

Dépistage, évaluation, intervention dans le risque suicidaire en médecine générale

Pr Clément Dondé, psychiatre



Objectifs pédagogiques

1. Connaître le vocabulaire du suicide, avoir des notions d'épidémiologie sur le suicide
2. Savoir rechercher et détecter les signaux de la crise suicidaire
3. Savoir réaliser l'évaluation clinique de la crise suicidaire
4. Savoir quand et comment orienter la crise suicidaire aux urgences
5. Savoir intervenir sur la crise suicidaire en ambulatoire

Programme

1- Prérequis sur le suicide

2- Dépistage

3- Evaluation

4- Intervention

4.1- Urgence et hospitalisation

4.2- Ambulatoire

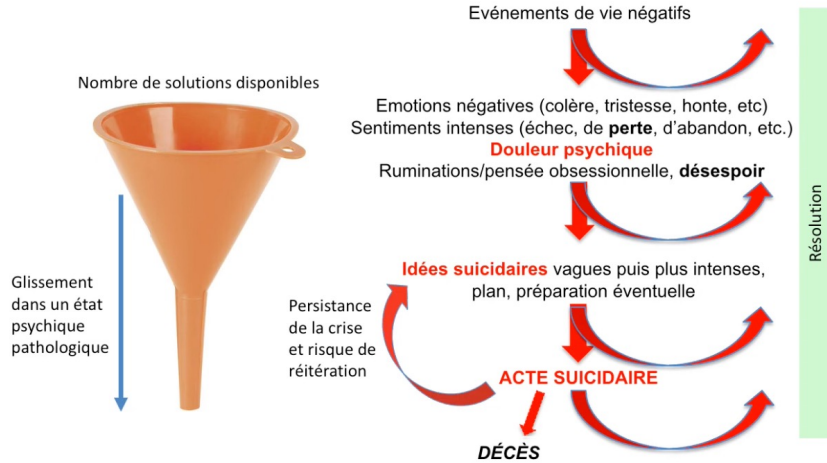
5- Pratique

1- Prérequis

Définitions

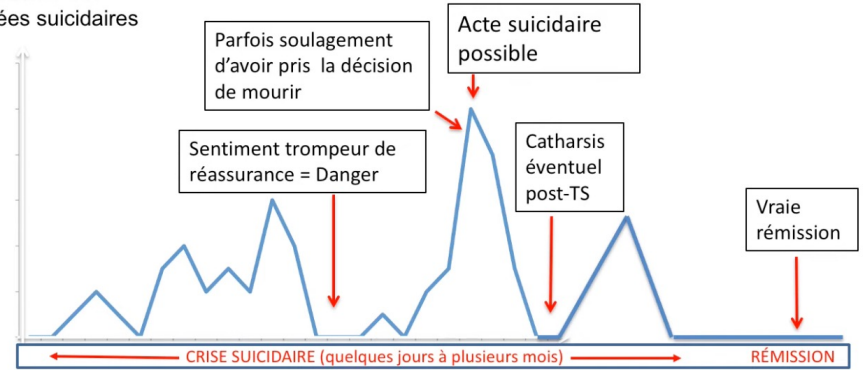
- **Suicide** : acte de mettre fin à ses jours
- **Suicidé** : personne décédée de suicide (suicide *abouti*)
- **Tentative de suicide** : tout comportement suicidaire non mortel et tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression, avec intention de mourir ou pas
- **Suicidant** : personne qui a fait une tentative de suicide
- **Suicidaire** : personne qui fait l'expérience d'idées suicidaires
- **Idées suicidaires** réfèrent aux pensées (cognitions) ou à l'intention de s'enlever la vie
 - Actives : pensées de mettre fin à ses jours
 - Passives : souhait de mourir ou disparaître sans action explicite allant dans ce sens (mais pas moins sévères que les actives !)
- **Crise suicidaire** : période (jours à mois) marquée par l'existence d'idées suicidaires

La crise suicidaire



F. JOLLANT

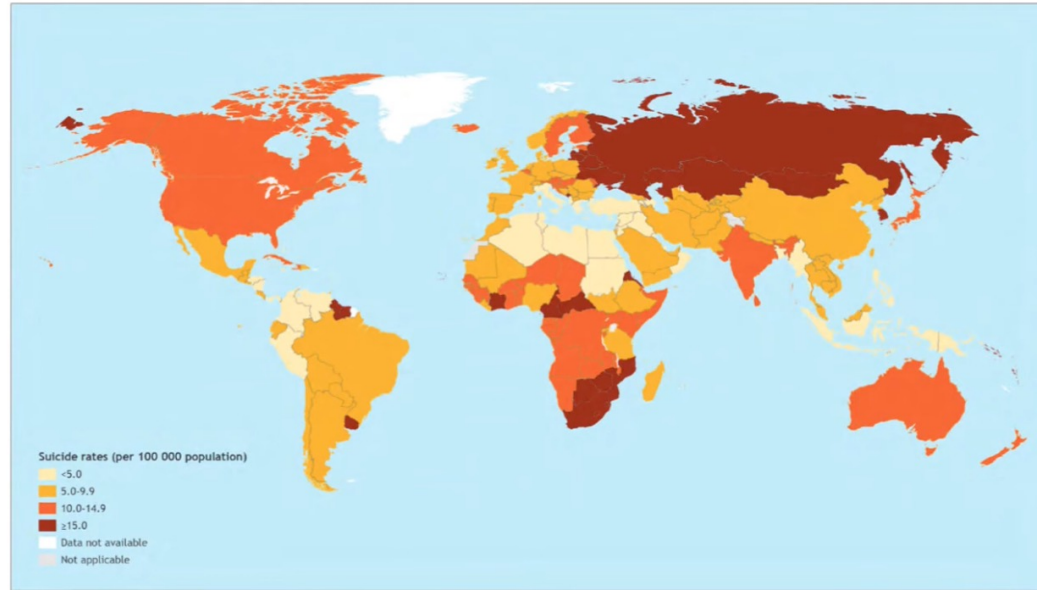
Intensité des idées suicidaires



Epidémiologie

Taux standardisés de suicide dans le Monde (2019)

700 000 suicides par an dans le monde; 3/4 dans les pays à revenus faibles ou moyens



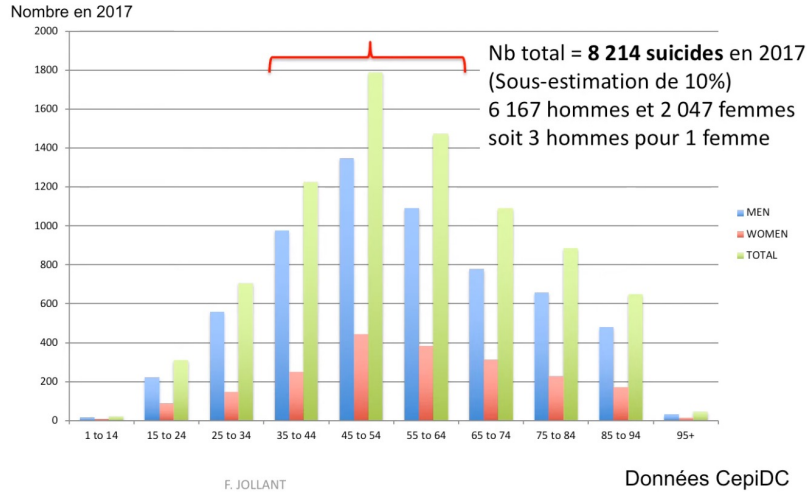
Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

F. JOLLANT

Organisation Mondiale de la Santé 2021

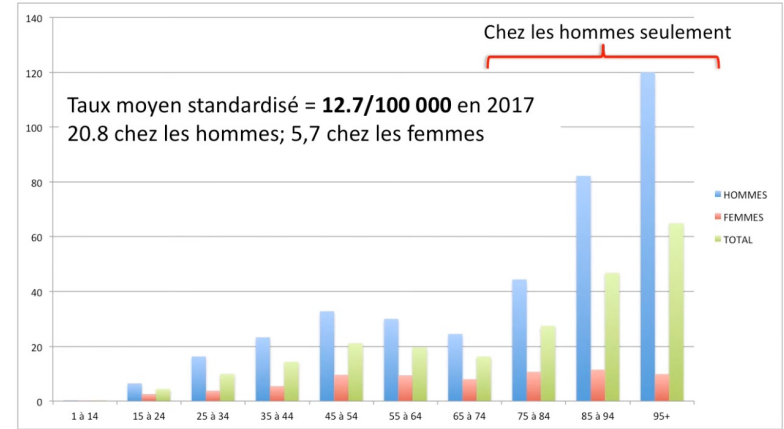
Epidémiologie

Suicides



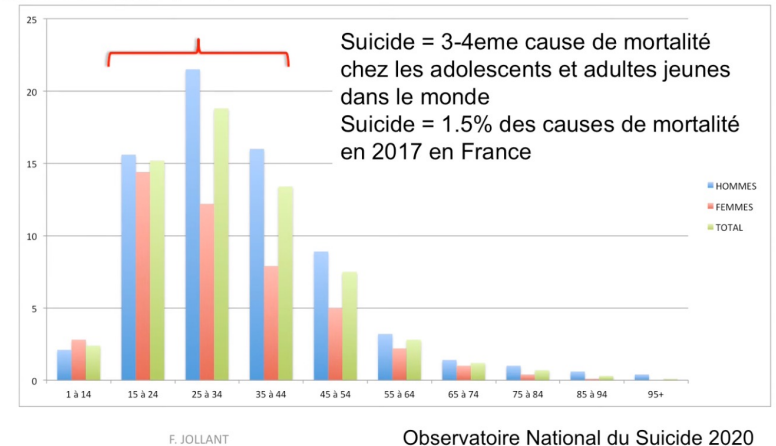
- Nombre absolu : adultes d'âge moyens
- Taux de population : hommes âgés
- Cause mortalité totale : adolescents et jeunes adultes

Taux pour 100,000 habitants en 2016



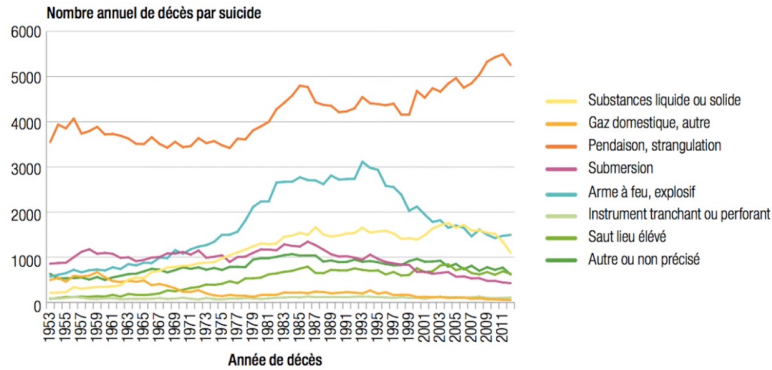
CepiDC / Observatoire National du Suicide 2020

% de mortalité totale en 2016



Epidémiologie

Moyens suicidaires



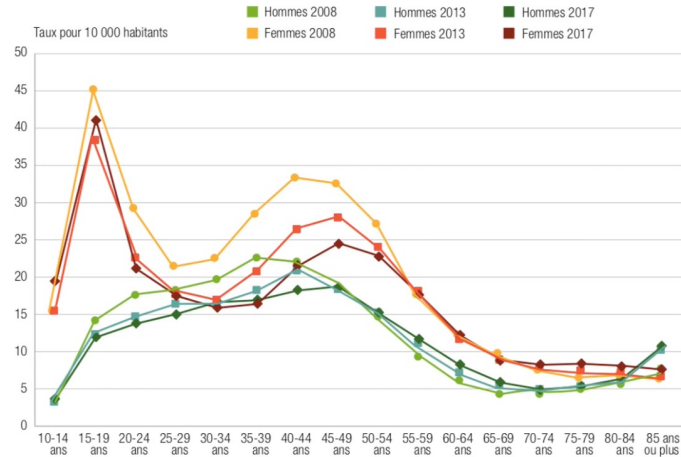
- Hommes (France): 1) pendaison (62%), 2) armes à feu (16%)
- Femmes (France): 1) pendaison (44%), 2) médicaments (21%)
- Variable selon les pays++ : Moyen le plus utilisé dans le monde = pesticides

F. JOLLANT

Observatoire National du Suicide 2016/2020

Idees suicidaires : 4 à 6% de la population
sur les 6 derniers mois

Tentatives de suicide



F. JOLLANT

Observatoire National du Suicide 2020

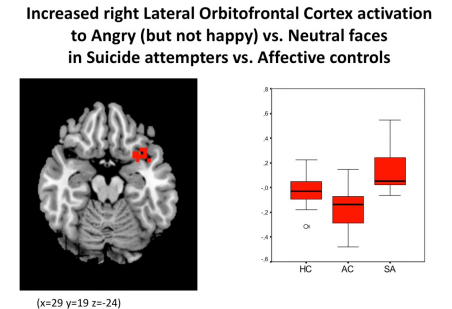
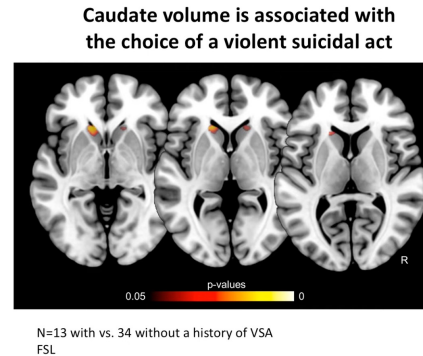
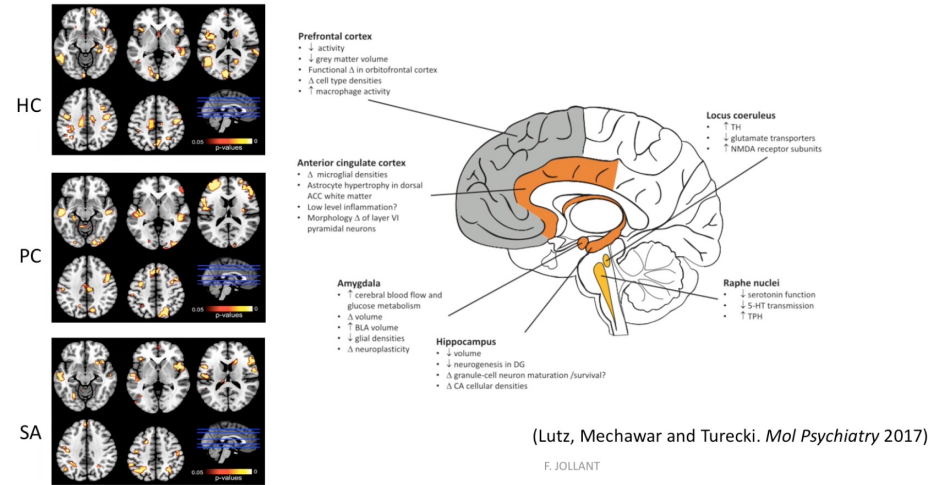
Sachant que 40% des tentatives de suicide ne se présentant pas à l'hôpital (et donc échappent aux statistiques)

Les « survivants »

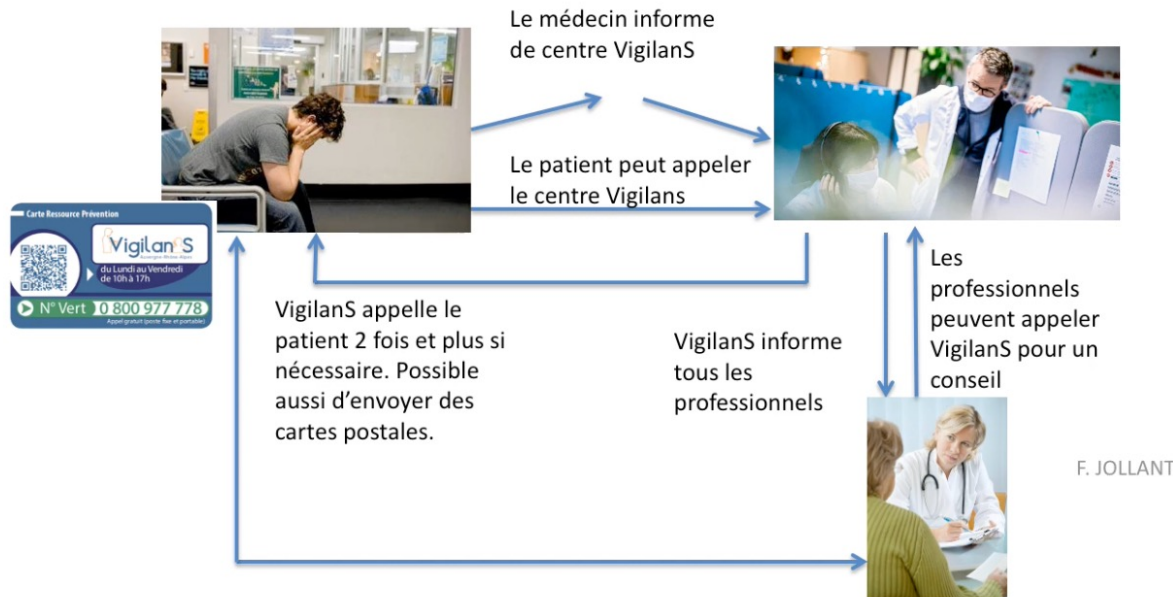
- Pour chaque suicide, de nombreux endeuillés : 15 à 30 proches en moyenne
- Deuil souvent compliqué : incompréhension, colère, culpabilité, souffrance

Physiopathologie

- Hyperméthylation gène promoteur BDNF
- Faibles taux de sérotonine
- Epuisement rapide de la sécrétion de cortisol
- Taux élevé de CRP
- Microgliose cérébrale
- Hyperactivité glutamatergique
- Anomalie du volume du noyau caudé
- ...
- La crise suicidaire comme un **épisode médical complexe**



VigilanS : un système de recontact et de veille durant 6 mois (ou plus) après une TS



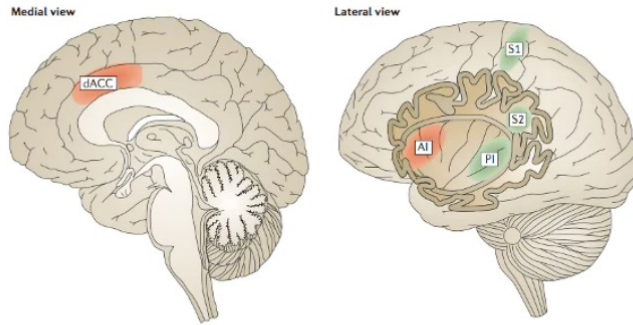
3114 : numéro d'écoute **professionnelle**



2- Dépistage

Contexte général

- Mettre fin à une souffrance, à « douleur psychique »
- Dans un contexte de **déconnexion sociale**



(Eisenberger et al. *Nat Rev Neurosci* 2012)

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review

Julianne Holt-Lunstad^{1*}, Timothy B. Smith^{2,3}, J. Bradley Layton³

¹ Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, ² Department of Counseling Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, ³ Department of Epidemiology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, United States of America

Abstract

Background: The quality and quantity of individuals' social relationships has been linked not only to mental health but also to both morbidity and mortality.

Objective: This meta-analytic review was conducted to determine the extent to which social relationships influence risk for mortality, which aspects of social relationships are most highly predictive, and which factors may moderate the risk.

Data Extraction: Data were extracted on several participant characteristics, including cause of mortality, initial health status, and pre-existing health conditions, as well as on study characteristics, including length of follow-up and type of assessment of social relationships.

Results: Across 148 studies (358,849 participants), the random effects weighted average effect size was OR = 1.50 (95% CI 1.42 to 1.59), indicating a 50% increased likelihood of survival for participants with stronger social relationships. This finding remained consistent across age, sex, initial health status, cause of death, and follow-up period. Significant differences were found across the type of social measurement evaluated ($p < 0.001$): the association was strongest for complex measures of social integration (OR = 1.91; 95% CI 1.63 to 2.23) and lowest for binary indicators of residential status (living alone versus with others) (OR = 1.19; 95% CI 0.99 to 1.44).

Conclusions: The influence of social relationships on risk for mortality is comparable with well-established risk factors for mortality.

Les signaux, du plus fort au plus faible

- Expression d'idées suicidaires
- Evocation d'une souffrance psychique intense
- Evoquer des sentiments et émotions intenses
 - Sentiment d'absence d'avenir, qu'il n'y a plus rien à faire, de honte ou de culpabilité
 - Sentiment de **perte importante** (rôle, statut, apparence, honneur)
- Expression de messages indirects : parler de disparaître, parler beaucoup de la mort, faire son testament
- Changement de comportement
 - Anxiété, irritabilité, agressivité
 - Sujet coupé de ses émotions
 - Tendance à l'isolement
 - Recours excessif aux drogues, alcool, psychotropes

3- Evaluation

Pourquoi l'évaluation peut être compliquée

- **Côté patient :**
 - Idée suicidaire = très intime et honteux
 - Crainte personnelle : « comment je peux avoir ces idées ? »
 - Crainte des autres : jugement moral, minimisation, stigmatisation
 - Crainte des conséquences : hospitalisation ou sédation surtout si peu de confiance en les soignants, perte d'emploi, perte de garde des enfants
- **Côté médecin généraliste :**
 - Idées reçues : lâcheté, choix libre, vient sans prévenir, en parler aggrave le risque, volonté d'attirer l'attention
 - Se sentir incompetent ou isolé pour gérer un patient suicidaire
 - Crainte des conséquences juridiques si décès par suicide

Principes généraux

- **Le suicide n'est pas une maladie mais un **risque****
- **Passer de l'intuition à l'examen clinique**
- **Ne rester jamais seul**
 - Confrères, offre psychosociale locale, **entourage**
- **Ne pas être entravé par les conséquences légales**
 - Evaluation rigoureuse et trace dans le dossier médicale
- **Si vous êtes à l'aise, le patient se confie, et le pronostic est meilleur**

Etape 1 : Aborder le patient dans de bonnes conditions

- Voir l'évaluation du risque suicidaire comme un **examen clinique à part entière**
- **Conditions matérielles** : calme, confidentialité, face à face
- **Posture technique** : empathie, écoute singulière, non-verbal, voix posée, respect des silences
- **Contenu** : pas dramatiser ni banaliser, questions ouvertes, écoute de la réponse, **reformuler**
- **Nommer les émotions et la souffrance**
 - **Ne pas s'arrêter aux évènements**
 - **Suspendre le jugement**
 - **Bien noter le large vocabulaire des souffrances humaines** : *pas à ma place, inutile, nuisible, incapable, impuissance, abandonné, triste, accablé, dévasté, sale, sali, rejet, menacé, ruiné, perdu, humilié, fini, désorienté, cauchemar, ne pas se reconnaître*
 - Bien investiguer **les dernières semaines**

Etape 2 : Questionner la présence d'idées suicidaires

- **Toujours** : ne pas le faire est une faute professionnelle
- Dire les « mots du suicide » de manière claire et non ambiguë
- Faire du lien entre ce qui est dit par le patient et le risque d'idées suicidaires
- Exemples :
 - *Est-ce que vous souffrez au point de penser mettre fin à vos jours ?*
 - *Vous êtes vous senti XXX au point de penser mettre fin à vos jours ?*
 - *Quant on se sent XXX on peut avoir des pensées suicidaires : est-ce votre cas ?*
 - *Dans des circonstances similaires, des personnes ont rapporté avoir eu des idées suicidaires, est-ce votre cas ?*

Etape 3 : Si la réponse est positive

- Préciser la crise suicidaire :
 - Identifier la forme des idées : flashes, pensées, voix, ruminations, images, scénario
 - Identifier leur fréquence, leur niveau d’envahissement, le niveau de projection
 - Evaluation de l’urgence : intentionnalité à passer à l’acte, date/heure/lieu
 - Evaluation de la dangerosité : moyens à disposition (attention aux armes !)
 - Rechercher les facteurs précipitants
 - Recherche les facteurs protecteurs
 - Rechercher les facteurs à risque des prochaines jours/semaines
 - Recherche exhaustivement **l’ensemble des proches**

Grille de lecture UDR

URGENCE (U)	DANGEROUSITÉ (D)	AUTRES facteurs de RISQUE (R)
Idées suicidaires actuelle / plan	Accès à un moyen suicidaire	Homme
Acte suicidaire récent	Létalité potentielle du moyen	Âge
Événements négatifs recent, accumulation; suicide d'un "proche"; annonce d'une maladie grave		Trouble mental / comorbidités 10% ! (dépression++)
Emotions négatives intenses / anxiété majeure / agitation		Trouble de l'usage de substances
Douleur mentale intense		Traits de personnalité pathologiques / trouble de personnalité
Désespoir / sentiment qu'il n'y a plus rien à faire		Histoire personnelle de TS
Coupé de ses émotions		Histoire familiale de suicide
Isolement / manque de soutien social		Maladie physique invalidante ou douloureuse
Déni des troubles / refus des soins		Adversités dans l'enfance
Usage d'alcool ou de drogues		...
Symptômes psychotiques		

Facteurs précipitants

- Toxiques
- Evènement de vie (conflits interpersonnels++)
- Annonce diagnostique/pronostique
- Accès au moyen
- (Peu d'effet) médias

F. JOLLANT

Rencontres PHU Sud – Médecine générale, le 23.04.2026

Mais éviter les questionnaires...

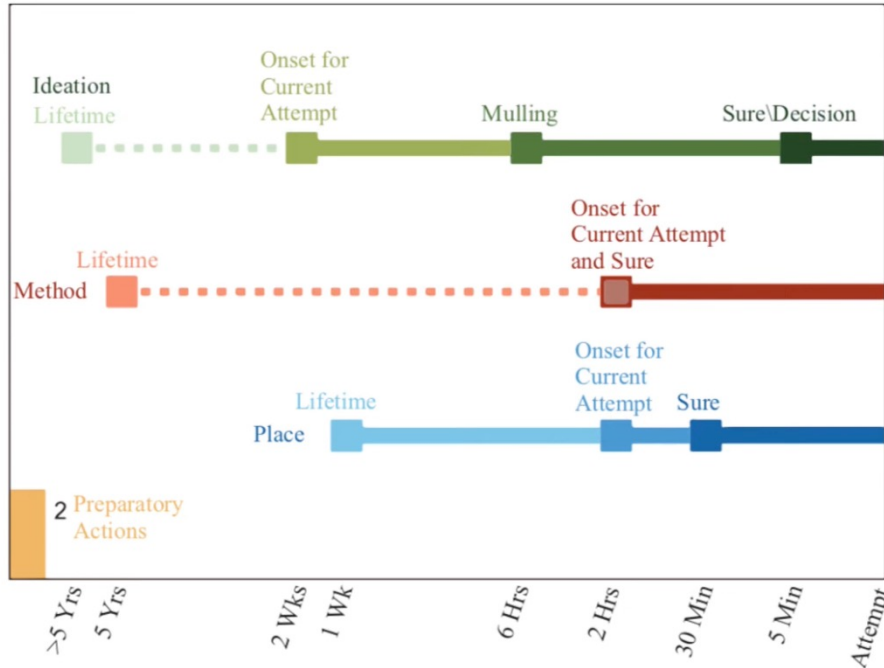
Etape 3 : Si la réponse est positive

- **A ne pas faire à ce stade**
 - **Ne pas demander « pourquoi »** : risque de vécu de jugement et de non écoute
 - **Ne pas envoyer de « solution » trop vite** : peut étouffer

- **A faire à ce stade**
 - Avoir une vigilance accrue car la **probabilité** de tentative de suicide/suicide est majorée (à garder en tête, IS et acte suicidaire : VVP 0.3%(pop. générale) et 3.9% (pop. psychiatrique))
 - Joindre les proches avec le patient pour compléter l'évaluation et amorcer l'intervention
 - Formuler la crise au patient et s'assurer de son accord avec votre retour
 - Passer à l'intervention

Trajectoire moyenne vers l'acte suicidaire: accélération du temps avant le geste même si planifié

"un monde interne (...) hors de vue (...) avec sa propre logique irrésistible"
(Al Alvarez, Le Dieu Sauvage 1972)



F. JOLLANT

(Milner et al. 2017)

Notion d'ambivalence, entre désirs de vivre et de mourir

- Note laissée par un suicidé:
« Je vais marcher jusqu'au pont. Si une personne me sourit en chemin, je ne sauterai pas »
- Un survivant après avoir sauté du Golden Gate Bridge:
« J'ai immédiatement réalisé que tout ce que dans ma vie je pensais irréparable était totalement réparable, sauf avoir sauté. »

4- Intervention

Un principe

Complicquer l'accès à un moyen létal pour une personne suicidaire et le moyen le plus efficace pour sauver de nombreuses vies !

4.1- Urgence et hospitalisation

Adresser le patient aux urgences

- **Systematiquement** si tentative de suicide
- **Objectifs**
 - Evaluation clinique exhaustive somatique et psychiatrique
 - Prise en compte de l'importance du geste
 - Première étape de l'engagement du patient dans un suivi
 - Découler, selon l'offre et le souhait du patient, vers une prise en charge ambulatoire ou hospitalière

L'hospitalisation sans consentement

- **Rare** car risque de traumatisme
- **Critères**
 - Refus de prise en charge
 - Urgence et dangerosité élevés
 - Souffrance et désespoir intenses et persistants
 - Tableau psychiatrique associé
 - Tempérament impulsif avec prises de toxiques
 - Difficultés majeures d'adaptation au stress
 - Entourage absent ou fragile
 - Mauvaise compliance et auto-médication problématique

L'hospitalisation en psychiatrie

- Hospitaliser **si nécessaire**
 - Rarement sous contrainte : expliquer, prévenir d'une réévaluation
 - Pas d'argument clair, en moyenne, pour un bénéfice
 - Taux de suicide à l'hôpital non négligeable
 - Attention au risque très élevé dans les 3 mois post hospitalisation

4.2- Ambulatoire

L'intervention ambulatoire

- **C'est possible !** Mais resté entouré en communiquant au réseau
- **Avoir le même savoir être qu'à l'évaluation**
- **Aider à faire émerger des solutions** et dissuader de faire des choix en situation de stress
- **Typologie du suivi**
 - Donner un rendez-vous dans les 48h puis selon évolution
 - Donner un numéro où recevoir une réponse (secrétariat, numéro d'urgence...)
 - Donner les coordonnées du service d'urgence le plus proche
 - Communiquer les périodes d'absence
 - AT pour le patient et congé de solidarité familiale pour le conjoint
 - Inutilité du contrat « no suicide »

L'intervention ambulatoire

- **Mobiliser l'entourage si solide** : définir qui surveille et comment
- **Soustraire les moyens létaux du domicile**
 - Enlever les armes à feu (appeler police ou gendarmerie)
 - Mettre sous clef les médicaments (proches)
 - Soustraire les cordes et objets tranchants (proches)
 - Bloquer les ouvertures en hauteur (proches)

Le plan de sécurité

- Le plan de sécurité : avec le patient, ses proches, le médecin

Plan de sécurité pour la prévention du suicide

A remplir avec le patient et son entourage

ÉTAPE 1: SIGNES AVANT-COUREURS DE CRISE POTENTIELLE (PENSÉES, IMAGES, HUMEUR, SITUATION, COMPORTEMENT):

1. _____
2. _____
3. _____

ÉTAPE 2: STRATÉGIES D'ADAPTATION INTERNES - CE QUE JE PEUX FAIRE POUR ME CHANGER LES IDÉES ET METTRE MES PROBLÈMES DE CÔTÉ SANS L'AIDE DE PERSONNE (TECHNIQUES DE RELAXATION, ACTIVITÉ PHYSIQUE):

1. _____
2. _____
3. _____

ÉTAPE 3: PERSONNES ET SITUATIONS SOCIALES QUI M'AIDENT À ME CHANGER LES IDÉES:

- | | |
|---------|---------------------|
| 1. NOM | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
| 2. NOM | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
| 3. LIEU | 4. LIEU |

Le plan de sécurité

- Le plan de sécurité : avec le patient, ses proches, le médecin

ÉTAPE 4: PERSONNES À QUI JE PEUX DEMANDER DE L'AIDE:

- | | |
|--------|---------------------|
| 1. NOM | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
| 2. NOM | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
| 3. NOM | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |

ÉTAPE 5: PROFESSIONNELS OU ORGANISMES AVEC LESQUELS JE PEUX COMMUNIQUER SI JE SUIS EN SITUATION DE CRISE:

- | | |
|---|---------------------|
| 1. NOM DU CLINICIEN | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'URGENCE | |
| 2. NOM DU CLINICIEN | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE D'URGENCE | |
| 3. SERVICE D'URGENCE LOCAL | |
| ADRESSE DU SERVICE D'URGENCE | |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU SERVICE D'URGENCE | |
| 4. NO DE TÉLÉPHONE DES SERVICES DE CRISES DU CANADA: 1-833-456-4566 | |

ÉTAPE 6: RENDRE L'ENVIRONNEMENT SÉCURITAIRE:

1. _____
2. _____

La principale chose qui me donne le goût de vivre est:

La prescription

- **Prescriptions courtes**
 - Si anxiété : intérêt du lorazepam (Temesta®) 1 mg jusqu'à 4 comprimés par jour
 - Si anxiété autres options possibles : hydroxyzine (Atarax®) 25 mg jusqu'à 4 comprimés par jour, autre benzodiazépine
 - Si difficultés de sommeil : MELATONINE® 2 mg LI 30 min-60 min avant le coucher
- **Mais grande prudence** car association avec aggravation du risque ! (désinhibition)
- **Efficaces** mais peu accessibles en MG : antipsychotiques de fond, clozapine, lithium, kétamine

5- Pratique

Cas pratique

- Vous recevez au cabinet M. Martin, 37 ans, sans antécédents, il a souhaité un « rendez-vous rapide pour faire un point ».
- Vous êtes attentif aux signaux du risque suicidaire et en évaluer le risque
- Vous identifier un risque suicidaire certain, et proposer un accompagnement ambulatoire