

Cette présentation s'articule en 10 paragraphes en compte à rebours, à l'image du temps précieux de ces consultations de crise.

#### 10 - Des mots prononcés clairement sont nécessaires à la discussion

- Idées suicidaires actives: incluent une méthode, un plan, marqué par l'intention d'agir
- Comportements auto-dommageables: comportement avec des lésions auto-infligées
- Tentative de suicide: comportement auto-dommageable avec une intention de mourir
- Crise suicidaire: apparition ou péjoration aiguë d'idées suicidaires, tentative de suicide en réalisation, consultation en urgence dans un contexte suicidaire.

#### 9 - Quels sont les chiffres du suicide?

Au niveau mondial, il y a 800'000 suicides /an, soit un taux de 11.4/100 000 habitants. Ce n'est que la pointe de l'iceberg car il y a bien plus d'intentions suicidaires...

En Suisse, il y a env. 1000 suicides/an , avec un taux à 15/100 000, en diminution sur les 20 dernières années.

Les hommes sont plus à risque de se suicider alors que les femmes font plus de tentatives. C'est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans.

A Genève, le taux est un des plus bas de Suisse, avec 8-11,5/100 000 habitants, contre 14-23/100 000 en Appenzell.

#### 8 - Par quels moyens se suicide-t-on?

L'empoisonnement se trouve plus chez les femmes alors que les armes à feu sont plus utilisées chez les hommes. Les trains sont encore très utilisés, ainsi que les sauts dans le vide.

La restriction des moyens est une politique efficace! Ex: limiter l'accès aux prescriptions, garder les armes à l'arsenal, détoxifier le gaz domestique, poser des barrières anti-saut sur les ponts...

#### 7 - Quels sont les facteurs de risque?

Au niveau individuel, on retrouve des facteurs prédisposants avec les troubles psy, les histoires familiales de suicide et les antécédents de tentative de suicide.

Dans les facteurs précipitants, il y a l'usage de drogue, les épisodes dépressifs, l'accès à des moyens létaux (policier, médecin) et les événements traumatiques.

Les troubles psychiatriques augmentent le risque par un facteur de 3 à 10 et se retrouvent dans 90% des cas. (dépression 50%, toxiques 25%...)

16% des personnes ayant fait une tentative répètent le geste à 12 mois et 1,6% en meurent.

Au niveau des populations, les désastres naturels augmentent le risque alors que les attentats le diminuent.

Les suicides de célébrités ont tendance à provoquer des comportements d'imitation, en particulier lorsque les médias sont particulièrement explicites et spéculateurs.

Faire partie d'une religion majoritaire est un facteur protecteur.

Le suicide est une histoire qui se construit au fil de la vie...

#### 6 - Quels sont les modèles psychologiques?

Il n'y a pas de modèle simple. On est pris entre des facteurs de stress, des événements de vie et les facteurs biologiques. Il y a un sentiment d'être sans aide et une recherche de soulagement de la souffrance.

L'impulsivité se retrouve surtout chez les jeunes, qui est un trait transmissible au niveau familial.

Chez les patients borderline, on retrouve souvent des traumatismes précoces dans l'enfance, d'où naît une vulnérabilité à l'abandon et par conséquent, plus d'abandon dans leur vie. Ce sont des personnes dont la douleur physique semble atténuer la souffrance morale.

#### 5- Pourquoi le modèle de crise est-il utile?

Considérer le passage à l'acte comme un moyen de répondre à la souffrance, cela donne une approche moins stigmatisante et un élan à la rencontre du patient: de quoi essaye-t-il de se soulager?

Cela permet de garder une dynamique entre le normal et le pathologique car c'est normal de vouloir se soulager... ainsi que de restaurer la temporalité entre le passé, le présent et le futur, pour sortir de l'instantané de la tentative et de sa lourdeur.

La crise se présente dans le contexte d'un équilibre de vie instable, précipitée par un élément déclencheur qui provoque une péjoration symptomatique: sommeil, anxiété...sentiment d'être menacé! Cela rigidifie l'image de soi et des autres, ce qui complique l'amélioration.

#### 4 - Comment le MPR est-il impliqué?

Véritablement en première ligne! Avant une tentative, les patients ont tendance à consulter proche de la crise, des fois plusieurs fois et jusqu'à une semaine avant.

Il y a des pièges....

Le patient demande de l'aide mais de façon ambivalente, sans parler clairement, pour voir ce que l'on va faire, si on va détecter leur souffrance...Pourtant on peut parler directement de suicide avec le patient.

Limiter uniquement le risque/l'accès aux moyens a ses limites! Chercher à comprendre, à créer un lien, s'ajuster au vécu affectif.

Le médecin traitant a un devoir de moyens, mais pas de résultats...le suicide d'un patient n'est pas une faute médicale.

### 3 - Comment évaluer le risque suicidaire?

- A. D'abord évaluer l'urgence, en privilégiant **la rencontre** avec la subjectivité en souffrance du patient plutôt qu'en utilisant une échelle standardisée.

Parler du **processus suicidaire** et du sentiment d'urgence a un effet positif!

- Définir les idées suicidaires dans leur aboutissement (passif/actif...) et dans le temps (récentes, passées, actuelles...)
  - recherche du degré d'intentionnalité, de planification
  - En cas de geste suicidaire, recherche d'hallucinations car cela change la prise en charge!
- B. Évaluer la dangerosité du moyen envisagé avec le but clair d'aller agir sur ce moyen d'action. Par exemple, un homme avec un pistolet à la maison → appeler la police ensemble pour qu'ils aillent sécuriser le domicile.
- C. Évaluer le risque de passer à l'acte:
- Identifier les facteurs récents précipitants (pertes, humiliation) ainsi que les facteurs distaux comme les facteurs de risque individuels, les troubles connus.
  - Rechercher les facteurs protecteurs: proches, réseau de soins, croyances, projets, capacité d'expression.

Urgence suicidaire si:

- Scénario clair
- Moyen accessible
- Facteurs précipitants présents et intenses
- Diminution de la peur de la mort, et tolérance augmentée à la souffrance

→ → Mettre en place une intervention en transparence et en collaboration idéalement, ce à quoi les patients s'attendent généralement, et qui les inquiètent.

### 2 - Traitement pharmacologique?

Peut nous rassurer nous (déjà) et éventuellement soulager quelques symptômes pour le patient: anxiété, troubles du sommeil, ruminations, désorganisation et impulsivité...

→ Lorazépam, olanzapine, quétiapine ...en prescription hors label, sans vraiment de grosses études qui confirment l'efficacité.

### 1 - Quels principes pour une prise en charge de crise de la personne suicidaire?

L'intervention commence par le superficiel, l'appréhension des idées suicidaires, et se poursuit dans la profondeur vers les conflits externes du sujet, ce qui le traverse à ce moment, pour aller dans les conflits internes, dont les conflits externes sont le reflet. Sans quoi, on change d'environnement mais les problématiques se répètent.

C'est une rencontre avec quelqu'un qui vient à notre rencontre....s'intéresser à la personne et à soi-même également.

## Ressources utiles

- Urgences de Psychiatrie des HUG 7j/7, 24h/24 022 372 38 62
  - Evaluation de crise, orientation, prise en charge intensive brève
- Lits d'Intervention de Crise (Cluse Roseaie) 022 372 85 91
  - Unité hospitalière spécialisée dans la prise en charge de la crise suicidaire
- Centres Ambulatoires de Psychiatrie et de Psychothérapie Intégrée
  - 3 centres (Jonction, Eaux-vives et Servette)
  - Programme de crise de 6 à 8 semaines
- Admissions de la Clinique de Belle-Idée 022 305 43 33

Si j'avais su qu'on sauvait des vies en psychiatrie !....



Compte-rendu de Valentine Borcic  
[valentine.borcic@gmail.com](mailto:valentine.borcic@gmail.com)  
transmis par le laboratoire MGD  
[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)