

Le suicidaire à l'hôpital général

L'évaluation du risque suicidaire et la prise en charge des patients suicidaires constituent l'une des tâches les plus difficiles du psychiatre travaillant dans le cadre d'un hôpital général. Les circonstances dans lesquelles le psychiatre est amené à voir un patient suicidaire sont multiples et variables. Les facteurs déclenchants, la pathologie - mentale ou somatique-sous-jacente, la personnalité, et la situation psycho-sociale varient d'un patient à l'autre. Chaque patient suicidaire soulève ainsi des problèmes particuliers qui doivent être appréciés, analysés et traités de façon individuelle.

Patient suicidaire et psychiatre à l'hôpital général

A l'hôpital général, le psychiatre est amené à voir un patient suicidaire dans deux groupes de situations différentes: avant un passage à l'acte, c'est-à-dire quand le patient exprime des idées ou des intentions de suicide, et après un passage à l'acte, c'est-à-dire au décours d'une tentative de suicide:

a) avant un passage à l'acte

Dans la plupart des cas, les patients suicidaires parlent, d'une manière plus ou moins explicite, de leurs projets à une personne de leur entourage: à un membre de leur famille, à un ami, un collègue de travail, un prêtre, ou au téléphone à SOS Détresse. Quand ils sont hospitalisés, ils avertissent souvent un médecin ou une infirmière. Le signalement de la présence d'idées suicidaires, et a fortiori de projets suicidaires, doit toujours être pris au sérieux.

A l'hôpital général, le psychiatre peut être contacté directement par le patient lui-même, dans sa consultation externe ou à la policlinique, dans le cadre du Service d'Urgence. Les patients hospitalisés dans le Service de Psychiatrie peuvent signaler leurs idées suicidaires au psychiatre ou à un membre de l'équipe infirmière. Enfin, le psychiatre peut être amené à voir des patients suicidaires hospitalisés dans les autres Services de Médecine ou dans les Services de Chirurgie, à la demande des médecins des services correspondants.

b) après un passage à l'acte

Après une tentative de suicide, le patient est d'abord examiné en policlinique, où les premiers soins lui

sont administrés, par exemple un lavage d'estomac dans le cas d'une intoxication, ou une suture de plaie dans celui d'une phlébotomie. Le patient est ensuite habituellement hospitalisé, dans un Service de Réanimation, médicale ou chirurgicale, dans un Service de Médecine Interne ou de Chirurgie, ou dans le Service de Psychiatrie, en fonction de la nature et de la gravité de la tentative de suicide. Dans la plupart des cas, il sera fait appel au psychiatre, soit immédiatement, soit dans un second temps. A chaque fois que cela s'avère nécessaire - et que le patient l'accepte - un transfert dans le Service de Psychiatrie peut être envisagé.

Le nombre des tentatives de suicide nécessitant une hospitalisation est élevé: au seul Centre Hospitalier, plus de 40 patients par an doivent être hospitalisés en Réanimation médicale après une tentative de suicide médicamenteuse. Ce chiffre concerne uniquement les tentatives de suicide médicamenteuses graves, nécessitant une surveillance et un traitement en salle de réanimation. Les tentatives de suicide non médicamenteuses et les tentatives de suicide médicamenteuses qui ne posent pas un risque vital ne sont pas prises en considération dans ce chiffre. Par ailleurs, il est à noter que le Centre Hospitalier n'est de garde qu'un jour par semaine, et que, les autres jours, les urgences médicales et chirurgicales - donc les tentatives de suicide - sont prises en charge par l'une ou l'autre des cliniques de la ville.

Au seul Centre Hospitalier, plus de 40 patients par an doivent être hospitalisés en réanimation médicale après une tentative de suicide médicamenteuse.

En règle générale, tout patient suicidaire, tout patient hospitalisé pour tentative de suicide, et tout patient ayant passé à l'acte pendant une hospitalisation, devrait être vu par un psychiatre. Le but de cet examen est d'élucider les raisons qui amènent un patient à penser au suicide ou qui l'ont amené à passer à l'acte, d'apprécier le risque suicidaire ou le risque de récurrence, et de proposer un traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique approprié.

L'opinion exprimée par certains qu'il ne faut pas systématiquement "psychiatriser" tout patient qui exprime des idées suicidaires ou qui vient de faire une tentative de suicide, est critiquable. Cette opinion traduit souvent un refus de considérer l'authenticité d'un discours ou d'un comportement, qui, s'ils peuvent être ambigus, ne sont jamais gratuits. Par ailleurs, la plupart des patients suicidaires présentent un syndrome dépressif important, dont la nature et les causes doivent être précisées par un examen psychiatrique. Enfin, un nombre considérable de patients suicidaires présentent d'autres troubles psychiatriques manifestes, qu'il s'agit de reconnaître et de traiter.

Troubles psychiatriques psychotiques.

Il existe une très nette corrélation entre gestes suicidaires et troubles psychiatriques psychotiques. D'après certaines enquêtes, au moins 40% des suicides sont le fait de sujets psychotiques. Le risque de suicide est particulièrement élevé au cours des phases mélancoliques d'une psychose maniaco-dépressive et au cours de l'évolution d'une schizophrénie.

a) la psychose maniaco-dépressive

Au cours d'une phase mélancolique d'une psychose maniaco-dépressive, le patient présente, de façon quasi-systématique, des idées de suicide. Celles-ci s'inscrivent dans un vécu de profonde souffrance morale, de sentiments d'inadéquation et d'auto-dévalorisation, et surtout de culpabilité excessive voire délirante. Dans ses formes typiques, la mélancolie s'accompagne d'une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, un manque de réactivité aux stimulations habituellement agréables, une accentuation des symptômes au cours du matin, un réveil matinal précoce, une agitation ou un ralentissement psychomoteur important, et une anorexie ou une perte de poids significative.

b) la schizophrénie

Maladie mentale grave, la schizophrénie comporte un risque élevé de suicide. Le patient schizophrène peut passer à l'acte au cours d'une phase délirante de sa maladie, sous l'impulsion d'une idée délirante. Ailleurs, il risque de passer à l'acte au cours d'une phase d'amélioration de la maladie, quand il se voit confronté aux réalités familiales et socio-professionnelles, et quand il est obligé de se rendre compte du handicap, fréquent, entraîné par la maladie.

c) les autres troubles psychotiques

Tous les troubles délirants peuvent entraîner des idées suicidaires. Au cours d'une paranoïa, le patient peut passer à l'acte pour échapper à ses persécuteurs. De même, au cours d'une psychose hallucinatoire chronique, le patient peut vouloir se suicider pour échapper à la présence de voix menaçantes qui le tourmentent nuit et jour.

Troubles psychiatriques non psychotiques

Parmi les troubles psychiatriques non psychotiques, les troubles graves de la personnalité, l'alcoolisme et les toxicomanies présentent le risque le plus élevé de suicide.

a) les troubles graves de la personnalité

Les troubles graves de la personnalité sont à l'origine de plus de 30% des suicides. Les risques les plus élevés concernent les personnalités mal structurées, labiles, immatures, dépendantes, abandonniques, ou à conduites d'échec. Les patients histrioniques (autrefois appelés "hystériques") et les patients dyssoxiaux

Il est difficile de distinguer entre appel au secours et chantage au suicide.

(autrefois appelés psychopathes) font souvent de tentatives de suicide à répétition avec, à chaque passage à l'acte, un risque non négligeable de "réussite" suicidaire.

b) les alcooliques et les toxicomanes

Problèmes existentiels ou psychosociaux

De nombreux problèmes existentiels ou psychosociaux peuvent être à l'origine d'un syndrome dépressif grave et de passages à l'acte suicidaires. Ces problèmes, innombrables, sont difficiles à classer en fonction de la gravité et du risque suicidaire qu'ils comportent, d'autant plus qu'ils surviennent dans des situations et des circonstances extrêmement variées. La façon avec laquelle ils sont supportés ou maîtrisés dépend, par ailleurs, dans une large mesure, de la personnalité de chaque individu.

Maladies non psychiatriques

Certaines maladies incurables exposant à une agonie comme le cancer, ou d'autres maladies comportant des douleurs incoercibles, peuvent entraîner des états dépressifs graves et des idées de suicide.

Appréciation du risque suicidaire

Le risque suicidaire dépend d'une multitude de facteurs différents, dont certains sont incontrôlables, par exemple le hasard, les circonstances, la précipitation de conflits familiaux, la survenue d'événements imprévisibles. Toute idée de suicide clairement exprimée doit être prise au sérieux. La difficulté essentielle provient de l'absence de critères rigoureux ou scientifiques pour apprécier le risque suicidaire, de trancher entre idées de suicide authentiques et idées de suicide non authentiques, de distinguer entre appel au secours et chantage au suicide.

L'appréciation du risque suicidaire peut toutefois s'appuyer sur un certain nombre d'éléments importants:

- la présence d'une affection psychiatrique psychotique, en particulier une phase mélancolique d'une psychose maniaco-dépressive, dans laquelle il existe un risque considérable de passage à l'acte

- l'âge et le sexe du patient: les suicides sont nettement plus fréquents chez les hommes et chez les sujets âgés. Toute intention suicidaire exprimée par un homme âgé comporte de ce fait un risque accru de passage à l'acte

- les antécédents: la présence, dans le passé, de dépressions, d'hospitalisations psychiatriques, ou de tentatives de suicide, témoigne des possibilités de passage à l'acte

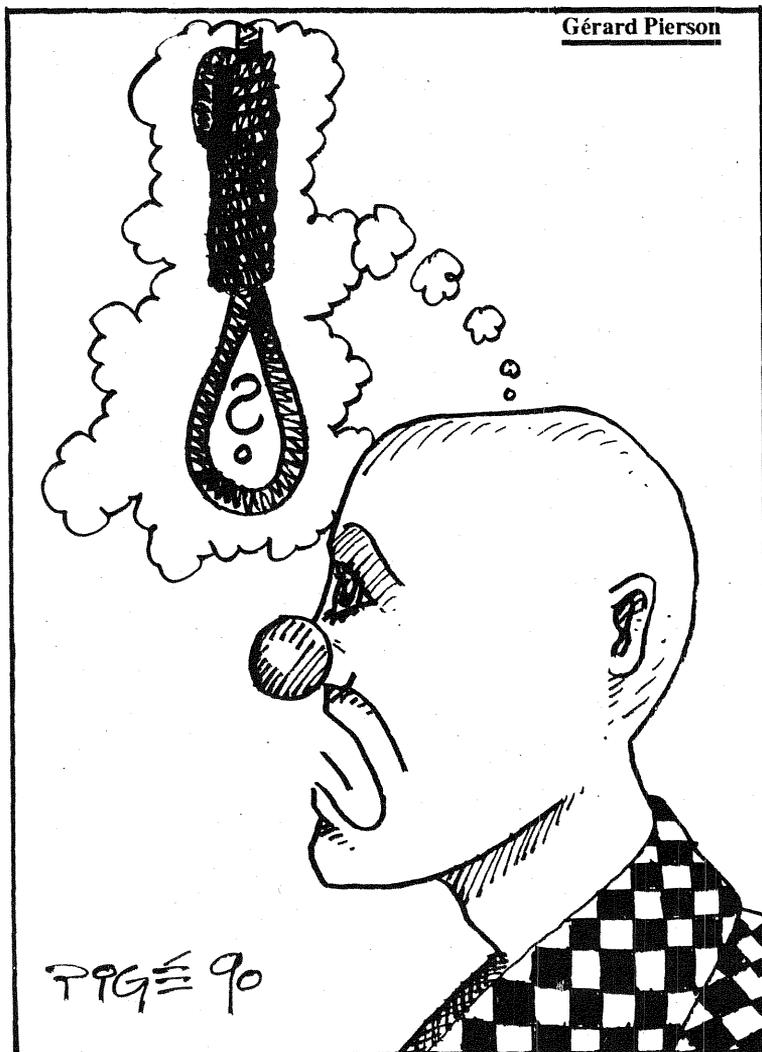
- les caractéristiques de la personnalité: les personnalités immatures, dépendantes ou labiles, sont particulièrement prédisposées à des passages à l'acte suicidaires

- le contexte social: les personnes isolées sur le plan affectif (veuves ou veufs, célibataires, sans autre famille) et les personnes démunies sur le plan matériel (chômeurs, catégories socio-professionnelles défavorisées), qui expriment des idées de suicide, comportent un risque particulièrement élevé de suicide.

Prise en charge des patients suicidaires à l'hôpital général

La prise en charge des patients suicidaires à l'hôpital est fonction des différents éléments qui viennent d'être décrits dans les paragraphes précédents: circonstances dans lesquelles le psychiatre est amené à voir le patient, résultats de l'examen psychiatrique, appréciation du risque suicidaire.

Dans de nombreux cas, la prise en charge commence par une hospitalisation dans le Service de Psychiatrie. Cette hospitalisation a pour but de faciliter la résolution de la "crise suicidaire" dans un milieu protégé, d'instaurer une relation d'aide et de confiance, de compléter et de préciser le bilan de l'observation psychiatrique, de commencer un traitement chimiothérapeutique et/ou psychothérapeutique, et d'étudier, si



nécessaire, les possibilités d'une prise en charge psychosociale.

Le traitement médicamenteux consiste, selon les cas, en l'administration d'antidépresseurs (quand il existe un syndrome dépressif majeur), d'anxiolytiques (quand il existe un syndrome anxieux important), ou de neuroleptiques (chez les patients schizophrènes, délirants ou hallucinés). Le traitement médicamenteux doit toujours être complété par une prise en charge psychothérapique. Dans certains cas, aucun traitement médicamenteux ne peut s'avérer nécessaire. Selon les cas, la psychothérapie peut consister en une psychothérapie de soutien, une psychothérapie d'inspiration analytique, une psychothérapie comportementale, ou une psychothérapie cognitive.

Les entretiens avec l'entourage du patient, en particulier avec sa famille, sont particulièrement importants. Une étroite collaboration avec l'entourage du patient permet souvent de résoudre ou d'apaiser des conflits qui risqueraient, autrement, d'entraîner un nouveau passage à l'acte.

Enfin, à chaque fois que cela est nécessaire, le patient pourra contacter l'assistance sociale pour étudier avec elle les possibilités de trouver un emploi, de trouver un logement, de trouver une place dans une maison de retraite ou dans un foyer.

La durée de l'hospitalisation dans le Service de Psychiatrie est extrêmement variable. Dans le cas d'un syndrome dépressif majeur, elle est habituellement de plusieurs semaines. Dans d'autres cas, par exemple après une tentative de suicide survenue à la suite

d'une rupture sentimentale, elle ne dépasse que rarement quelques jours.

A la sortie de l'hôpital, le psychiatre discute avec le patient des possibilités de prise en charge ultérieure. Il proposera d'ailleurs les mêmes possibilités pour les patients ne nécessitant pas une hospitalisation ou ne souhaitant pas se faire hospitaliser.

La prise en charge du patient à l'extérieur de l'hôpital dépendra à nouveau de chaque cas individuel: poursuite d'un traitement médicamenteux, proposition d'un traitement prophylactique par les sels de lithium (dans le cas d'une psychose maniaco-dépressive), proposition d'une psychothérapie structurée, poursuite de la prise en charge à la consultation externe de l'hôpital général ou orientation vers un psychothérapeute en ville, prise en charge du patient par le médecin de famille, orientation vers un hôpital de jour (pour certains patients psychotiques), un centre thérapeutique pour alcooliques ou un centre thérapeutique pour toxicomanes.

Les possibilités de prise en charge sont, certes, multiples, encore faut-il que le patient accepte de les prendre en considération. L'un des objectifs du psychiatre travaillant à l'hôpital général est justement d'informer le patient des possibilités existantes et d'essayer de le motiver pour qu'il les utilise. Il convient toutefois de remarquer que le psychiatre ne peut que proposer l'une ou l'autre orientation ultérieure, mais, abstraction faite des rares cas où un intemement administratif ne peut être évité, il ne pourra pas les imposer.

Dr. Ch. Pull

Les possibilités de prise en charge sont multiples, encore faut-il que le patient accepte de les prendre en considération.

Glossar

pathologie: Pathologie, Lehre von den Krankheiten, ihren Ursachen, Erscheinungsformen und ihrer Entwicklungen

phlébotomie: Aderlaß (z.B. bei Suizidversuch durch Aufschneiden der Pulsadern)

traitement psychothérapeutique: Psychotherapie, Nutzbarmachung einer psychologischen Technik (z.B. Suggestion, Konditionierung, Gespräch...) für die Behandlung seelischer Störungen oder seelisch bedingter Krankheiten

syndrome: Syndrom, Zusammentreffen einer Anzahl beobachtbarer Symptome, die für eine Störung bzw. Krankheit charakteristisch sind

corrélation: Korrelation, statistische Darstellung des Zusammenhangs zwischen verschiedenen Größen oder beobachtbaren Merkmalen, die nichts über einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang aussagt

troubles psychotiques: psychische Störungen die mit starken Beeinträchtigungen psychischer Fähigkeiten und Funktionen verbunden sind

psychose maniaco-dépressive: manisch-depressive Störung, abnorme Verstimmung die mit Affektüberschuß oder tiefer Niedergeschlagenheit einhergeht

schizophrénie: Gruppe psychischer Erkrankungen, deren gemeinsames Merkmal in der zunehmenden Persönlichkeitsspaltung besteht

paranoïa: Form von psychischer Erkrankung, die durch das Auftreten von Wahnideen gekennzeichnet ist

psychose hallucinante: psychische Störung, die mit starken Wahrnehmungstäuschungen einhergeht

histrionie: (Hysterie) psychisch verursachte Erkrankung mit seelischen oder körperlichen Symptomen als Reaktion auf stark belastende Erlebnisse

dyssocial: (psychopathisch) sich beziehend auf ein soziales Verhalten, das stark von den Normen abweicht

problèmes psychosociaux: individuelle Konflikte und Probleme, die sich aus der Wechselbeziehung mit einer komplexen, für das Individuum problematischen sozialen Umwelt ergeben

traitement chimiothérapeutique: (Chimotherapie) Behandlung einer Krankheit mit chemischen Substanzen

antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques: Medikamente mit antidepressiver, angsthemmender, dämpfender Wirkung