

LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Indications pour les médecins généralistes

Ce document fait partie d'une série de recommandations éditées à l'intention de groupes professionnels et sociaux, particulièrement concernés par la Prévention du suicide.

Ce document est un des produits du Programme SUPRE, une initiative internationale de l'O.M.S. pour la Prévention du Suicide.

Mots clés: Suicide, prévention, recommandations, médecins généralistes, formation, soins de santé primaire.

Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques
Département de Santé Mentale et Toxicomanies
Organisation Mondiale de la Santé
Genève 2001

© Organisation Mondiale de la Santé, 2001

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

Note du traducteur	iv
Avant Propos	v
LA PRÉVENTION DU SUICIDE : INDICATIONS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	1
Poids du suicide	1
Suicide et troubles mentaux	1
Troubles de l'humeur	2
Alcoolisme.....	4
Schizophrénie	4
Troubles de la personnalité	5
Etats anxieux (anxiété)	5
Suicide et troubles somatiques	5
Troubles neurologiques	5
Cancers	5
Sida et infection par virus HIV	5
Autres pathologies	6
Suicide et facteurs socio-démographiques	6
Sexe	6
Age	6
Etat matrimonial.....	6
Emploi	6
Chômage	7
Habitat rural et urbain	7
Migration.....	7
Autres	7
Comment identifier un patient à haut risque suicidaire ?	7
Comment aborder la question du suicide ?.....	9
Quand interroger ?.....	9
D'autres questions	9
Prise en charge de patients suicidaires	10
Ressources	10
La notion de contrat.....	10
Orientation vers les soins spécialisés	11
Résumé des différents stades de la prévention du suicide	12
Risque suicidaire : dépistage, évaluation, stratégie.....	12
Bibliographie	13

NOTE DU TRADUCTEUR

Ce document dont l'origine est expliquée dans l'Avant-propos comprend deux parties :

- **Une première partie** comporte des généralités sur la Suicidologie issues des recherches internationales.
- **La seconde partie**, plus pratique et provenant d'un premier rapport, comprend des éléments émanant non seulement de la recherche internationale, mais également des travaux français du GROUPEMENT D'ETUDES ET DE PREVENTION DU SUICIDE fondé en 1969, qui ne sont pas tous répertoriés dans les circuits bibliographiques internationaux, lesquels sont en majorité anglophones et qui ne purent figurer dans la bibliographie.

Cette traduction a respecté les consignes de l'OMS tout en adaptant au mieux les éléments techniques à la clinique francophone.

La traduction d'un texte scientifique est un art délicat, compte tenu des différences culturelles rencontrées.

En Suicidologie par exemple, la langue anglaise ne connaît que le terme "suicidal patient" pour exprimer aussi bien le patient suicidant qui passe à l'acte que le patient suicidaire qui en a l'idée.

Cette brochure est destinée à tous les médecins généralistes mais également à tous les médecins quelle que soit leur spécialité, leur lieu de travail, souvent confrontés à la crise suicidaire, mais pas toujours formés à la prévention du suicide.

Il s'agit non seulement d'indications pratiques mais également d'un document de travail pouvant être commenté et discuté lors de réunions de formation que le Comité souhaite nombreuses.

Le suicide, sans définition universellement admise à ce jour, reste parfois une énigme pour nous tous, ce qui doit nous encourager dans sa connaissance et sa prévention*.

Professeur Jean-Pierre SOUBRIER

Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide (I.A.S.P.)

1995-1997

Membre Expert du Réseau International de l'OMS pour la Prévention du Suicide et la Recherche.

* J.P. Soubrier: *Définitions du Suicide. Signification de la prévention. Ann. Med. Psychol.*, 1999, 157, n°8 pp526-529.

AVANT PROPOS

Le suicide est un phénomène complexe qui a attiré l'attention au cours des siècles, des philosophes, des théologiens, des médecins, des sociologues et des artistes.

Selon le philosophe français Albert CAMUS, dans le "Mythe de Sisyphe" : "*Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide...*".^(NT)

S'agissant d'un problème grave de santé publique, le suicide demande notre attention ainsi que sa prévention, son contrôle, ce qui représente une tâche peu facile.

La recherche scientifique de haut niveau nous indique que la prévention du suicide bien que réalisable, implique toute une série d'actions allant de la nécessité de fournir les meilleures conditions possibles d'éducation pour nos enfants et la jeunesse, jusqu'à l'application de traitements efficaces pour les troubles mentaux en passant par le contrôle des facteurs de risques dans l'environnement.

Une diffusion plus appropriée de l'information et une prise de conscience du phénomène, sont les éléments essentiels pour assurer le succès des programmes de prévention du suicide.

En 1999, l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ a lancé son programme S.U.P.R.E. qui est une initiative mondiale pour la prévention du suicide. Cette brochure fait partie d'une série de recommandations présentées dans le programme SUPRE et s'adresse aux groupes professionnels et sociaux spécifiques qui sont impliqués dans la prévention du suicide.

Ce programme constitue le lien d'une chaîne longue et variée à laquelle participe un vaste ensemble de personnes et de groupes comportant les professionnels de santé publique, les éducateurs, les dispensaires, les gouvernements, les législateurs, les travailleurs sociaux, la police, les familles et les communautés.

Nous sommes particulièrement reconnaissants au Professeur Jean-Pierre SOUBRIER, Groupe Hospitalier COCHIN, PARIS, FRANCE, qui a fourni une première version de cette brochure. Le texte fut ensuite revu par les membres du Réseau International OMS pour La Prévention du Suicide, que nous remercions et dont voici la liste :

- Dr Sergio Perez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba
- Dr Annette Beutrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, Nouvelle Zélande
- Pr Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australie
- Pr Ahmed Okasha, Université de Ain Shams, Le Caire, Egypte
- Pr Lourens Schlebusch, University of Natal, Durbaio, Afrique du Sud
- Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estonie
- Pr Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Karolinska Institute, Stockholm, Suède
- Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanji, Chine

Nous remercions également le Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, Inde pour son aide dans les questions techniques de l'édition des premières versions de ces recommandations.

(NT) : Cette phrase est issue du chapitre "Un raisonnement absurde" dans la première page du sous-chapitre "L'absurde et le Suicide" (Editions Gallimard - 1942)

Ces documents sont actuellement largement distribuées dans l'espoir qu'elles seront traduites et adaptées aux nécessités locales, la condition préalable pour être le plus efficaces. Tous les commentaires et demandes d'autorisation de traduction et d'adaptation seront les bienvenus.

Dr J.M. Bertolote
Coordinateur, prise en charge des troubles mentaux et neurologiques
Département de Santé Mentale et Toxicomanies
Organisation Mondiale de la Santé

LA PRÉVENTION DU SUICIDE: INDICATIONS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Un des pires événements auquel le médecin doit faire face, est le suicide de l'un de ses patients.

Les réactions habituelles des médecins qui ont vécu une telle expérience sont l'incrédulité, la perte de confiance en soi, l'amertume et une grande gêne.

Le suicide d'un patient peut déclencher des sentiments d'inaptitude, un doute sur ses compétences et la crainte pour sa réputation. De plus, le médecin éprouve des difficultés majeures dans la relation avec la famille et les amis du décédé.

Ces indications sont destinées tout d'abord aux médecins généralistes. L'objectif est de souligner les principaux facteurs pathologiques et tous les autres facteurs associés au suicide et également de fournir des informations sur le dépistage et l'approche des patients suicidaires.

POIDS DU SUICIDE

L'OMS estime qu'environ un million de personnes se seront suicidées en l'an 2000.

Le suicide figure parmi les 10 premières causes médicales de décès quel que soit le pays, et est l'une des trois causes principales de décès dans la tranche d'âge de 15 à 35 ans. L'impact social et familial du suicide est incommensurable. En moyenne, la survenue d'un seul suicide affectera intimement six autres personnes.

Si le suicide survient en milieu scolaire ou sur le lieu de travail, l'impact touchera des centaines d'autres personnes.

Le poids du suicide peut être évalué en fonction de l'indicateur DALY (années de vie corrigées par une incapacité).

Selon cet indicateur, le suicide fut pour 1998, responsable de 1,8 % du coût (poids financier) mondial des maladies avec une variation selon la situation économique des pays de 2,3 % pour ceux à situation élevée, à 1,7 % pour ceux moins élevés du point de vue économique.

Ceci est équivalent au poids des guerres et des homicides et représente environ deux fois le coût du diabète. Il est égal au poids de l'asphyxie du nouveau-né et du traumatisme obstétrical.

SUICIDE ET TROUBLES MENTAUX

Le suicide est maintenant compris comme un malaise mental multidimensionnel qui résulte d'une interaction complexe de divers facteurs biologiques, génétiques, psychologiques, sociologiques et environnementaux.

La recherche scientifique a démontré qu'entre 40 et 60 % des personnes mortes par suicide avaient consulté un médecin dans le mois précédant l'acte suicide. Parmi elles, la majorité avait vu un généraliste plutôt qu'un psychiatre.

Dans les pays où les services de santé mentale sont insuffisamment organisés la proportion de ceux qui ont consulté un généraliste doit être encore plus élevée.

Repérer, évaluer, prendre en soins les patients suicidaires, constitue une tâche importante pour le généraliste qui joue un rôle majeur dans la prévention du suicide.

Le suicide n'est ni une maladie en soi, ni nécessairement la manifestation d'une maladie mais les troubles mentaux représentent un facteur majeur associé au suicide.

Les études effectuées aussi bien dans les pays développés que dans ceux en cours de développement révèlent la prévalence de 80 à 100 % de troubles mentaux dans les cas de mort par suicide. Il est estimé que le risque de suicide survenant au cours de la vie de patients souffrant de troubles de l'humeur (principalement dans le cas de dépression) est de 6 à 15 %. Il est de 7 à 15 % pour l'alcoolisme et de 4 à 10 % pour la schizophrénie.

Cependant, un pourcentage non négligeable de personnes mortes par suicide n'a pas consulté un spécialiste en santé mentale. Par ce fait, un meilleur repérage, une orientation et une approche des troubles mentaux en médecine générale est une étape majeure dans la prévention du suicide.

Une constatation courante retrouvée chez les suicidés précise l'existence de plus d'un seul symptôme.

Les troubles associés sont en règle fréquente : alcoolisme et dysthymies (dépressions), troubles de la personnalité et autres désordres mentaux.

La collaboration avec un psychiatre et l'assurance que le traitement le plus approprié soit mis en place, jouent pour le généraliste un rôle crucial.

TROUBLES DE L'HUMEUR

L'ensemble des troubles de l'humeur a été associé avec le suicide.

Ceci comprend les troubles bipolaires, la dépression majeure unipolaire, les dépressions récurrentes et les troubles chroniques que sont les cyclothymies et les dysthymies. - tous faisant partie des catégories F31 et F34 de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement (ICD-10). Il est établi que le risque de suicide existe dans les dépressions masquées et les dépressions psychiques non traitées.

Bien que la dépression soit reconnue fréquente dans la population générale, ce trouble de l'humeur n'est pas reconnu par tous comme étant une maladie.

On estime cependant que 30 % de la population consultant un médecin généraliste, souffre d'un état dépressif.

Approximativement, 60 % de ceux qui souhaitent un traitement, consultent tout d'abord un généraliste.

Ceci constitue un défi pour le médecin qui est concerné à la fois par les symptômes physiques et les troubles psychiques, et ceci simultanément.

Bien souvent, la dépression apparaît "masquée" et les patients n'exposent que des troubles somatiques.

Au cours des épisodes dépressifs typiques, la personne souffre habituellement de :

- **humeur dépressive (tristesse)**
- **perte d'intérêt et d'enthousiasme**
- **réduction d'énergie (fatigabilité, diminution de l'activité).**

Les symptômes dépressifs habituels sont :

- Asthénie
- Tristesse
- Manque de concentration
- Anxiété
- Irritabilité
- Troubles du sommeil
- Algies diverses

Ces symptômes doivent alerter le généraliste de la présence d'un état dépressif et doivent conduire à l'évaluation d'un risque suicidaire.

Les signes cliniques spécifiques de ce risque existant dans les dépressions sont :

- Insomnie persistante
- Négligence de soi
- Présence d'un désordre mental (dépression mélancolique en particulier)
- Dysmnésie
- Agitation
- Attaques de panique

D'autres facteurs aggravent le risque de suicide survenant dans les dépressions psychiques:

- Homme de moins de 25 ans
- Troubles d'installation précoce
- Dépendance alcoolique
- Phase dépressive (mélancolique) d'un trouble bipolaire
- Etat maniaco-dépressif mixte
- Etat maniaque (manie aiguë)

La dépression est un facteur majeur de risque suicidaire chez le jeune et la personne âgée mais le risque est encore plus élevé lors d'un début récent du processus pathologique de dépression psychique.

Les progrès récents dans le traitement des dépressions sont importants pour la prévention du suicide en médecine générale.

En SUEDE, la formation pédagogique du généraliste pour une meilleure approche thérapeutique et connaissance des dépressions aurait conduit à une réduction des suicides.

Des données épidémiologiques suggèrent que les médicaments antidépresseurs réduisent le risque de suicide chez les déprimés. La dose thérapeutique optimum doit être reconduite pendant plusieurs mois.

Chez l'adulte âgé, le traitement doit être prolongé pendant au moins 2 ans après la guérison.

Les patients prenant un traitement régulier de sel de lithium présenteraient un risque suicidaire moindre.

ALCOOLISME

L'alcoolisme (l'abus d'alcool et la dépendance alcoolique) est un fréquent diagnostic étiologique parmi les morts par suicide et particulièrement chez le jeune adulte.

Les explications sont nombreuses dans la relation existant entre suicide et alcoolisme. Elles sont biologiques, psychologiques et sociales.

Les facteurs spécifiques concernant l'augmentation du risque de suicide chez l'alcoolique sont les suivants :

- Alcoolisme d'installation précoce
- Passé d'alcoolisme chronique
- Dépendance toxique majeure
- Humeur dépressive
- Mauvais état général
- Moindre rendement professionnel
- Antécédent d'alcoolisme familial
- Discorde ou perte affective récente

SCHIZOPHRÉNIE

Le suicide est la principale cause de mort précoce chez le schizophrène.

Les facteurs spécifiques de risque sont :

- Jeune adulte masculin, sans emploi
- Rechutes fréquentes
- Crainte d'un déficit mental et particulièrement chez ceux ayant des capacités intellectuelles élevées
- Symptômes patents de méfiance avec hallucinations
- Symptômes dépressifs

Le risque est à son maximum :

- aux premiers stades de la maladie
- lors d'une rechute récente
- lors de la guérison récente d'un épisode dissociatif

Le risque de suicide diminuerait lorsque la maladie se prolonge.

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Des études récentes sur le suicide des jeunes ont montré la fréquence (20 à 25 %) des troubles de la personnalité.

Les troubles les plus fréquents associés au suicide concernent les états limites (borderline) et les personnalités psychopathiques.

Les personnalités hystériques et narcissiques et certaines autres au comportement impulsif et agressif ont également été associées au risque de suicide.

ETATS ANXIEUX (ANXIÉTÉ)

Le risque de suicide a souvent été démontré comme existant dans les états anxieux et les troubles de l'attaque de panique et secondaires dans les troubles obsessionnels-compulsifs (T.O.C.).

Les troubles psychosomatiques et les conduites alimentaires pathologiques (anorexie mentale et boulimie) ont également été associés à un comportement suicidaire.

SUICIDE ET TROUBLES SOMATIQUES

Le risque de suicide s'accroît dans la pathologie organique chronique. De plus, il existe généralement un nombre plus élevé de troubles psychiques et principalement les dépressions, chez les patients atteints de troubles somatiques. Une maladie chronique, un handicap et toute pathologie à pronostic engagé sont associables à un risque de suicide.

TROUBLES NEUROLOGIQUES

L'épilepsie a été associée à un risque élevé de suicide. Ceci a été attribué à une augmentation de l'impulsivité, de l'agressivité ainsi qu'au handicap chronique que peut présenter cette maladie.

Les traumatismes crâniens et médullaires augmentent le risque de suicide. Des études récentes ont démontré que dans les suites d'un accident vasculaire cérébral et notamment en cas de lésions postérieures étant responsables d'un handicap majeur et d'une détérioration physique, on a pu évaluer à 19 % le nombre de patients dépressifs et suicidaires.

CANCERS

Le risque de suicide se situe à l'époque de la confirmation du diagnostic ainsi que dans les deux premières années de la maladie terminale et encore plus lors de la progression du processus malin. La douleur est un facteur significatif de ce risque.

SIDA ET INFECTION PAR VIRUS HIV

Cette infection présente un risque de suicide élevé chez le jeune.

Il est également élevé lors de la découverte de l'atteinte infectieuse et dans les premiers temps de la maladie.

Le risque est majeur chez les toxicomanes s'intoxiquant par voie intraveineuse.

AUTRES PATHOLOGIES

D'autres pathologies seraient responsables du risque de suicide. On peut citer les néphrites chroniques (sous dialyse) les atteintes hépatiques, les maladies osseuses et articulaires, cardiovasculaires et digestives.

A cette liste on ajoutera tout handicap locomoteur, la cécité et la surdité.

Depuis quelques années, l'euthanasie et l'assistance au suicide sont apparues comme un dilemme pour le médecin.

L'euthanasie active est illégale dans la majorité des juridictions mondiales. La question de l'assistance au suicide est intriquée dans une controverse morale, éthique et philosophique.

SUICIDE ET FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Le suicide est un acte individuel. Il survient cependant dans un contexte particulier d'une société donnée et un certain nombre de facteurs socio-démographiques sont impliqués.

SEXE

Dans la majorité des pays, le suicide est plus masculin que féminin. Le rapport homme-femme varie selon les pays.

La CHINE est le seul pays connu où dans les zones rurales, le suicide féminin l'emporte sur le suicide masculin et serait équivalent dans les zones urbaines.

AGE

La personne âgée de plus de 65 ans et le jeune entre 15 et 30 ans représentent deux groupes à risque de suicide élevé.

De récentes informations penchent vers une augmentation dans la tranche d'âge moyen masculin. (35-45 ans)

ETAT MATRIMONIAL

Le risque de suicide est plus élevé chez les divorcés, les veufs et les célibataires.

Le mariage serait plus protecteur chez les hommes que chez les femmes.

La séparation conjugale et la vie solitaire aggravent ce risque.

EMPLOI

Certaines catégories professionnelles comme les vétérinaires, les pharmaciens, les dentistes, les médecins et les fermiers, sont reconnues comme ayant un risque élevé de suicide.

Il n'existe pas d'explications précises à cette constatation.

Les causes invoquées sont :

- L'accès aux moyens létaux
- La pression professionnelle

- L'isolement social
- Les difficultés financières

CHÔMAGE

Une forte relation existe entre chômage et suicide. Celle-ci est néanmoins complexe. Les conséquences du chômage sont entretenues probablement par différents facteurs qui sont la précarité sociale, le paupérisme, les difficultés domestiques et le désespoir.

D'un autre côté, les patients atteints de troubles mentaux sont plus enclins à la perte d'emploi que les personnes en bonne santé mentale.

De toutes façons, on doit considérer que le risque de suicide est plus fréquent dans le cas de la perte récente d'un emploi que lors d'une période prolongée de chômage.

HABITAT RURAL ET URBAIN

Dans certains pays, le suicide est plus fréquent dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

MIGRATION

Le risque est élevé dans les populations migrantes du fait de l'insuffisance de soutien social, de la pauvreté, des conditions médiocres de logement et d'attentes non satisfaites.

AUTRES

Le risque de suicide peut encore être accru par des facteurs sociaux divers que sont l'accessibilité immédiate à un moyen léthal et la survenue d'événements de vie stressants.

COMMENT IDENTIFIER UN PATIENT À HAUT RISQUE SUICIDAIRE ?

Des facteurs individuels et socio-démographiques liés au suicide s'avèrent cliniquement utiles. Il s'agit de :

- troubles mentaux (dépressions, alcoolisme et troubles de la personnalité)
- maladies organiques (terminales, douloureuses, invalidantes ainsi que le SIDA)
- antécédents personnels de tentative de suicide
- antécédents familiaux de suicide, d'alcoolisme et de tout autre trouble mental
- divorcés, veufs et célibataires
- vivant seul (avec isolement social)
- sans emploi et retraités
- deuil dans l'enfance.

Si le patient suit un traitement psychiatrique, le risque est plus élevé chez :

- les patients récemment sortis d'un hôpital
- les patients avec antécédents de tentative de suicide.

De plus, des facteurs de stress vitaux récents augmentent le risque de suicide. Il s'agit de :

- séparation conjugale
- deuil
- discorde familiale
- changement dans la vie professionnelle et le statut matériel
- rejet par une personne proche
- honte et culpabilisme

Il existe un certain nombre d'échelles d'évaluation du risque suicidaire. Elles sont cependant moins utiles qu'une bonne évaluation clinique permettant d'identifier un patient à risque de suicide immédiat.

Le médecin peut se trouver confronté à diverses situations et conditions liées à un comportement suicidaire.

Deux exemples différents et opposés sont donnés : un homme âgé récemment veuf, traité pour un état dépressif, vivant seul avec un passé de tentatives de suicide ; et une femme jeune présentant des égratignures sur un avant-bras et dont le compagnon vient de la quitter. En réalité, la majorité des patients se situent entre ces deux extrêmes et peuvent varier d'une catégorie clinique à l'autre.

Lorsqu'un médecin est formellement informé qu'un patient présente un risque de suicide, il est confronté au moyen d'agir.

Certains médecins se sentent mal à l'aise avec de tels patients. Il est important pour eux d'avoir conscience de ce risque et d'être encouragés à solliciter l'aide de confrères ainsi que celle de spécialistes de santé mentale. Le risque ne doit être ni ignoré ni dénié.

Si le médecin décide d'agir, le premier geste est d'accorder du temps au patient même si d'autres personnes se trouvent dans la salle d'attente.

En démontrant son souhait de compréhension, le médecin commence par établir une relation positive avec le patient.

Des questions directes et restrictives au début de l'entretien n'aident pas beaucoup le dialogue.

Certaines remarques sont utiles : *"Vous avez l'air fâché"*, *"Dites-moi tout"*.

Ecouter avec calme et compréhension représente un pas important pour réduire l'intensité du désespoir.

Mythes	Réalité
Les patients qui parlent de se suicider ne le tentent jamais.	<ul style="list-style-type: none"> • les patients morts par suicide ont généralement donné auparavant des indications et des signaux d'alerte. • toute menace de suicide doit être prise au sérieux.
Poser la question de l'existence ou non d'idées de suicide à un patient peut provoquer un passage à l'acte.	<ul style="list-style-type: none"> • Poser la question de l'existence ou non d'idées de suicide à un patient peut réduire l'angoisse corollaire. Le patient peut se sentir rassuré et mieux compris.

COMMENT ABORDER LA QUESTION DU SUICIDE ?

Il n'est pas facile d'interroger un patient sur son idéation suicidaire. On peut s'aider en abordant cette question graduellement.

Une série de questions utiles sont les suivantes :

- 1- Vous sentez-vous malheureux et sans soutien ?
- 2- Vous sentez-vous désespéré (dans une situation sans issue) ?
- 3- Vous sentez-vous incapable de faire face au quotidien ?
- 4- Ressentez-vous le fardeau de l'existence ?
- 5- Pensez-vous que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- 6- Souhaitez-vous vous suicider ?

QUAND INTERROGER?

Il est important de poser toutes ces questions :

- 1- après que la relation soit installée
- 2- quand le patient se sent plus apte à exprimer ses sentiments
- 3- lorsque le patient est sur le point d'exprimer des pensées négatives.

D'AUTRES QUESTIONS

L'approche ne doit pas se terminer lors de la confirmation de l'intentionnalité suicidaire. Elle doit être poursuivie par d'autres questions permettant d'évaluer la fréquence, la sévérité de cette intentionnalité et la possibilité d'un passage à l'acte.

Il est important de savoir si le patient a déjà établi un plan et possède des moyens létaux à sa portée.

Si le patient mentionne un suicide par arme à feu sans en posséder une, le risque est moindre. Cependant si le patient a choisi un moyen qui est en sa possession (des médicaments par exemple) ou si la méthode est accessible facilement, le risque sera plus élevé encore.

Il est important de préciser tout cela sans trop d'insistance ou de coercition mais chaleureusement, le médecin démontrant une compréhension envers le patient (empathie).

Ces questions peuvent inclure :

- Avez-vous déjà un plan pour en finir avec votre vie ?
- Quel est ce plan ?
- Possédez-vous des médicaments, produits toxiques, arme à feu ?
- En avez-vous choisi le moment ?

ATTENTION – DANGER

Amélioration trompeuse ou précaire : Quand un patient devient subitement calme, il ou elle peut avoir pris la décision de se suicider et de fait se sent calme une fois cette décision prise.

Déni : Des patients ayant une intention de se tuer peuvent délibérément nier toute intention.

PRISE EN SOINS DE PATIENTS SUICIDAIRES

Si un patient présente une hyperémotivité avec de vagues pensées suicidaires, l'opportunité de l'orienter vers un médecin qualifié paraîtra suffisante.

Néanmoins, l'opportunité d'un suivi ultérieur devra être laissée ouverte et particulièrement si le patient ne possède pas de support social. Quel que soit le problème exposé, les sentiments de la personne suicidaire sont liés à une triade clinique faite de sentiments, d'absence de soutien, d'être dans une situation sans issue et de désespoir.

Les trois symptômes les plus habituels sont :

1- Ambivalence :

La majorité des patients demeurent ambivalents jusqu'à la fin de la crise. Il existe un sentiment partagé entre le désir de mourir et le désir de vivre. Si ce sentiment ambivalent est abordé par le médecin dans le sens du désir de vivre, le risque de suicide est réduit.

2- Impulsivité :

L'acte suicide est un phénomène impulsif et cette impulsivité peut être transitoire. Si une aide est fournie au moment de l'impulsivité (ou de la pulsion) la crise peut être désamorcée.

3- Rigidité :

Chez les patients suicidaires, existe une constriction dans la pensée, l'humeur et l'action. Leur raisonnement est partagé entre tenter ou ne pas tenter le suicide.

En exploitant toutes les alternatives à la mort volontaire, le médecin pourra doucement en souplesse faire comprendre au patient qu'il existe d'autres options même si elles ne sont pas idéales.

RESSOURCES

Le médecin devra s'enquérir de tous les supports possibles, chercher un parent, un ami, une connaissance ou toute autre personne qui pourrait aider le patient. Il doit solliciter l'assistance de celle-ci.

LA NOTION DE CONTRAT

Etablir un contrat de "non suicide" est une technique pratique en prévention du suicide.

L'entourage du patient peut contribuer à la négociation de ce contrat. Cette négociation peut conduire à la discussion de problèmes existants.

Dans la majorité des cas, le patient respecte les promesses faites au médecin. Cependant cette notion de contrat n'est apparue valable que chez des patients possédant encore leur contrôle de soi (ou la maîtrise de leurs actes).

La majorité des patients bénéficient de la poursuite des contacts mais ceux-ci doivent être adaptés aux besoins individuels de chacun.

En l'absence de troubles mentaux sévères ou d'intention précise de suicide, le médecin peut commencer par engager un traitement médicamenteux généralement par antidépresseurs et une psychothérapie^(NT).

Mis à part la nécessité d'un traitement spécifique d'une maladie existante, peu de personnes nécessitent un soutien médical au-delà d'une période de 2 à 3 mois.

Le but du soutien est de donner un espoir de vie, d'encourager l'indépendance et d'aider le patient à mieux supporter les événements de vie et le stress inhérent du quotidien.

ORIENTATION VERS LES SOINS SPÉCIALISÉS

Quand orienter un patient ?

Les patients devront être orientés vers un psychiatre lorsqu'ils présentent :

- un trouble mental
- un passé personnel de tentative de suicide
- un passé familial de suicide, alcoolisme et troubles psychiatriques
- une maladie somatique
- l'absence de soutien social.

Comment orienter un patient ?

Une fois prise la décision d'orientation, le médecin devra :

- 1- Prendre le temps d'expliquer au patient les raisons de cette orientation.
- 2- Calmer l'anxiété correspondante en s'aidant d'un traitement psychotrope.
- 3- Bien préciser que les traitements médicamenteux et les psychothérapies sont efficaces.
- 4- Assurer le patient que cette orientation n'est pas un abandon.
- 5- Organiser le rendez-vous avec le psychiatre référent.
- 6- Prévoir un moment avec le patient après son rendez-vous avec le psychiatre.
- 7- S'assurer que la relation établie avec le patient se poursuivra dans le temps.

Quand hospitaliser un patient ?

Les indications d'hospitalisation immédiate sont les suivantes :

- pensées récurrentes de suicide,
- intentionnalité majeure de mourir dans le futur immédiat (dans les jours ou heures qui suivent),
- état d'agitation ou de panique,
- plan ou existence de méthodes violentes à portée immédiate.

(NT) : En principe associé à des tranquillisants

Comment hospitaliser le patient ?

- ne pas laisser le patient seul,
- organiser l'hospitalisation,
- transférer le patient par ambulance ou avec l'aide de la police ^(NT),
- informer la famille et les autorités concernées.

RÉSUMÉ DES DIFFÉRENTS STADES DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE

Le tableau suivant résume les stades principaux pour l'évaluation et la prise en charge des patients lorsqu'un médecin suspecte ou détecte un risque de suicide.

RISQUE SUICIDAIRE : DÉPISTAGE, ÉVALUATION, STRATÉGIE

Niveau de risque	Symptômes	Évaluation	Action
0	Pas de détresse	/	/
1	Hyperémotivité	• interroger sur l'existence d'idées de suicide.	• Ecouter avec compréhension (empathie)
2	Vagues idées de mort (fantasmes)	• interroger sur l'existence d'idées de suicide.	• Ecouter avec compréhension (empathie)
3	Vagues idées de suicide	• évaluer intentionnalité (plan, moyens)	• Rechercher tous les soutiens possibles
4	Idées de suicide mais sans troubles mentaux	• évaluer intentionnalité (plan, moyens)	• Rechercher tous les soutiens possibles
5	Idées de suicide avec troubles mentaux ou stress intense	• évaluer intentionnalité (plan, moyens) • établir un contrat	• Orienter vers un psychiatre
6	Idées de suicide avec troubles mentaux ou stress intense ou agitation et antécédent de tentative de suicide	• rester avec le patient (afin d'empêcher l'accès aux moyens létaux)	• Hospitaliser

(NT) : Dans certains cas, l'utilisation d'une procédure de placement pourra être envisagée, selon les modalités légales locales.

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder, *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education program for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. Gonzalez Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk] In: Bobes Garcia J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours]. Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences, *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.