

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Par **Christine Moutier, MD**, American Foundation For Suicide Prevention

Reviewed By **Mark Zimmerman, MD**, South County Psychiatry

Le suicide est la mort causée par un acte autolésionnel conçu pour être mortel. Le comportement suicidaire englobe un éventail de comportements allant de la tentative de suicide à des comportements préparatoires au suicide complet. Les idées suicidaires désignent le processus de réflexion, de considération ou de planification du suicide.

Les progrès de la science, la défense des droits et la réduction de la stigmatisation ont conduit à une évolution de la majeure partie de la terminologie liée au suicide, dont les concepts déjà définis ci-dessus :

- Intention suicidaire : intention de mettre fin à sa vie par un comportement suicidaire
- Tentative de suicide : un comportement non fatal, potentiellement préjudiciable dirigé contre soi-même avec l'intention de mourir à la suite de ce comportement
- Survivants une tentative de suicide: personnes ayant leur propre expérience personnelle de pensées ou de tentatives suicidaires ; souvent important dans le mouvement de défense de la prévention du suicide ; les survivants de tentatives de suicide s'associent parfois à d'autres défenseurs.
- Suicide loss survivors (Survivants d'une perte par suicide) ou deuil dû à un suicide : membres de la famille ou amis d'une personne qui s'est suicidée

Trois autres changements importants dans la terminologie du suicide ont également été introduits dans le lexique professionnel :

- Mort par suicide : ce langage recommandé est préféré à l'expression "commis un suicide." D'autres termes simples sont acceptables (p. ex., "s'est suicidé", "a mis fin à ses jours", "a pris sa vie").
- Lésion auto-infligée non suicidaire et comportement d'automutilation : ces comportements sont définis comme se blesser délibérément sans intention suicidaire ; se couper est la forme la plus fréquente, mais les brûlures, se griffer, se frapper et empêcher la guérison des plaies en sont d'autres formes. Bien que le comportement lui-même soit sans intention suicidaire, les personnes qui présentent un schéma de lésion auto-infligée non suicidaire ont été trouvées à risque plus élevé de suicide à long terme.
- Suicidalité : ce terme est fréquemment utilisé dans les contextes cliniques entre professionnels pour faire référence au spectre des expériences suicidaires possibles ; il ne spécifie pas s'il y a eu des idées suicidaires ou une tentative de suicide, ou si la nature de l'idéation ou des tentatives était chronique/récurrente ou qu'il s'agissait d'un événement singulier ou d'événements multiples. Dans de nombreux cas, la communication peut être plus efficace et plus claire si l'on articule la véritable question en cause (p. ex., des idées ou une tentative) et inclut les détails pertinents.

(Voir aussi the National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe. Washington, DC: Education Development Center, Inc, 2018.)

Épidémiologie du comportement suicidaire

Les statistiques sur les comportements suicidaires sont fondées principalement sur les certificats de décès et les rapports d'enquêtes et sous-estiment l'incidence réelle. Afin d'obtenir des informations plus fiables, aux États-Unis, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a créé un système de reporting d'État appelé le National Violent Death Reporting System (NVDRS) qui recueille des informations sur chaque incident violent à partir de diverses sources pour une meilleure compréhension des causes de morts violentes (homicides et suicides). Le NVDRS (National Violent Death Reporting System) est actuellement en place dans les 50 États, le District de Columbia et Porto Rico.

Aux États-Unis, le suicide a été la 10^e cause de décès pendant plusieurs décennies jusqu'en 2020, lorsque le COVID-19 est devenu la troisième cause de décès et a déplacé le suicide hors de la liste des 10 premières (1, 2). Le taux de suicide aux États-Unis a augmenté de 1999 à 2018 de 36% (de 10,2 à 14,2/100 000 personnes par an), suivi de 2 années consécutives de baisse des taux en 2019 et 2020. Les données américaines sur le suicide aux États-Unis en 2021, ont malheureusement montré une augmentation de 4% entre 2020 et 2021 (2, 3). Le suicide est connu pour être un problème de santé complexe et multifactoriel, les raisons des variations des taux dans la population sont donc difficiles à identifier, mais elles sont supposées être liées à des facteurs tels que les attitudes culturelles envers la santé mentale et la recherche d'aide, l'accès aux soins de santé mentale, l'accès à des moyens létaux, et de nombreuses autres influences. Les tendances sociétales externes et les expériences personnelles sont supposées interagir avec des facteurs de risque individuels internes tels que les traumatismes ou la prédisposition génétique qui peuvent augmenter le risque de suicide (3).

En 2021, les groupes d'âge présentant les taux de suicide les plus élevés étaient les adultes âgés de 25 à 34 ans et de 75 à 84 ans, mais les taux étaient les plus élevés chez les adultes de plus de 85 ans. Le taux de suicide le plus élevé parmi les groupes raciaux et ethniques selon l'âge est observé chez les jeunes Indiens d'Amérique (2). Cependant, en termes de charge globale du suicide, les hommes blancs, qui représentent environ un tiers de la population américaine, représentent 7 suicides sur 10 aux États-Unis. Des données émergentes indiquent également une augmentation des taux de suicide dans les populations noires, hispaniques et asiatiques américaines (4). Pour des statistiques actuelles sur le suicide, voir les données fournies par l'American Foundation for Suicide Prevention.

Dans les années 1990, les taux de suicide chez les jeunes ont diminué après plus d'une décennie d'augmentation constante, pour ensuite réaugmenter au début des années 2000 due à une augmentation alarmante des suicides par arme à feu. De nombreuses influences sont probablement liées aux tendances à la hausse des taux de suicide chez les enfants et les adolescents, dont les suivantes (5):

- Troubles mentaux non traités (dont le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire, les troubles de toxicomanie, les psychoses, les troubles du comportement alimentaire, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles anxieux et/ou les traumatismes)
- Des pathologies telles que des lésions cérébrales traumatiques ou des troubles du spectre autistique
- Les événements indésirables de l'enfance (dont la maltraitance, la négligence, la perte)
- Des expériences de traumatismes ou de pertes (dont un environnement familial instable ; grandir avec un parent qui a une maladie mentale; l'exposition au suicide de pairs et/ou d'un parent décédé par suicide; l'expérience d'intimidations ou de discriminations basées sur la race, le sexe ou l'orientation sexuelle)

La recherche sur le rôle des médias sociaux évolue et révèle à présent une influence complexe et variable de l'utilisation des médias sociaux, allant d'effets néfastes sur l'humeur, le sommeil et les idées suicidaires à la connectivité interpersonnelle positive pour certaines personnes, qui peut en fait être protectrice (6). (Voir aussi Étiologie). Des données supplémentaires suggèrent également un effet possible des avertissements émis par les organismes de réglementation (sous forme de cadre noir sur les emballages de médicament) concernant le risque accru de suicidalité chez les enfants et les adolescents associés à l'utilisation des antidépresseurs, ce qui pourrait avoir entraîné une diminution des traitements des troubles dépressifs majeurs (7, 8).

La mortalité masculine par suicide est supérieure à celle des femmes (2,5:1 à 4:1) dans le monde et près de 4:1 aux États-Unis. Les raisons ne sont pas connues, mais des explications possibles comprennent le fait que

- Les hommes sont moins susceptibles de demander de l'aide quand ils sont angoissés.
- Les hommes ont une prévalence plus élevée de trouble de consommation d'alcool et de trouble de toxicomanie, qui provoquent tous deux des comportements impulsifs.
- Les hommes tendent à être plus agressifs et utilisent des solutions plus létales lors d'une tentative de suicide.
- Le nombre de suicides chez les hommes inclut les suicides chez les militaires et les anciens combattants, population dans laquelle la proportion d'hommes est plus élevée.

En termes de spectre d'expériences liées au suicide, on estime que 14 millions d'Américains ont des idées suicidaires, 1,4 millions d'adultes Américains ont fait une tentative de suicide et un peu moins de 50 000 meurent par suicide chaque année. Les idées suicidaires sont assez fréquentes dans la population générale et plus fréquentes dans les populations cliniques. Parmi ceux qui envisagent le suicide, un bien moins grand nombre agissent à la suite de pensées ou de pulsions suicidaires. Parmi les personnes qui survivent même à des tentatives de suicide médicalement graves, plus de 90% ne meurent pas par suicide. Sur la vie, les adolescents et les jeunes adultes ont l'incidence la plus élevée d'idées suicidaires; les femmes tentent plus de se suicider que les hommes, mais les hommes meurent par suicide 3 à 4 fois plus que les femmes. Chez les personnes âgées, alors que les idées suicidaires sont moins fréquentes, 1 tentative de suicide sur 4 aboutit à la mort.

Parmi les personnes qui se suicident, 1 sur 6 laisse une lettre relative à son suicide. Le contenu peut indiquer des indices concernant les facteurs qui ont conduit au suicide (p. ex., maladie psychiatrique, désespoir, constriction cognitive et rétrécissement des options d'adaptation, sentiment d'être un fardeau pour les autres et sentiment d'isolement). L'intersection de ces facteurs de stress et d'autres pertes de vie peut déclencher le suicide.

La **contagion suicidaire** fait référence à un phénomène dans lequel un suicide semble en provoquer d'autres dans une communauté, une école ou sur un lieu de travail. Les suicides très médiatisés peuvent avoir un effet très important. Les personnes touchées sont généralement celles qui sont déjà vulnérables. Les humains sont des créatures sociales sujettes à l'imitation. Les adolescents sont plus susceptibles d'imitation que les adultes en raison de leur stade de développement psychologique et neurologique. On estime que la contagion en cause dans 1 à 5% de tous les suicides d'adolescents.

La contagion peut se produire par l'exposition à un pair qui tente ou meurt par suicide, par la couverture médiatique généralisée du suicide d'une célébrité ou par une représentation graphique et/ou sensationnelle du suicide dans les médias populaires. Inversement, la couverture médiatique par des messages positifs sur un décès par suicide peut atténuer le risque et/ou l'impact de la contagion suicidaire chez les jeunes vulnérables. Les messages positifs de prévention du suicide impliquent généralement de décrire les difficultés de santé mentale comme faisant partie de la vie et de l'expérience de la santé humaine en évitant la stigmatisation liée à la recherche d'aide et au traitement. Après un suicide, les messages positifs dans une école ou un lieu de travail doivent communiquer clairement sur la perte d'un membre de la communauté, exprimer un soutien à la communauté en deuil et fournir des ressources pour le soutien. Le langage utilisé par un responsable pour discuter du suicide, que ce soit par écrit ou lors de réunions, pour faire le bilan de la perte est important. Pour des informations plus détaillées sur la communication et des modèles de communication écrite, voir After A Suicide Toolkits librement disponible auprès de l'American Foundation for Suicide prevention (afsp.org).

La contagion suicidaire peut également se propager dans les écoles et les lieux de travail, qui sont des environnements importants pour la mise en œuvre et le suivi des directives post-intervention pour prévenir les suicides futurs.

Les **autres catégories de suicide** sont rares. Dont

- Suicides de groupe
- Meurtre/suicides
- "Suicide par flic (policier)" (situations dans lesquelles les personnes agissent de manière, p. ex., brandir une arme, à inciter les forces de l'ordre à agir par une action mortelle)

Références épidémiologiques

1. Ahmad FB, Anderson RN: The leading causes of death in the US for 2020. *JAMA* 325(18):1829-1830, 2021. 10.1001/jama.2021.5469

- b. 2. Stone DM, Mack KA, Qualters J: Notes from the field: Recent changes in suicide rates, by race and ethnicity and age group — United States, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 72:160–162, 2023.
- c. 3. Moutier C, Pisani A, Stahl S: Stahl's Handbooks: Suicide Prevention. Cambridge University Press, 2021.
- d. 4. Sheftall AH, Vakil F, Ruch DA, et al: Black youth suicide: Investigation of current trends and precipitating circumstances. *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry* 61(5):662-675, 2022. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.10.012>
- e. 5. Ruch DA, Heck KM, Sheftall AH, et al: Characteristics and precipitating circumstances of suicide among children aged 5 to 11 years in the United States, 2013-2017. *JAMA Netw Open* 4(7):e2115683, 2021. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.15683
- f. 6. Czyz EK, Liu Z, King CA: Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. *J Clin Child Adolesc Psychol* 41(2):214-226, 2012.
- g. 7. Libby AM, Brent DA, Morrato EH, et al: Decline in treatment of pediatric depression after FDA advisory on risk of suicidality with SSRIs. *Am J Psychiatry* 164(6):884-891, 2007. 8. Friedman R: Antidepressants' black-box warning — 10 years later. *N Engl J Med* 371:1666-1668, 2014.

Étiologie du comportement suicidaire

Le suicide est un événement de santé complexe qui implique un ensemble de facteurs génétiques, environnementaux, psychologiques et comportementaux. Les études d'autopsie psychologique montrent clairement que dans chaque cas de suicide, les sujets décédés présentaient de multiples facteurs de risque de suicide. La mort par suicide est beaucoup plus fréquente chez les sujets atteints d'un trouble psychiatrique que chez les témoins de même âge et de même sexe (1). Dans certaines études, près de 90% des sujets qui se suicident ont un problème de santé mentale diagnostiquable au moment de leur mort (2). (Voir tableau Fréquence des troubles mentaux dans les suicides.)

L'un des facteurs de risque de suicide les plus fréquents, puissants et réparables est la dépression.

En cas de dépression, le risque de suicide peut augmenter pendant les périodes où la dépression est plus sévère et lorsque plusieurs autres facteurs de risque convergent. En outre, le suicide semble plus fréquent lorsqu'une anxiété grave, une impulsivité, une toxicomanie et des problèmes de sommeil sont présents au cours d'une dépression majeure ou d'une dépression bipolaire. Le risque de pensées suicidaires (et, rarement, de tentatives de suicide) peut augmenter dans les groupes d'âge plus jeunes après le début des antidépresseurs (voir Traitement de la dépression et risque de suicide et Risque de suicide et antidépresseurs). Traiter efficacement la dépression par des médicaments et/ou une forme de psychothérapie est considéré comme un moyen efficace de réduire globalement le risque de suicide.

Les **autres facteurs de risque** de suicide comprennent :

- La plupart des autres troubles mentaux graves
- Les antécédents de tentative de suicide
- Troubles de la personnalité (p. ex., trouble de la personnalité limite [borderline])
- Impulsivité et agressivité
- Les expériences traumatiques pendant l'enfance

- Les antécédents familiaux de suicide et/ou de troubles psychiatriques
- La consommation d'alcool, de drogues et d'analgésiques sur ordonnance
- Maladies graves ou chroniques (p. ex., douleur chronique, lésion cérébrale traumatique)
- Moments de la perte (p. ex., décès de la famille ou des amis)
- Conflits relationnels (p. ex., divorce)
- Arrêt de travail (p. ex., chômage)
- Périodes de transition de carrière (p. ex., changement de statut militaire du statut actif au statut de vétéran ou de retraité)
- Stress financier (p. ex., échecs économiques, sous-emploi)
- Intimidation ou autres expériences humiliantes (p. ex., cyberintimidation, rejet social, discrimination, problèmes professionnels ou juridiques)

Les personnes atteintes de schizophrénie meurent par suicide à un taux beaucoup plus élevé que la population générale, avec jusqu'à 10% des patients schizophrènes mourant par suicide. Les facteurs de risque de suicide chez les schizophrènes sont la phase précoce de la maladie, les épisodes dépressifs, les hallucinations, le manque d'accès ou la non-observance d'un traitement efficace, le handicap, le désespoir et l'acathisie. D'autres facteurs de risque psychosociaux de suicide bien connus comprennent la rupture de la relation, le chômage et la perte.

L'alcool et les drogues illicites peuvent augmenter la désinhibition et l'impulsivité et déprimer l'humeur. Entre 30% et 40% des personnes qui meurent par suicide ont consommé de l'alcool avant leur geste et environ la moitié d'entre elles présentent une intoxication alcoolique. Les jeunes, qui sont généralement plus enclins aux comportements impulsifs, sont particulièrement sensibles aux effets de l'alcool ; des taux d'intoxication modérés peuvent entraîner l'utilisation de méthodes suicidaires plus léthales (3). Cependant, les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de l'alcool sont à risque accru de suicide, même lorsqu'elles sont sobres.

Les affections somatiques graves, en particulier celles qui sont chroniques et douloureuses, jouent un rôle dans près de 20% des suicides des personnes âgées. Des problèmes de santé récemment diagnostiqués ou d'apparition récente peuvent également augmenter le risque de suicide (p. ex., diabète, troubles convulsifs, douleurs, sclérose en plaques, cancer, infection, VIH/SIDA). Ces pathologies peuvent avoir un impact direct sur le fonctionnement physiologique du cerveau et, par conséquent, augmenter le risque de suicide. Les effets psychologiques du handicap, de la douleur ou d'un nouveau diagnostic de maladie grave peuvent également augmenter le risque de suicide.

Les personnes atteintes de troubles de la personnalité sont sujettes au suicide, en particulier les personnes qui ont un trouble de la personnalité limite ou un trouble de la personnalité antisociale qui ont probablement des problèmes d'intolérance au stress et des troubles de la réactivité interpersonnelle, dont des comportements d'automutilation et d'agression.

Les expériences traumatiques vécues par les enfants, en particulier le stress dû à des abus sexuels ou physiques ou à une carence parentale, sont associées aux tentatives de suicide et peut-être aux suicides réussis.

La génétique du risque de suicide est un domaine de recherche important et semble influencer le risque de suicide. Bien que le risque de suicide soit particulièrement présent dans certaines familles, les gènes ne semblent expliquer qu'une partie de ce risque (4). Des antécédents familiaux de suicide, de tentatives de suicide ou de troubles psychiatriques sont associés à un risque accru de suicide.

Il existe également des preuves qui suggèrent que des interactions génétiques et environnementales contribuent au risque de suicide (5). Les modifications épigénétiques (p. ex., la méthylation de l'ADN) affectent l'expression des gènes et peuvent augmenter ou diminuer le risque de suicide en modifiant la neurophysiologie, la cognition ou la régulation du stress. Cela signifie que les expériences négatives telles que les traumatismes et inversement les expériences positives telles que le soutien social de la psychothérapie peuvent réellement changer l'expression des gènes et affecter de manière significative la résistance d'un individu et le risque de suicide.

Des caractéristiques psychologiques telles qu'une tendance à l'impulsivité, une rigidité cognitive, une sensibilité au rejet interpersonnel ou un névrosisme sévère peuvent également augmenter le risque.

Références pour l'étiologie

- a. 1. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S: Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 3(2):153-160, 2014. doi: 10.1002/wps.20128
- b. 2. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 4:37, 2004.
- c. 3. Park CHK, Yoo SH, Lee J, et al: Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr Psychiatry* 75:27-34, 2017.
- d. 4. Galfalvy H, Haghighi F, Hodgkinson C, et al: A genome-wide association study of suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 168(7):557-563, 2015.
- e. 5. Cheung S, Woo J, Maes MS, et al: Suicide epigenetics, a review of recent progress. *J Affect Disord* 265:423-438, 2020.

Méthodes de suicide

Le choix de la méthode de suicide est déterminé par de nombreux facteurs, dont des facteurs culturels, la disponibilité du moyen de suicide, ainsi que par le sérieux du projet suicidaire. Par exemple, l'auto-intoxication par les pesticides est plus fréquente dans les zones rurales des pays d'Asie et du Pacifique occidental (1). Certains moyens (p. ex., sauts d'une grande hauteur) rendent la survie pratiquement impossible, alors que d'autres (p. ex., ingestion de médicaments ou de drogues) peuvent permettre d'être secouru. Cependant, l'utilisation d'un moyen qui n'a pas abouti à une issue fatale n'implique pas nécessairement que l'intention n'était pas sérieuse.

Dans le cas des **tentatives de suicide**, l'ingestion de drogues illicites, de médicaments ou de toxines est la méthode la plus couramment utilisée. Les tentatives de suicide par des moyens violents, tels que la pendaison ou les armes à feu, sont moins fréquentes.

Près de 50% des **suicides réussis** aux États-Unis impliquent des armes à feu; les hommes utilisent cette méthode plus que les femmes. Des données supplémentaires concernant les

tendances des taux de suicide selon le sexe, la race et l'origine ethnique ont été mises à disposition par le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2).

Références pour les méthodes

- a. 1. Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, et al: The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. *J Affect Disord* 219:93-104, 2017. 2. QuickStats: Age-adjusted suicide rates, by sex and three most common methods — United States, 2000–2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69:249, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6909a7>

Prise en charge du comportement suicidaire

- Évaluation du risque de suicide
- Planification de la sécurité
- Suivi et surveillance rapprochés

La National Action Alliance for Suicide Prevention (Action Alliance) a publié des lignes directrices pour les normes de soins recommandées aux patients à risque de suicide. Ceux-ci comprennent des recommandations de dépistage, d'évaluation du risque de suicide et les soins cliniques pour les soins généralistes, la santé comportementale et les services d'urgence (1).

Il est important de noter que le risque de suicide est dynamique. Le risque aigu ne dure généralement que peu de temps (quelques heures à quelques jours). Dans la majorité des suicides, les patients avaient été vus dans divers établissements de soins pendant la période de risque aigu, mais *le risque de suicide n'avait pas été détecté*. Les stratégies visant à atténuer les risques liés au suicide qui peuvent être utilisées par les médecins (même en dehors des systèmes de santé comportementale) comprennent

- Une réponse attentionnée et non critique
- Fournir des interventions brèves (p. ex., planification de la sécurité et conseils sur les moyens létaux)
- Communiquer avec la famille et les amis proches du patient
- Fournir des ressources de crise et d'autres ressources de santé mentale telles que le 988, the Suicide & Crisis Lifeline aux États-Unis
- Adresser le patient pour des soins appropriés
- Suivre le patient (même par téléphone) entre les consultations

Certaines périodes sont associées à un risque élevé de suicide. En particulier, la période de quelques jours à quelques semaines suivant la sortie du service d'urgence ou de l'hôpital psychiatrique des patients hospitalisés pour idées suicidaires ou une tentative de suicide est à haut risque et, par conséquent, un point d'intervention fondamental (2).

Un médecin qui se rend compte qu'un patient pense au suicide de manière imminente doit, dans la plupart des juridictions, en informer un organisme préposé pour qu'il intervienne. Ne pas le faire peut entraîner des poursuites civiles et pénales. Les patients à risque ne doivent pas être laissés seuls jusqu'à ce qu'ils soient dans un environnement sûr (souvent un

établissement psychiatrique). Si nécessaire, ces patients doivent être transportés dans cet environnement sécurisé par des professionnels formés (p. ex., techniciens médicaux d'urgence, agents de police). Des efforts aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande, en Australie et ailleurs visent à réformer le système de réponse aux crises pour se tourner vers un ensemble plus solide de ressources de santé mentale à plusieurs niveaux telles que des unités mobiles de crise et des soins de crise complets et indépendants des services d'urgence et des forces de l'ordre.

Tout acte suicidaire, qu'il s'agisse d'un geste suicidaire ou une tentative de suicide doit être pris au sérieux. Toute personne ayant une blessure auto-infligée grave doit être évaluée et traitée pour la blessure physique.

En cas de confirmation de surdosage d'un médicament potentiellement mortel, des mesures immédiates sont prises pour administrer un antidote et assurer un traitement de support (voir Empoisonnement).

L'**évaluation initiale** peut être réalisée par tout médecin formé à l'évaluation et à la prise en charge du comportement suicidaire. Cependant, tous les patients doivent subir une évaluation approfondie du risque de suicide, qui est habituellement effectuée par un psychiatre, un psychologue ou un autre praticien de santé mentale qualifié, et ce dès que possible. Des décisions doivent être prises quant à savoir si les patients doivent être volontairement hospitalisés ou involontairement engagés dans un traitement, et si une contention est nécessaire (voir aussi Urgences comportementales). Les patients présentant un trouble psychotique et certains de ceux qui ont une dépression sévère ou qui sont dans une situation de crise non résolue doivent être hospitalisés dans un service de psychiatrie. Les patients qui ont des manifestations de troubles médicaux potentiellement cause de confusion (p. ex., confusion, convulsions, fièvre) peuvent devoir être hospitalisés dans une unité médicale avec des précautions appropriées contre le suicide.

Après une tentative de suicide, le patient peut nier tout problème, car les dépressions sévères qui ont conduit à un geste suicidaire peuvent être suivies d'une courte période d'euphorie. Cependant, le risque d'un suicide ultérieur réussi est élevé, à moins que le patient ne reçoive un traitement continu et un soutien psychosocial.

L'**évaluation du risque de suicide** identifie les facteurs clés contribuant au risque de suicide actuel de l'individu et aide le médecin à planifier un traitement approprié. Elle consiste dans ce qui suit:

- Établir un rapport et écouter le récit du patient
- Comprendre la tentative de suicide, le contexte, des événements l'ayant précédée et les circonstances dans lesquelles elle s'est produite
- Interroger sur les symptômes de santé mentale et les médicaments ou traitements alternatifs que le patient peut prendre pour le traitement de son problème de santé mentale ou pour soulager ses symptômes
- Bilan complet de l'état mental du patient, avec une attention particulière portée à l'identification d'un état dépressif, d'une anxiété, d'une agitation, d'attaques de panique, d'une insomnie sévère, d'autres troubles psychiatriques et d'un abus de

drogues ou d'alcool (nombre de ces problèmes exigent un traitement spécifique en plus de l'intervention symptomatique)

- Comprendre précisément les relations personnelles et familiales ainsi que les réseaux sociaux, qui sont souvent liés aux tentatives de suicide et au suivi du traitement
- S'entretenir avec les membres de la famille et les amis proches
- Se renseigner sur la présence d'une arme à feu ou d'autres moyens létaux dans la maison et fournir des conseils sur les moyens létaux (cela peut impliquer de faciliter le stockage ou l'élimination des moyens létaux loin du domicile)

Les médecins peuvent utiliser des instruments validés tels que le Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) ou le "Ask Suicide-Screening Questions" (ASQ) tool développé par le National Institute of Mental Health (NIMH).

La **planification de la sécurité**, la première étape après l'évaluation, est une intervention essentielle et doit aider les patients à identifier les déclencheurs de la planification suicidaire et élaborer des méthodes pour faire face aux pensées suicidaires lorsqu'elles surviennent (3, 4).

D'**autres mesures** doivent être prises, notamment fournir au patient des ressources en cas de crise, des conseils sur l'élimination ou le stockage des moyens létaux (5, 6) et des recommandations de soins appropriés de réduction des risques (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale, thérapie comportementale dialectique, évaluation et prise en charge collaboratives de la suicidalité, thérapie familiale) (4, 7–10). Les médecins peuvent également fournir au patient des contacts plus fréquents sous forme de consultations externes ou de diverses formes de communication, dont certaines peuvent être faites par d'autres membres de l'équipe de soins (11).

Références pour la prise en charge

1. National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group: Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe. Washington, DC: Education Development Center, Inc. 2018.
2. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al: Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 4(7):694-702, 2017. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
3. Michel K, Valach L, Gysin-Maillart A: A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *Int J Environ Res Public Health* 14(3): 243, 2017. doi: 10.3390/ijerph14030243
4. Stanley B, Brown GK: Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract* 19:256-264, 2011.
5. Barber CW, Miller MJ: Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: A research agenda. *Am J Prev Med* 47(3 Suppl 2):S264-S272. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.028
6. Harvard TH Chan School of Public Health: Lethal Means Counseling. Accessed June 5, 2023.
7. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psych* 63(7):757-766, 2006. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
8. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *JAMA* 294(5):563-570, 2005. doi: 10.1001/jama.294.5.563

- i. 9. Jobes DA: The CAMS approach to suicide risk: Philosophy and clinical procedures. *Suicidologi* 14(1):1-5, 2019. doi:10.5617/suicidologi.1978
- j. 10. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, et al: Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *J Amer Acad Child Adol Psychiatry* 49(2):122-131, 2010. doi: 10.1097/00004583-201002000-00006
- k. 11. Luxton DD, June JD, Comtois KA: Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis* 34(1):32-41, 2013. doi: 10.1027/0227-5910/a000158

Prévention du comportement suicidaire

La prévention du suicide nécessite l'identification des personnes à risque (voir tableau Facteurs de risque et signes d'alarme du risque suicidaire) et initier des interventions appropriées.

Des stratégies peuvent être utilisées par les systèmes de santé pour réduire les suicides chez les patients les plus à risque. Un tel cadre est appelé Zero Suicide, il préconise une formation universelle au dépistage du suicide pour tout le personnel du système de santé, l'utilisation du dossier médical électronique pour optimiser les soins aux patients, et des interventions (planification de la sécurité, conseils sur les moyens létaux, forte communication avec le patient et la famille lorsque cela est possible, et recommandations et suivi appropriés).

Les efforts de prévention du suicide sont d'une importance cruciale aux niveaux régional et national. Ces efforts sont complétés par un système de soin efficace pour réduire le risque de suicide. Les interventions au niveau communautaire ont également montré des résultats prometteurs pour réduire le risque de suicide (1). En outre, le développement de l'intelligence artificielle sur les plateformes de médias sociaux a permis d'identifier les individus à risque et de fournir une assistance en temps opportun (2).

Il existe des interventions scolaires et de santé publique. Un exemple en est le programme de prévention du suicide Sources of Strength, délivré par des adolescents leaders responsables dans les lycées (3). Des études montrent également qu'une formation appropriée des volontaires qui répondent dans les lignes de vie du suicide peut sauver des vies (4).

Un autre exemple puissant de l'efficacité des programmes universels et sélectifs de prévention du suicide est mis en évidence par les résultats liés aux subventions du Garrett Lee Smith (GLS) Memorial Act. Ces subventions ont financé des activités de prévention du suicide chez les jeunes aux États-Unis depuis 2004, sur les campus universitaires ainsi que dans des environnements communautaires et tribaux dans de nombreux États. Sur une période de 15 ans, une grande proportion des comtés aux États-Unis ont reçu des fonds pour s'engager dans des actions de prévention du suicide chez les jeunes, dont les suivantes (5):

- Mise en place de programmes de sensibilisation et de dépistage
- Fournir une formation de "porteur" (c'est-à-dire, éduquer les personnes dans les rôles clés de première ligne pour reconnaître le risque de suicide et intervenir en conséquence)
- Développement de coalitions (qui comprennent généralement un certain nombre de groupes locaux, p. ex., les services gouvernementaux locaux de santé mentale ou de

prévention du suicide, des organisations à but non lucratif axées sur la prévention du suicide, des éducateurs, des groupes de parents, des groupes confessionnels, des forces de l'ordre)

- Mise en œuvre de politiques et/ou de protocoles
- Mise en place et financement des hotlines

40% des subventions GLS (Garrett Lee Smith Memorial Act) sont accordées dans les zones rurales des États-Unis, où les taux de suicide sont plus élevés et où les programmes et les traitements cliniques ont tendance à être beaucoup moins disponibles que dans d'autres régions. Dans une étude portant sur des comtés qui ont des activités GLS (Garrett Lee Smith) par rapport aux comtés de contrôle de propension similaire qui n'ont pas été exposés à des programmes GLS, des réductions statistiquement significatives ont été obtenues à la fois à court et à long terme sur les comportements suicidaires et les décès par suicide (6). L'effet positif a été plus important dans les zones rurales des États-Unis.

Une autre initiative nationale novatrice aux États-Unis menée par l'American Foundation for Suicide Prevention (Project 2025) vise à réduire le taux de suicide aux États-Unis de 20% d'ici à 2025.

En clinique, les patients hospitalisés après une tentative de suicide courent le plus grand risque de suicide au cours des premiers jours ou des premières semaines après la sortie et le risque demeure élevé pendant les 6 à 12 mois suivant leur sortie (7). Par conséquent, avant la sortie, le patient et les membres de la famille et/ou un ami proche doivent être informés du risque immédiat de mort par suicide et un rendez-vous de suivi doit être pris au cours de la première semaine après la sortie. Un simple appel téléphonique ou deux après la sortie de l'hôpital a montré qu'il réduisait considérablement la fréquence des nouvelles tentatives (8). En outre, le patient, les membres de la famille ou les amis doivent être informés des noms, des doses et de la fréquence des doses des médicaments du patient.

Pendant les premières semaines après la sortie, la famille et les amis doivent s'assurer que

- Le patient n'est pas laissé seul.
- L'adhésion du patient au protocole médicamenteux prescrit est surveillée.
- Le patient doit être interrogé quotidiennement sur son état d'esprit général, humeur, sommeil et énergie (p. ex., pour se lever, s'habiller et interagir avec l'entourage).

Les membres de la famille ou les amis du patient doivent accompagner le patient aux rendez-vous de suivi et informer le médecin des progrès du patient ou de leur absence. Ces interventions doivent être poursuivies pendant plusieurs mois après la sortie.

Bien que certaines tentatives de suicides ou certains suicides aboutis soient une surprise et un choc, même pour les proches, des messages d'alertes clairs peuvent avoir été donnés aux membres de la famille, aux amis ou au médecin. Les alertes sont souvent explicites, comme quand les patients discutent de projets suicidaires ou rédigent ou modifient soudainement leur testament. Cependant, les alertes peuvent être plus subtiles, comme dire n'avoir aucune raison de vivre ou qu'il vaudrait mieux être mort. Dans une étude, environ 83% des sujets qui

se sont suicidés ont été vus par un médecin au cours des mois précédant leur décès et environ 24% ont eu un diagnostic de maladie mentale au cours du mois précédant leur décès (9).

Les troubles physiques sévères et douloureux, les troubles liés à l'utilisation de substances, et les troubles mentaux (en particulier la dépression) augmentent le risque de suicide, reconnaître ces facteurs possibles et initier un traitement approprié sont des contributions importantes qu'un médecin peut apporter à la prévention du suicide.

Tout patient déprimé doit être questionné à propos d'idées suicidaires. La crainte qu'évoquer ce sujet puisse générer des idées d'autodestruction est sans fondement. Les questions permettent au médecin d'obtenir une image plus claire de la profondeur de la dépression, favorisent une discussion constructive et témoignent de la prise de conscience du médecin face au profond désespoir du patient.

Même en cas de menace suicidaire imminente (p. ex., une personne qui appelle et déclare être sur le point d'absorber une dose létale de médicaments ou qui menace de sauter d'un lieu élevé), le désir de vivre peut persister. Le médecin ou toute autre personne contactée par le patient doit s'efforcer de renforcer son désir de vivre.

L'aide d'urgence psychiatrique aux sujets suicidaires comprend les éléments suivants:

- Établir une relation et une communication franches avec le patient
- Se renseigner sur les soins psychiatriques actuels et passés ainsi que sur les médicaments actuellement pris
- Aider le patient à résoudre le problème qui a causé la crise
- Offrir une aide constructive au problème, qui comprend un plan de sécurité écrit développé avec le patient
- Débuter le traitement du trouble psychiatrique sous-jacent
- Adresser de manière appropriée pour des soins de suivi dès que possible
- Laisser sortir les patients à faible risque sous la supervision d'un être cher ou d'un ami dévoué et compréhensif
- Fournir à ces patients le numéro 988 de la Lifeline Chat & Text ou des liens vers des sites Web utiles (988 Suicide and Crisis Lifeline, American Foundation for Suicide Prevention)
- Fournir un accès à des informations sur la prévention du suicide

Références pour la prévention

- a. 1. National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming communities: Key elements for the implementation of comprehensive community-based suicide prevention. Washington, DC: Education Development Center, Inc. Accessed 5/3/
- b. 2. McCarthy J F, Cooper SA, Dent KR, et al: Evaluation of the Recovery Engagement and Coordination for Health-Veterans Enhanced Treatment Suicide Risk Modeling Clinical Program in the Veterans Health Administration. *JAMA Netw Open* 4(10):e2129900, 2021.
- c. 3. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, et al: An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health* 100:1653-1661, 2010.
- d. 4. Gould MS, Cross W, Pisani AR, et al: Impact of applied suicide intervention skills training (ASIST) on national suicide prevention lifeline counselor. *Suicide Life Threat Behav* 43:676-691, 2013.

©<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/comportement-suicidaire-et-automutilation/comportement-suicidaire>

- e. 5. Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, et al: The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav* 40(3):245-256, 2010. 6. Garraza LG, Kuiper N, Goldston D, et al: Long-term impact of the Garrett Lee Smith Youth Suicide Prevention Program on youth suicide mortality, 2006–2015. *J Child Psychol Psychiatr* 60(10):1142-1147, 2019.
- f. 7. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, et al: Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(7):694–702, 2017.
- g. 8. Luxton DD, June JD, Comtois KA: Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence. *Crisis* 34(1): 32-41, 2013. 9. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, et al: Health Care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med* 29(6): 870-877, 2014.

Traitement du risque de suicide

- Interventions brèves

Les **interventions brèves** sont efficaces pour réduire le risque de suicide et sont considérées comme des pratiques exemplaires. Ces interventions peuvent être effectuées en soins primaires, en soins comportementaux ambulatoires et en milieu hospitalier. Ces interventions comprennent ce qui suit

- Effectuer un dépistage du risque de suicide
- Effectuer une évaluation du risque de suicide
- Effectuer une intervention de planification de la sécurité
- Fournir des conseils de sécurité contre les moyens léthaux
- Faire des appels, des SMS ou des messages de soutien (qui ont été démontrés diminuer le risque de suicide chez les patients à risque)
- Fournir une éducation au patient et à la famille lorsque cela est possible
- Fournir des ressources de crise

Le traitement qui diminue le risque de suicide comprend plusieurs types de psychothérapie:

- Thérapie cognitivo-comportementale pour la prévention du suicide
- Thérapie comportementale dialectique
- Certains types de thérapie familiale
- Évaluation collaborative et gestion de la suicidalité

Dans la **thérapie cognitivo-comportementale pour la prévention du suicide**, le comportement suicidaire est considéré comme un comportement d'adaptation problématique et comme le problème principal et la cible du traitement, plutôt que comme un symptôme d'un trouble. Le traitement est axé sur la prévention des crises suicidaires futures. Le changement personnel est censé se produire en aidant les personnes à modifier leurs réponses à leurs pensées automatiques et en dissociant les schémas de pensées-comportements-humeurs négatifs.

La **thérapie comportementale dialectique** vise à augmenter la tolérance à la détresse, à identifier et à essayer de modifier les modes de pensée négatifs et à promouvoir des changements positifs. Elle vise à aider les patients à trouver des moyens plus constructifs de réagir au stress (p. ex., résister aux pulsions autodestructrices).

Plusieurs types de **thérapie familiale** ont été développés pour réduire spécifiquement les comportements suicidaires et aider les familles à soutenir leur proche. Par exemple, le programme SAFETY est une intervention familiale cognitivo-comportementale conçue pour augmenter la sécurité et réduire les comportements suicidaires (1). La thérapie familiale basée sur l'attachement s'est également révélée prometteuse en tant qu'intervention chez les adolescents suicidaires et leurs parents (2).

Dans l'**évaluation et la gestion collaboratives de la suicidalité (collaborative assessment and management of suicidality ou CAMS)**, le risque d'agir sur des pensées suicidaires est diminué en améliorant la compréhension de leurs motivations pour les pulsions suicidaires, des problèmes relationnels et de la résolution des problèmes. La personne qui a des idées et/ou un comportement suicidaires collabore avec un médecin pour développer et suivre ensemble un plan pour rester en vie et améliorer la motivation à vivre.

(Voir l'American Foundation for Suicide Prevention web site pour une discussion complète des interventions de prévention et des options thérapeutiques.)

La modification de l'approche clinique du traitement du risque de suicide consiste à recommander non seulement de se concentrer sur les principales pathologies psychiatriques du patient, mais également à considérer le risque de suicide comme son objectif clinique (3). Les sujets souffrant de dépression et d'autres pathologies mentales présentent un risque important de suicide et doivent être attentivement surveillés (comportements et idées suicidaires). Le risque de suicide est augmenté dans les premiers temps du traitement de la dépression, si le ralentissement psychomoteur et l'indécision sont améliorés, mais que la dépression est encore partiellement présente. Lorsque les antidépresseurs sont commencés ou lorsque les doses sont augmentées, certains patients peuvent ressentir une agitation, de l'anxiété et une dépression croissante, ce qui peut augmenter la probabilité de pensées suicidaires et, dans de rares cas, de comportements suicidaires.

Des avertissements de santé publique sur l'association possible entre l'utilisation des antidépresseurs et les pensées et les tentatives suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte ont conduit à une réduction significative (> 30%) des prescriptions d'antidépresseurs pour ces populations. Cependant, les taux de suicide des jeunes ont augmenté de 14% pendant la même période. Ainsi, en dissuadant d'administrer un traitement médicamenteux pour la dépression, ces avertissements peuvent avoir donné lieu temporairement à plus de décès par suicide. Pris ensemble, ces signes suggèrent que la meilleure approche vise à encourager le traitement, mais avec des précautions appropriées telles que

- Distribuer des antidépresseurs en quantités sublétales
- Préférentiellement utiliser des antidépresseurs qui ne sont pas mortels en cas de surdosage
- Permettre des consultations et des contrôles plus fréquentes au début du traitement
- Avertir clairement les patients, les membres de la famille et d'autres personnes importantes d'être vigilants face à des symptômes tels que l'agitation, l'insomnie ou les idées suicidaires.

- Informer les patients, les membres de la famille et d'autres personnes importantes afin qu'ils appellent immédiatement le médecin prescripteur ou recherchent des soins ailleurs si les symptômes persistent ou si des idées suicidaires surviennent

Des preuves tirées d'essais randomisés ont montré que le lithium, administré seul ou en association avec des antidépresseurs ou des antipsychotiques de deuxième génération (également appelés antipsychotiques atypiques), réduisait le nombre de décès par suicide en cas de dépression majeure ou de trouble bipolaire (4). L'eskétagamine intranasale peut être utilisée en association avec un antidépresseur oral chez l'adulte présentant une dépression majeure unipolaire avec idées ou comportement suicidaires aigus. La clozapine réduit le risque de suicide chez les schizophrènes.

De nombreux traitements sont à l'étude chez le patient dépressif et suicidaire, y compris des interventions psychologiques et des interventions médicales par la buprénorphine (un médicament utilisé dans le traitement du sevrage de l'alcool et des opioïdes).

La thérapie par électrochocs reste efficace dans le traitement de la dépression sévère et de la dépression suicidaire. La thérapie par électrochocs et la stimulation magnétique transcrânienne ont été approuvées dans la dépression résistante au traitement et peuvent être envisagées en cas de dépression sévère réfractaire au traitement, de dépression psychotique ou de trouble bipolaire. Ces deux formes de traitement peuvent également être utiles pour réduire le risque de suicide (5, 6).

Références pour le traitement

1. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, et al: The SAFETY Program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol* 44(1):194-203, 2015.
2. Krauthamer Ewing ES, Diamond G, Levy S: Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: Theory, clinical model and empirical support. *Attach Hum Dev* 17(2):136-156, 2015.
3. Moutier C, Pisani A, Stahl S: Stahl's Handbooks: Suicide Prevention. Cambridge University Press, 2021.
4. Cipriani A, Hawton K, Stockton A, et al: Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ* 346:f3646, 2013. doi: 10.1136/bmj.f3646
5. Kellner CH, Fink M, Knapp R, et al: Relief of expressed suicidal intent by ECT: A consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry* 162(5):977-982, 2005. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.977
6. George MS, Raman R, Benedek DM, et al: A two-site pilot randomized 3 day trial of high dose left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for suicidal inpatients. *Brain Stimul* 7(3):421-431, 2014.

Impact du suicide

Tout geste suicidaire a un impact émotionnel marqué sur l'entourage. Perdre quelqu'un par suicide est un type de perte particulièrement douloureux et complexe. Le deuil lié au suicide diffère des autres types de perte en raison des questions sans réponse entourant la raison pour laquelle une personne s'est suicidée et parce que de nombreuses personnes ont une connaissance limitée du suicide. Pour donner un sens à l'événement inexplicable et choquant, les personnes concernées lancent fréquemment une intense recherche d'informations et

imaginent une série d'hypothèses sur les raisons du suicide. Cela peut induire une culpabilité, un blâme et une colère envers eux-mêmes et d'autres de ne pas avoir empêché le suicide, et une colère dirigée contre l'être aimé disparu. Cette partie naturelle du deuil suicidaire est généralement extrêmement intense au cours des premiers mois et diminue souvent en intensité au cours de la deuxième année et au-delà.

De nombreux individus sont touchés par chaque suicide, dont des membres de la famille, des amis, des collègues et d'autres personnes (1). Une méta-analyse internationale des études sur la perte par suicide basée sur des populations a révélé que 4,3% des membres d'une communauté avaient eu à connaître du suicide d'une autre personne au cours de la dernière année et 21,8% au cours de leur vie. Aux États-Unis, des taux d'exposition encore plus élevés ont été observés (2). Dans un échantillon national de 1432 adultes, 51% avaient été exposés au suicide et 35% remplissaient les critères de deuil suicidaire (définis comme une détresse émotionnelle modérée à sévère liée à la perte par suicide) à un moment de leur vie (3).

Le médecin peut apporter une aide précieuse aux patients en deuil.

Pour les médecins qui perdent un patient par suicide, l'expérience peut être beaucoup plus pénible que d'autres décès cliniquement liés. Il s'agit souvent d'une expérience traumatisante et profondément pénible similaire à la mort d'un membre de la famille du médecin plutôt qu'à la perte d'un patient. Dans une étude, la moitié des psychiatres qui ont perdu un patient par suicide avaient des scores lors de l'impact, sur une échelle d'événement (Event Scale), comparables à ceux d'une population clinique qui avait vécu la mort d'un parent (4). L'expérience de la perte pour les professionnels de santé a souvent des répercussions personnelles et professionnelles, qui peuvent comprendre une angoisse, un sentiment de culpabilité, un doute de soi, un deuil compliqué et même des pensées de quitter la profession. Des ressources d'information destinées aux médecins qui peuvent leur apporter un soutien sont disponibles auprès de plusieurs organisations (American Foundation for Suicide Prevention, American Association of Suicidology, Jed Foundation; Suicide Prevention Resource Center [5]); des programmes sont également disponibles pour l'enseignement et la préparation à l'expérience de la perte d'un patient par suicide (6).

Références sur l'impact du suicide

- a. 1. Berman AL: Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav* 41(1):110-116, 2011.
- b. 2. Andriessen K, Rahman B, Draper B, et al: Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *J Psychiatr Res* 88:113-120, 2017. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.01.017
- c. 3. Feigelman W, Cerel J, McIntosh JL, et al : Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 General Social Survey. *J Affect Disord* 227:1-6, 2018. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.056
- d. 4. Hendin H, Lipschitz A, Maltsberger JT, et al: Therapists' reactions to patients' suicides. *Am J Psychiatry* 157(12):2022-2027, 2000. doi: 10.1176/appi.ajp.157.12.2022
- e. 5. Sung JC: Sample agency practices for responding to client suicide. Forefront: Innovations in Suicide Prevention. 2016. Accessed June 5, 2023.
- f. 6. Lerner U, Brooks K, McNeil DE, et al: Coping with a patient's suicide: A curriculum for psychiatry residency training programs. *Acad Psychiatry*, 36(1):29-33. 2012.

Aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir (précédemment nommée suicide assisté), correspond à l'assistance fournie par des médecins à une personne qui veut mettre un terme à sa vie. Elle est controversée mais légale dans plus d'une douzaine d'États américains et est à l'étude dans d'autres États. Dans tous les États où l'aide médicale à mourir est légale, il existe des lignes directrices pour les patients et les médecins, telles que des critères d'admissibilité et de déclaration (p. ex., le patient doit être mentalement compétent et avoir une maladie terminale avec une espérance de vie < 6 mois). L'euthanasie volontaire et/ou l'aide au suicide sont légales aux Pays-Bas, en Belgique, en Colombie, au Luxembourg, en Espagne, en Nouvelle-Zélande, en Australie, en Suisse, en Allemagne et au Canada.

Le suicide assisté par un médecin (aide à mourir) consiste à mettre à la disposition du patient des moyens létaux à utiliser à un moment choisi par le patient. Dans l'euthanasie active volontaire, le médecin joue un rôle actif dans l'exécution de la demande du patient ; il implique habituellement l'administration intraveineuse d'une substance létale.

Malgré la disponibilité limitée de l'aide médicale à mourir, le patient qui souffre de maladies douloureuses, débilitantes et incurables peut s'en entretenir avec un médecin.

L'aide médicale à mourir peut poser des problèmes éthiques difficiles aux médecins.

Plus d'information

Les sources d'information suivantes en anglais peuvent être utiles. S'il vous plaît, notez que LE MANUEL n'est pas responsable du contenu de ces ressources.

- a. American Association of Suicidology: A developer and provider of professional training programs to mental and physical health providers who may encounter suicidal individuals, the American Association of Suicidology offers accreditation and training opportunities for organizations and individuals. Cette organisation fournit également un soutien aux médecins dont les patients sont morts par suicide.
American Foundation for Suicide Prevention: Empowers those affected by suicide by funding research, educating the public about mental health issues and suicide prevention, supporting suicide survivors and those who have lost a loved one to suicide, and advocating for relevant public health policies.
- b. International Association for Suicide Prevention: Publications, activities, and resources for academics, mental health professionals, crisis workers, volunteers, and suicide survivors.
- c. Jed Foundation: The Jed Foundation partners with high schools and colleges to strengthen the mental health of adolescents and young adults and thus prevent suicide. Cette organisation fournit également un soutien aux médecins dont les patients sont morts par suicide.
- d. 988 the Suicide & Crisis Lifeline: fournit un soutien 24h/24 et 7j/7 aux personnes en détresse. Content available in various formats via text, phone, and chat for special populations (eg, for veterans, the deaf and hard of hearing, LGBTQ populations) and in Spanish.

- e. Preventing Suicide: A technical package of policy, programs, and practices: Issued by the National Center for Injury Prevention and Control, this resource is a compilation of best practices to help communities and states hone their suicide-prevention activities by focusing on interventions at several levels: the level of the individual, their relationships, the community, and society as a whole.