

FICHE

Le plus souvent, ce sont le médecin généraliste et les urgences qui prennent en charge les patients en état de crise suicidaire (= comportement pathologique). Des sentiments dépressifs peuvent y être associés (FDR). Il y a toujours une dimension d'appel, à laquelle il faut répondre.

I. Conduite suicidaire

a) Définitions et limites

Suicide : acte de se tuer, -> suicidé

Tentative de suicide (TS) : passage à l'acte non fatal -> suicidant

Idées de suicide : élaboration mentale consciente d'un désir de mort

Equivalents suicidaires : conduites à risque avec désir inconscient de jeu avec la mort; } Suicidaire

Les termes « **suicide** » et « **geste suicidaire** » sont mentionnés en tant que **symptômes** : ils n'ont pas de codage autonome dans les classifications actuelles internationales des maladies mentales (= non reconnus en tant que maladies).

DSM-IV-R et DSM-V	CIM-10	OMS
Personnalité limite, épisode dépressif majeur.	Episode dépressif sévère.	Intoxication ou lésion traumatique volontaire.

b) Epidémiologie

Procédés suicidaires : toxiques, traumatiques, asphyxiques.

Formes cliniques : suicide collectif, consenti, non consenti par le(s) partenaire(s), travesti.

Le suicide est la première cause de mortalité chez les 15/35 ans. Les TS sont des FDR de suicide. De plus, il existe différents facteurs de gravité comprenant la dépression, être âgé, être un homme, être isolé...

	Tentatives de suicide	Suicides
Incidence	160 000 par an en France	12 000 décès par an en France
Sexe	2X plus fréquentes chez les femmes	3X plus fréquents chez les hommes
Age	Diminuent avec l'âge	Augmentent avec l'âge
Moyens utilisés	Médicaments +++	Pendaison, armes à feu, médicaments, ...

Les TS sont un des principaux motifs de consultation aux urgences. 40% évoluent vers une récurrence et 10% aboutissent à un suicide dans les 10 années suivant la TS.

c) Equivalents suicidaires

- **Les automutilations**
- **Certains refus alimentaires et/ou thérapeutiques ;**
- **Certaines conduites toxicomaniaques ou alcooliques ;**
- **La prise de risques graves.**

d) Approche clinique des conduites suicidaires

TS : processus dynamique, elle comprend différentes étapes que le médecin doit reconnaître et dont il doit évaluer le risque suicidaire : Menace suicidaire ; Equivalents suicidaires (dont le patient nie le caractère suicidaire) ; Idées suicidaires ; Refus de soins (chez un déprimé).

II. Crise suicidaire

= **crise psychique** dont le risque majeur est le suicide. Fait suite à un moment de **rupture** dans la vie du sujet. **Suicide = solution** pour mettre fin à la souffrance actuelle. Peut aboutir à la TS puis au suicide.

a) Sémiologie de la crise suicidaire

Phase pré-suicidaire : Durée variable. Sentiment croissant de **constriction situationnelle**.

Ringel (1976) a décrit une **triade symptomatique**+++ , non spécifique d'une pathologie psychiatrique :

- **Constriction** : affective ; psychodynamique ; des relations interpersonnelles ; du sens des valeurs ;
- **Inhibition**, voire retournement contre soi de l'agressivité ;
- **Fantasmes suicidaires** : exacerbation et répétition d'idées de mort. Suicide = seule solution.

Phase de passage à l'acte : Liée à un événement déclencheur (grave ou d'apparence anodine).

Phase post-suicidaire : soit résolutive et cathartique, soit engendre une nouvelle crise.

b) Reconnaître une crise suicidaire

1) Idées suicidaires

= manifestation explicite d'idées et d'intentions suicidaires fréquente. Peuvent être **indirectes ou allusives**. Il faut donc distinguer les caractéristiques de ces idées : **intensité, fréquence, caractère obsédant**.

!/: aborder le thème du suicide n'augmente pas le risque de passage à l'acte.

Les TS non accomplies ou avortées se dépitent via des **questions initiales concrètes et spécifiques** (méthodes) puis via **des questions générales**.

!/: les idées suicidaires sont parfois dissimulées. Il faut donc rechercher des signes évocateurs de crise suicidaire : **Signes de rupture** ; Signes de **changements par rapport à l'état antérieur** ; **Changements d'attitude** (repli sur soi, drogues ou alcool, ...) ; **Désespoir** ; **Comportements de départ** (testament...).

Enfant	Adolescent	Personne âgée
Dessins, blessures répétitives, joue moins...	Intentionnalité suicidaire exprimée, fléchissement scolaire, fugue...	Dépression, refus de soin, handicap, veuvage...

2) Geste suicidaire

Il perturbe l'entourage -> Limitation de l'intervention des secours au minimum et maintien du patient à domicile.

3) L'intentionnalité suicidaire

Déterminant clinique essentiel, pouvant varier entre la période avant et celle après la TS. C'est un FDR de récurrence et de mortalité par suicide.

-> Echelle mise en place par Beck comportant 18 questions (circonstances objectives/subjectives de la TS).

II. Diagnostic étiologique de la crise suicidaire : un déterminisme multifactoriel

a) Facteurs psychopathologiques

= **FDR majoritaires** : certains symptômes de risque suicidaire associés aux troubles psychiatriques. En effet, on trouve 90% de troubles mentaux chez les suicidés. La comorbidité augmente également le risque suicidaire (ex : dépression + anxiété).

La dépression (50 à 65%) : Au moins 5 des signes suivants :

- Perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités habituelles ;
- Absence de réactivité aux stimuli habituellement agréables ;
- Aggravation de la dépression le matin (alors que l'anxiété, elle, s'aggrave le soir) ;
- Réveils précoces ;
- Ralentissement ou agitation ;
- Anorexie ou perte de poids ;
- Douleur morale intense, profond désespoir, abattement.

L'alcool (30%) : Fort lien entre l'alcoolodépendance et le risque suicidaire.

Les troubles de la personnalité (35%) : Les personnalités pathologiques sont les suivantes : antisociale, limite, histrionique, narcissique.

La schizophrénie (6%) : Rechercher un syndrome dépressif associé, des hallucinations de commande...

La crise suicidaire et délire chroniques non schizophréniques : délire paranoïaque interprétatif.

Les troubles anxieux : risque de passage à l'acte lors d'un raptus anxieux ; attaque de panique.

Dimensions et traits de personnalité favorisant les conduites suicidaires et la crise suicidaire : l'intention suicidaire ; l'impulsivité ; l'agressivité ; le neuroticisme ; le désespoir.

Pourquoi le suicide ?

- Fonctions suicidaires (Stengel, Cock)
- Stress-diathèse
- Fonction hétéro agressive
- Fonction ordalique

b) Facteurs biographiques

Antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide ; sexe ; âge ; statut familial et socioprofessionnel ; situation géographique ; pathologies somatiques.

c) Facteurs situationnels : situations déclenchantes

Rupture affective sentimentale ou conjugale, veuvage ; perte de la santé lors de la survenue d'une maladie grave ; perte de repères liée à des changements professionnels, social, familiaux, financiers.

IV. Critères d'évaluation du risque suicidaire à court terme

a) Critères d'évaluation du risque suicidaire

Facteurs primaires : accessibles aux traitements.

→ Troubles psy, ATCD personnels et familiaux de TS, communication d'une intention suicidaire, impulsivité.

Facteurs secondaires : peu modifiables. Peu de valeur prédictive dans les premiers.

→ Pertes parentales précoces, isolement social, chômage, difficultés financières et professionnelles.

Facteurs tertiaires : valeur prédictive en présence des facteurs primaires et secondaires. Non modifiables.

→ Sexe masculin, âge jeune ou grand, période de vulnérabilité.

Facteurs de protection :

→ Support social, soutien familial ; prise en charge thérapeutique ; adaptabilité.

b) Evaluation de l'urgence

Par l'imminence du passage à l'acte : faible, moyenne ou élevée.

c) Evaluation de la dangerosité

Correspond à la létalité du moyen envisagé et l'accessibilité à ce moyen : il faut interroger le sujet.

V. Approche neurologique

a) Neurosciences et vulnérabilité suicidaire : quelques pistes

Approche cognitiviste : des dysfonctions cognitives sont associées aux conditions suicidaires (ex : déficit de capacité de résolution de problèmes ; pensées dichotomiques...)

Dysfonctionnement du système sérotoninergique central : trait de vulnérabilité suicidaire indépendant des troubles psychiatriques. Post-mortem : réduction du turn-over sérotoninergique avec diminution des taux de sérotonine. La convergence d'anomalies au niveau du cortex préfrontal ventromédian pourrait être spécifique du suicide.

Implication de gènes sérotoninergiques dans les conduites suicidaires : TPH-1, le gène codant pour le transporteur de la sérotonine, le gène de la monoamine oxydase.

b) Agrégation familiale des conduites suicidaires

Héritabilité des TS est environ de 50%. La part des facteurs environnementaux est aussi de 50%.

Les études de génétique épidémiologique montrent que la vulnérabilité familiale ou génétique est commune aux TS et au suicide, que la transmission familiale du risque suicidaire est indépendante de celle des troubles psychiatriques mais qu'elle est liée à la transmission de traits de personnalité **impulsifs et agressifs** au sein des familles.

c) Conduites suicidaires et études en imagerie cérébrale

Utilisation du PET et du SPECT, qui évaluent le fonctionnement cérébral régional (perfusion et métabolisme).

d) Gènes, environnement et réactivité au stress

Le risque de survenue d'une conduite suicidaire est plus élevé chez les sujets qui à la fois sont porteurs de **l'allèle « s » du 5-HTT** et qui ont subi des **événements de vie stressants** au cours des 5 années passées.

Un dysfonctionnement de l'**axe hypothalamo-hypophysaire surrénalien** et du **système noradrénergique** pourraient aussi être impliqués dans le comportement suicidaire.