

CAT devant une conduite suicidaire

Définition

- **Suicide** : cas de mort qui résulte, directement ou indirectement, d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat.
 - Le suicide est la cause la plus fréquente d'urgence psychiatrique.
 - Le risque suicidaire est difficile à identifier et à évaluer avec certitude.
 - Les idées et conduites suicidaires peuvent apparaître à l'occasion de maladies mentales mais aussi à l'occasion d'autres situations médicales et psychologiques
- **Tentative de Suicide (TS)** : acte incomplet se soldant par un échec.
- **Velléité suicidaire** : acte +/- ébauché
- **Idée suicidaire** : représentation mentale de l'acte.
- **Suicidaire** : personne, signalant le risque de recours au suicide par formulation ou par comportement
- **Suicidant** : qui survit à un geste de suicide.
- **Suicidé** : c'est celui dont le geste était mortel
- **Equivalents suicidaires** : refus de traitement, refus alimentaire, toxicomanie (quand le sujet a conscience de sa déchéance progressive), prise de risque grave (excès de vitesse, sports extrêmes...)

Epidémiologie

- **Fréquence** : sous-évaluée dans le monde
 - Chez la femme, on a 1 suicide pour 31 TS
 - Chez l'homme, on a 1 suicide pour 7 TS
- **Âge** : plus fréquente chez les sujets de moins de 25 ans et sujets âgés et elle est rare avant 7 ans
 - En Algérie, c'est l'apanage du sujet de moins de 25 ans
 - En France, c'est beaucoup plus le sujet âgé

Facteurs de risque

- **Pathologie dépressive, schizophrénie, alcoolisme et toxicomanie**
- **Personnalités pathologiques** (psychopathe et borderline +++)
- **Autre** : veuvage, célibat, divorce, facteurs héréditaires

Sémiologie

De l'idée au passage à l'acte, se déroule un long cheminement de pensée :

- **Syndrome pré-suicidaire** : constitué par la triade suivante :
 - Restriction du champ de conscience et de l'affectivité
 - Inhibition de l'agressivité souvent remplacée par une forte tension agressive
 - Fuite vers le fantasme suicidaire
- **Crise suicidaire** : en deux phases ;
 - Phase de stupeur et de perplexité
 - Phase d'exaspération et sentiment de menace
- **Raptus suicidaire** : c'est une impulsion autodestructrice brutale et aveugle, se produisant dans un paroxysme anxieux difficile à prévenir
- **Réaction post-TS** :
 - **Agressivité** : qui peut prendre le masque de réticence
 - **Euphorie** : qui succède à l'anxiété, avec minimisation

Remarque : ces réactions sont éphémères et ne doivent pas faire négliger l'appréciation du risque à court et à long terme

Procédés

- **Traumatiques** : arme blanche, arme à feu, précipitation (défenestration), écrasement (train)
- **Asphyxiques** : pendaison, gaz, noyade
- **Toxiques** : poisons, médicaments...

Signification du geste

- **Fonction d'appel** : c'est signal d'alarme
- **Fonction ordalique**
- **Fonction auto-agressive**
- **Fonction hétéro-agressive**
- **Fonction de fuite**
- **Fonction de chantage**

Etiologies

- **Troubles de l'humeur** : les patients présentant un trouble de l'humeur ont un risque de suicide multiplié par 30 par rapport à la population générale. Environ 15% des patients déprimés décèdent par suicide. Une évaluation du risque suicidaire est indispensable chez tout déprimé surtout en cas de mélancolie, dans ce cas le geste suicidaire s'inscrit dans un vécu de culpabilité et de profonde souffrance morale
- **Schizophrénie** : le risque suicidaire est entre 10 et 13% selon les études. Il est important au début de l'évolution surtout au cours de la 1^{ère} année, lié à un état dépressif, un délire, une angoisse dissociative, des hallucinations, raptus, la prise de conscience de la maladie. En cours de maladie ou de rémission du fait du syndrome dépressif lié à l'action dépressogène des neuroleptiques. Au décours d'hospitalisation devant un échec de sortie ou une conscience des difficultés à venir
- **Troubles de la personnalité** : ils sont souvent associés au suicide :
 - **Personnalité antisociale** : impulsivité, suite à une frustration, automutilation
 - **Etat limite (borderline)** : survenant en cas d'angoisse, sensation de vide d'abandon, du fait de l'impulsivité, abus de substance
 - **Personnalité hystérique** : il s'agit le plus souvent de tentative de suicide survenant de façon répétitive, surtout chez la femme dans le cadre de chantage, intoxications médicamenteuses
- **Dépendance éthylique et à d'autres substances** : environ 15% des personnes dépendantes à l'alcool se suicident, 40% ayant déjà fait une TS. L'association à un trouble de la personnalité antisociale ou à un trouble de l'humeur augmente le risque suicidaire. Il faut rechercher une ivresse pathologique. L'isolement social, les conflits interpersonnels, les ruptures joueraient, chez ces patients, un rôle encore plus important que chez les suicidant déprimés
- **Autres affections psychiatriques et médicales** : les affections cérébrales organiques représentent 10% des suicides annuels. Les stades terminaux de maladies (cancers) représentent 4% des morts par suicide, à la faveur d'épisodes anxieux aigus (trouble panique), épisodes psychotiques aigus (Bouffée Délirante Aigüe, psychose puerpérale), annonce d'une pathologie grave (comme le VIH), épilepsies (refus de la maladie), démence (au début +++)

Conduite A Tenir

- **Evaluation du risque suicidaire** : sexe, âge, traits de personnalité, niveau de souffrance, présence de moyens létaux à disposition, qualité de soutien de l'entourage proche, degré d'intentionnalité, élément précipitant, éléments d'impulsivité
- **Prise en charge** :
 - **Hospitalisation** : risque suicidaire imminent, mélancolie, schizophrénie, idées délirantes, épisode dépressif majeur, absence de critique du geste et refus de prise en charge en ambulatoire, sujet âgé, isolement affectif, refus de traitement, ou automédication, difficultés sociales ou événements de vie douloureux de survenue récente, impulsivité, projet suicidaire
 - **En ambulatoire** : peut être envisagée surtout si l'entourage affectif est de qualité, compréhensif et présent, ambiance dédramatisée mais consciente du problème, bon contact et réponse positive au soutien psychothérapeutique, instauration d'un traitement anxiolytique ou sédatif à posologie efficace
 - **Traitement psychotrope** : sera fonction de la pathologie sous-jacente : tenir compte de la levée d'inhibition en début de traitement antidépresseur, imposant une surveillance de l'entourage voire une association avec un traitement sédatif.
 - **Psychothérapie** : sera associée à la prise en charge du patient, le plus précocement possible.
 - Il faut assurer une continuité des soins dès le début de la prise en charge du patient, et organiser un suivi après la crise suicidaire ou après la TS
- **Prévention** :
 - **Primaire** : temps idéal pour éviter le passage à l'acte
 - **Secondaire** : pendant la crise, hospitalisation d'urgence contre son gré
 - **Tertiaire** : celle de la récurrence

Conclusion

- Les conduites suicidaires sont loin d'être rares, et risquent de devenir un problème social si sa prévention reste méconnue.
- Informer le praticien de son rôle primordial, sensibiliser les familles afin d'éviter les ruptures de dialogues, permettre la communication dans des groupes organisés, la gratuité et la facilité d'accès aux soins psychiatriques, nous semble être les éléments essentiels de prévention dans notre pays.
- Sensibiliser les médecins des autres spécialités.