

Évaluation aux urgences d'un patient suicidant

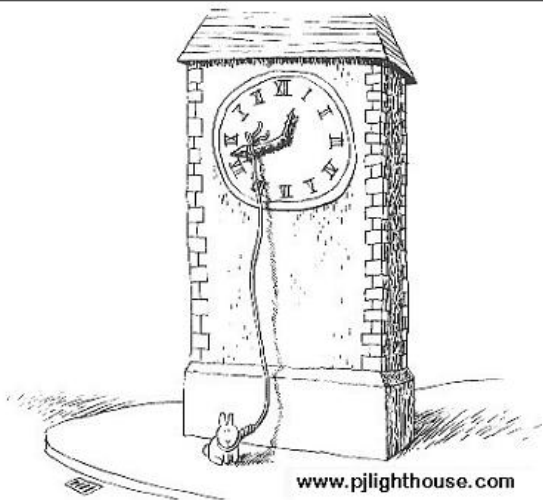


Cours DES
03/12/09

Anne-Hélène Moncany
Eric Bui

Plan

- Introduction
 - Définitions
 - Épidémiologie
- Évaluation psychiatrique
 - TS
 - Potentiel suicidaire : RUD
 - Dépistage pathologie psychiatrique
- Traitement et orientation
- Cas cliniques



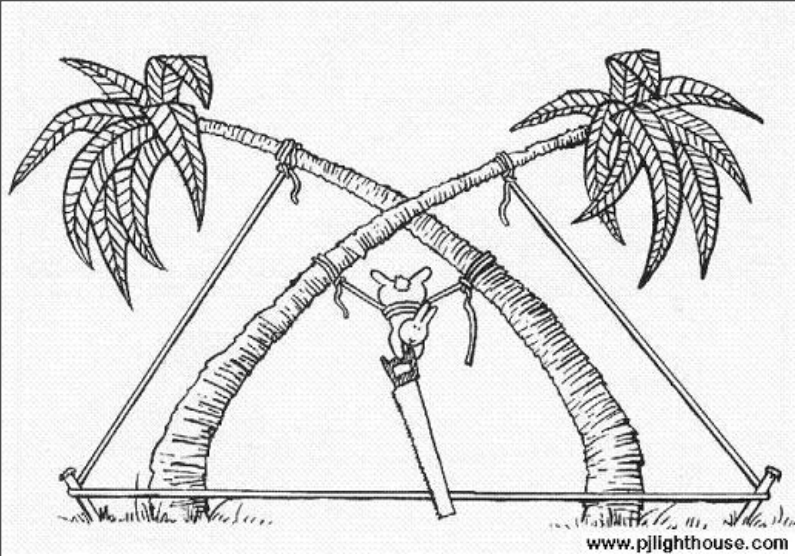
Intro (1)

Définitions

- **Conduites suicidaires** (Rudd, 2001)
 - Idéations suicidaires : pensées que l'on pourrait se donner la mort, construction de scénarii imaginaires
 - Menaces suicidaires
 - Comportements suicidaires : sans intention explicite ou implicite de mourir
 - Tentative de suicide (**suicidants**) : avec intention explicite ou implicite de mourir
 - Suicide : etym. du lat. *sui*, de soi, et *caedere*, tuer

Intro (2)

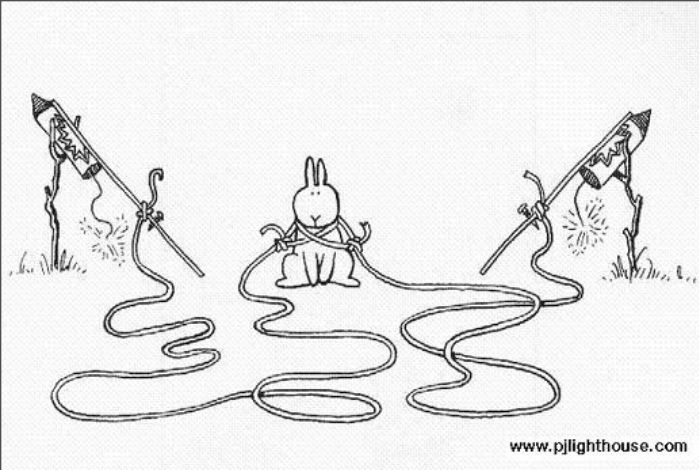
Définitions



- **La crise suicidaire**
 - Crise psychique dont le risque majeur est le suicide
 - Moment dans la vie d'une personne, sentiment d'impasse
 - Idées suicidaires de plus en plus envahissantes
 - Suicide = seul moyen face à la souffrance pour trouver une issue à la crise

Intro (3)

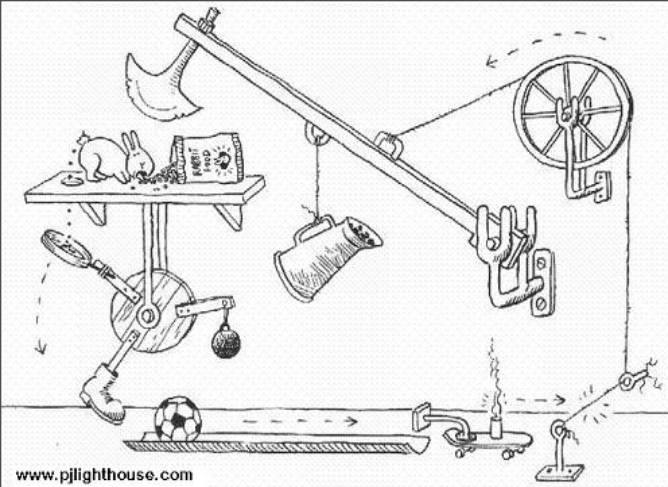
Épidémiologie



- Problème de santé publique mondial :
 - 814 000 morts en 2000 = 3ème cause de décès chez les 25-34 ans (Who, 2001)
- En France :
 - 12000 décès/an = 1ère cause de décès chez les 25-34 ans (ANAES, 2002)
 - 130 000 à 180 000 TS/an (Badeyan et al., 2001)
- Midi Pyrénées :
 - 410 suicides/an enregistrés (2003-2005)
 - 5700 TS/an aux urgences en 2006

Intro (4)

Épidémiologie



- Suicide
 - hommes, sujets âgés, veufs, divorcés +++
 - Modalités :
 - Pendaison
 - Arme à feu
 - IMV
 - Noyade/précipitation d'un point élevé
- TS
 - 2-3 femmes/homme, 15-34 ans +++
 - Modalités : 90% IMV

Vrai ou faux?

- Les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant
- Les personnes qui menacent de se suicider ne le font que pour attirer l'attention
- Parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire
- La crise suicidaire est un processus irréversible que rien ne peut arrêter
- Les antidépresseurs augmentent le risque de suicide
- Limiter l'accès aux moyens de suicide ne sert à rien

Pourquoi évaluer les suicidants?

Risque récursive après TS

- 10% des patients qui font une TS mourront de suicide
- 9-32% récidivent dans l'année
- Un suicidé sur 2 ou 3 a tenté de se suicider avant
- TS = FACTEUR DE RISQUE N°1

Dépistage pathologie psychiatrique

- 90% des suicidés (dépression, OH)
- 50-90% des suicidants (dépression, OH, TP, schizophrénie)

Prise en charge des suicidants

1. Accueil
2. Évaluation psychiatrique
3. Traitement d'urgence
4. Orientation

1. Accueil

- Prise en charge somatique
- Premiers soins infirmiers en attendant que le patient soit évaluable (élimination toxiques et médicaments)
- Soutien
- Alliance thérapeutique

2. Évaluation

- De la crise (infirmier)
 - Situation actuelle
 - Évènements douloureux
- Du potentiel suicidaire (psychiatre)
 - Gravité de la TS
 - Risque de récidence : « RUD »
 - Diagnostics psychiatriques

Evaluation du potentiel suicidaire (1)

Gravité de la TS

- Moyen utilisé
- Gravité objective et subjective
- Testament/lettre
- Date programmée
- Autres TS et gravité
- Critique ou non

Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (SIS), 1974

Évaluation du potentiel suicidaire (2)

- Risque
 - Facteurs de risque
 - Facteurs protecteurs
- Urgence
- Dangereosité



Suicide

Because the world is better off without you.

Facteurs de risque (tableau d'après Terra)

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psycho-sociaux
Pathologie psychiatrique: dépression, abus/ dépendance de substances Psychose Troubles de la personnalité Antécédents personnels de TS Situation de conflit avec les proches	Antécédents de suicide Maltraitance: placements, abandons Sévices physiques et/ou sexuels	Pertes et séparations Deuil, endeuillé par suicide Isolement social Contexte de « contagion » du suicide Position sociale

R : Risque

Facteurs protecteurs (APA)

- Avoir des enfants au domicile (sauf pour psychose post partum)
- Sentiment de responsabilité vis à vis de sa famille
- Grossesse
- Religion
- Bonne capacité à résoudre des problèmes
- Soutien social
- Relation thérapeutique positive

U : Urgence

- Probabilité de mourir dans les 48h
- Elle se fonde sur :
 - la persistance des idées suicidaires (fréquence, intensité)
 - l'absence d'alternative autre que le suicide (degré de désespoir)
 - le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte
 - le niveau de soutien, mobilisation du groupe

- **Faible** : pense au suicide, pas de scénario précis
- **Moyenne** : scénario envisagé, mais reporté
- **Élevée** : planification claire, passage à l'acte prévu et imminent

D : Danger

- Dangérosité du scénario suicidaire :
 - létalité du moyen
 - accessibilité
- Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangérosité comme extrême et agir en conséquence

ENLEVER LES MOYENS!!!

Evaluation du potentiel suicidaire (3)

- Trouble de l'humeur : dépression ++
- Addictions : OH +++
- Trouble de la personnalité : BDL ++
- Schizophrénie
- Autres...

3. Traitement d'urgence

- Somatique
- Conditions de sécurité
- Traitement sédatif et anxiolytique si besoin
- Autres : prévention DT...
- Pas d'instauration d'un traitement de fond aux urgences

L'intervention de crise suicidaire : les étapes-clé

1. Établir un lien de confiance
2. Évaluer le potentiel suicidaire (RUD)
3. Comprendre et reformuler la crise
4. Identifier et mobiliser personnes ressources : entretien de couple ou de famille
5. Organiser la post crise

4. Orientation

- Hospitalisation psychiatrique
 - Libre
 - Sous contrainte
- Maintien aux urgences
 - En attendant l'entourage
 - Pour favoriser l'alliance
- Sortie simple
 - JAMAIS SEUL
 - RDV de consultation

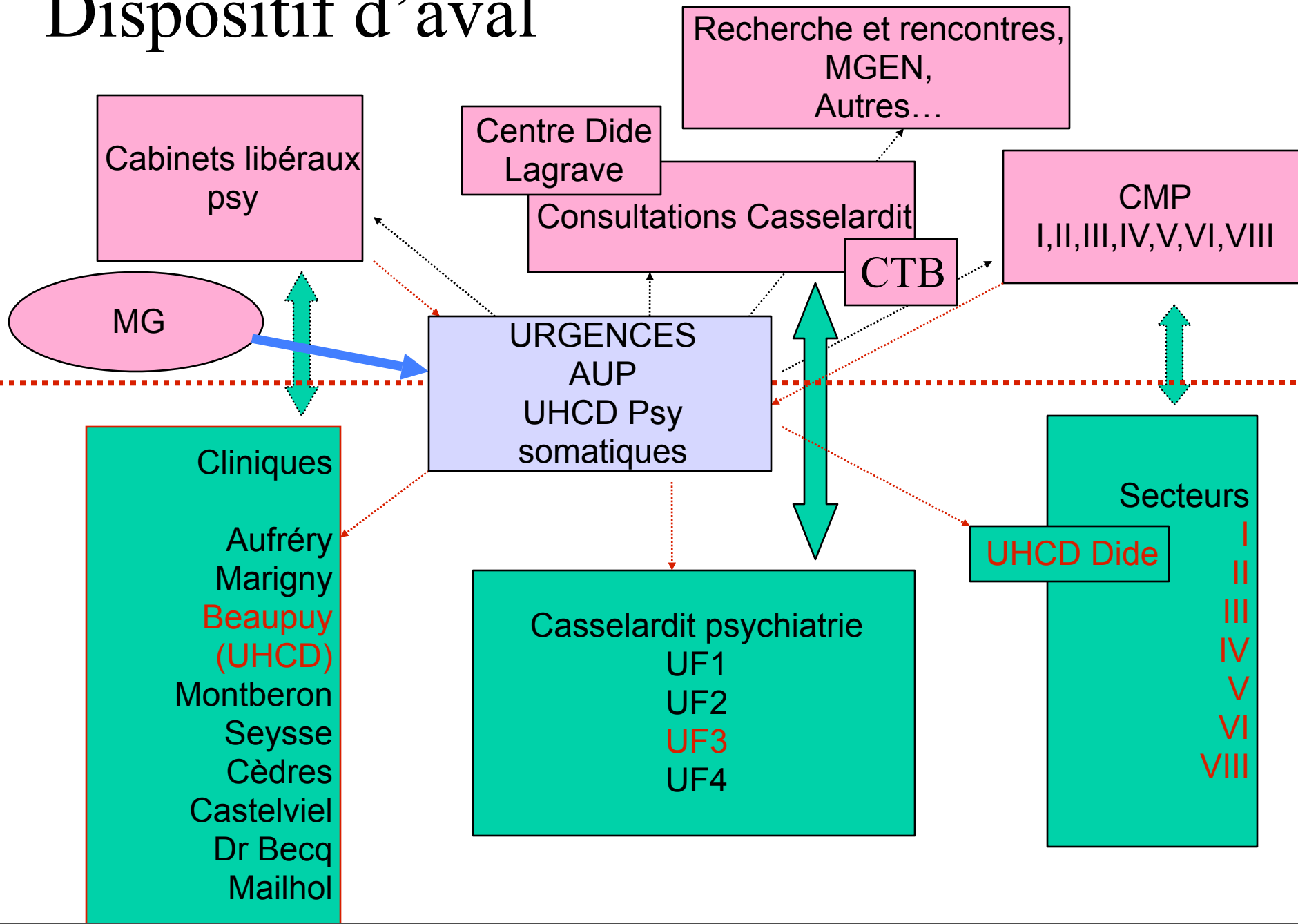
Hospitalisation?

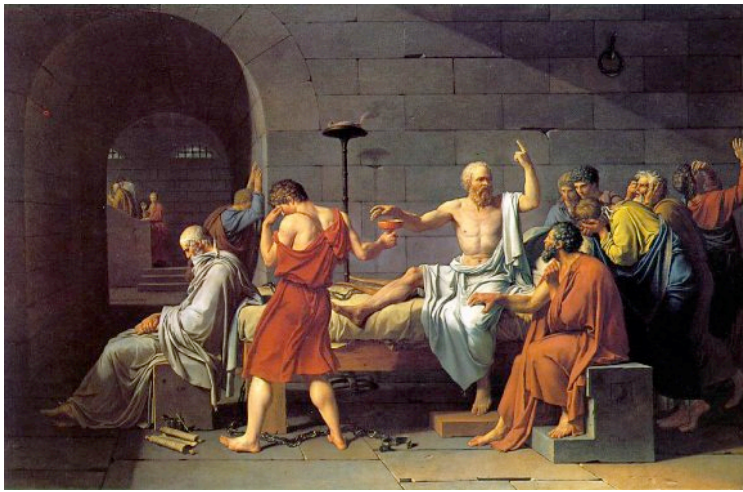
- A éviter
- Libre
- Sous contrainte : 3 conditions à remplir
 - Présence de troubles mentaux
 - Impossibilité de consentir à une hospitalisation
 - Nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier

Sortie simple

- Toujours accompagné d'un proche
- Sort avec un RDV de consultation <15j
 - Si patient déjà suivi : prise de contact avec soignants référents
 - Si crise : centre de thérapie brève
- Possibilité de rappeler le patient et/ou le MT
- Patient informé des dispositifs d'urgence

Dispositif d'aval



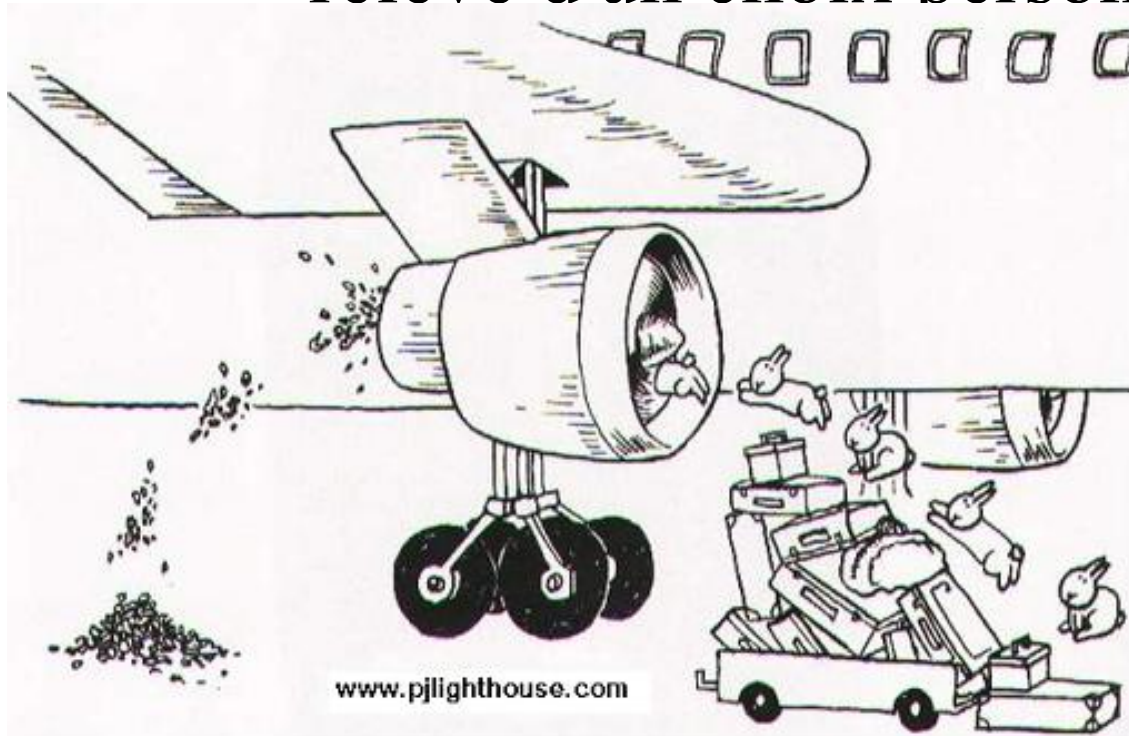


Conclusion

- OBJECTIF : estimer le risque suicidaire et PREVENIR LE SUICIDE
- Evaluation clinique précise et attentive
- Diminuer les moyens
- Rôle de l'entourage
- Débuter une prise en charge
- Pas d'hospitalisation systématique

Petit sondage buisien...

Pensez-vous que se donner la mort
relève d'un choix personnel ?

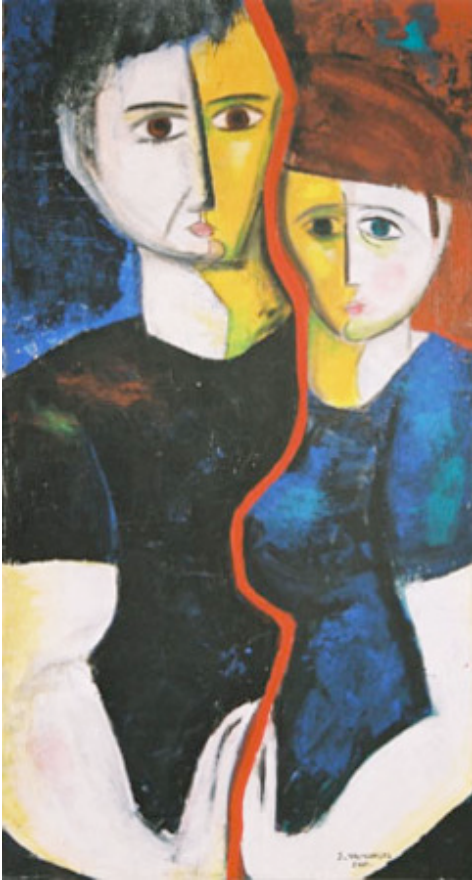


« Le suicide, la seule question philosophique » A. Camus

Cas cliniques

Cas clinique 1

Lundi matin 9h



- Femme, 27 ans, IMV + OH
- Rupture sentimentale il y a un mois
- 2ème TS en 3 semaines
- 3 H en Psychiatrie, pas de suivi
- Élève seule un enfant, ne travaille pas
- Veut sortir pour s'occuper de son fils, ne veut pas en perdre la garde

Risque?

- FDR

- Atcd TS
- OH
- Rupture récente
- Pas de suivi

- Facteurs protecteurs

- Enfant au domicile

Cas clinique 1 suite

Lundi matin 9h

- Ces derniers jours elle s'endort après avoir bu, mais se réveille plusieurs fois pendant la nuit
- Elle n'est pas triste, mais ne fait pas grand chose pendant la journée, pas d'envie. De toute façon elle est en arrêt maladie depuis trois mois
- Elle a maigri « un peu », fume plus qu'avant, et ne sort pas de chez elle. Elle n'arrive plus à lire car ne retient rien, et se sent toujours fatiguée

Diagnostic?

- Anhédonie, apragmatisme
- Troubles du sommeil et de l'appétit
- Difficultés de concentration
- Asthénie

Episode dépressif majeur

Cas clinique 1

Lundi matin 10h

- Elle ne veut pas être hospitalisée car elle a trop peur de perdre la garde de son enfant si son ex-mari l'apprenait, et puis l'hospitalisation « ne sert à rien. »
- D'ailleurs elle est pressée...
- Elle ne veut pas parler de ce qui s'est passé hier; de toute façon elle a ce qu'il faut pour mourir si elle le souhaite

RUD?

- Risque
 - FDR
 - F protecteurs
- Urgence
 - Difficile à évaluer, pas de facteur de crise nouveau hormis la séparation
 - Pas de critique du geste, minimisation. Entourage?
- Dangereosité
 - Moyens accessibles

Faut-il/Peut-on la laisser partir?

- Appeler l'entourage
- Appeler médecin traitant

Cas clinique 1

Lundi matin 12h

La mère : patiente pas bien depuis plusieurs années, mais aggravation depuis deux ans avec plusieurs TS. Conflits.

A été avertie par les voisins.

A trouvé un mot d'adieu. Inquiète mais agacée.
« Vous savez c'est pas la première fois, et elle n'écoute rien. »

MT : suivi très irrégulier

Cas clinique 1

Lundi matin 13h

Patiente commence à s'énervier. Ne veut pas attendre que sa mère arrive; n'a pas besoin de soins, se sent très anxieuse...

« Où sont mes affaires? »...

Que faire?

- Hospitaliser ou non?
- Traitement en urgence?
 - Prévenir le DT
 - Neuroleptique sédatif
 - Maintien aux urgences

Conditions à remplir pour une HDT

- Il est nécessaire d'hospitaliser le sujet pour évaluer et soigner ses troubles mentaux
- En raison de ses troubles psychiatriques, le patient nécessite des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier
- Le sujet n'est pas jugé apte à consentir de façon fiable à l'hospitalisation, ou s'y oppose.



Cas clinique 2

- Patient de 54 ans, adressé par les pompiers pour une tentative de pendaison.
- Veuf, son épouse est décédée il y a 2 ans d'un cancer du sein, vit seul, agriculteur. 2 enfants adultes qui habitent en région parisienne et à 50 kms.
- A été retrouvé par « une amie » qui a tout de suite appelé les pompiers, mais n'est pas venue à l'hôpital

Risque?

- FDR
 - Homme, age
 - Veuf
 - Isolé
- Facteur protecteur?
- Que faire?

Rechercher comorbidités
Contacter entourage

Cas clinique 2

Entretien

- Le patient a un bon contact; il dit regretter son geste et souhaite qu'on ne dérange pas ses enfants
- Depuis le décès de sa femme, il commençait justement à aller mieux. Il ne comprend pas ce qui l'a pris.
- Dort moins bien depuis environ une semaine; a perdu un kg en 4jours.
- Jusqu'à il y a une semaine, avait du plaisir à faire les choses, très récemment s'est un peu isolé chez lui.
- Geste impulsif ; n'a eu des idées suicidaires que dans les premiers jours après décès femme
- Pas d'autres symptômes dépressifs, pas de consommation alcool

Diagnostic associé?

- Trouble du sommeil
- Amaigrissement
- Anhédonie
- MAIS : pas le critère temps!

Qui appeler?

- « L'amie »: s'étaient rapprochés, elle lui a annoncé hier qu'elle ne pouvait pas s'engager plus et qu'elle devait quitter la région pour soigner sa mère malade. Alors qu'elle téléphonait, il est sorti se pendre.
- La fille: inquiète, mobilisée, se précipite pour venir aux urgences. N'a jamais vu son père déprimé sauf après décès épouse. Très attaché à elle. Propose de le prendre chez elle
- Médecin traitant: brave homme, trop seul, très étonné par ce qui s'est passé

Évaluation du risque

- Caractéristiques de la TS : geste grave, pendaison
- RUD
 - R : veuf, isolé, impulsif, seul
 - U : critique du geste, pas d'IS mais minimisation
 - D : moyen à disposition?
- Diagnostic associé : aucun?

Quelle attitude?

- Indication à une HDT?
- Rôle protecteur de l'entourage : décision avec sa fille, peut elle venir?
- Essayer de voir à long terme: bénéfices d'une hospitalisation ou « aliénation »
- Proposer un suivi avec un RDV<15j

Références

- France:2000.
Recommandations de la HAS. « La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge » 2000. Conférence de Consensus.
- États-Unis:2003 (183 pages)
APA Clinical Guidelines pour évaluation et le traitement des patients présentant des comportements suicidaires.
- Royaume-Uni: 2004
1)Recommandations de NICE (201p),
2)Royal College of Psychiatrists :
Prise en charge des suicidants aux Urgences (deliberate self harm)
- Australie-Nouvelle-Zélande 2003
RANZP clinical practice guidelines adult DSH