

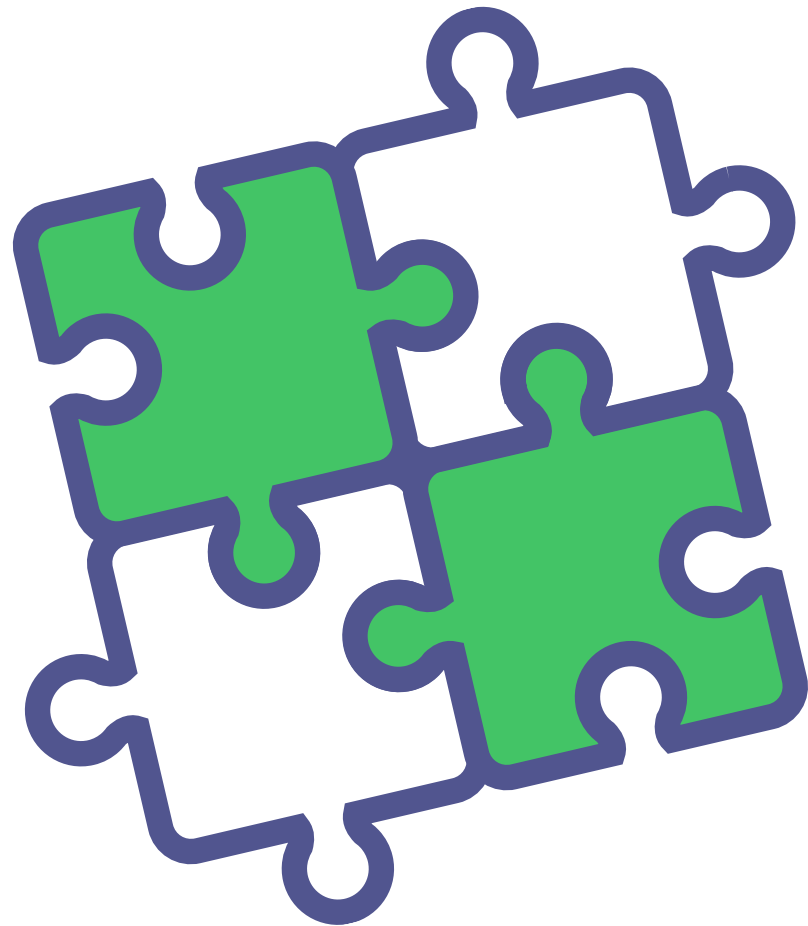
Risque suicidaire que dire, que faire ?

Repérage et conseils
de prise en charge

Dr RENARD Caroline
Dr DUBOIS Florence
Dr SARRON Pierre-Yves
Psychiatres
CHRU de Tours



Plan



1

Messages clés sur la crise suicidaire

2

Vignettes cliniques (3)

3

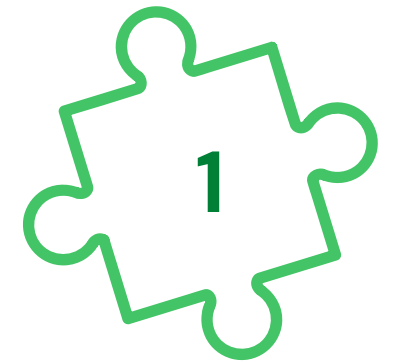
Dispositif Vigilans

4

Besoin d'aide? Adressez vous au dispositif MG&Psy 37

PARTIE 1

Messages clés sur la crise suicidaire



De quoi parle t on ?

Suicide :

Acte auto infligé avec intention de mourir +/- explicite (explicite = par exemple lettre, message etc..) qui conduit au décès

Tentative de suicide (TS)

Acte auto-infligé avec intention de mourir (+/- explicite) SANS issue fatale

- N'est pas une mauvaise observance d'un traitement ou refus de soin
- N'est pas une auto mutilation (scarification)
- N'est pas une prise de risque / conduites à risques (exemple : escalade, addictions...)

Idées suicidaires

Pensées concernant désir de mourir et méthodes pour mourir ; notion de continuum d'idées suicidaires : partant d'idées morbides vagues et floues à un scénario planifié

PARTIE 1

Messages clés sur la crise suicidaire

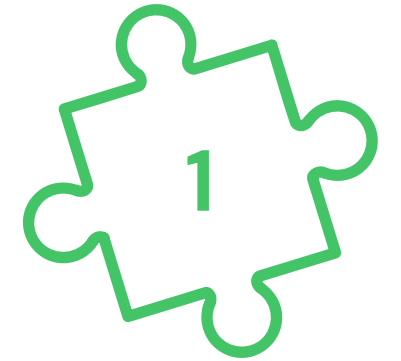
La crise suicidaire



Crise suicidaire

- Crise psychique dans contexte de vulnérabilité avec émergence (et expression) d'idées suicidaires
- État réversible et temporaire (on peut sortir de cette crise)
- Épuisement des ressources adaptatives (stratégie de coping) : les idées suicidaires sont de plus en plus intenses en parallèle des échecs des alternatives envisagées
- Suicide = unique solution de sortie de crise

Evaluation du risque suicidaire



1) Évaluation du potentiel suicidaire (probabilité de passage à l'acte abouti)

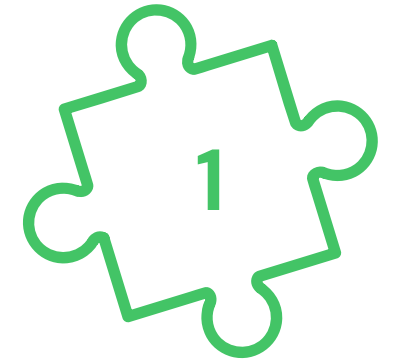
Echelle RUD : Risque, Urgence, Dangerosité

R – pour Risque :

Facteurs de risques de passage à l'acte suicidaire personnels, psychosociaux, psychiatriques – (**données épidémiologiques associées à une augmentation du risque de décès par suicide dans les 2 ans**) : ATCD personnels et familiaux de troubles psy ou de TS, situations sociales précaires (p.e. difficultés financières, séparation/divorce...), décès récent d'un proche...

À pondérer par facteurs protecteurs : entourage ? Projets futurs ?

Focus sur les facteurs de risque



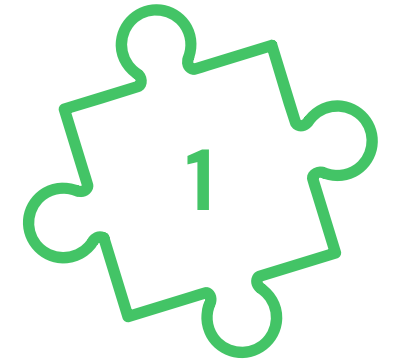
Facteurs personnels :

- ATCD personnels de tentative de suicide (TS)
- Trouble psychiatrique (**dans 90 % décès par suicide**)
- Expression d'idées suicidaires
- Sexe : Homme (FR x3 de décès par suicide)
- Age : 2 pics : 15-40 ans et 65-95ans

Événements de vie et facteurs psychosociaux :

- ATCD de maltraitance dans l'enfance
- Élément déclencheur identifié (retrouvé dans 80 % des décès par suicide dans les 3 mois précédents le suicide) : difficultés économiques ou professionnelles, séparation ou perte récente, difficultés avec la loi, échecs/événements humiliants
- Suicide récent d'un proche
- Isolement
 - Célibataires (FR x2)
 - Veufs (FR x5)
- Chômeurs (FR x8,5)

Evaluation du risque suicidaire

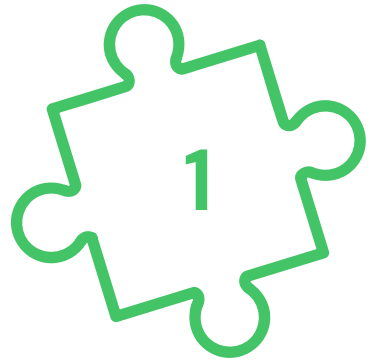


U – Pour Urgence :

Présence d'idées suicidaires/intensité ; absence d'alternative envisagée ; présence d'un scénario ; imminence du passage à l'acte (**permet l'évaluation de la probabilité de décéder par suicide dans les 48h**).

- **Faible** : pense au suicide, pensées facilement mises à distance, pas de scénario.
- **Moyen** : ruminations et pensées suicidaires récurrentes plus difficilement mises à distance, partiellement scénarisées (moyen), pas d'intentionnalité de passage à l'acte (pas de date définie, pas de lieu, présence de facteurs protecteurs).
- **Élevé** : envahissement suicidaire (idées suicidaires plus de 50% du temps) scénarisé (moyen, lieu, date), pas ou peu de facteurs protecteurs.

Evaluation du risque suicidaire



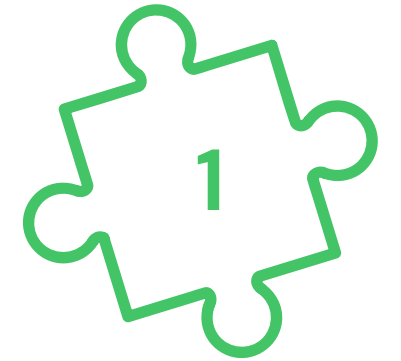
D – pour Dangerosité :

létaleté et accessibilité du scénario suicidaire évoqué

Exemple : pas la même dangerosité pour scénario par arme à feu chez un jeune homme de 15 ans, vivant en centre ville que chez un homme de 50 ans, chasseur et possédant un fusil à son domicile.

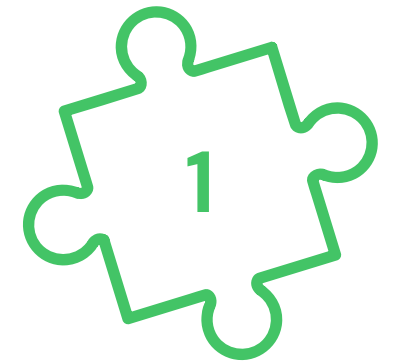
De même, IMV = pas la même dangerosité chez jeune fille de 15 ans avec médicaments de la pharmacie familiale que chez pharmacien avec connaissances des effets pharmacologiques et se dirigera par exemple vers bêta-bloquants.

Limites à l'évaluation à l'aide du RUD



- L'évaluation du risque suicidaire reste un exercice (en partie) subjectif. Il existe de nombreuses variables que vous ne pourrez maîtriser qui peuvent biaiser votre évaluation. D'où l'intérêt d'un questionnaire structuré.
- Bien différencier idées suicidaires (scénarisation du geste et planification), des idées morbides / de mort passive avec RUD souvent faible « ce serait mieux si j'étais mort ».
- Profils de patient / lien thérapeutique etc....

En pratique :

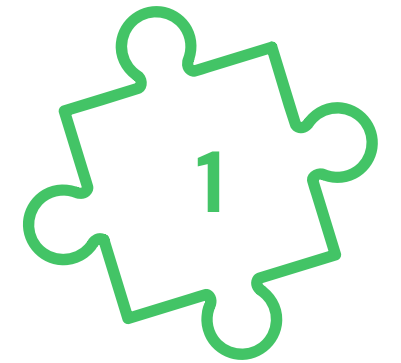


Ne pas hésiter à questionner le patient sur l'existence d'idées suicidaires de manière claire. « Avez-vous des idées suicidaires ? ».

Interroger sur les idées suicidaires ne les fait pas émerger (demander à quelqu'un s'il a des idées suicidaires, alors qu'il n'en a pas, ne les fera pas naître dans son esprit).

Si le patient a réellement des idées suicidaires, cela favorisera leur expression et en conséquence, la mise en place des mesures de prévention adaptées.

En pratique :



RUD :

- Risque suicidaire (facteurs risque et protection)
- Urgence (scénario et délai de mise en œuvre)
- Dangereusité (létalité et accessibilité du moyen)

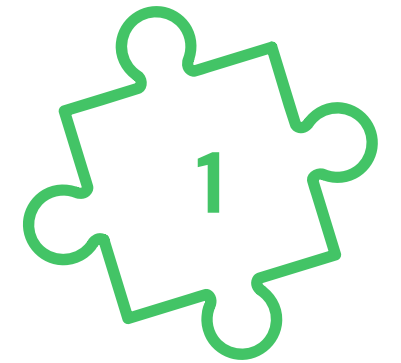
RUD faible : Pas d'urgence, prise en charge du trouble associé (mise en place d'antidépresseur si épisode dépressif p.e.).

RUD modéré : Voir si entourage proche peut être un appui pour le patient. Consultations rapprochées pour réévaluation et surveiller l'évolution. Orienter vers confrère psychiatre pour suivi spécialisé si perdure dans le temps

RUD élevé : Adressage immédiat aux urgences psychiatriques.

R.U.D (valable à un instant T pour une situation précise)			
	Risque	Urgence	Danger
Faible (+)	< 6 FdR	Pense au suicide sans scénario précis	Moyen non déterminé
Moyen (++)	6 à 14 FdR	Scénario envisagé mais reporté	Moyen envisagé non accessible immédiatement
Élevé (+++)	> 14 FdR	Projet immédiat. Planification claire, passage à l'acte prévu dans les jours à venir	Moyen déterminé accessible immédiatement (Arme chargée au domicile, corde achetée)

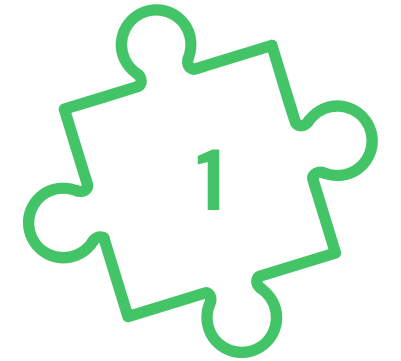
En pratique :



Alternative au RUD ; Moyen mnémotechnique "SIIMPLE"

- **S** – niveau de **Souffrance** (psychique, physique)
- **I** – degré d'**Intentionnalité**
- **I** – degré d'**Impulsivité**
- **M / L** – **Moyens Létaux** disponibles
- **P** – facteur **Précipitant** bien identifié (facteur de stress)
- **E** – disponibilité de l'**Entourage**

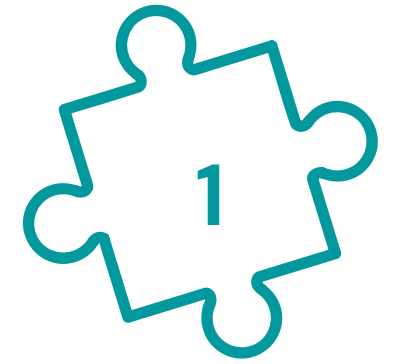
Exemples de questions



- Vous arrive-t-il d'être tellement désespéré que vous avez des idées suicidaires qui vous passent par la tête ?
- Ces idées sont-elles présentes tous les jours ? Toute la journée ?
- Qu'est-ce qui vous aide à les gérer à les faire diminuer ?
- Ces idées suicidaires vous angoissent-elles beaucoup ?
- Vous est-il déjà arrivé d'avoir de telles idées dans le passé ?
- Êtes vous isolé ; avez vous des proches qui pourraient être disponibles si ces idées devenaient envahissantes ?
- Avez vous des antécédents psychiatriques ?

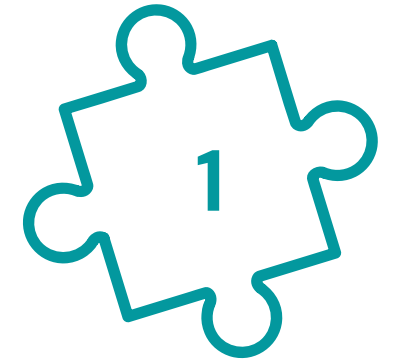
etc...

Pour aller plus loin : comment gérer mon entretien avec un patient suicidaire (verbal et non verbal)



- Restez calme, empathique, prendre le temps
- Si le patient est accompagné d'un proche, privilégier un entretien seul à seul
- Pas de dramatisation ; pas de minimisation
- Poser les questions précédemment évoquées
- Pouvoir apporter une courte explication :
 - idées suicidaires = symptômes d'une souffrance multi factorielle
 - crise suicidaire = épuisement adaptatif
- Insister que c'est un état RÉVERSIBLE mais qu'il nécessite une aide adaptée
- Schématiquement :
 - Sécurisation
 - lutte contre l'isolement
 - mobilisation de l'entourage
 - Aide à la priorisation des actions
 - Aide à la recherche d'alternative au suicide

Pour aller plus loin : comment gérer mon entretien avec un patient suicidaire (verbal et non verbal)

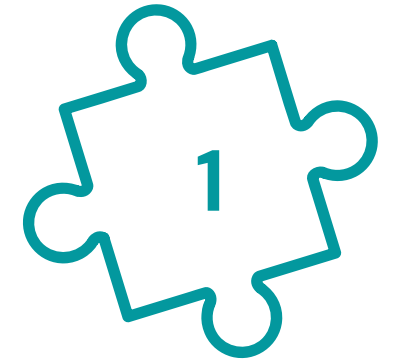


Pour rappel le patient a beaucoup de mal à imaginer une "porte de sortie" à sa situation (autre que le suicide) ; votre rôle sera donc :

- De le sécuriser (limiter le risque de PAA)
- De l'aider à prioriser ses actions (Dans l'ultra majorité des cas il faudra prioriser la sécurisation, les soins, une réduction du stress avant de passer à une des tentatives de résolution de problème perso/pro/familiales etc..)
- De lui proposer et de l'accompagner vers d'autres possibilités (soins, PEC psycho-sociale etc..)

Vous devez donc rendre (dans la mesure du possible), par votre bienveillance, par vos explications et par le niveau de conviction que vous arriverez à faire transparaître ces alternatives au suicide plausibles et acceptables pour le patient.

Pour aller plus loin : le plan d'action (méthode simple réalisable en entretien)



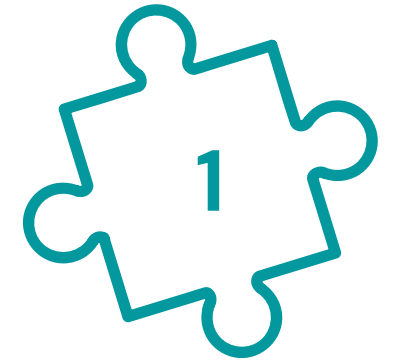
Le plan d'action :

Avec votre patient écrire un plan d'action simple à mettre en œuvre en cas d'idées suicidaires envahissantes (diversifié / gradué)

Exemple :

- Occupation / décentration (application "calm harm")
- Mobilisation de l'entourage (appel, sms)
- Lieu dans lequel se rendre (amis, famille, voisinage)
- Dispositifs de soins à solliciter (tel urgences psychiatriques, veille téléphonique 3114)
- SAMU : 15

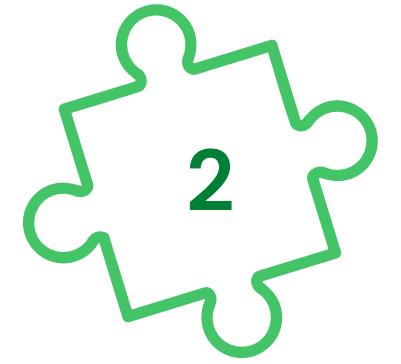
Pour aller plus loin : ressources utiles
pour votre pratique et vos patients



- **3114** : téléphone 24/24h ; 7/7j ; pour les professionnels, patients et leurs proches
<https://3114.fr>
- **VigilanS CVL** : dispositif de veille téléphonique à destination des personnes ayant réalisé un geste suicidaire. Présentation du Dr Dubois
- **Vies37** : réseau de professionnels et d'associations qui propose des formations, un espace documentaire et un appui pour les professionnels (conseil, info, orientation) :
<http://vies37.psrc.fr>

PARTIE 2

Vignettes cliniques

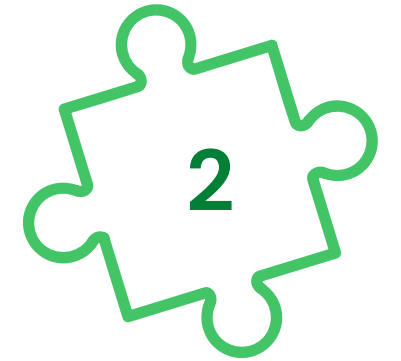


Vignette clinique 1

- Vous recevez en consultation un homme de 25 ans, qui vient pour tristesse et troubles du sommeil évoluant depuis environ un mois, à la suite d'une séparation sentimentale.
- Il parle peu et paraît ralenti.
- Il n'a aucun ATCD médical, ni psychiatrique.

- **Quelles questions lui posez-vous ?**

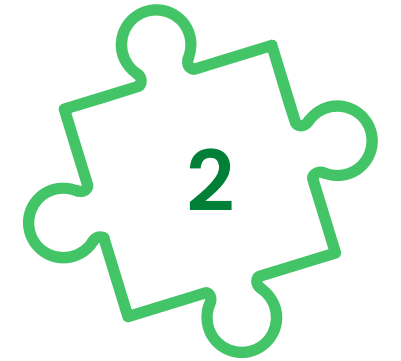
Vignette clinique 1



- Il vous dit qu'il a tendance à ruminer, surtout le soir et qu'il peut avoir des idées noires par moment.

Que demandez-vous ?

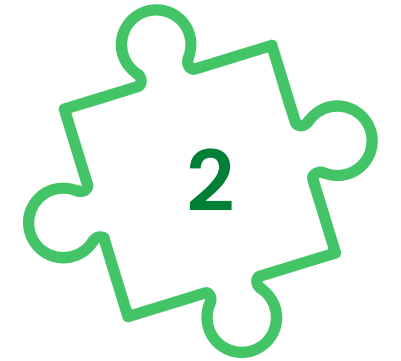
Vignette clinique 1



- Ses idées noires sont fluctuantes, il parvient à les mettre à distance en jouant aux jeux vidéos et il propose spontanément d'aller passer quelques jours chez un ami.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

Vignette clinique 2

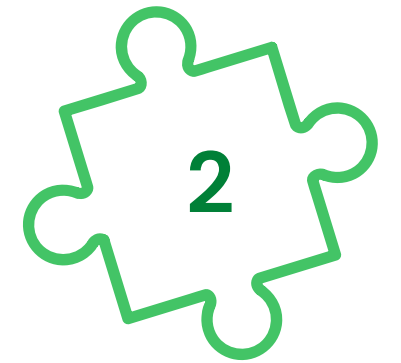


- Vous recevez un homme de 45 ans en consultation, venu avec sa femme qui vous dit qu'il parle de suicide depuis quelques jours.
- C'est un agriculteur qui est en difficulté financière et qui n'a aucun ATCD connu.

Dans quelles conditions allez-vous faire votre entretien ?

Quelles questions posez-vous ?

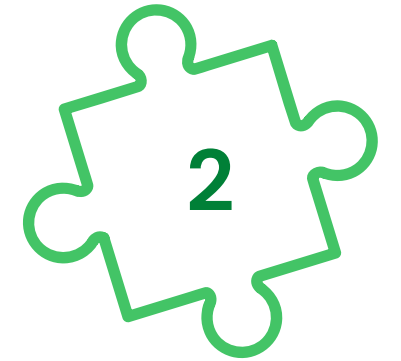
Vignette clinique 2



- Vous choisissez de le voir seul. Il vous parle alors de ses difficultés financières mais aussi de sa femme pour laquelle il s'inquiète beaucoup.
- Cliniquement, vous retrouvez une tristesse de l'humeur évoluant depuis environ 2 mois, des troubles du sommeil, des ruminations quotidiennes et des idées suicidaires actives depuis 2 jours; date à laquelle il a reçu une importante facture.

Quelles précisions recherchez-vous ?

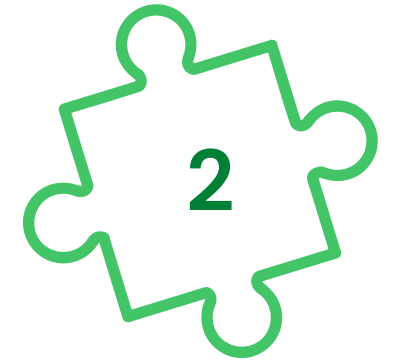
Vignette clinique 2



- Ses idées suicidaires sont scénarisées par arme à feu, il n'en possède pas chez lui et n'a pas de moyen de s'en procurer actuellement.
- Il parvient à critiquer ses idées de manière partielle et vous parle de sa femme comme facteur protecteur.

Quelle prise en charge proposez-vous ?

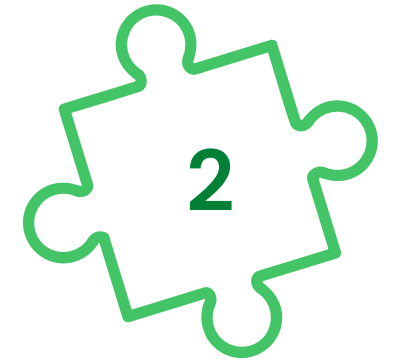
Vignette clinique 2



- Vous avez introduit un antidépresseur par IRS à dose efficace et revoyez votre patient quelques jours plus tard.
- Il présente toujours des idées suicidaires envahissantes et sa femme ne suffit plus à le rassurer.

Que faites-vous alors ?

Vignette clinique 3



- Vous recevez une patiente de 35 ans, qui vient pour cervicalgies. Au cours de l'entretien, vous apprenez qu'elle s'automédique par TRAMADOL depuis quelques temps, et qu'elle a fait une IMV la semaine dernière, non médicalisée.

Que faites-vous ?

PARTIE 3 Dispositif Vigilans 37



- Dr Dubois, Psychiatre responsable du dispositif

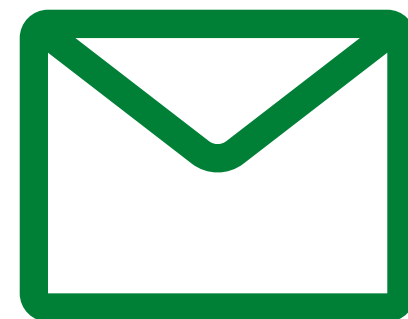
PARTIE 4 : Le Dispositif MG&Psy 37



- DISPOSITIF d'AVIS PSYCHIATRIQUES à l'usage des médecins généralistes.

Vous pouvez adresser une demande d'avis clinique/thérapeutique par mail à l'adresse sécurisée :

avispsy.agglo@chu-tours.mssante.fr



Le Dispositif MG&Psy 37



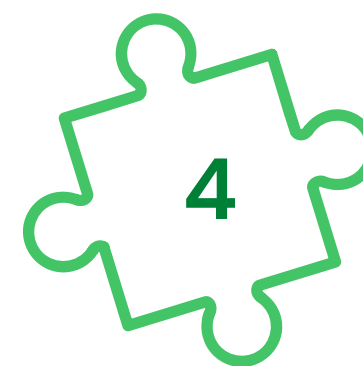
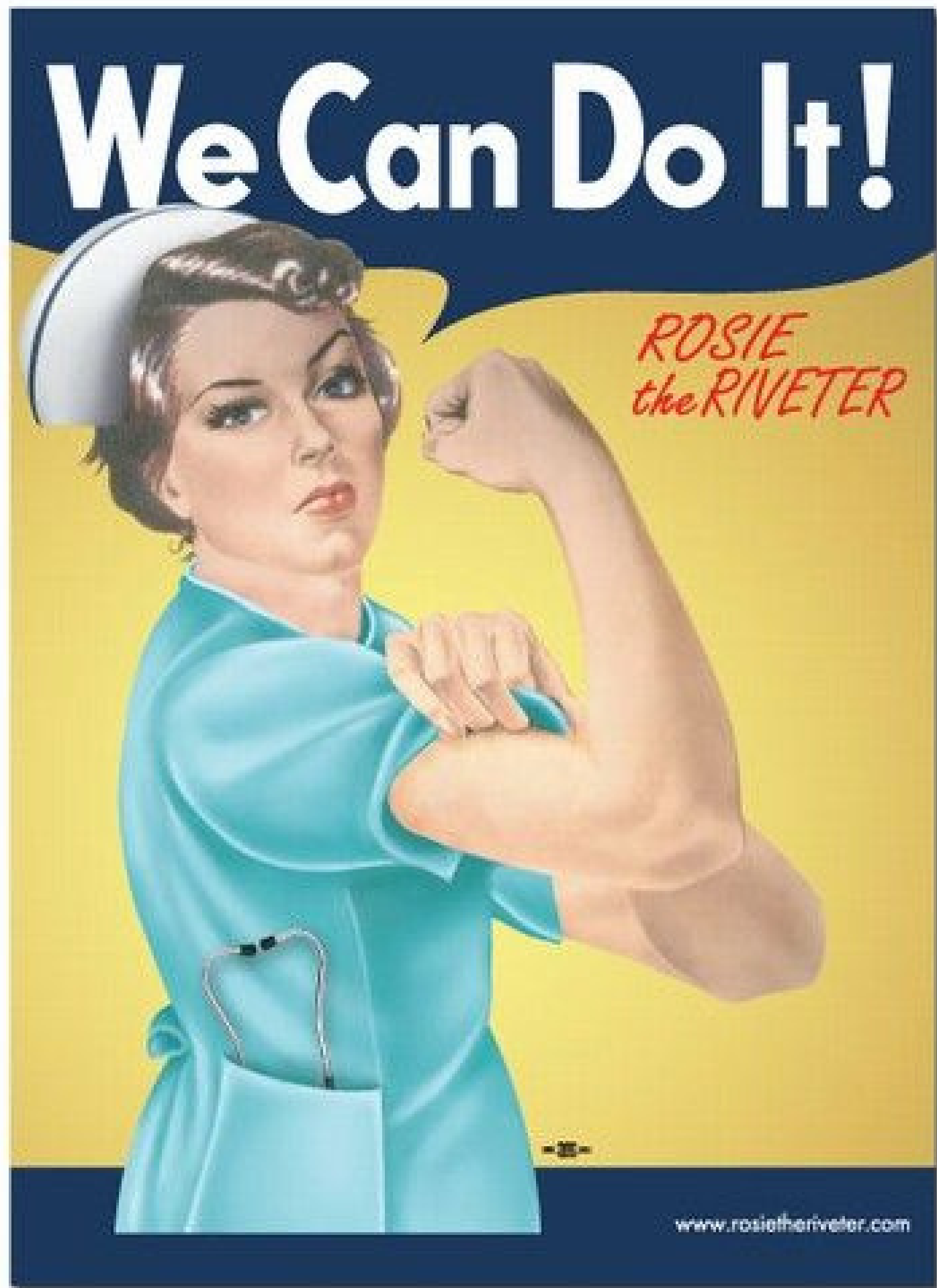
- DISPOSITIF de SOINS :
 - **GROUPES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES TCC**
 - **de PEC de la dépression** d'intensité légère à modérée
 - **de PEC de l'insomnie** primaire ou secondaire

Sur adressage des médecins généralistes

<https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr>

<https://www.facebook.com/MedecineGeneralePsychiatrie37>





Merci pour votre participation et bonne fin de soirée à tous



**Avez-vous des
questions**

