)

III.1. Problèmes méthodologiques :

Toutes les TS ne sont pas hospitalisées ou vues par un médecin, donc ne sont pas systématiquement recensées.

III.2. Données descriptives :

- Le nombre annuel de TS est estimé à 160 000 en France.
- Les femmes réalisent deux fois plus de TS que les hommes.
- Les TS sont les plus fréquentes entre 15 et 35 ans, et diminuent ensuite.

III.3. Moyens utilisés :

La majorité des TS (90%) résultent d'intoxications médicamenteuses volontaires. Les phlébotomies sont également fréquentes.

III.4. Pronostic :

- 40% des sujets ayant fait une TS récidiveront, dont la moitié au cours de la première année.
- Il y a 1 % de mortalité par suicide dans l'année qui suit la TS (contre 0,02 % dans la population générale, soit 50 fois plus).
- Un antécédent de TS est ainsi l'un des plus importants facteurs de risque de suicide.

IV. Facteurs de risque et populations à risque

Dans une perspective pragmatique et préventive, Rihmer a proposé en 1996 de classer les facteurs de risque en trois catégories :

IV.1. Les facteurs de risque primaires :

Les facteurs primaires ont une valeur d'alerte importante, au niveau individuel. Ils sont en forte interaction les

uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques. Ce sont :

- Les troubles psychiatriques ;
- Les antécédents familiaux et personnels de suicides 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.

IV.2. Les facteurs de risque secondaires :

Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires. Ce sont :

- Les pertes parentales précoces ;
- L'isolement social ;
- Le chômage et/ou d'importantes difficultés financières ;
- Les événements de vie négatifs sévères, tels une séparation, l'annonce d'une maladie grave, un deuil, etc.

Il s'agit parfois d'événements anodins mais qui revêtent une importance affective d'autant plus grande qu'ils

réactualisent des problématiques liées au passé du sujet.

IV.3. Les facteurs de risque tertiaires :

Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires, et ne peuvent être modifiés. Ce sont :

- L'appartenance au sexe masculin ;

- L'âge, en particulier l'adolescence et la sénescence ;
- Certaines périodes de vulnérabilité (phase prémenstruelle chez la femme, période estivale...).

45

Au total, la mortalité par suicide concerne surtout l'homme mûr et âgé, alors que la morbidité suicidaire concerne surtout la femme jeune.

Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge, alors que le risque de tentatives diminue.

V. Reconnaître et évaluer une crise suicidaire

V.1. Définition de la crise suicidaire :

La crise suicidaire peut être définie comme un moment de crise psychique, au cours de la vie du sujet, où celui-ci va épuiser progressivement ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et envisager, progressivement, par le biais de distorsions cognitives, le suicide comme seule possibilité de réponse aux difficultés qu'il rencontre et éprouve.

V.2. Eléments d'orientation et de diagnostic :

– La crise suicidaire se traduit par des signes de rupture par rapport au comportement habituel :

- La manifestation explicite d'idées et d'intentions suicidaires ;
- L'expression de la crise psychique dans les attitudes, le comportement, les relations interpersonnelles ;
- Des distorsions cognitives, qui traduisent le fait que la personne ne perçoit plus de façon réaliste et objective les événements extérieurs ou ses propres capacités à faire face ;
- Des "comportements de départ" à forte valeur d'orientation : la recherche soudaine d'une arme à feu, le don d'effets personnels investis d'une valeur affective, etc.

– Les signes d'alerte peuvent varier selon l'âge :

- Chez l'adolescent, l'expression répétitive d'une intentionnalité suicidaire est un motif suffisant d'intervention. Les ruptures sentimentales, les échecs scolaires, les conflits d'autorité, la solitude affective sont des facteurs de vulnérabilité.
- Chez l'adulte, la crise psychique peut se manifester par des arrêts de travail à répétition, des consultations médicales itératives, des conflits avec la hiérarchie ou le conjoint, un sentiment d'incapacité, etc.
- Chez la personne âgée, les idées suicidaires sont rarement exprimées de façon explicite mais plutôt allusivement. La dépression, les maladies physiques, en particulier celles qui génèrent handicap et douleurs, les changements d'environnement, le départ en institution, et le décès du conjoint sont des facteurs de vulnérabilité importants.

V.3. Evaluation de la crise suicidaire :

Se décompose en l'analyse des facteurs de risque, de l'urgence de la menace suicidaire et de la dangerosité de l'acte, liée aux moyens disponibles. Chacune de ces trois dimensions est évaluée séparément selon trois degrés d'intensité : faible, moyen ou élevé.

Parmi les facteurs de risque suicidaire précédemment répertoriés, on peut insister sur :

- Les antécédents familiaux et personnels de suicide : la moitié des suicides (30 à 60 %) sont précédés d'une ou plusieurs TS.
- Les troubles psychiatriques, en particulier les troubles de l'humeur, l'alcoolisme, les troubles de la personnalité, la schizophrénie. Risque d'autant plus important que la pathologie est sévère et a nécessité une hospitalisation. Comparativement à la population générale, le risque de suicide est de 6 à 22 fois supérieur chez les sujets souffrant d'un trouble mental avéré.

L'urgence de la menace suicidaire :

– Deux éléments doivent être pris en compte : l'existence d'un scénario suicidaire et l'absence pour le sujet d'une alternative autre que le suicide.

– L'urgence doit être évaluée comme "faible" en l'absence d'un scénario construit, "moyenne" si un scénario existe, mais que sa date de réalisation est éloignée ou imprécise, "élevée" s'il existe une planification précise ou une date arrêtée pour les jours suivants.

La dangerosité ou létalité potentielle du moyen suicidaire :

La dangerosité mortelle du moyen considéré et son accessibilité doivent être évaluées. Si l'accès au moyen

est facile et/ou immédiat, la dangerosité doit être évaluée comme "élevée", l'intervention doit alors être immédiate et viser, en priorité, à empêcher l'accès à ce moyen.

VI. Prendre en charge la personne en crise suicidaire

VI.1. Aborder et interroger un sujet en crise suicidaire :

46

L'entretien doit être conduit de façon à la fois directive et empathique, laissant à la personne le temps de s'exprimer. L'entretien doit en premier lieu permettre de soutenir le sujet, établir une relation de confiance, mettre à jour sa souffrance et l'assurer qu'on le comprend.

Si l'on suspecte une personne d'être en crise suicidaire, il faut l'interroger simplement et après un temps introductif, aborder directement le sujet d'éventuelles idées suicidaires, en évitant les jugements de valeur.

VI.2. Identifier l'existence de facteurs précipitants et de protection :

L'entretien doit permettre d'identifier d'éventuelles sources de soutien dans l'entourage, apprécier comment

la personne en crise les perçoit et proposer de les contacter et de les informer.

La capacité de coopération de la personne est importante à évaluer pour juger de l'urgence d'une intervention.

VI.3. Distinguer entre crise psychosociale et crise en rapport avec un trouble mental :

La prise en charge d'un éventuel trouble psychiatrique est évidemment prioritaire et justifie alors souvent une

hospitalisation. Dans certains cas, la crise est de nature purement psychosociale. Cette distinction permet d'orienter la prise en charge et les interventions proposées.

VI.4. Proposer une orientation et intervenir :

Un traitement médicamenteux symptomatique peut être proposé par exemple en cas de souffrance majeure ou d'agitation (traitement anxiolytique et/ou sédatif).

L'hospitalisation s'impose si l'urgence, le risque et la dangerosité sont élevés, si le sujet est "froid" et coupé

de ses émotions, ou impulsif, s'il refuse toute coopération ou présente d'importants troubles du jugement.

Une hospitalisation sans consentement (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers) peut être nécessaire.

L'ANAES recommande l'hospitalisation systématique pendant 48 heures au moins de tout adolescent suicidant. Un patient suicidaire présentant des signes d'intoxication (alcool, psychotropes, ...) doit être maintenu au service des urgences jusqu'à la disparition des signes d'intoxication et une nouvelle évaluation

clinique.

Surveillance d'un patient hospitalisé : les suicides en milieu hospitalier représentent 5 % des suicides.

Certaines précautions peuvent être prises consistant à limiter l'accès à des moyens mortels, en particulier la

défenestration et la pendaison. La vérification des effets personnels de la personne, en sa présence et après

avoir recherché son accord, permet également de neutraliser certains moyens. A l'hôpital, les périodes de changement (début ou fin d'hospitalisation, transfert dans une autre chambre ou unité, absence du médecin

référént habituel...) sont des périodes où le risque est le plus élevé.

Prise en charge ambulatoire : si le risque suicidaire est moyen ou faible, une prise en charge ambulatoire

peut être proposée, à condition de s'assurer d'un soutien rapproché : coopération du sujet, entourage proche

et disponible, nouvel entretien programmé et accepté avec la personne.

Prise en charge psychologique et suivi : que le patient soit hospitalisé ou non, le but principal de la prise en

charge consiste à définir et mettre en place des alternatives valables au projet suicidaire, d'où la nécessité de repérer les éléments positifs de la vie et de la personnalité du sujet.

VI.5. Suivi et évaluation :

Le suivi doit être envisagé dès le début de la prise en charge pour assurer la permanence et la continuité de

celle-ci. Il faut planifier, avec la collaboration du sujet, des démarches simples impliquant l'entourage du sujet ou l'institution : téléphoner à un proche, au médecin traitant habituel, faire intervenir l'assistante sociale

ou aider à la réalisation de telle ou telle démarche.

L'intervenant doit s'assurer personnellement que ces relais et jalons aient effectivement été mis en place. Une réévaluation de la situation après quelques jours est toujours souhaitable. On considère que, même chez une personne sans facteur de risque primaire, une vigilance de l'entourage est nécessaire dans les douze mois suivant une crise suicidaire ou une tentative de suicide.

VII. Prévention du suicide

VII.1. L'impossible prédiction du suicide :

L'identification des facteurs de risque suicidaire ne permet pas de pouvoir prédire un suicide. Leur connaissance permet néanmoins d'envisager deux catégories d'actions préventives : l'une vise à mieux traiter certains facteurs de risque curables, tels que les troubles psychiatriques, l'autre consiste à identifier des populations à haut risque suicidaire, de manière à leur appliquer des mesures préventives.

VII.2. La nécessaire prévention médicale :

Quatre types d'interventions médicales peuvent contribuer à prévenir utilement le suicide (cf. texte de la conférence de consensus de l'ANAES, disponible sur le site www.anaes.fr) :

- Le repérage et l'intervention lors de situations de crise suicidaire ;
- La prise en charge des suicidants ;

47

- L'amélioration du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, en particulier des dépressions ;
- La prévention du suicide auprès des sujets à hauts risques que sont les malades hospitalisés en