

La conférence de consensus<sup>1</sup> dont les points-clés sont rapportés ci-dessous est ancienne et les consensus exprimés reposent sur des données antérieures à 2000. Ses conclusions, dont voici les points-clés, restent cependant d'actualité<sup>2</sup>. Les médecins généralistes adressent à l'hôpital 80 % des tentatives de suicide, parfois dans le cadre de la loi de 1990. Par ailleurs, 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. Ces chiffres sont à corréliser avec l'incidence extrêmement faible de cette pathologie : 1 cas sur 5 000 actes en moyenne. Dans la grande majorité des cas, ces consultations ont eu pour motif une plainte somatique plus ou moins précise : la reconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente, donc le repérage de la crise suicidaire, sont difficiles...

# Crise suicidaire et médecine générale

## Rappel des 5 points-clés de la conférence de consensus de 2000

La crise suicidaire constitue un moment d'échappement, réversible et temporaire, durant lequel la personne se trouve en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. La crise est une trajectoire – ou la tentative de suicide n'est que l'une des sorties de crise possibles – qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à celui d'une impossibilité d'échapper à cette impasse.

### Point-clé 1. Écouter les non-professionnels qui auraient repéré la crise chez un proche

Si le recours au médecin apparaît devoir être systématique, pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie

thérapeutique, le médecin n'est pas la solution à tout. Une partie de son action thérapeutique, quelquefois la possibilité même de cette action, dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement. Différentes manifestations accompagnent la crise qui se développe :

- *l'expression d'idées et d'intention suicidaires* ;
- *des manifestations très variées* qui ne sont ni spécifiques ni exceptionnelles prises isolément et peuvent être labiles ; ultérieurement, le désespoir, une souffrance psychique intense, une réduction du sens des valeurs, le cynisme, un goût pour le morbide, la recherche soudaine d'armes à feu sont particulièrement inquiétants ; une accalmie suspecte, un comportement de départ sont des signes de très haut risque ;
- *dans un contexte de vulnérabilité* : dépression, affections psychiatriques préexistantes, facteurs de personnalité, alcoolisme, toxicomanie, histoire familiale individuelle, événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, conflits, etc.).

Le regroupement de ces signes, leur association ou leur survenue en rupture avec le comportement habituel doit alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par le médecin. Le *tableau 1* schématise les principales situations rencontrées. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage est un élément essentiel à ce stade.

1. Anaes. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière – Paris, 19 et 20 octobre 2000. Texte intégral disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

2. Voir dans ce même numéro de *Médecine* :

– Nicot P, Bouet R. Risque suicidaire. Peut-on mieux faire ? p. 244-6.  
– Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. p. 279-83.

**Mots clés :**

médecine générale,  
psychiatrie, suicide

Tableau 1. Attitudes recommandées aux non-professionnels à certains âges ou environnements particuliers.

	Mode d'expression			Attitudes recommandées
	<i>Idées suicidaires</i>	<i>Manifestations</i>	<i>Facteurs de vulnérabilité</i>	
<b>Chez l'enfant</b>	Rarement exprimées	Problèmes somatiques mal étiquetés, isolement, troubles de la communication/aprentissage, hyperactivité, encoprésie, blessures à répétition, préoccupations exagérées pour la mort, tendance à tenir la place de souffre-douleur de la part des autres.	Isolement affectif, bouleversements familiaux, entrée au collège, contexte de maltraitance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ne pas chercher à résoudre le problème seul</li> <li>– parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif</li> <li>– signaler les signes repérés à la famille</li> <li>– les signaler au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste.</li> </ul>
<b>Chez l'adolescent</b>	Exprimées ou non, c'est un motif d'intervention et de prévention	Infléchissement des résultats scolaires, conduites excessives et déviantes, hyperactivité, attirance pour la marginalité, conduites ordaliques, conduites d'anorexie et de boulimie, prises de risque inconsidérées, notamment au niveau sexuel, violence sur soi et sur autrui, fugues.	Âge lui-même avec parfois isolement affectif, ruptures sentimentales et échecs, notamment scolaires, conflits d'autorité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière, psychologue ou assistante scolaires), la famille et le médecin traitant ;</li> <li>– utiliser les réseaux spécialisés existants.</li> </ul>
<b>Chez l'adulte</b>	Peu exprimées en dehors de la relation avec le médecin ou de façon très manifeste dans la famille.	Ennui, sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, de décalage et de perte d'investissement au travail, difficultés relationnelles, arrêts de travail à répétition ou au contraire surinvestissement au travail, consultations répétées...	Statut conjugal, social et professionnel (climat délétère, voire de harcèlement), toxicomanies, sida, violence ou atteinte narcissique, émigration...	<ul style="list-style-type: none"> <li>– essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin.</li> </ul>
<b>Chez la personne âgée</b>	Rarement exprimées (ne doivent pas être banalisées par l'entourage).	Attitude de repli sur soi, refus de s'alimenter, manque de communication, perte d'intérêt pour les activités, refus de soin et gestes suicidaires.	dépression, maladies somatiques surtout handicapantes et douloureuses, conflits, changement d'environnement, veuvage pour les hommes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– être attentif à la possibilité d'une dépression,</li> <li>– envisager une souffrance somatique et une maltraitance devant un changement comportemental.</li> </ul>
<b>Personnes atteintes de troubles psychiques avérés</b>	Exprimées ou à l'inverse totalement dissimulées.	Alternance de moments à haut risque et de moments d'accalmie, sur fond de variabilité permanente. Certains signes peuvent être difficile à repérer parmi des signes déjà présents : isolement, rupture des contacts habituels, réduction et abandon des activités, exacerbation de tous les signes de maladie.	Les troubles psychiques, au sein desquels des événements d'allure insignifiante peuvent avoir un impact très important.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels,</li> <li>– assurer la sécurité par rapport à des objets ou des médicaments</li> </ul>

\* Pour les personnes souffrant d'alcoolisme et pour les situations particulières rencontrées dans l'armée et dans les prisons, voir la version longue des recommandations, sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



## Point-clé 2. Ne pas hésiter à poser la question en consultation

Des changements récents chez un patient connu peuvent attirer l'attention : aggravation de troubles psychiatriques antérieurs, symptomatologie physique inexpliquée, conduite inhabituelle, changement de tonalité dans la relation (avec le médecin ou avec l'entourage), contexte (par exemple survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant).

Il en est de même chez un patient peu ou pas connu qui vient de changer de médecin, a une demande peu claire, est agité ou stressé, fait des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique...

**Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles.**

Au-delà de la présence éventuelle d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, le diagnostic de crise suicidaire s'appuie sur :

- les éléments du contexte : présence d'idées suicidaires et leur fréquence, expression, au praticien ou à des tiers (directement ou indirectement) de l'intention suicidaire, sentiment de désespoir, conduites de préparation de l'acte ;
- des signes de vulnérabilité psychique : troubles de l'image de soi, signes d'impulsivité, agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte, instabilité comportementale, tendance à l'anxiété, notamment attaques de panique ;
- des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risque.

## Point-clé 3. Évaluer le danger et l'urgence

Six éléments sont à prendre en considération :

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

2. 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).

3. 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.

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

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

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

Il faudra également tenir compte du danger lié à l'accumulation de facteurs de risque.

À partir de ces 6 éléments, 3 niveaux d'urgence peuvent être considérés :

- **Faible** : la personne est dans une relation de confiance établie avec le praticien, désire parler et cherche à communiquer, à trouver des solutions à ses problèmes ; elle pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis, pense à des moyens et à des stratégies pour faire face, n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

- **Moyenne** : la personne présente un équilibre émotionnel fragile, est isolée, a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; elle envisage clairement le suicide, y compris un scénario dont l'exécution est reportée, ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir.

- **Élevée** : la personne est décidée, ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé, est très isolée, a planifié et prévu le passage à l'acte pour les jours qui viennent, rationaliser sa décision ou est très émotive, agitée, troublée, complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation : sa douleur et sa souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ; elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider.

Un tel bilan exhaustif, souhaitable dans une évaluation psychiatrique, n'est pas toujours possible en médecine générale. Mais confronté à des situations très diverses, il faut au moins évaluer la crise et son degré d'urgence.

## Point-clé 4. Que proposer ?

### Le constat

La souffrance psychique sous-jacente est souvent masquée, rendant le repérage difficile dans la consultation habituelle (cf. ci-dessus). Cette difficulté est encore accrue avec les adolescents (répugnance à l'exposition de leurs faiblesses) et les personnes âgées (formes particulièrement atypiques, atténuation des signes de la crise, syndrome de glissement, etc.). Elle l'est également par le contexte de la consultation, limitée dans le temps et *a priori* centrée sur les signes somatiques. Par ailleurs, les liens de collaboration entre généraliste et psychiatres, les consultations psychiatriques privées ou publiques saturées, les réseaux environnant le patient mal connus. La crainte de la psychiatrisation est également évoquée comme un obstacle. La qualité de la relation médecin –

malade dans de telles crises est essentielle, notamment pour le repérage des troubles dépressifs et des idées suicidaires.

### Les principes de base

- La prise en charge en consultation de première intention doit d'abord s'adapter au contexte de la personne en crise, et notamment prendre en compte ses interrelations avec son entourage et avec l'ensemble du tissu social.
- L'écoute active de la souffrance psychique ne relève d'aucune technique standardisée. Mais il est essentiel qu'apparaisse la notion de « lien », de bon contact avec la personne suicidaire, pour qu'elle ait le sentiment d'être comprise, reconnue et acceptée par l'intervenant.
- La prise en charge ne peut relever d'un seul professionnel et nécessite une intervention pluridisciplinaire. Elle vise donc à préparer la personne (et son entourage) à un suivi spécialisé lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée ; ce qui suppose 1) l'implication de la famille ou de l'entourage, 2) l'articulation avec des partenaires locaux (réseaux sanitaires et sociaux)<sup>3</sup>.

### Quand faire appel au psychiatre ?

Son intervention se situe à toutes les phases de la crise pour évaluer la psychopathologie, diagnostiquer la crise et les troubles psychiatriques qui peuvent lui être associés, déterminer des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients<sup>4</sup>.

Toute crise suicidaire majeure ou grave nécessite une évaluation psychiatrique soigneuse, notamment lorsqu'une pathologie psychiatrique s'y associe (grade A). Le recours à la psychothérapie est recommandé dans tous les cas où cet abord est indiqué pour traiter les facteurs psychopathologiques de vulnérabilité ou diminuer les effets critiques.

Les psychotropes ne doivent être prescrits dans la crise suicidaire qu'en fonction des pathologies psychiatriques éventuellement associées. En particulier, les benzodiazépines sont encore trop ou trop longtemps utilisées (tableau 2).

3. Leur rôle est développé dans le texte intégral de la conférence.

4. Chez les patients présentant certaines pathologies psychiatriques à haut risque suicidaire (dépression et schizophrénie notamment), il existe un lien entre la survenue d'une tentative de suicide et la diminution récente de l'intensité du traitement (diminution des posologies, espacement des consultations).

**Tableau 2. Médicaments et risque suicidaire.**

<b>Lithium</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychose maniaco-dépressive bipolaire : le risque suicidaire revient à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement.</li> <li>– Formes unipolaires : ce résultat n'est pas retrouvé.</li> </ul>
<b>Antidépresseurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aucune étude <i>versus</i> placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout venant.</li> <li>– De nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés. Ceci n'exclut pas la possibilité de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportée avec tous les antidépresseurs.</li> </ul>
<b>Neuroleptiques</b>	Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie ; il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur des neuroleptiques atypiques.
<b>Benzodiazépines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire.</li> <li>– Aucune étude expérimentale n'est venue confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.</li> </ul>

### Quand hospitaliser ?

L'hospitalisation a pour but la protection de la personne, l'établissement d'une relation de confiance avec elle et la mise en mots de la souffrance en ayant le souci constant de définir et de favoriser les soins ultérieurs. Elle est recommandée si la crise suicidaire est d'urgence élevée, envisagée au cas par cas dans les autres situations. Quel que soit le contexte, il faut travailler l'alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue, donc expliquer systématiquement au patient les raisons de la démarche de soins et l'impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe) et l'aspect transitoire de cette hospitalisation. Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il peut être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi du 27 juin 1990.

### Point-clé 5. Quel suivi ?

Les patients en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide ont un risque majeur de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte, un taux de suicide de 1 % à un an et un risque accru de décès toutes causes confondues. Ce risque est majoré pour les suicidants présentant des facteurs de risque primaires.

La prise en compte du contexte familial par les équipes psychiatriques favorise une bonne acceptation des soins spécialisés – en dédramatisant le recours à la psychiatrie par le patient et son entourage – et diminue le taux des rechutes.

Dans tous les cas :

- Envisager et organiser la continuité des soins dès le début de la prise en charge de crise.
- Orienter les sujets qui présentent des facteurs de risque primaires ou un cumul de plusieurs facteurs de risque (troubles psychiatriques patents, suicidants, et addictions) vers un suivi spécialisé, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire.
- Organiser également un suivi après la crise (tant sur le plan personnel que familial) pour les sujets présentant une crise suicidaire sans facteur de risque primaire.
- Favoriser l'alliance thérapeutique sur le long terme, informer le sujet et son entourage sur le choix de l'orientation et d'éviter une rupture de la continuité des soins.
- Maintenir une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.