

# CAT devant une tentative de suicide

Pr Madoui fz

## I-Introduction

La tentative de suicide est plus qu'un simple échec du geste suicidaire ; c'est un mode de comportement particulier dont l'épidémiologie et la signification psychologique ne sont pas entièrement superposables à celles du suicide.

Il est important de ne jamais négliger les idées suicidaires, même si plusieurs tentatives antérieures se sont révélées sans conséquence dommageable pour la santé du sujet.

La fréquence des tentatives de suicide chez un individu ne doit pas être banalisée, elle reflète une souffrance nécessitant une prise en charge adéquate.

## II-Quelques définitions :

### Suicide

**Tentative de suicide (TS) :** conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.

### Menace de suicide

**Suicidé :** individu qui s'est donné la mort volontairement.

**Suicidant :** individu survivant à une TS.

**Suicidaire :** individu ayant des idées ou exprimant verbalement ou par son comportement des menaces de suicide.

**Crise suicidaire :** crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

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.

## II-Epidémiologie

En France : 12 000 décès/an. La TS est réussie dans 10 %.

En Algérie ; pas de chiffres

Fréquence des TS : 150000 à 180 000/an.

Décès par suicide : environ 12 000/an, probablement sous-évalué.

40% de récurrences, dont la moitié dans l'année.

2% de décès par suicide dans l'année qui suit la tentative de suicide.

4 fois plus de TS chez les femmes que chez les hommes, 3 fois plus chez les adolescentes.

Surmortalité masculine par suicide

Le taux de suicide augmente avec l'âge chez l'adolescent, plus fréquent après la puberté

Chez l'adulte: Actuellement la majorité des suicides surviennent entre 15 et 44 ans.

Statut socio-professionnel : le suicide est plus élevé chez les veufs, célibataires, chez l'homme que chez la femme.

Plus fréquent en milieu rural qu'en milieu urbain, favorisé par un mauvais niveau socio-économique.

## **IV-Troubles psychiatriques et TS**

80% des conduites suicidaires dues à des troubles dépressifs.

10% des suicides : schizophrénie.

5% des suicides : démence, confusion.

Alors que 20% des cas ayant un double diagnostic : alcool et/ou drogues + (trouble psychique ou trouble de personnalité)

## **V-Moyens suicidaires**

Les moyens utilisés par les hommes interviennent dans la surmortalité masculine : arme à feu, pendaison, précipitation de grandes hauteurs.

Les femmes utilisent plus souvent l'ingestion de psychotropes ou de toxiques, mais l'utilisation d'arme à feu est en augmentation.

La religion peut protéger dans certains cas contre les conduites suicidaires mais si la dépression est endogène, la religion ne protège pas.

## **VI-Conduite suicidaire et pathologies psychiatriques**

Le suicide est habituellement associé à un trouble psychiatrique. Les diagnostics le plus souvent représentés sont la dépression, l'alcoolisme, la schizophrénie, les troubles anxieux et les personnalités pathologiques.

### **1-Troubles dépressifs :**

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.

Le risque suicidaire est différent en fonction du type de trouble de l'humeur :

Il est plus élevé au cours de dépression mélancolique délirante qu'en l'absence de délire.

Il est plus fréquent au début de la maladie.

Le taux de suicide est plus élevé dans le groupe II de la psychose bipolaire (dépression + hypomanie) que dans le groupe I (dépression + manie franche).

**2-Les états mixtes :** sont marqués par les conduites suicidaires importantes.

Dans le cadre des dépressions névrotiques, ce sont les facteurs environnementaux et psychologiques associés qui déterminent une différence pour le passage à l'acte suicidaire : isolement, deuil, difficultés professionnelles, etc.

**3-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 1ère 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 dépressiogène des neuroleptiques.

Au décours d'hospitalisation devant un échec de sortie ou une conscience des difficultés à venir.

Environ 75% des schizophrènes décédés par suicide sont des hommes et 50% d'entre eux avaient fait une tentative de suicide antérieure.

**4-Troubles de la personnalité :**

Ils sont souvent associés au suicide :

**Personnalité antisociale :** impulsivité, suite à une frustration, automutilation.

**Etat limite ou 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 répétitif, surtout chez la femme dans le cadre de chantage ; intoxications médicamenteuses.

**5-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 suicidants déprimés.

En ce qui concerne les autres toxicomanies, les données épidémiologiques sont analogues. C'est le nombre d'années d'intoxication qui compte.

## **6-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.

A la faveur d'épisodes anxieux aigus : trouble de panique.

Episodes psychotiques aigus : BDA, psychose puerpérale.

Annonce d'une pathologie grave comme le VIH.

## **VII-Conduite à tenir**

### **Evaluation du risque suicidaire**

L'appréciation du risque suicidaire est un problème de pratique médicale courante. Le médecin doit toujours interroger le patient sur ses idéations suicidaires dans le cadre de l'examen, surtout si le patient est déprimé. La demande est directe « avez-vous ou avez-vous eu des idées suicidaires ? ».

L'existence d'un projet précis est particulièrement inquiétante. Lors de l'entretien, un certain nombre de questions doivent être abordées :

**Avez-vous eu des pensées suicidaires dans le passé ?**

**Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?**

**Avez-vous actuellement fréquemment des "idées noires" ?**

**Avez-vous un plan pour un suicide ?**

**Si oui, quel est-il ?**

Bien entendu ces questions ne peuvent être posées ainsi, mais dans le cadre d'une relation de confiance authentique cela est généralement possible et représente l'une des premières étapes de prise en charge.

L'évaluation du risque suicidaire ne peut faire appel à aucun critère fiable même si certains auteurs ont proposé des questionnaires supposés avoir une valeur prédictive d'un geste suicidaire (Suicidal Intent scale, Hopelessness Scale).

En conséquence, toute intention suicidaire exprimée doit être prise au sérieux ;

il faut toujours tenter, en fonction du contexte psychologique et socio familial du patient, d'en éclairer la signification.

**Parmi les caractéristiques psychosociologiques du sujet, les éléments les plus significatifs sont :**

**L'âge :** on sait la gravité du geste suicidaire du sujet âgé et son pourcentage très élevé de réussite. Toute intention suicidaire exprimée doit entraîner des mesures d'assistance et de protection particulièrement attentives ;

**Le sexe :** la réussite du suicide est nettement plus élevée chez l'homme ;

**Les données biographiques** qui renseignent sur la fragilité psychologique du sujet (notion d'états dépressifs antérieurs, d'antécédents familiaux de suicide, d'hospitalisations psychiatriques, de tentatives de suicides surtout qui témoignent des possibilités de passage à l'acte, le risque de récurrence s'accroissant très nettement avec le nombre de tentatives), sur son adaptation socioprofessionnelle et familiale et la qualité de son environnement socio affectif ;

**Les traits essentiels de la personnalité :** on appréciera le degré de maturité affective, les capacités de communication, les intérêts dans l'existence, les croyances religieuses ou philosophiques, tout élément permettant d'évaluer les ressources dont le sujet dispose pour résoudre ses conflits.

L'existence de traits de déséquilibre psychopathique rend hautement probable le risque de passage à l'acte. Les psychasthéniques, les personnalités obsessionnelles ont peu tendance aux réalisations suicidaires, plus ruminées qu'effectivement agies.

-Dans l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité, il faut explorer six éléments :

**Le niveau de souffrance :** désarroi ou désespoir ; repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.

**Le degré d'intentionnalité :** idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

**Les éléments d'impulsivité :** tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents, usage de substance.

**Un éventuel élément précipitant :** conflit, échec, rupture, perte...

**La présence de moyens létaux à disposition :** armes, médicaments...

**La qualité de soutien de l'entourage proche :** capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles «à transaction suicidaire ou mortifère».

On distingue des facteurs liés à un haut risque et ceux liés à un faible risque suicidaire.(voir l'annexe :tableau)

## **VIII-Prise en charge :**

Le risque de passage à l'acte est d'autant plus grand que l'on passe de l'idée suicidaire au plan élaboré et réalisable.

Mais quel que soit le mode de formulation et malgré toutes les tentatives d'évaluation du risque suicidaire, il y a toujours une dimension de non prévisibilité dans le suicide. Ceci justifie toutes les prudenances.

Au moindre risque grave, il faut proposer une hospitalisation en milieu psychiatrique ; celle-ci pourra se faire dans la grande majorité des cas avec l'accord du patient.

#### **L'hospitalisation à envisager en cas de:**

- Risque suicidaire imminent.
- Mélancolie.
- Schizophrénie.
- Idées délirantes.
- Episode 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.