

Les conduites suicidaires

I - INTRODUCTION

- _ Les conduites suicidaires sont des urgences très fréquentes.
- _ D'après les statistiques de l'OMS, le suicide est parmi les 5 à 10 premières causes de mortalité dans le monde.
- _ Le médecin urgentiste joue un rôle important dans la prévention de ce fléau.
- _ De nombreuses études ont montré que plus de 50% des patients morts par suicide avaient dans les trois mois précédents, consulté un médecin. Cette prise de conscience devrait rendre tout médecin attentif à ce risque.
- _ Il est actuellement admis par tous que le déterminisme du suicide est multifactorielle. Et dans la prise en charge des conduites suicidaires, le médecin doit se dégager du champ étroit de la nosographie et tenir compte plus que par tout ailleurs des aspects psychosociaux et environnementaux.

II – DEFINITIONS

- Le suicide : est le meurtre de soi même.
- Le suicidé : est le sujet dont le geste a été mortel.
- Le suicidant : survit à son geste autodestructeur.
- Le suicidaire : signale le risque de recours au suicide soit par la formulation, soit par son comportement.

- L'idée de suicide : est la conceptualisation de la tendance mortifière et l'élaboration du projet.
- La tentative de suicide : représente le passage à l'acte non fatal du suicidant.
- Les conduites suicidaires : terme général qui regroupe toutes les conduites volontaires et / ou conscientes, involontaires et / ou inconscientes sans tenir compte de leur conséquence fatale ou non fatale.
- Les équivalents suicidaires : il s'agit de conduite où en dehors de toute référence à l'idée de mort, la valeur psychologique exprime une réelle propension au suicide. S'expliquent ainsi le nombre des accidents mortels ou non (notamment chez l'enfant ou l'adolescent mais aussi, pour certains les toxicomanies, l'alcoolisme, certains symptômes psychosomatique voir l'anorexie mentale. Ce sont les autodestructions indirectes de Ferberow.
- Le raptus suicidaire : réalise une « impulsion autodestructrice brutale et aveugle se produisant au sein d'un paroxysme anxieux »

- Le syndrome pré suicidaire : de l'idée de suicide jusqu'au passage à l'acte, se déroule habituellement un long cheminement de pensées qui s'individualisent parfois en un syndrome pré suicidaire, qui comporte une triade symptomatique :

- + idées suicidaires adoptant une forme de plus en plus obsédante
- + repli sur soi avec isolement progressif
- + inhibition de l'agressivité vis à vis d'autrui par désinvestissement graduel.

Le suicide collectif : On parle de suicide collectif lorsqu'on assiste à un accord préalable pris par tous les suicidaires qui réalisent leur mort dans un même temps et de façon identique. Lorsqu'une foule décide sa propre extinction, elle obéit le plus souvent soit à une idée philosophique ou religieuse soit à un leader dont la personnalité reste à déterminer.

- Le suicide altruiste : Lorsqu'il n'y a pas de consentement du sujet entraîné dans la mort par le suicidant.
- La crise suicidaire : est une notion introduite dans la terminologie suicidaire par Quenard et Rolland.

Elle constitue pour ces auteurs, selon une conception psychodynamique, un moment de rupture dans l'existence du sujet conséquence d'une perturbation dans son système de régulation. Le déroulement de la crise suicidaire se fait en deux phases successives :

a- phase de stupeur et de perplexité

b- phase d'exaspération du sentiment de menace et d'insécurité

amenant le sujet à choisir l'alternative du passage à l'acte. Le suicide apparaît comme la seule issue possible à la menace de destruction. La citation d'Epicure trouve ici toute sa place : « c'est parfois la peur de la mort qui pousse les hommes à la mort »

III- ETIOLOGIE

A/ Les maladies mentales :

La tendance suicidaire se rencontre volontiers dans certains tableaux cliniques précis qu'il faut reconnaître et où il faut la rechercher et la prévenir.

1. Dans la dépression :

_ Dépression et suicide sont souvent associés (les statistiques font part de fréquence d'association variable allant de 12 à 74%)

_ Si toute conduite suicidaire n'est pas symptomatique d'un état dépressif véritable (il faut savoir ne pas confondre ce dernier avec un sentiment aigu ou chronique de désespoir)

Les suicides des déprimés sont de loin les plus notés et le risque suicidaire est tellement important qu'il conditionne en partie le pronostic de la maladie dépressive.

_ Le risque est très grand dans la **mélancolie** : où le suicide devient un but en soi et centre l'existence du sujet. Cette condamnation à mort trouve sa détermination dans ses facteurs multiples : douleur morale atroce, sentiment d'incurabilité, idées délirantes d'auto accusation et de culpabilité associées ou non à un syndrome hallucinatoire persécutif.

_ Cet état de danger de mort permanent est très élevé aussi bien avant tout traitement, qu'au moment de la levée de l'inhibition ou lors de la convalescence.

_ Le suicide est minutieusement préparé ou exécuté au cours d'un raptus.

_ Le passage à l'acte est volontiers matutinal.

_ Et le risque est d'autant plus grave que le mélancolique échoue rarement dans sa tentative en raison de sa détermination et du choix de moyens violents.

A côté de ce tableau classique, certaines formes cliniques sont d'autant plus dangereuses qu'elles adoptent des masques particuliers :

+ celui de la réticence par minimisation.

+ celui de l'anxiété (mélancolie anxieuse)

+ celui de l'hypochondrie où les plaintes somatiques prédominent (dans ce cadre s'inscrit le syndrome de Cottard.)

_ Le risque suicidaire est aussi grand dans les autres formes de dépression primaire endogène. Surtout la D.endogene de survenu tardive.

Mais le risque suicidaire bien que moindre et toujours présent :

_ Lors de tout épisode dépressif d'une PMD bip

_ Lors d'une dépression chronique

_ Lors d'une dépression réactionnelle si le facteur traumatisant est encore proche.

2. Le suicide du schizophrène :

A longtemps été décrit comme un acte dénué de sens. L'accent est porté sur l'importance de la violence et des moyens déployés, sur l'hermétisme des raisons alléguées par un rationalisme froid et détaché.

Dans certains cas seuls les facteurs internes sont en cause, le suicide est en rapport avec une angoisse psychotique, ou en rapport avec la thématique délirante(holocauste du mystique).

Mais on sait également que les tentatives de suicide sont fréquentes dans la schizophrénie :

Au cours de la phase prodromique en rapport avec la prise de conscience de la folie débutante.

Au cours des épisodes dépressifs qui peuvent émailler le cours de la maladie.

En rapport avec des facteurs environnementaux (désinsertion, chômage, misère, isolement) [Yarden trouve 40% de suicides dans la semaine suivant la sortie des schizophrènes de l'hôpital]

3. Au cours des autres psychoses chroniques :

Le suicide est nettement plus rare, survient avec prédilection lors du paroxysme délirant et suit le chemin de la thématique délirante.

4. Les états psychotiques aigus :

Les suicides sont plus fréquents, et ceci en raison des troubles de la conscience, de l'onirisme et de la conviction délirante.

5. Les personnalités pathologiques :

*** Les hystériques :**

Payent un lourd tribut au suicide(en France au moins 4% d'entre eux meurent suicidés)

Bien qu'ils soient perçus par autrui comme inauthentiques, ils dépendent étroitement de leur entourage dont la défaillance renforce l'instabilité thymique et précipite, sur un mode aigu, les symptômes dépressifs.

La répétition des tentatives mal préparées à la mise à la mise en scène irritante, fait se détourner par lassitude, nombre d'interlocuteurs familiaux et médicaux, ce qui accentue l'isolement affectif et renforce le risque.

*** Les psychopathes :**

Le psychopathe dont le mode d'expression habituel se résume souvent au passage à l'acte, trouvera dans la tentative de suicide une forme naturelle de communication ou un moyen de provoquer une réponse immédiate à ses demandes impossibles à satisfaire.

*** Les états limites :**

Le suicide peut venir compliquer un épisode anxio-dépressif fréquent ou peut être impulsif.

6. La toxicomanie :

La tentative de suicide peut survenir au cours d'un mauvais voyage suite à l'abus d'hallucinogènes.

7. L'alcoolisme :

La tentative de suicide survient fréquemment lors des états dépressifs secondaires au sevrage ou vient émailler les manifestations psychiatriques aiguës de l'alcoolisme chronique (accès confusionnels, ivresses pathologiques, délires chroniques)

B/Le suicide réactionnel :

S'il est vrai que la mortalité par suicide apparaît nettement plus élevée dans la population psychiatrique que dans la population générale, les suicides des malades mentaux ne représentent qu'une partie des suicides enregistrés chaque année.

Le suicide réactionnel s'avère fréquent et difficile à prévenir.

La cause déclenchante est parfois un événement minime de la vie courante dont la résonance affective peut être énorme.

L'impact symbolique intervient de façon prioritaire sans négliger pour autant l'effet de sommation événementielle.

Il convient dans ces cas de préciser la personnalité et le type de défenses habituellement mis en place par le sujet.

Mais pour utile et satisfaisant qu'il soit, le repérage sémiologique reste insuffisant dans l'approche de ce phénomène.

En effet s'agissant de la prise en compte d'un acte souvent très précis et conjoncturel, ce repérage ne restitue rien de sa dimension dynamique.

C/Autres étiologies :

Les maladies organiques hyper algiques et les stades terminaux de Cancer pour lesquelles le geste suicidaire correspond au désir chez ces patients à mettre fin à une situation vécue comme intenable ou invivable.

IV- Conduite à tenir

Il s'agit en premier d'évaluer le risque suicidaire qui permettra d'adapter les mesures préventives et thérapeutiques spécifiques à chaque cas.

A/Face à un suicidaire : évaluer les risques de passage à l'acte.

B/Face à un suicidant (après une tentative de suicide) : évaluer le risque de récurrence.

A/Face à un suicidaire :

1) Examen et évaluation du risque suicidaire :

L'entretien doit être centré sur l'écoute il s'agit de donner la primauté à la parole au détriment de l'acte, de démasquer le sens de la problématique actuelle.

Mais bien sûr cette écoute qui favorise la verbalisation libre ne doit pas distraire l'examineur d'une investigation complète :

Il faut être attentif aux circonstances de l'examen si la demande émane du sujet lui-même, ou si la demande émane de l'entourage et si le sujet l'accepte ou la refuse.

L'inspection : _ La présentation apporte une foule de renseignements.

_ Permet de reconnaître une anxiété importante

Le contact : relèvera :

_ Une absence de contact, notamment au niveau du regard.

_ Ou au contraire une recherche du contact.

L'examen de la conscience est très important.

Examen de l'humeur :

_ On recherchera et on appréciera l'intensité du syndrome dépressif.

Examen des fonctions intellectuelles....

On fera une anamnèse complète ; l'âge, la biographie, les antécédents psychiatriques, personnels et familiaux, les antécédents de tentative de suicide, les antécédents médico-légaux...

_ Et on s'attachera à mettre en évidence ce qui centre la conduite suicidaire.

_ Les idées de suicide :

S'analysent :

+ qualitativement : Leur caractère obsédant, impulsif, organisé ou non leur corrélations avec l'histoire personnelle, familiale et institutionnelle, sans négliger l'habituelle **ambivalence** fondamentale du désir de mort qui n'annule jamais pleinement le désir de vie.

+ qualitativement : On donnera de l'importance à l'intensité du degré d'élaboration du désir de mort, à ses répercussions sur la vie sociale, relationnelle et professionnelle.

_ Les motifs invoqués par le sujet :

Certains paraissent évidents et clairs, ou réactionnels (à un deuil, une rupture, des difficultés matérielles graves), ou relationnel : c'est le seul moyen d'expression qui reste sujet pour contacter les siens.

C'est un appel à l'aide (l'expression chantage doit être proscrite)

Mais d'autres le sont beaucoup moins qu'ils soient multiples et intriqués ou au contraire masqués par la réticence du patient

Le suicide peut apparaître comme tentative d'échapper à un vécu percécutoire trop angoissant, ou à un vécu de dépersonnalisation, de morcellement corporel, de perception hypochondriaque de mauvais objets internes

Le suicide peut être envisager pour mettre fin à un vécu de culpabilité et de douleur morale chez le mélancolique.

_ La réaction affective : On se méfiera de l'hyper émotivité, de l'impulsivité, des tendances à l'auto ou l'hétéro agressivité, qui peuvent favoriser le passage à l'acte, mais on se méfiera aussi d'un détachement, d'une résolution apparemment absolue et lucide.

_ La capacité de se projeter dans l'avenir : Qualité de l'estime de soi, des investissements affectifs, de l'intégration relationnelle, sociale et professionnelle. La capacité d'élaboration de la situation actuelle.

_ Les conduites à type d'équivalents suicidaires : auto-mutilation, toxicomanie, alcoolisme, conduite de risque.

_ L'étude du réseau relationnelle du suicidaire demeure toujours indispensable : l'entourage peut être absent, inexistant, suicidogène, pathologique ou entretenir un équilibre affectif fragile avec le sujet, toute modification de cet équilibre venant précipiter l'acte autodestructeur.

_ Au terme de cet examen, on aura une idée du risque quoi dictera la conduite à tenir adéquate.

_ Les facteurs de risque : qui favorisent le passage à l'acte suicidaire sont :

- Les antécédents personnels et familiaux de TS : ils indiquent qu'il existe dans l'esprit de patient l'idée de recours à ce type de passage à l'acte, d'accès donc plus facile que pour d'autres.
- L'existence d'une maladie mentale : en effet l'existence d'une maladie mentale est un facteur de risque suicidaire important.

Le dernier travail Tunisien sur le suicide cite une prévalence des TS chez les malades mentaux de 4,2% contre une prévalence de 0,007% dans la population générale(même en tenant compte de la sous-estimation de ce second chiffre la différence est énorme.)

- La présence ou non d'un syndrome pré-suicidaire.
- L'existence d'un état de détresse situationnel avec notion de cause déclenchant et réseau relationnel appauvri.

Certaines données épidémiologiques :

- L'âge : On connaît le risque élevé chez les sujets âgés surtout les suicides réussis)
 - + En France : risque élevé chez les adolescents et chez les sujets âgés.
 - _ Chez l'adolescent : le suicide représente la deuxième cause de mort.
 - _ Chez les sujets âgés : par rapport à la population générale, les suicides sont deux fois plus important pour les tranches d'ages des 65-89, trois fois plus pour les plus de 85 ans.
 - + En Tunisie : On note l'augmentation avec l'âge mais on ne retrouve pas le pic maximum du troisième âge qu'on explique par le rôle protecteur de la famille.
- Le sexe :
 - + En France : les tentatives de suicide sont plus notées chez les femmes, et les suicides réussis plus notés chez les hommes.
 - + En Tunisie : On observe à peu près la même chose sauf que les femmes en milieu urbain ont plus de suicides réussis que les hommes.
 - _ Le statut matrimonial : les veufs, les divorcés se suicident plus.
 - _ Certaines catégories professionnelles : ceux qui exercent des professions défavorisées : les chômeurs...
 - _ Les dissociations familiales par le deuil ou la mésentente : au fait, le risque est important quand l'isolement social et affectif est important.

2) Les mesures thérapeutiques préventives :

Nous envisagerons ici les différentes mesures qui sont à la portée du généraliste et qui lui permettent d'intervenir auprès d'un patient qui a des idées suicidaires.

Avant, nous ferons les remarques suivantes concernant **le médecin :**

+ Suicidaires ou suicidants actualisent invariablement les fantasmes de mort propres à leurs interlocuteurs ; l'anxiété ainsi réveillée risque, chez le médecin, de fausser ses propres attitudes par le biais de la culpabilisation et des mécanismes de défense qu'elle entraîne : (Identifications imaginaires, rejet, dénégation, fatalisme, banalisation, rationalisation, mise à distance) soulignent la nécessité impérieuse pour le soignant de contrôler ses propres réactions.

+ Le médecin «doit se garder» des idées toutes faites reposant sur des « à priori » ainsi, la croyance que l'acte suicidaire est voulu, réfléchi, assumé, se trouve quotidiennement démentie par la clinique et pourtant elle peut conduire à une attitude qui, sous prétexte de respecter le libre arbitre de l'individu et qui valent parfois à une véritable non-assistance à personne en danger. Non moins répandue est la propension moralisatrice : le suicide en soi est considéré comme une conduite lâche ou au contraire courageuse, le malade devrait avoir honte d'abandonner son conjoint, ses enfants etc. La encore, il s'agit de projeter son propre système de valeur à la place de l'authenticité inquiétante de la personne suicidante

_ **Les mesures thérapeutiques préventives** sont de plusieurs ordres :

- La relation d'aide :
- Médication
- Action sur l'entourage
- Envoi chez le psychiatre
- Hospitalisation

Il est bien évident qu'il n'est pas nécessaire, dans chaque situation, d'avoir recours à l'ensemble de ces cinq mesures. Pour chaque cas, il faudra choisir la ou les mesures qui paraissent les plus appropriées.

La relation d'aide :

Il s'agit de créer un climat de confiance favorable à l'expression des idées suicidaires et donc à leur dédramatisation et à leur déculpabilisation.

Il importe de manifester sa disponibilité au patient (disponibilité temporelle et surtout psychique)

Il faut se montrer ouvert, compréhensif et disposé à l'aider.

Il ne faut pas le laisser partir en lui donnant l'impression de fermer la porte derrière lui.

Il est important que le patient puisse rester en contact avec le médecin.

La médication :

_ Prescrire un traitement médicamenteux n'est pas nécessaire dans tous les cas où un patient exprime des idées suicidaires ou même lorsqu'il y a eu passage à l'acte.

Il faudra évaluer l'intensité de l'état dépressif de l'anxiété qui constituent les indications d'une chimiothérapie.

Deux remarques importantes doivent être faites :

1. Il s'agit d'être prudent dans la prescription de drogues qui pourraient être utilisées par le patient pour mettre fin à ses jours. L'absorption de médicaments est statistiquement le moyen le plus employé dans les cas de suicide.
2. Les antidépresseurs ont une action différée souvent d'une à deux semaines, pendant lesquelles le risque de suicide est à craindre (« levée de l'inhibition »)

Types de substances Mode d'action	Substances	Précautions d'emplois
Les tranquillisants _ action anxiolytique	Benzodiazépines _ Tranxène injectable _ Lysanxia _ Lexomil _ Temesta _ Valium _ Librium Méprobamate (equanil)	_ Prescription en quantité limitée _ utilisation pendant des périodes brèves _ Risque de Toxicomanie.
Neuroleptiques _ sédation : diminution de l'excitation, de l'agitation, de l'agressivité _ Action sur les psychoses aiguës et chroniques.	_ Chlorpromazine (Largactil) _ Halopéridol (Haldol)	_ Connaître les effets secondaires _ Adaptation des doses aux réponses individuelles

L'action sur l'entourage :

Nous entendons par là une action tendant à impliquer l'entourage direct du suicidaire dans sa problématique et par la même occasion à lui procurer une aide pour surmonter ses idées suicidaires.

L'envoi chez le psychiatre :

Les malades mentaux, les sujets profondément déprimés ou mélancoliques relèvent de la psychiatrie.

Mais parfois aussi dans des situations moins extrêmes, dans des cas plus bénins, on peut décider d'envoyer un patient chez le psychiatre, entre autres quand on éprouve des difficultés à prendre en charge le patient, ou qu'on a l'impression de ne pas comprendre la situation.

L'envoi chez un psychiatre ne doit pas être un abandon.

L'hospitalisation :

L'hospitalisation avant la TS est parfois nécessaire, elle est indiquée :

- _ Lorsqu'il y a une affection psychiatrique.
- _ Lorsque l'entourage est particulièrement inadéquat ou que le patient vit seul.
- _ Lorsque le patient est agité et a besoin d'être pris en charge par un milieu hospitalier qui le protégera contre sa tendance autodestructrice.

Dans ce cas, il est utile, pour organiser le transfert en service hospitalier dans les meilleures conditions, d'employer dans un premier temps, une chimiothérapie sédatrice ou anxiolytique.

B/Face à un suicidant(après une tentative de suicide) :

1. Tentatives de suicide graves : Assurer en premier lieu les soins médicaux, chirurgicaux et /ou de réanimation.

2. Tentatives de suicide bénignes : Devant une TS bénigne il faut éviter de dévaloriser le geste qui par ses circonstances et son déroulement fait douter de l'authenticité du désir de mort. Dans tous les cas, ils doivent d'abord être reçus et traités par l'urgentiste. L'intervention médicale agit comme une reconnaissance par le corps médical du sérieux de leur état. Face au patient qui n'aurait pris que quelques comprimés, se contenter de dire : « il n'y a pas de danger avec ces médicaments, il suffit de le laisser dormir » rassure l'entourage mais ne prend pas le patient au sérieux, passe complètement à côté de sa demande et le force à l'escalade : Recommencer mais en prenant le tube entier cette fois. Il y'aurait moins de récurrences de TS chez les patients qui sont gardés une nuit à l'hôpital.

Devant toute tentative de suicide il faut apprécier le risque de **récidive**, en effet toutes les études montrent que la répétition de l'acte suicidaire est très fréquente et le plus souvent dans des délais rapides.

Tout ce qui a été dit pour le suicidaire est valable puisque tout suicidant est un suicidaire, mais on s'intéressera en plus :

- 1- Au choix du moyen suicidogène : qui ne saurait être négligé. En effet l'utilisation d'une arme à feu, le recours à la pendaison, la précipitation d'un lieu élevé ne peuvent recouvrir la même signification qu'une intoxication médicamenteuse ou la pratique de l'overdose chez le toxicomane, bien qu'il n'existe aucune corrélation stricte entre l'intensité du désir de mort et l'importance du moyen utilisé.
- 2- Le contexte de survenue de la TS : Est ce un suicide impulsif, un suicide préparé et exécuté de sang froid.
- 3- La réaction affective : Culpabilité, remords...
après une tentative de suicide habituellement, deux réactions se rencontrent chez le suicidant :
 - + L'agressivité qui peut prendre le masque de la réticence.
 - + L'euphorie, qui succède à l'anxiété, s'accompagne volontiers d'une minimisation.
- 4- Analyse du sens de la TS : La TS a-t-elle eu une valeur cathartique apaisant ainsi la tension émotionnelle et induisant une participation authentique de l'entourage ?

D'autres part, très souvent la réalisation de l'acte suicidaire permet au sujet d'entreprendre une élaboration sur sa position dans un conflit (interne ou relationnel) par lequel il avait été complètement submergé. Il peut alors se dégager de la surestimation de son échec et retrouver le fonctionnement normal de son ambivalence dans un conflit ou l'agressivité ne se trompe plus de cible. Parfois même le geste suicidaire prend valeur de moment clef , à partir duquel le sujet peut accéder à une étape importante de sa maturation psychologique. Là est l'intérêt du soin psychothérapeutique systématique proposé aux suicidant (qui ne se fait pas forcément à l'hôpital psychiatrique).

Dr Mejda Cheour