




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## MISE AU POINT

# Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic

## Psychiatric Emergencies linked to suicidal acts in 2008. Incidence and prognosis

F. Staikowsky<sup>a,\*</sup>, F. Chastang<sup>b</sup>, D. Pujalte<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service des urgences – Smur – UHCD – OHB, centre hospitalier régional de la Réunion, site de Saint-Pierre, avenue François-Mitterrand, BP 355, 97455 St-Pierre, Réunion

<sup>b</sup> Unité d'urgence psychiatrique, centre hospitalier régional universitaire Côte-de-Nacre, Caen, France

<sup>c</sup> Unité psychiatrique de liaison, centre hospitalier régional de la Réunion, site de Saint-Pierre, Réunion

Disponible sur Internet le 26 septembre 2008

### MOTS CLÉS

Tentative de suicide ;  
Service d'urgence ;  
Psychopathologie des  
suicidants

### KEYWORDS

Suicidal attempt;  
Emergency  
department;  
Psychiatric disorder

**Résumé** Les tentatives de suicide représentent 2 à 4% des consultants dans les services d'urgence. La majorité d'entre-elles sont des intoxications médicamenteuses (91%) dont le profil qualitatif s'est modifié avec le temps, en particulier pour les psychotropes qui sont les molécules les plus citées. Les comportements suicidaires font appel à un modèle plurifactoriel impliquant des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques qui interagissent entre eux. Indépendamment de toute considération psychiatrique, la tentative de suicide est le facteur prédictif le plus significatif (et parfois le seul) d'un éventuel suicide ultérieur. Pratiquement tous les troubles mentaux sont associés à la crise suicidaire. Le risque suicidaire est 20 à 120 fois plus élevé chez les patients souffrant de troubles psychiques que dans la population générale. L'évaluation du risque, urgence, dangerosité (RUD) évalue le potentiel suicidaire en prenant en compte l'individu dans son contexte personnel, familial et social, le processus suicidaire et sa dangerosité.

© 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary** Suicide attempts accounted for 2 to 4% of all emergency department visits. The majority of them are drug poisonings (91%) whose profile has qualitatively changed over time particularly for psycholeptic drugs. The suicidal behaviour corresponds to a plurifactorial model involving sociocultural, environmental and psychopathological factors that interact with each other. Irrespective of any psychiatric consideration, suicide attempt is the most significant predictor (and sometimes the only one) of suicide. Virtually, all mental disorders are associated with suicidal crisis. The risk of suicide is 20 to 120 times higher in patients with psychiatric

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : frederik.staikowsky@wanadoo.fr (F. Staikowsky).

disorders than in the general population. Psychiatric comorbidity is linked to suicidal risk. The risk, emergency, dangerousness (RUD) evaluation assesses the suicidal potential; it takes into account the individual's personal, family and social context, the suicidal process and its dangerousness.

© 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les comportements suicidaires, qu'ils s'agissent des suicides ou des tentatives de suicide (TS), constituent une préoccupation actuelle et constante des pays industrialisés. La France est l'un des pays européens les plus touchés par cette problématique, avec chaque année plus de 180 000 TS et environ 10 000 suicides.

La majorité des gestes suicidaires identifiés et nécessitant une prise en charge convergent vers une structure d'urgence pour une évaluation médico-psychosociale. Le temps somatique est la première période de cette prise en charge globale. Un temps psychosocial complète simultanément et secondairement le temps somatique. Donner du temps à la crise suicidaire est le maître mot qui permet d'instaurer une relation de confiance, de réaliser un diagnostic psychiatrique, d'évaluer l'urgence dans toutes ses composantes, de dénouer la crise et de programmer un suivi pour prévenir la récurrence. Cependant, de nombreux gestes suicidaires, notamment par intoxication médicamenteuse chez les jeunes, ne donnent pas lieu à une orientation hospitalière, et parfois même ne sont pas déclarés à l'entourage, ce qui explique en partie la fréquence des suicidants réitérants qui représentent environ un suicidant sur deux, quel que soit l'âge, dans un service d'urgence.

## Rappels épidémiologiques

L'épidémiologie des gestes suicidaires au niveau des structures d'urgence est parfaitement connue en particulier pour les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV). Les services d'urgences accueillent annuellement entre 2 et 4 % de patients ayant présenté une TS. L'ingestion de médicaments est le geste suicidaire le plus fréquent. Les autres modalités réalisent moins de 10 % des TS examinées aux urgences. Dans une étude prospective une semaine donnée, menée dans 57 services d'urgences, les IMV colligeaient 90,6 % des cas. Les autres circonstances étaient variées : la phlébotomie (5 %), l'intoxication par drogue (1,9 %), la pendaison (1,7 %), les produits ménagers (0,9 %), l'arme blanche (0,8 %), la noyade (0,6 %), l'inhalation de gaz (0,6 %), l'accident de la voie publique (0,5 %), l'arme à feu (0,3 %), la précipitation (0,2 %), l'électrisation (0,2 %) et l'immolation (0,2 %) [1]. Cette épidémiologie varie cependant selon la localisation de la structure d'urgence. L'utilisation de produits phytosanitaires est liée aux conditions géographiques du service d'urgence car plus fréquente dans les structures rurales ou semi-rurales. À titre d'exemple, le centre hospitalier de Saint-Pierre à l'île de la Réunion se situe à l'intersection d'un milieu citadin et d'un monde rural dominé par la canne à sucre, avec une culture réunionnaise du jardin très ancrée tant dans le milieu citadin que rural. Les intoxications aux produits phytosanitaires y sont fréquentes puisqu'on dénombrait, sur un total de 37 544 pas-

sages aux urgences en 2005, 574 IMV et 61 intoxications volontaires aux produits phytosanitaires.

Les aspects quantitatif et qualitatif des IMV se sont modifiés dans le temps [2–4]. Au cours des trois dernières décennies, le nombre des IMV a régulièrement augmenté en France, en particulier chez les adultes. Avant 1970, l'incidence des IMV chez les adolescents et les adultes était estimée à 1–1,5 pour 1000 habitants par an ; dans les années 1980, elle passait à 3–3,5 pour 1000 habitants par an. Dans une étude réalisée dans l'agglomération de Nancy au début des années 1990, elle s'élevait à cinq pour 1000 habitants [2]. Sur le plan qualitatif, les psychotropes et les antalgiques (paracétamol) sont les produits les plus couramment utilisés. Le profil des psychotropes s'est aussi profondément transformé. La découverte, au début des années 1960, des benzodiazépines et leur développement considérable dans les classes thérapeutiques des hypnotiques et des tranquillisants ont transformé la morbidité et la mortalité des IMV par leur grande sécurité à dose massive. Leur percée au cours du temps a supplanté la prédominance des barbituriques dans les IMV [5]. Parmi les antidépresseurs, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et les dérivés tricycliques ont vu leur présence, respectivement, se multiplier par deux et se diviser par trois. Cette évolution a été constatée dans d'autres pays européens [6,7] ; elle s'accompagne aussi d'un changement dans les pratiques médicales [8].

## Psychopathologie des actes suicidaires

La psychopathologie diffère selon que l'acte suicidaire est suivi ou non d'un décès.

## Psychopathologie des suicidés

Les liens entre l'acte suicidaire fatal et les pathologies psychiatriques sont abordés selon deux types de méthode : les « autopsies psychologiques » des sujets décédés par suicide et les études de suivi de patients présentant des troubles psychiques individualisés, ces dernières étant beaucoup plus nombreuses. Depuis une quarantaine d'années, on désigne sous le terme « d'autopsies psychologiques » des enquêtes rétrospectives s'appliquant aux suicides [9]. On distingue dans les autopsies psychologiques deux types d'approche : les observations individuelles (*case reports*) et les biographies, les séries de cas systématiquement étudiés à l'aide d'enquêtes structurées auprès des proches, des dernières personnes ayant rencontré le sujet et des services de soins l'ayant pris en charge [10]. L'entourage peut, par méconnaissance ou réserve, sous-estimer ou sous-déclarer certains éléments psychopathologiques comme l'existence antérieure de conduites suicidaires ou d'état dépressif. De même, un facteur déclenchant peut être passé inaperçu ou

**Tableau 1** Risque de mortalité par suicide par rapport à la population générale [6].

Pathologies mentales	Échantillon (n)	SMR
<b>Troubles thymiques</b>		
État dépressif majeur	8000	20
Trouble bipolaire	3700	15
Dysthymie	50 000	12
Autres sans spécification	10 000	16
Trouble adaptatif et humeur dépressive	400	14
<b>Pathologies psychotiques</b>		
Schizophrénie	30 000	8,5
Psychose réactionnelle	22 500	15
<b>Troubles anxieux</b>		
Anxiété généralisée	10 000	6
Troubles panique	276	10
Troubles de la personnalité	9000	7
<b>Conduites addictives</b>		
Alcool	45 000	6
<b>Drogues</b>		
Opiacés		14
Tranquillisants		20
<b>Associations</b>		
Tranquillisants et alcool		16
Tranquillisants et drogues		44
<b>Conduites suicidaires</b>		
Intoxications médicamenteuses	8000	40
Autres méthodes	2700	38
Idées suicidaires	1610	47

Les SMR sont des ratios standardisés de mortalité, calculés selon une méthode de standardisation indirecte correspondant à un indice comparatif d'une mortalité observée sur une mortalité attendue.

resté ignoré des proches. Près de 95 % des suicidés souffrent de troubles mentaux [13], principalement des troubles de l'humeur [11]. Le **Tableau 1**, portant sur une synthèse des principaux résultats exprimés par un ratio standardisé de mortalité, montre que le risque suicidaire s'avère 20 à 120 fois plus élevé chez les patients souffrant de troubles psychiques que dans la population générale [12].

### Psychopathologie des suicidants

La psychopathologie des suicidants (sujets ayant réalisé un geste suicidaire sans conséquence mortelle) peut être abordée selon deux versants complémentaires, d'une part, par la prévalence des TS chez les patients présentant un trouble psychiatrique donné et, d'autre part, par la prévalence des troubles mentaux chez les suicidants.

Les études de suivi de populations souffrant de troubles psychiques montrent que le nombre des actes suicidaires est particulièrement élevé. Les études portant sur l'évaluation diagnostique des suicidants mettent en évidence une grande variabilité des prévalences des troubles mentaux, pouvant même aller du simple au double. Cette variabilité s'explique de diverses manières. Les différentes études n'évaluent pas

toujours les mêmes diagnostics, les diagnostics ne sont pas toujours établis selon les mêmes classifications ou avec les mêmes instruments, et les populations étudiées peuvent être hétérogènes (primosuicidants, récidivistes, hospitalisés ou non hospitalisés adolescents, sujets âgés...).

Une étude multicentrique prospective française (groupe d'étude sur les tentatives de suicide dans les services d'urgence ou étude Getssu), réalisée dans 77 services d'urgence et portant sur 3687 suicidants, a colligé les diagnostics portés par les équipes psychiatriques à l'issue d'un passage aux urgences pour 3206 patients (Staikowsky F. *Tentatives de suicide et services d'urgences. Aspects épidémiologiques et filières de soins*. Thèse de doctorat d'université, université Paris-VII Denis-Diderot, UFR Lariboisière – St-Louis, 2002). Les diagnostics retenus par les psychiatres ont été groupés selon la CIM 10. Les **Tableaux 2 et 3** résument l'ensemble des diagnostics en prenant en compte certains critères (sexe, primosuicidant, récidiviste, tranches d'âge, hospitalisation). Pour 47 % des suicidants, une crise circonstancielle ou psychosociale (*life event* [14]) était évoquée. Ce diagnostic était unique pour 32 % des suicidants ; ailleurs, il était le plus souvent associé à des troubles névrotiques ou de l'humeur. Les troubles de l'humeur concernaient 41 % des patients. Ils étaient signalés comme seul diagnostic chez 25 % des suicidants. Les troubles névrotiques touchaient 18 % des suicidants et ils étaient habituellement liés à d'autres diagnostics (troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, addictions). Les autres pathologies décrites étaient les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques. Les conduites addictives étaient peu représentées et souvent associées à d'autres diagnostics, en particulier les maladies de l'humeur. Aucun diagnostic n'a été retenu chez seulement trois patients. Les femmes se démarquaient significativement des hommes par une proportion plus importante de crises circonstancielles et de troubles névrotiques, un pourcentage moins élevé de troubles de la personnalité et de troubles psychotiques, des conduites addictives plus rares. Les plus de 64 ans différaient significativement des plus jeunes par un nombre plus faible de crises circonstancielles et de névropathies, et plus élevé de troubles de l'humeur. La part des dysthymies augmentait avec l'âge. Crises circonstancielles, troubles de la personnalité et troubles de l'alimentation étaient plus fréquemment recensés chez les adolescents et les adultes jeunes. Les troubles de la personnalité étaient plus fréquents entre 15 et 44 ans, les troubles psychotiques touchaient toutes les tranches d'âge. Les primosuicidants, volontiers plus jeunes et de sexe masculin, se distinguaient significativement des suicidants récidivistes par une plus grande fréquence de crises circonstancielles et par une moindre fréquence des troubles névrotiques, des dysthymies, des troubles de la personnalité, des troubles psychotiques et des conduites addictives.

La littérature, avec les limites signalées ci-dessus, est riche en études sur la psychopathologie de l'acte suicidaire. Runeson et al. évaluaient à moins de 50 % la prévalence des troubles mentaux chez les femmes suicidantes [15]. Suominen et al., chez 114 patients hospitalisés pour TS répétées à Helsinki en 1990, estimaient qu'au moins un trouble psychique était mis en évidence chez 98 % des patients et que 82 % des suicidants présentaient plusieurs troubles psychiatriques [16]. Les pathologies dépressives étaient plus

**Tableau 2** Tentatives de suicide et services d'urgences.

	Crise circonstancielle	Troubles névrotiques	Troubles de l'humeur	Troubles de la personnalité	Troubles psychotiques	Conduites addictives	Troubles de l'alimentation
Ensemble (n = 3206)	1506 (47%)	589 (18,4%)	1319 (41,1%)	273 (8,5%)	234 (7,3%)	126 (3,9%)	8 (0,2%)
Femmes (n = 2148)	1040 (48,4%)**	421 (19,6%)*	906 (42,2%)	153 (7,1%)**	118 (5,5%)**	54 (2,5%)**	8 (0,4%)
Hommes (n = 1058)	466 (44%)	168 (15,9%)	413 (39%)	120 (11,3%)	116 (11%)	72 (6,8%)	0 (0%)
Primosuicidants (n = 1580)	909 (57,5%)**	256 (16,2%)**	591 (37,4%)**	77 (4,9%)**	54 (3,4%)**	45 (2,8%)**	5 (0,3%)
Suicidants récidivistes (n = 1578)	584 (37%)	322 (20,4%)	702 (44,5%)	191 (12,1%)	177 (11,2%)	80 (5,1%)	2 (0,1%)
< 65 ans (n = 3048)	1454 (47,7%)**	570 (18,7%)**	1220 (40,0%)**	266 (8,7%)	224 (7,3%)	123 (4,0%)	8 (0,3%)
≥ 65 ans (n = 139)	45 (32,4%)	13 (9,3%)	94 (67,6%)	6 (4,3%)	8 (5,7%)	2 (1,4%)	0 (0%)
≥ 15 et < 25 ans (n = 706)	417 (59,1%)	130 (18,4%)	189 (26,8%)	72 (10,2%)	34 (4,8%)	12 (1,7%)	7 (1%)

Psychopathologie des suicidants selon le sexe, le caractère récidivant du geste et les tranches d'âge.

**Tableau 3** Tentatives de suicide et services d'urgences.

	Crise circonstancielle	Troubles névrotiques	Troubles de l'humeur	Troubles de la personnalité	Troubles psychotiques	Conduites addictives
Non hospitalisés après avis psychiatrique (n = 516)	303 (58,7%)	101 (19,6%)	141 (27,3%)	57 (11%)	18 (3,5%)	28 (5,4%)
Hospitalisés (n = 2690)	1203 (44,7%)	488 (18,1%)	1178 (43,8%)	216 (8%)	216 (8%)	98 (3,6%)
Hospitalisation initiale en psychiatrie (n = 463)	137 (24,2%)	106 (22,9%)	234 (50,5%)	55 (11,9%)	55 (11,9%)	12 (2,6%)
Hospitalisation secondaire en psychiatrie (n = 565)	132 (23,4%)	101 (17,9%)	359 (63,5%)	52 (9,2%)	78 (13,8%)	27 (4,8%)
Hospitalisés sortants après avis psychiatrie (n = 1499)	884 (59%)	253 (16,9%)	495 (33%)	104 (6,9%)	69 (4,6%)	52 (3,5%)

Psychopathologie des suicidants selon l'orientation des patients après un passage aux urgences.

fréquentes chez les femmes (85 %) que chez les hommes (64 %). Au contraire, la dépendance alcoolique était plus fréquente chez les hommes (64 %) que chez les femmes (21 %). Un diagnostic psychiatrique était moins habituellement posé chez les suicidants de moins de 24 ans [17,18]. Pour cette tranche d'âge, le geste témoignait le plus souvent d'une fragilité psychique réelle en rapport avec des sentiments d'abandon ou révélait une problématique d'attachement. La fréquence d'un diagnostic psychiatrique augmentait avec l'âge dans les deux sexes (Tableau 4).

L'intentionnalité de mourir est un facteur de gravité supplémentaire [19]; les pourcentages de suicidants avec des troubles majeurs dépressifs, une dépendance alcoolique et une schizophrénie étaient plus élevés parmi les suicidants avec une intention de mourir comparés à ceux sans intention de mourir. Cela était aussi vrai pour la comorbidité dépression majeure et la dépendance alcoolique. Sur l'axe II du DSM, les personnalités borderline arrivaient en tête des suicidants avec une intention de mourir.

Des points forts émergent cependant de ces études et convergent vers l'absolue nécessité de rechercher dans l'évaluation de tout suicidant les facteurs de risque psychiatriques. Les diagnostics les plus souvent évoqués sont les troubles thymiques, les addictions et les troubles de personnalité et plus particulièrement l'état limite (borderline) [20]. À noter que seuls l'état dépressif et l'état limite comprennent dans leurs symptômes cliniques l'existence d'idées suicidaires et de gestes suicidaires. De plus, le rôle de la comorbidité entre les troubles psychiques est souligné par l'ensemble des études portant sur l'évaluation psychiatrique des suicidants [21]. Si le risque autolytique pour les sujets souffrant d'un seul trouble psychique est 17 fois plus élevé que celui des personnes indemnes, il est de l'ordre de 90 chez les patients présentant au moins deux troubles psychiques associés.

## Urgences psychiatriques et tentative de suicide

L'urgence psychiatrique liée à un acte suicidaire ne peut se résumer à une pathologie psychiatrique. Si cette dernière est une composante d'un état d'urgence, les comportements suicidaires renvoient à un modèle plurifactoriel.

### La tentative de suicide : facteur prédictif essentiel d'une récurrence

L'acte suicidaire est une urgence psychiatrique en soi par l'intense sentiment de « non-existence » qu'il représente.

Indépendamment de toute considération psychiatrique, la TS est le facteur prédictif le plus significatif (et parfois le seul) d'un éventuel suicide ultérieur. Environ 1 % des suicidants décèdent dans l'année qui suit leur geste et le risque de suicide vie-entière chez les suicidants est de 10 à 14 %. Dans le cadre d'un suivi de suicidants sur presque 40 ans, les auteurs concluaient qu'une TS était un marqueur de risque de suicide la vie entière [22].

## Pathologies psychiatriques et hospitalisation après un acte suicidaire

À partir des caractéristiques de patients hospitalisés en psychiatrie peut-on discerner les urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires? Suominen et Lönquist ont défini les facteurs prédictifs d'une hospitalisation en psychiatrie en analysant l'orientation des patients après une TS [23]. Ces facteurs étaient l'âge avancé, les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, l'absence de consommation d'alcool précédant l'acte suicidaire, une maladie somatique, un acte suicidaire dans la semaine précédente, un traitement psychiatrique antérieur. Ces données sont proches des résultats de l'étude Getssu. Pour l'ensemble des patients hospitalisés, les diagnostics les plus fréquemment avancés étaient les maladies de l'humeur (43,8 % versus 27,3 %;  $p < 0,01$ ) et les troubles psychotiques (8 % versus 3,5 %;  $p < 0,01$ ), alors que les sujets non hospitalisés présentaient plus volontiers un diagnostic de crise circonstancielle (58,7 % versus 44,7 %;  $p < 0,01$ ) et de troubles de la personnalité (11 % versus 8 %;  $p < 0,05$ ). Quand l'hospitalisation initiale était décidée d'emblée en milieu psychiatrique, les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques représentaient, respectivement, 50,5 et 11,9 % des diagnostics retenus. Si l'âge moyen différait peu entre les deux groupes, la proportion des patients hospitalisés augmentait avec l'âge.

Si on ne peut faire abstraction que certaines pathologies constituent des urgences psychiatriques (accès maniaque, dépression mélancolique, décompensation psychotique, association de comorbidités psychiatriques...), pratiquement tous les troubles mentaux sont associés à la crise suicidaire :

- le risque de suicide est 20 à 30 fois supérieur chez les patients présentant un état dépressif caractérisé à celui de la population générale avec cependant quelques variations en fonction par exemple des sous-types de dépression, des sous-populations considérées ou de l'existence d'une sémiologie particulière [13,24]. La psychose maniaco-dépressive représente à elle seule 10 %

Tableau 4 Les tentatives de suicide expression d'une pathologie mentale [18].

	Tous âges	15–24 ans	25–34 ans	35–44 ans	45–54 ans	≥ 55 ans
Lyon						
Hommes (%)	68	63	68	73	74	73
Femmes (%)	63	51	66	69	73	79
Bas-Rhin						
Hommes (%)	42	39	45	36	52	52
Femmes (%)	39	29	40	47	53	61

des suicidés, alors qu'on rencontre moins de 1% de la population souffrant de cette maladie [25]; au moins 25 à 50% des patients avec des troubles bipolaires tenteront de se suicider au moins une fois [26];

- les troubles psychotiques sont à haut risque de comportements suicidaires. Une population de 81 000 patients psychotiques ayant été hospitalisés pour une raison psychiatrique a été suivie pendant 15 ans [27]. Sur cette population, 1582 patients se sont suicidés dont 168 souffraient de schizophrénie (10,6%), 146 de psychose réactionnelle (9,3%), 59 de psychose paranoïaque (3,7%), 27 de psychose organique (1,7%) et 198 de psychoses non spécifiées (12,5%). La fréquence des comportements suicidaires reste élevée dans les populations de schizophrènes, quels que soient les pays et les cultures. Selon les enquêtes, 18 à 55% des patients attendent à leurs jours et 10 à 15% parviennent à leur fin. Quelles que soient les études, le risque suicidaire est beaucoup plus élevé chez les schizophrènes que dans la population générale. Ainsi, Pokomy estime que le taux de suicide chez le schizophrène est multiplié par 21 et, en cas de troubles de l'humeur associés, par 43 [28];
- l'abus ou la dépendance à des substances psychoactives et/ou à l'alcool sont associés à un risque de TS multiplié par six à 14 selon les troubles [13,29].

Ces quelques exemples soulignent l'importance du dépistage d'une pathologie psychique et de l'organisation d'un

suivi pour gérer les crises suicidaires et éviter la récurrence.

### Évaluer la sévérité des symptômes et la dangerosité

Malgré l'existence de nombreuses échelles de risque suicidaire dont certaines ont une validité statistique groupale, il n'existe pas d'outil permettant à ce jour de prédire le comportement suicidaire futur d'un individu donné. Les comportements suicidaires renvoient à un modèle pluri-facteuriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques. Ces différents facteurs ne reposent pas sur un modèle additif, à savoir la somme de chacun d'entre eux, mais sur une dynamique intégrative où chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

En reprenant et clarifiant tous ces aspects, la Conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire [30] a été le point de départ d'une action nationale d'envergure dans la prévention du suicide. Cette sensibilisation à grande échelle met l'accent sur l'évaluation empathique du potentiel suicidaire selon trois principaux axes dénommés RUD (Tableau 5) à coter en faible, moyen ou élevé :

- le risque (R) englobe la recherche des principaux facteurs de risque connus dans la vie de la personne, tant dans

**Tableau 5** Évaluation du risque, urgence, dangerosité (RUD) [31].

#### Facteurs de risque

##### Individuels/personnels

Les antécédents suicidaires personnels et familiaux

Santé mentale : diagnostic de trouble mental (troubles affectifs, troubles de la personnalité, psychose), abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues

Difficultés dans le développement : difficultés personnelles et sociales au cours de l'enfance et de l'adolescence

Estime de soi : faible ou fortement ébranlée

Tempérament et style cognitif : présence de comportements agressifs, impulsivité, rigidité de la pensée, difficultés à résoudre un problème et trouver des solutions

Santé physique : problèmes de santé physique qui affectent la qualité de vie

Familiaux : antécédents de violence ou abus subis (physique ou sexuel), pertes et abandons précoces, négligence des parents, toxicomanie et alcoolisme des parents, antécédents suicidaires dans la famille, santé mentale des parents

##### Événements de vie

L'élément déclencheur : l'élément récent qui amène la personne en état de crise

Situation économique : pauvreté économique

Isolement social : le réseau social est inexistant ou pauvre

Séparation ou perte récente qui affecte encore le patient

Difficultés dans le développement : difficultés scolaires ou professionnelles, placement durant

##### l'enfance/adolescence

Contagion suite à un suicide : la personne est affectée par un suicide récent

Difficultés avec la loi (infractions, délits)

Pertes, échecs ou événements humiliants

#### L'urgence

Quand : le passage à l'acte est imminent (48 ou 72 heures)

#### Danger

Le scénario : le scénario est élaboré (comment, où, qui)

Létalité du moyen : létalité élevé du moyen envisagé, disponibilité

la sphère personnelle (geste suicidaire antérieur, maltraitance, trouble psychique ancien ou actuel, contexte de vie socioaffective et professionnelle), que familiale (conduites suicidaires, troubles psychiques, violences) et sociale ;

- l'urgence (U) situe le patient dans le processus suicidaire en recherchant les idées suicidaires, un scénario suicidaire, son éventuelle planification dans le temps et l'événement déclencheur ;
- la dangerosité (D) renvoie à l'accessibilité immédiate et la létalité du moyen envisagé

L'urgence est élevée quand le suicidant exprime un profond sentiment de désespoir, l'intentionnalité est planifiée, les émotions sont absentes ou au contraire exacerbées, la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues, l'accessibilité aux moyens suicidaires est directe et immédiate, et la personne est très isolée.

## Conclusion

Le geste suicidaire est à considérer, par son intense sentiment de « non-existence » et pas ses risques d'un acte létal futur, comme une urgence psychiatrique. En pratique face à un suicidant, par une démarche clinique et diagnostique, il faudra identifier les facteurs qui concourent en interagissant sur l'urgence et la dangerosité du geste, et qui décideront de l'avenir d'une crise suicidaire. Cette démarche nécessite du temps et devrait conduire les praticiens à privilégier un court séjour de 48 à 72 heures à un séjour inférieur à 24 heures.

## Conflits d'intérêts

Aucun.

## Références

- [1] Staikowsky F, Describes N. Groupe d'étude sur les tentatives de suicide dans les services d'urgences (Getssu). Les tentatives de suicide dans les services d'urgence. Résultats d'une étude multicentrique. *Bull Epidemiol Hebd* 1999;51:216–7.
- [2] Lambert H, Manel J, Bellou A, El Kouch S. Morbidité et mortalité par intoxications médicamenteuses aiguës en France. *Rev Prat* 1997;47:716–20.
- [3] Staikowsky F, Uzan D, Grillon N, Pevirieri F, Hafi A, Michard F. Intoxications médicamenteuses volontaires dans un service d'accueil des urgences. *Presse Med* 1995;24:1296–300.
- [4] Staikowsky F, Theil F, Mercadier P, Candella S, Besnais JP. Change in profile of acute self drug-poisonings over a 10-year period. *Hum Exp Toxicol* 2004;23(11):507–11.
- [5] Ninet J, Polidori M, Bouletreau P, Ducluzeau R, Rouzioux JM. Modification de l'intoxication barbiturique aiguë volontaire au cours des dix dernières années. Étude comparative de deux séries cliniques. *Nouv Presse Med* 1981;10:893–6.
- [6] Von Mach MA, Weilemann LS. Increasing significance of antidepressants in deliberate self-poisoning. *Dtsch Med Wochenschr* 2002;127:2053–6.
- [7] Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985–1997: trends and association with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:228–34.
- [8] Staikowsky F, Chouaid C, Zanker C, Pevirieri F, Traineau I, Lagha S. Impact des conférences de consensus sur la pratique clinique. Exemple de l'épuration digestive dans les intoxications aiguës par ingestion. *Reanim Urgence* 1997;6:607–12.
- [9] Bourgeois ML. Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. Autopsies psychologiques. *Neuropsychology* 1998;20–4 (n° spécial avril).
- [10] Suominen K, Isometsä E, Heilä H, Lönnqvist J, Henriksson M. General hospital suicides. A psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:412–6.
- [11] Coppen A. Depression as a lethal disease: prevention strategies. *J Clin Psychiatr* 1994;55(suppl.):37–45.
- [12] Bourgeois ML, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Épidémiologie du suicide. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*; 1997, 37-397-A-20, 10 p.
- [13] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205–28.
- [14] Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:327–33.
- [15] Runeson B, Eklund G, Wasserman D. Living conditions of female suicide attempters: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:125–32.
- [16] Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:234–40.
- [17] Debout M. Le suicide. Avis et rapport du Conseil économique et social. *Journal officiel de la République française* 1993; n° 15, 30 juillet.
- [18] Davidson F, Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : une étude épidémiologique. In: *Grandes enquêtes en Santé publique et épidémiologie*. Paris: Ed Paris Inserm Doin;1986, 173 p.
- [19] Ferreira De Castro E, Cunha MA, Pimenta F, Costa I. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97: 25–31.
- [20] Soloff PH, Fabio A. Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. *J Personal Disord* 2008;22:123–34.
- [21] Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003;160:1494–500.
- [22] Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004;161:563–4.
- [23] Suominen K, Lönnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;424–30.
- [24] Guze SB, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970;117:437–8.
- [25] Roy A. Suicide in recurrent affective disorders patients. *Can J Psychiatry* 1984;29:319–22.
- [26] Jamison KR. Suicide and bipolar disorders. *J Clin Psychiatry* 2000;61(suppl. 9):47–51.
- [27] Algullander C, Beleck P, Przybeck TR, Rice JP. Risk of suicide by psychiatric diagnosis in Stockholm County. A longitudinal study of 80,970 patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992;241:323–6.
- [28] Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:249–57.
- [29] Bulik CM, Carpenter LL, Kupfer DJ, Frank E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *J Affect Disord* 1990;18:29–37.
- [30] Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris: John Libbey Eurotext; 2001.
- [31] Lafleur C, Séguin M. Intervenir en situation de crise suicidaire. Cégep de l'Outaouais et Université du Québec en Outaouais. Les presses de l'Université Laval 2008.