



Pr JB Garré
Université d'Angers
Département de Psychiatrie et de
Psychologie Médicale
CHU Angers

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR
DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

<http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/>

LE PHENOMENE SUICIDAIRE

- **11 000 décès** par an
- **3000** par armes à feu, **1200** par médicaments
- **Plus de 60 000** endeuillés
- **160 000 tentatives de suicide** par an
- **Des causes multiples et de multiples portes d'entrée**
- **Pas de solution unique**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Limites**

- Pas de définition univoque d'une CAT standardisée
- Pluralité des situations suicidologiques
- Peu ou pas de protocoles validés de PEC
- Primauté de l'analyse clinique sur le paramétrage épidémiologique

- **Mais accord entre intervenants**

- Sur la nécessité d'une évaluation psychopathologique et psychosociale de tout suicidant par un personnel psychiatrique entraîné
- Ainsi que d'une PEC spécifique et préventive d'une TS ou d'un suicide ultérieurs

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Objectifs généraux**

- **Traiter**

- **Double évaluation**
 - Somatique (toxicologique) immédiate
 - Psychologique
 - **Triple urgence**
 - Somatique
 - Psychiatrique
 - Sociale
 - **La suicidologie oblige à la mixité des cultures, à la collégialité et au réseau**

- **Prévenir**

- **La prévention du suicide et des récides dépend**
 - De l'optimisation du suivi proposé,
 - Donc, de la qualité des décisions d'orientation,
 - Donc, de la qualité de l'accueil et du séjour hospitalier initial,
 - Qui constitue donc un temps privilégié essentiel

Crise psychosociale et crise psychiatrique

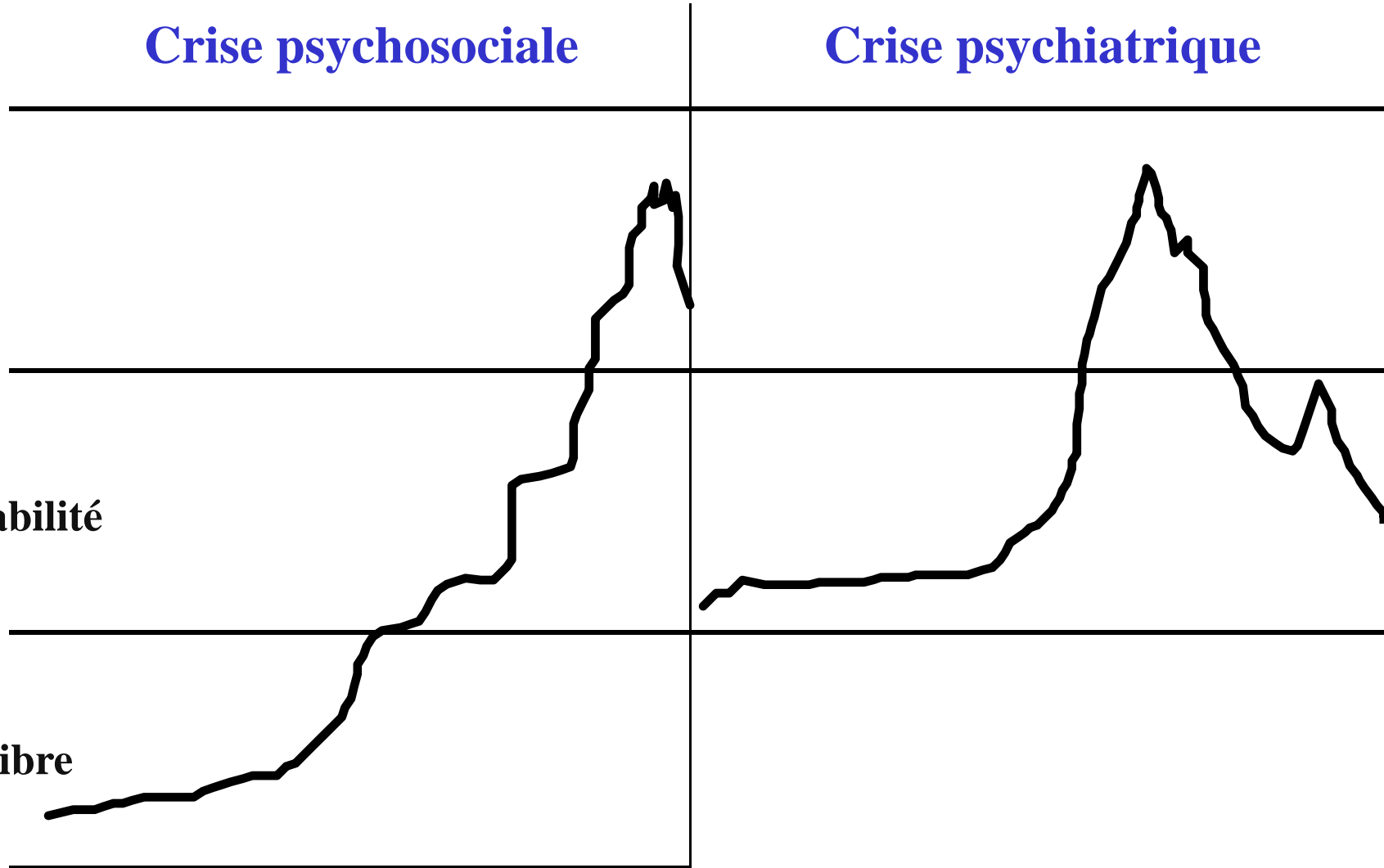
Crise psychosociale

Crise psychiatrique

**État de
crise**

**État de
vulnérabilité**

**État
d'équilibre**



SUICIDE : UN «FAIT SOCIAL TOTAL » ?

(Marcel MAUSS)

EPIDEMIOLOGIE

(démographie, statistiques,
quantification, santé
publique...)

ASPECTS SOCIAUX

(sociologiques,
juridiques,
criminologiques,
économiques...)

MEDECINE

(médecine générale, légale,
urgences, toxicologie,
réanimation, psychiatrie,
biologie, génétique...)

**SUICIDE
TENTATIVE DE SUICIDE**

ETHNOLOGIE

(ethnopsychiatrie...)

THERAPEUTIQUE ET PREVENTION

MORALE

ETHIQUE RELIGION
PHILOSOPHIE

PEDAGOGIE

(école, monde éducatif...)

PSYCHOLOGIE

(Psychopathologie,
psychanalyse...)

ASPECTS CULTURELS

(historiques,
littéraires,
esthétiques
...)

LE PHENOMENE SUICIDAIRE (SUICIDES, TS, CRISES SUICIDAIRES)

- **Appelle de multiples lectures**
- **Capitalise et condense les significations**
- **Par son caractère**
 - **de triple urgence: médicale, psychologique et sociale**
 - **inter trans et pluri disciplinaire**
- **Oblige à la liaison, au réseau, au dialogue et à la collégialité**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Conditions générales de l'examen**

- **Où ?**

- **A l'arrivée : Urgences, SAU, UHCD, Réanimation médicale...**
 - **Ultérieurement : une hospitalisation doit être proposée à tout suicidant**

- **Raisons somatiques**

- **Raisons psychologiques**

- » **Compléter l'observation, prises de contact avec l'entourage**

- » **Donner du poids et du sérieux à la situation**

- » **Gestion d'une crise, résolution d'un conflit**

- » **Coupure d'avec le milieu ambiant**

- » **Mise en route de traitements psychotropes...**

- **Unités spécifiques de suicidologie**

- » **DMS # 3-5 jours**

- **Conditions parfois difficiles**

- **Box, confidentialité**
 - **Pression des turn-over**
 - **Demande de quitus de sortie**
 - **Statut cognitif (BZD, alcool...)**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Conditions générales de l'examen**

- Examen à répéter
- Par le même intervenant
- Ecoute et respect exigibles
- Eviter
 - rejet ou surdistance laxiste
 - sous-distance trop empathique
- Se centrer sur la crise et l'actualité
- De bonnes et de moins bonnes questions : pourquoi ? Comment ?
Est-ce que vous pouvez me dire comment vous pensez que l'on peut vous venir en aide ?
- Risque de perception routinière et d'avalisation des minimisations
- Temps et disponibilité intérieure
- Responsabilité médicale et stress de l'intervenant
- Degré variable d'interventionnisme
- Problèmes éthiques

- Une demande fréquente : “Donnez-moi mes affaires, je signe ma pancarte...” “De toute manière, vous ne pouvez pas me garder contre mon gré...”

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Moyens**

Trois temps

- Un temps **évaluatif**
- Un temps **décisionnel**
- Un temps **d'orientation**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Evaluation basée sur le recueil de données cliniques**
 - **ATCD (personnels et familiaux, médicaux et psychiatriques, en particulier suicidologiques)**
 - **Etat de santé actuel (somatique et psychiatrique)**
 - **Situation familiale, professionnelle, sociale...**
 - **Mode de vie et histoire personnelle**
 - **Facteurs déclenchants évoqués**
 - **Modifications récentes du comportement**
 - **Alcoolisations, violences inhabituelles, agressivité, fugues, absentéisme, isolement relationnel, plaintes somatiques, prises de risques...**
 - **Description de la TS : moyens, gravité, séquelles...**
 - **Intentionnalité suicidaire**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

Mesure de l'intentionnalité suicidaire : place des échelles

La plupart des échelles utilisées en suicidologie visent à établir une **prédiction du phénomène** en termes d'analyse de facteurs de risque

- sachant qu'il existe 2 grandes catégories
 - Facteurs de risque **socio-démographiques**
 - Facteurs de risque **psychopathologiques**
- Et que cette analyse comporte des **difficultés spécifiques** à la suicidologie

LES DIFFICULTÉS DE LA PRÉDICTION DU SUICIDE

- **Rareté** du suicide et grand nombre de **faux positifs**
 - 1% des primo-suicidants se suicident dans l'année, soit 10 sur 1000 suicidants
 - Une échelle à spécificité et sensibilité élevées (80 % par ex) va identifier 200 sujets à risque, incluant 8 des 10 suicidés, mais aussi..192 patients qui ne se tueront pas...et dont il faudra s'occuper
- La plupart des travaux ne distinguent pas facteurs de risque à **court terme** et à **long terme**
- Certains facteurs de risque, surtout socio-environnementaux, peuvent **changer** avec le temps
- Les modèles ne tiennent pas compte des **interactions** entre les différents facteurs, alors que l'impact de chacun dépend de la présence ou de l'absence des autres
 - Ex: Alcoolisme-Dépression-Chômage-Divorce

LES DIFFICULTÉS DE LA PRÉDICTION DU SUICIDE

- **Corrélation** (par rapport à une population) et non **causalité** (par rapport à un individu)
 - **Plurifactorialité** et difficultés de modélisation de facteurs très hétérogènes
 - **Interaction** des facteurs: le risque n 'est pas simplement additif ou cumulatif, mais aussi interactif
- ▶ Le risque du facteur de risque, c'est la **cause** !

ECHELLES, INVENTAIRES, QUESTIONNAIRES LES OUTILS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE QUANTITATIVE

- **Globaux**

- Visent à documenter l'ensemble de la psychopathologie
- CPRS, BPRS, AMDP, SCL
- MINI

- **Sélectifs**

- D'une catégorie diagnostique
 - Dépression : MADRS, Hamilton-D, BDI
 - Schizophrénie : PANSS, SAPS, SANS
- D'une dimension
 - Impulsivité
 - Agressivité
 - Qualité de vie
 - Indépendance-autonomie

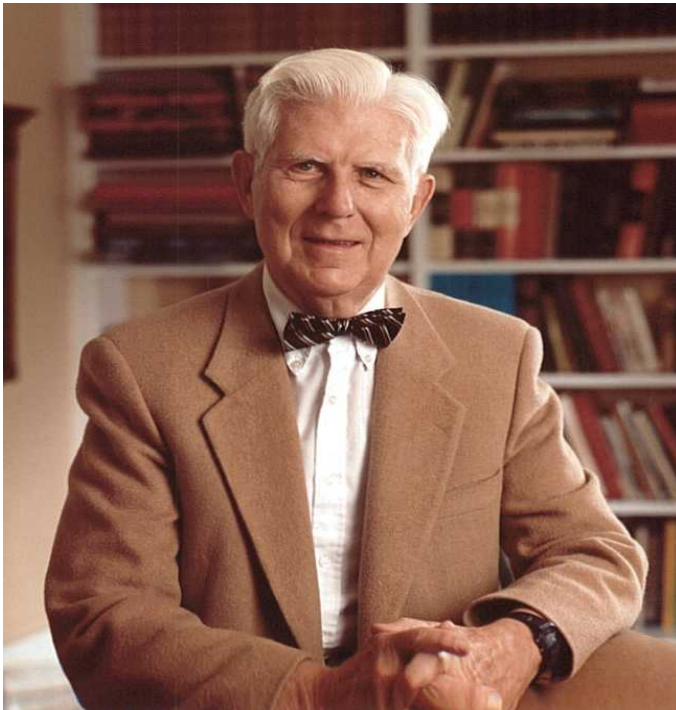
ECHELLES, INVENTAIRES, QUESTIONNAIRES LES OUTILS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE QUANTITATIVE

- **Mode de passation**
 - **Auto-évaluation**
 - **Hétéro-évaluation**

- **Qualités métrologiques**
 - **Sensibilité**
 - **Seuil (*cut-off*)**
 - **Spécificité**
 - **Validité**
 - **Fidélité inter-juges**

Aaron Temkin BECK

(né en 1921)



- **BDI Beck Depression Inventory (1970)**
 - Auto-évaluation
 - 13 ou 21 items
- **Hopelessness Scale (1974)**
 - Auto-évaluation
 - 20 items
- **SIS Suicide Intent Scale (1974)**
 - Hétéro-évaluation
 - Applicable aux suicidants
 - 12 items
- **SSI Scale for Suicide Ideation (1979)**
 - Hétéro-évaluation
 - 19 items

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

– Intentionnalité suicidaire

- Place des échelles

- SIS (*Suicide Intent Scale*) de Beck

- » Moment choisi
 - » Lieu
 - » Isolement
 - » Annonce
 - » Programmation
 - » Lettre d'adieu, testament
 - » Appel à l'aide
 - » (...)

ECHELLE D'INTENTIONNALITE SUICIDAIRE SIS (Suicide Intent Scale) A.T. BECK

La *Suicide Intent Scale* (SIS) mise au point par A.T. BECK en 1974 est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Elle répond aux recommandations professionnelles *Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide* (ANAES, novembre 1998). Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidants et qui sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur (mais non du risque de nouvelle tentative de suicide). La version initiale a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte 20 questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par D. W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisée en 3 sections :

- Les **circonstances de la tentative de suicide** (6 questions)
- Les **propos rapportés par le patient (*self report*)** (4 questions)
- Deux questions sur **la léthalité** évaluée par le médecin

Le score total d'intentionnalité suicidaire est la somme des 12 questions. Il varie de 0 à 25 :

- Intentionnalité faible 0 – 3.
- Intentionnalité moyenne 4 – 10.
- Intentionnalité élevée 11 -25.

Cette échelle a également l'intérêt sémiologique de structurer l'entretien avec le suicidant.

Références bibliographiques :

- BECK A.T.,SCHUYLER D., HERMAN I., Development of Suicidal Intent Scales, in Beck A.T., Resnik H.L.P., Lettier A.J. (eds) : *The Prediction of Suicide*, 1974, Bowie, Maryland, Charles Press Publishing.
- PIERCE D.W., The predictive validation of a suicide intent scale : A five year follow-up, *Brit. J. Psychiat.*, 1981, 139, 391-396.
- *Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide*. ANAES, novembre 1998, Recommandations Professionnelles.

5/ Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : testament, cadeaux, assurance vie...)

- 0 - Aucune
- 1 - A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre
- 2 - A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs

6/ Lettre d'adieu

- 0 - Pas de lettre
- 1 - Lettre écrite mais déchirée ou jetée
- 2 - Présence d'une lettre

II – Propos rapportés par le patient

1/ Appréciation de la léthalité du geste par le patient

- 0 - Pensait que son geste ne le tuerait pas
- 1 - N'était pas sûr que son geste le tuerait
- 2 - Etait sûr que son geste le tuerait

2/ Intention de mort

- 0 - Ne voulait pas mourir
- 1 - Incertain ou mélange de 0 et de 2
- 2 - Voulait mourir

3/ Préméditation

- 0 - Aucune, geste impulsif
- 1 - Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative
- 2 - Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative
- 3 - Suicide envisagé plus d'un jour avant la tentative

4/ Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- 0 - Patient heureux de s'en être sorti
- 1 - Patient incertain ou mélange de 0 et de 2
- 2 - Patient désolé d'avoir survécu

III – Dangerosité

1/ Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (exemple : si quelqu'un n'était pas venu par hasard lui porter secours) ?

- 0 - Issue favorable certaine
- 1 - Mort improbable
- 2 - Mort probable ou certaine

2/ La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- 0 - Non
- 1 - Incertain
- 2 – Oui

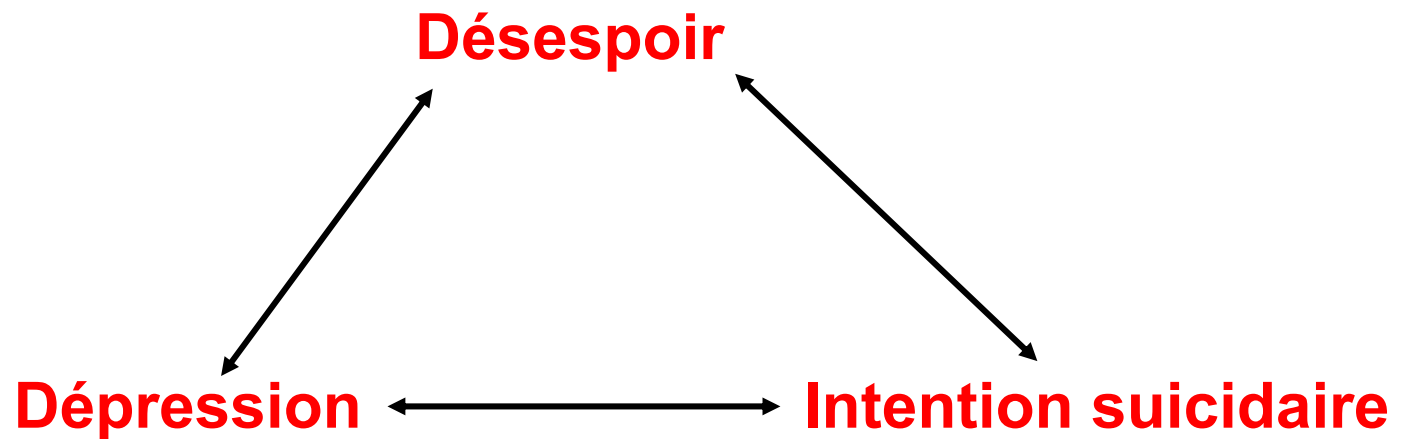
Score /__/_/

Aaron Temkin BECK (1985)

- **207 patients hospitalisés pour des idées suicidaires, sans TS**
 - **Documentés**
 - BDI
 - Hopelessness Scale
 - SSI
 - **Suivi longitudinal de 5 à 10 ans ► 14 suicides**
 - **Seuls l'échelle de désespoir et l'item « pessimisme » du BDI ont prédit les suicides aboutis**
- **Le degré de désespoir serait un bon indicateur du risque de suicide à long terme**

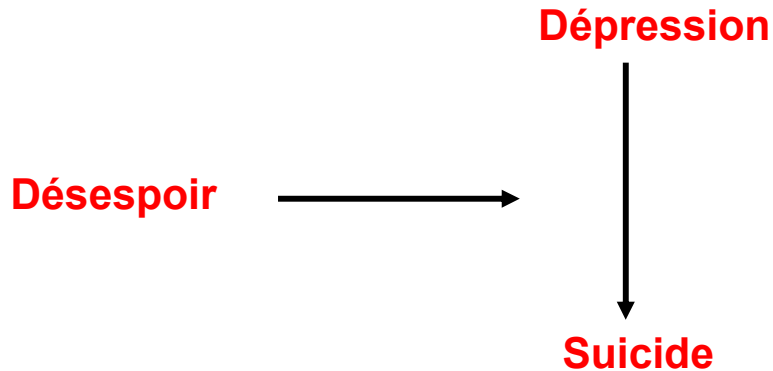
Aaron Temkin BECK

Il y aurait une forte corrélation entre les 3 facteurs



Aaron Temkin BECK

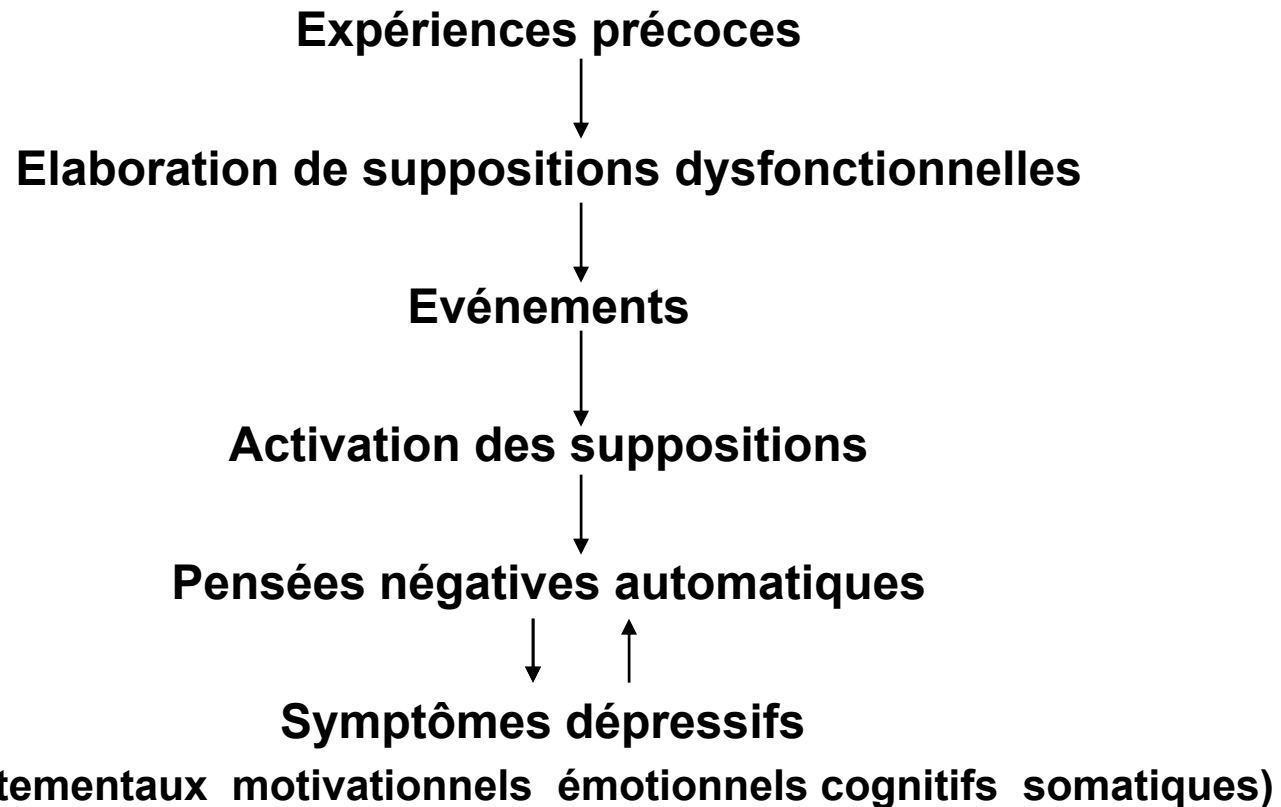
- Le désespoir fonctionnerait comme un lien, un messenger ou un agent catalytique entre dépression et suicide



- Personnalités pré-suicidaires et personnalités pré-dépressives partageraient une même structure cognitive, caractérisée par des dysfonctionnements et des représentations négatives portant sur la triade
 - **Moi** (auto-dépréciation, perte de l'estime de soi : je ne sers à rien et je suis vraiment nul...)
 - Le **monde extérieur** (helplessness : j'ai tout essayé, personne ne me comprend, rien n'a marché et personne ne peut m'aider...)
 - Le **futur** (hopelessness : je vais échouer, ça ne marchera jamais, non seulement tout va mal, mais ça va aller de plus en plus mal et le pire est toujours sûr...)

THERAPEUTIQUES PSYCHOLOGIQUES

- **Modèle cognitif de la dépression (A.T. Beck)**
Une suite d'erreurs



THERAPEUTIQUES PSYCHOLOGIQUES

- **Modèle cognitif de la dépression (A.T. Beck) : exemples de distorsions cognitives**
 - **surgénéralisation**
 - **sélection arbitraire**
 - **raisonnement dichotomique**
 - **maximalisme et extrémisme**
 - **personnalisation**
 - **inférence arbitraire**

AT BECK, RA STEER

Journal of Affective Disorders, 17 (1989) 203-209

- **Suicidants admis aux Urgences de l'HG de Philadelphie 1970-79**
- **413** suivis de 5 (aucun perdu de vue) à 10 ans (5% perdus de vue)
- **3 instruments d'évaluation**
 - **Beck Depression Inventory**
 - **Hopelessness Scale**
 - **Suicidal Intent Scale (SIS)**

AT BECK, RA STEER
Journal of Affective Disorders, 17 (1989) 203-209

- **Parmi les 413 suivis:**
 - 1/3 a des ATCD de TS
 - 58% de femmes vs 42% d'hommes
 - Age moyen 29 ans
 - 1/2 vit seul
 - 1/5 a un emploi
 - **20 suicides (4,8%)**

AT BECK, RA STEER

Journal of Affective Disorders, 17 (1989) 203-209

- **3 variables prédictives du suicide**
 - **Un diagnostic d'alcoolisme au moment de la TS index**
 - **Risque x 5**
 - **Alcoolisation aiguë (désinhibition, tr du jugement) ou complications (dépression, dérive sociale, isolement, maladies somatiques) de l'alcoolisme chronique?**
 - **Aucune autre catégorie diagnostique corrélée au suicide (dans la cohorte: 45% de dépressions, 10% de schizophrénies)**
 - **Aucun lien avec les scores aux échelles de dépression et de désespoir**

AT BECK, RA STEER

Journal of Affective Disorders, 17 (1989) 203-209

- **3 variables prédictives du suicide**
 - **Score à la sous-échelle SIS** évaluant les précautions prises
 - **Chômage** au moment de la TS index
 - **Aucun autre facteur sociodémographique** (âge, sexe, statut matrimonial)
- **Conclusion:** prudence devant une TS chez un patient alcoolique, chômeur et qui a pris des précautions pour éviter d'être découvert...

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Intentionnalité suicidaire**
 - **Place des échelles**
 - **Evaluation du potentiel suicidaire par l'échelle RUD**
 - » **Risque**
 - » **Urgence**
 - » **Danger**

Triple évaluation du potentiel suicidaire

- ⌘ L'évaluation du potentiel suicidaire permet de déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée
- ⌘ L'évaluation comprend celle du **risque**, de **l'urgence** et de la **dangerosité** (3 variables indépendantes)
- ⌘ Pour des fins cliniques, le potentiel suicidaire peut s'évaluer selon qu'il est faible, moyen ou élevé

La crise suicidaire: Reconnaître et prendre en charge
Conférence de consensus, ANAES, octobre 2000

Prédicteurs

Au niveau socio-culturel

- Religion - Anomie (désorganisation sociale)
- Chômage - Média - Lois

Environnement immédiat

Famille

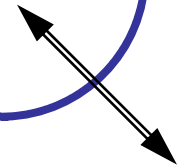
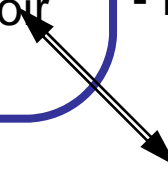
- Violence physique/sexuelle
- ATCD psychiatriques
- Abus de substances
- Manque de cohésion familiale

Au niveau personnel

Age Sexe
Troubles mentaux
Tentatives de suicide
Abus d'alcool / drogues
Difficulté à gérer le stress
Impuissance/perte d'espoir
Impulsivité/agressivité
Maladie physique

Evénements stressants

- Perte d'un être cher
- Séparation
- Abandon
- Difficultés financières
- Difficultés avec la loi



Facteurs de risque (1)

Gunnel et Frankel, 1994, Angleterre et Pays de Galles

<i>Groupe</i>	<i>RR</i>	<i>%suicide</i>
Trouble psychiatrique actuel ou ancien	x10	50
Contact actuel ou récent avec psychiatrie		2
4 semaines après la sortie	Fx100	10-15
	Hx200	
Antécédents de tentative de suicide	x10-30	30-47
Antécédents familiaux de suicide		4

Facteurs de risque (2)

Gunnel et Frankel, 1994

<i>Groupe</i>	<i>RR</i>	<i>%suicide</i>
Alcoolisme	x20	15-25
Maladie physique ou handicap sévère		4-32
HIV ou SIDA		1-2
Prisonniers	x5	<1
Médecin	x2	<0.1
Sans emploi	x2	6

Facteurs de risque liés aux troubles mentaux

Anorexie mentale	x22
Dépression	x20
Schizophrénie	x8
Trouble de la personnalité	x7

QUELQUES GRANDES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- **Troubles affectifs**
- **Troubles anxieux**
- **Addictions**
- **Psychoses**
- **Troubles de la personnalité**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- L'évaluation doit aussi porter sur **les facteurs de protection**
 - **Ressources internes**
 - Bonne estime de soi
 - Capacité de *coping*
 - Mise en œuvre de mécanismes de défense adaptés
 - Capacité à dire non
 - Humour préservé
 - Capacité à prendre du recul et à l'insight
 - Optimisme de fond
 - Demande et recherche de soutien
 - **Ressources environnementales**
 - Bonne cohésion familiale
 - Soutien amical
 - Lien social
 - Bonne intégration
 - Activités extérieures (sport, loisirs, investissement associatif...)

Évaluation de l'urgence suicidaire

- Évaluer l'urgence ou l'imminence du passage du passage à l'acte : le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide
- **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashs
- **Moyen**: scénario envisagé, mais reporté
- **Élevé**: planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir

Évaluation de la dangerosité du scénario suicidaire

- Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : **léthalité** du moyen et l'accès direct aux moyens
- Si **l'accès** au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Evaluation basée sur le recueil de données cliniques**
- **Critères d'urgence**
 - **Détermination**
 - Questions simples et sans détours, mais attention aux réticences, aux minimisations et banalisations, aux présentations trop rassurantes, aux crises qui guérissent trop vite et aux dépressions souriantes
 - **Préparatifs et précautions déjà prises**
 - **Pathologie dépressive franche**
 - **Angoisse intense, peu ou non maîtrisable**
 - **Délire et/ou hallucinations**
 - **Discontinuité comportementale récente**
- **Mais**
 - **Pas de risque zéro en suicidologie**
 - **Tant qu'il y a de l'ambivalence, il y a de la vie**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Evaluation basée sur le recueil de données cliniques**
- **Critères d'urgence**
- **Signification(s) du geste**
- **Evaluation à compléter**
 - par **prise de contact** systématique
 - Entourage
 - Médecin ou psychiatre traitant
 - Par une **évaluation sociale (AS)** si nécessaire

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **A l'issue de l'évaluation, 2 cas de figure**
 - **Il existe une pathologie psychiatrique avérée**
 - Troubles dépressifs (tous types)
 - Addictions
 - Psychoses
 - BDA
 - Schizophrénie
 - Troubles de la personnalité
 - Personnalités limites
 - Personnalités émotionnellement labiles et impulsives
 - **Il n'existe pas de pathologie psychiatrique avérée**
 - F (43.2) ou Z
 - Situations de crise ou de détresse psychosociale d'ordre réactionnel ou relationnel
 - Mais
 - Le risque n'est pas moindre pour autant
 - L'avis du professionnel reste requis (faire la part du contexte et des facteurs de personnalité)
- **Dans tous les cas, le temps d'évaluation est un temps à valeur thérapeutique**

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Temps décisionnel**

- **Sortie possible** (avec construction d'une orientation)
- **L'hospitalisation** doit être prolongée
 - Milieu psychiatrique
 - EDM
 - Psychose aiguë ou chronique
 - HDT si nécessaire
 - Hôpital général
- **Dans tous les cas : mesures minimales de sécurité**
 - Consignes écrites de surveillance
 - Ne pas laisser le patient seul sans surveillance
 - Le faire accompagner dans ses déplacements
 - S'assurer que l'environnement ne présente pas de produits ou d'objets dangereux
 - Si le service n'est pas au R-de-C veiller au risque de précipitation
 - Déshabiller le patient et ne pas lui laisser d'objet dangereux
 - Cordon de sonnette, câbles TV...
- **Pour rappel : - 5 % de l'ensemble des suicides surviennent durant le séjour hospitalier**
 - 10 à 15 % dans les 4 semaines qui suivent la sortie

EVALUATION ET CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT SUICIDANT

- **Orientation**

- Organisation d'un **suivi ambulatoire**, avec un **RV fixé** dans les 8 à 10 jours suivant la sortie
 - MG, psychiatre traitant, CMP, centre de jour, psychiatre libéral, psychiatre hospitalier, psychologue...
- Donner une liste des **lieux ressources** possibles
- Nécessité pour adressage d'un **réseau** d'accueil et d'écoute
- Informer sur la possibilité d'accéder 24h/24 au **SAU**
- Renseigner sur les coordonnées du **service d'accueil**
- Rédaction des **courriers** et des CR d'hospitalisation
- Problème de la **vérification de la compliance** au suivi proposé

RÉFÉRENCES ANAES

- **Novembre 1998** *Prise en charge hospitalière des adolescents et des jeunes adultes après une tentative de suicide* (Recommandations professionnelles)
- **Octobre 2000** *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* (Conférence de consensus)

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (1)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ **Désir de mourir**

⌘ *Je désirerais être mort.*

⌘ *Je ne demande qu 'à dormir.*

⌘ **Supériorité de la mort**

⌘ *La seule solution pour moi, c 'est de mourir.*

⌘ *Je serais beaucoup mieux mort.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (2)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ **Tout le monde irait
mieux si le patient
était mort**

⌘ *Ce serait mieux pour
tout le monde si
j 'étais mort.*

⌘ *Je cause tant
d 'ennuis à ma famille
en continuant à vivre.*

⌘ *Si j 'étais mort, je ne
manquerais à
personne.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (3)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ Intention de commettre un suicide

- ⌘ *Je vais me tuer.*
- ⌘ *Je sais ce que je vais faire et personne ne pourra m'en empêcher.*
- ⌘ *Dès mon retour à la maison, je prendrai mon fusil et je me ferai sauter la cervelle.*
- ⌘ *Je connais la solution à tous mes problèmes et il n'y en a qu'une.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (4)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ **Incapable de
continuer**

⌘ *Je ne peux plus
continuer comme
ça.*

⌘ *Il faut que ça
s'arrête.*

⌘ *C'est trop pour
moi.*

⌘ *Je souffre trop.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (5)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ Parler des méthodes de suicide

- ⌘ *Je me demande si se noyer est douloureux.*
- ⌘ *Est-ce qu 'avaler du verre peut me tuer ?*
- ⌘ *J 'ai des pilules à la maison.*
- ⌘ *Si on se pend, on ne doit rien sentir.*
- ⌘ *Il y a toujours un moyen pour en finir.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (6)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ Menaces de suicide

⌘ *Si elle me quitte, je me flingue.*

⌘ *Vous regretterez la façon dont vous m'avez traité.*

⌘ Sombres prédictions

⌘ *Je ne verrai pas un autre Noël.*

⌘ *A votre retour, je ne serai peut-être plus là.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (7)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)



⌘ **Mettre ses affaires
en ordre**

⌘ **Partir pour un long
voyage**

⌘ *Je désire rédiger
un nouveau
testament.*

⌘ *Il y a longtemps
que je voulais te
donner mes skis, je
n 'en aurai plus
besoin.*

DIFFERENTES FORMES DE COMMUNICATION DES IDEES SUICIDAIRES (8)

(Mintz, Rev Prat, 1971, XXI; 32: 4803)

⌘ **Avoir peur ou non
de la mort**

⌘ *Je n 'ai pas peur de mourir.*

⌘ *J 'ai peur de me suicider à cause de ma religion.*

⌘ *J 'ai pensé à la crémation.*

⌘ **Parler
d 'enterrement ou
de tombe**

⌘ *Je me demande ce qui nous arrive, une fois que l 'on est enterré.*