

Conférence de consensus "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge"

- organisée par la Fédération Française de Psychiatrie
- avec l'aide méthodologique de l'ANAES
- et le soutien de la Direction Générale de la Santé

Sociétés copromotrices

- Association Pédagogique Nationale pour L'Enseignement de la Thérapeutique
- CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)
- Société Française de Gérontologie
- Comité Français d'Education pour la Santé

- 19 et 20 octobre 2000 -

Amphithéâtre Charcot - Hôpital La Salpêtrière Boulevard de l'Hôpital - 75013
PARIS

Texte long des recommandations élaborées par le Jury

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

INTRODUCTION

Les données de la littérature sur la prévention du suicide sont abondantes pour la prévention primaire et la prévention tertiaire mais pauvres pour la prévention secondaire. Cela tient au fait que les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner : ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents, lorsqu'ils existent ils se manifestent par des signes peu spécifiques et permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition.

Pourtant il est essentiel de repérer une telle crise suicidaire car elle justifie une prise en charge et constitue un moment fécond où une action thérapeutique est possible.

C'est pourquoi la Fédération Française de Psychiatrie a estimé qu'il serait utile d'organiser une conférence de consensus sur ce sujet. La principale difficulté est venue de cette pauvreté des données.

Les recommandations qui suivent correspondent à " l'état de l'art " actuel. Elles ne sont ni complètes ni parfaites. Elles auront certainement à être revisitées lorsque les connaissances auront progressé.

Leur objectif est de permettre l'amélioration du repérage, et par là même l'organisation d'une prise en charge susceptible d'éviter ou de limiter la fréquence des passages à l'acte.

Nous les présenterons en distinguant, chaque fois que cela est possible, les données de la littérature sous la rubrique " constatations " et les " recommandations " qui peuvent en découler. Les niveaux de preuve sont rarement de niveau A, dans la mesure où les études portent sur des populations ciblées ou à risque, sans groupe témoin, ou au contraire se réfèrent à des études en population générale de type sondage et purement descriptif.

I - La crise suicidaire : définition

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture.

Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

Elle est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation.

Elle est difficile à identifier. À tel point que beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative sans que le diagnostic soit porté. L'identifier permet de créer un espace de prévention et d'intervention.

Si le recours au médecin apparaît devoir être systématique, ce n'est pas la solution à tout. Le médecin est là pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique, ce qui implique son investissement, mais une partie de son action thérapeutique et quelquefois la possibilité même de cette action dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement.

II - Comment des non-professionnels peuvent-ils repérer une crise suicidaire et quelle première attitude adopter ?

Il n'existe pas dans la littérature de critères diagnostiques de la crise suicidaire. Des études cas-contrôle à partir d'autopsies psychologiques, le suivi de patients et les critères retrouvés dans les différentes contributions des experts font apparaître que le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur 3 types de signes :

- Au premier rang, les manifestations les plus évidentes sont les expressions d'idées et d'intentions suicidaires. La personne en crise va verbaliser certains messages directs ou indirects " je veux mourir ", " je n'en peux plus, je voudrais partir, disparaître ", à travers des textes ou des dessins, à prendre absolument en compte.

- Au deuxième rang, se trouvent des manifestations de crise psychique. La personne peut éprouver des malaises divers : fatigue, anxiété, tristesse, irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une perte du goût aux choses, un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou une boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique.

- Au troisième rang, se situe un contexte de vulnérabilité. La dépression, l'impulsivité (décision ou acte brutal, incontrôlable, qui écarte le reste, tendance à l'agir, démesure dans la réponse, non-contrôle de l'affectivité, réaction brute sans souplesse, sans élaboration), des affections psychiatriques déjà existantes, les facteurs de personnalité ainsi que l'alcoolisme et la toxicomanie y tiennent une place importante. Dans ce contexte, l'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, etc.) peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire.

À ce stade, l'entourage peut repérer des signes de souffrance psychique (visage fermé, inexpressif, regard triste, pleurs), de petits signes d'incohérence, un changement de la relation avec l'entourage, l'abandon d'activités, une consommation abusive et cumulée (alcool, psychotropes, tabac, drogue), un désinvestissement des activités habituelles, des prises de risque inconsidérées, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement.

À un stade ultérieur, la crise peut s'exprimer par des comportements particulièrement préoccupants : le désespoir, une souffrance psychique intense, une réduction du sens des valeurs, le cynisme, un goût pour le morbide, la recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte, un comportement de départ sont des signes de très haut risque.

Les premiers signes que nous venons de décrire ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. Ils peuvent être labiles. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel qui doivent alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par le médecin. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage est un élément essentiel pour l'engagement de cette prise en charge.

Repérage à des âges et dans des environnements particuliers ; premières attitudes recommandées

Chez l'enfant

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires est rare.

La crise psychique peut s'exprimer par des problèmes somatiques mal étiquetés, un isolement, des troubles de la communication et de l'apprentissage, une hyperactivité, une encoprésie, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à tenir la place de souffre-douleur par rapport aux autres.

Parmi les facteurs de vulnérabilité, on peut souligner l'isolement affectif, les bouleversements familiaux, l'entrée au collège, un contexte de maltraitance.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : ne pas chercher à résoudre le problème seul, parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif, signaler à la famille les signes repérés, les signaler aussi au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste.

Chez l'adolescent

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires était jadis jugée " banale " à l'adolescence. On s'accorde actuellement à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention.

La crise psychique peut s'exprimer par un infléchissement des résultats scolaires, des conduites excessives et déviantes, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites ordaliques, des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées, une violence sur soi et sur autrui, des fugues et des prises de risque au niveau sexuel.

L'adolescence est une période de particulière vulnérabilité à laquelle peut se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires, les conflits d'autorité.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière ou assistantes scolaires), la famille et le médecin traitant ; utiliser les réseaux spécialisés existants.

Chez l'adulte

Les idées suicidaires peuvent être peu exprimées en dehors de la relation avec le médecin ou au contraire être très manifestes dans la famille.

Les manifestations de la crise psychique sont : l'ennui, le sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, de décalage et de perte d'investissement au travail, les difficultés relationnelles (y compris celles de couple), l'incapacité à supporter une hiérarchie, les arrêts de travail à répétition ou au contraire le surinvestissement au travail, les consultations répétées chez le médecin (douleur, sensation de fatigue).

Le contexte de vulnérabilité dépend beaucoup du statut conjugal, social et professionnel et peut être aggravé par un climat délétère, voire de harcèlement dans le travail. Parmi les autres facteurs, on trouve les toxicomanies, le sida, la violence ou l'atteinte narcissique et l'émigration.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin.

Chez la personne âgée

Les idées suicidaires sont rarement exprimées et lorsqu'elles le sont, elles ne doivent pas être banalisées par l'entourage.

Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des gestes suicidaires. Une dépression quasiment constante avec idées suicidaires est souvent à tort minimisée par l'entourage.

Le contexte de vulnérabilité comporte de façon quasi constante une dépression, des maladies somatiques, notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. Un autre facteur est le veuvage pour les hommes.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : être attentif à la possibilité d'une dépression, envisager une souffrance somatique et une maltraitance devant un changement comportemental.

Chez les personnes atteintes de troubles psychiques avérés

Les idées suicidaires peuvent être exprimées ou à l'inverse totalement dissimulées.

La crise suicidaire est constituée d'une alternance de moments à haut risque et de moments d'accalmie, sur un fond de variabilité permanente. Certains signes peuvent marquer une aggravation du risque, qu'il peut être difficile de repérer parmi des signes déjà présents dus à la maladie :

isolement, rupture des contacts habituels, réduction et abandon des activités, exacerbation de tous les signes de maladie.

Le contexte de vulnérabilité est la maladie, au sein de laquelle des événements d'allure insignifiante peuvent avoir un impact très important.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels, s'assurer de la sécurité par rapport à des objets ou des médicaments dangereux.

Chez les personnes souffrant d'addictions et alcoolisme

Nous n'avons pas pu disposer de textes d'experts concernant les toxicomanies.

Concernant l'alcool :

Les idées suicidaires ne sont ni nécessairement conscientes, ni exprimées alors que le risque suicidaire peut être important et imprévisible.

L'alcoolisation a à la fois la valeur d'une conduite de protection et de facteur de risque ; l'abus et le dépassement d'une limite possible ou le jeu avec les limites et la prise de risque, l'impulsivité accrue et le manque de contrôle comportemental sont des signes d'alarme.

Le contexte de vulnérabilité est constitué par l'impulsivité, la perte de contrôle du comportement, la précocité de l'intoxication, la dépression, le chômage, les séparations et les maladies somatiques. Chez les femmes alcooliques, le désespoir, les séparations et les antécédents de traumatismes dans l'enfance sont associés à un risque suicidaire accru.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : le risque suicidaire doit être recherché et prévenu chez l'ensemble des alcooliques, et encore davantage en cas de chômage, séparation et dépression.

Dans l'armée

Les idées suicidaires peuvent être exprimées par un geste symbolique.

Les troubles psychiques s'expriment au niveau des conduites (certaines d'héroïsme et de fuite en avant), de prises de risque (saut en mer), d'automutilation (lacération du poignet), de fugue-désertion, de mésusage chronique de l'alcool, de conduites toxicophiliques, de retards répétés à la prise de service, de négligences dans la vie quotidienne, d'attitudes caractérielles entraînant des sanctions répétées et du sentiment d'impuissance.

Le contexte de vulnérabilité comporte la fin de service, les affectations lointaines, l'alcoolisation aiguë contemporaine du passage à l'acte, le port permanent de l'arme, les événements de vie non spécifiques, les situations difficiles et à haut risque, l'existence d'un PTSD.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : l'entourage non professionnel a une place importante dans le repérage des troubles suicidaires.

Dans les prisons

Les idées suicidaires peuvent apparaître dès le début de la détention.

Les signes d'appel sont les actes auto-agressifs (automutilation) et la demande de soins.

Les facteurs de risque contextuels sont la perte d'une situation professionnelle antérieure, l'entrée dans la prison, la période précédant le jugement, certains horaires.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : une attention toute particulière pour les mineurs qui entrent en prison et les automutilations à répétition.

III - Comment reconnaître et évaluer la crise suicidaire en milieu sanitaire ?

Constatations

Les épidémiologistes ont établi un certain nombre de corrélations qui peuvent apporter des critères d'évaluation. Ils utilisent les concepts de facteurs de risque, d'événements de vie (ces derniers étant une variété de facteur de risque) et de facteurs de protection.

1. Les facteurs de risque : l'usage qu'on peut faire de cette notion doit tenir compte du fait qu'un facteur de risque ne se situe pas au niveau de la causalité individuelle. Il est dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène mais n'en est pas forcément une cause. De plus il concerne une population. Par ailleurs, tous les auteurs estiment que la crise suicidaire doit être envisagée selon un modèle plurifactoriel. Enfin les différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une somme des différents facteurs de risque mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments.

La recherche des facteurs de risque au cours du bilan psychologique d'un sujet en état de crise suicidaire peut apporter des informations de valeur mais à condition qu'elle soit faite dans le cadre d'une appréciation globale de l'ensemble du contexte psychopathologique.

On peut classer ces facteurs de risque en :

- facteurs **primaires** : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité ; ils sont en interaction, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout pourront être influencés par les traitements ;

- facteurs **secondaires** : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs ; ils sont observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires ;

- facteurs **tertiaires** : appartenant au sexe (masculin), à l'âge (grand âge et jeune âge), à une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle), ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

Des études contrôlées ont établi des corrélations qui autorisent des recommandations de grade A. Ces corrélations sont les suivantes :

Idées de suicide : 80 % des sujets qui font une tentative de suicide ou se suicident expriment de telles idées dans les mois qui précèdent. Le risque de passage à l'acte est évalué, chez l'adolescent à 1 % en l'absence d'idées suicidaires, à 14 % en cas d'idées occasionnelles et à 41 % en cas d'idées fréquentes. Mais la sévérité de ces idées de suicide n'est que faiblement corrélée avec le risque suicidaire. Elles donnent lieu à un plan pour la réalisation d'une tentative chez environ un tiers des sujets et parmi ceux-ci 70 % feront un passage à l'acte alors que seulement 25 % de ceux qui n'ont pas fait de plan en feront.

Les troubles psychiatriques sont des facteurs de risque connus. Il n'est pas utile ici d'y revenir. En revanche il faut insister sur :

- la fréquence des troubles subliminaires ;

- le fait que la coexistence de plusieurs troubles accroît le risque. L'association de deux troubles : troubles anxieux et troubles dépressifs ou même deux troubles subliminaires augmentent le nombre de tentatives. Lorsqu'il existe 3 diagnostics le risque est multiplié par 20.

L'impulsivité est un trait essentiel. Elle n'est pas un facteur spécifique mais elle facilite le passage à l'acte et tout particulièrement lorsqu'elle est associée à l'anxiété ou à la dépression.

Les facteurs de protection sont le support social et la prise en charge thérapeutique.

2. Les événements de vie (EV) : la notion courante est qu'il s'agit de changements **extérieurs** au sujet. Mais ils sont parfois interprétés autrement et considérés comme liés à la personnalité de sujets privilégiant l'expression agie plutôt que la mentalisation. Peu importe cette distinction pour notre propos. De nombreuses études ont établi un lien temporel entre de tels événements de vie et les tentatives de suicide. Cette liaison n'est pas considérée comme l'expression d'une causalité directe mais comme l'effet de facteurs prédisposants et précipitants.

Les résultats de ces recherches, permettant des recommandations de grade A, sont :

- les suicidants présentent 4 fois plus d'EV dans les 6 derniers mois que la population générale et 1,5 fois plus que les déprimés ne faisant pas de tentative de suicide. Un pic de fréquence est retrouvé dans le dernier mois précédant le geste qui concentre 1/3 des EV ;

- les EV prédisposants les plus étudiés sont les pertes précoces, la maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels et les abus physiques. Ils correspondent aux facteurs de risque secondaires.

- les EV précipitants : plusieurs auteurs se sont intéressés à la semaine précédant la TS et ont constaté un nombre important de conflits interpersonnels (violences, hostilité, déceptions), et chez les adolescents des problèmes sentimentaux et des problèmes disciplinaires, soit avec les parents soit avec la justice, entraînant des sentiments d'injustice, de rejet, d'humiliation et des situations de tension chronique au sein de la famille.

Recommandations

Ces données épidémiologiques fournissent quelques critères pour l'appréciation du risque suicidaire chez un sujet en crise. Le poids de ces critères est à apprécier en tenant compte de l'ensemble du tableau clinique.

Il convient de reconnaître la crise et d'en apprécier la gravité.

A - La reconnaissance de la crise

Chez un patient connu

Patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc.).

Il peut s'agir d'une modification ou d'une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.

Patient sans troubles psychiatriques préalables :

- survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant ;
- symptomatologie physique inexplicée, pouvant masquer un état dépressif ;

- événement vécu comme stressant ;
- conduite inhabituelle ;
- un changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage peut attirer l'attention.

Chez un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par :

- un changement récent de praticien ;
- un motif d'appel ou de consultation pas clair ;
- un état d'agitation ou de stress ;
- des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique.

À partir de ces différents indices, le médecin doit se permettre d'adopter une démarche active et aborder la question du ressenti de la situation et des idées de suicide

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles, si l'entretien est fait dans un climat de confiance, avec tact et sans émettre de jugement de valeur, en sorte que le patient se sente reconnu dans sa souffrance.

Le praticien pourra alors :

- utiliser des outils de repérage adaptés : questionnaires simples tels que Prime-MD et T4 ou MINI-GDS, ces tests étant validés comme suffisamment sensibles quoique peu spécifiques ;
- rechercher des événements de vie récents, éléments conjoncturels pouvant avoir déclenché le processus ;
- situer l'épisode dans son contexte socio-environnemental (famille, profession, milieu de loisir, etc.), ce qui peut révéler une situation d'instabilité, de désinsertion ou de solitude, un entourage proche pathogène, voire une ambiance de contagiosité suicidaire.

Le diagnostic de crise suicidaire s'appuiera, au-delà de la présence éventuelle d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, sur :

- le contexte suicidaire :

- la présence d'idées et leur fréquence,
- l'intention que le sujet peut livrer ou qu'il a pu communiquer à des tiers soit directement , soit indirectement,
- des conduites de préparation de l'acte.

- des signes de vulnérabilité psychique :

- des troubles de l'image de soi,
- des changements de comportement récents, particulièrement significatifs chez les adolescents et les jeunes adultes, ou une modification de la vie relationnelle chez tout sujet,

- l'anxiété physique et psychique, notamment les attaques de panique,
- le sentiment de désespoir qui apparaît significativement plus fort chez les sujets ayant des idées de suicide et qui passent à l'acte.

- des signes d'impulsivité :

- l'agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte,
- l'instabilité comportementale,
- des conduites à risque.

- l'éventualité d'un *syndrome pré-suicidaire de Ringel* où un calme apparent et une attitude de retrait avec diminution de la réactivité émotionnelle et affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels, cachent un développement des fantasmes suicidaires.

Dans d'autres circonstances on peut se trouver confronté à des comportements passifs (refus alimentaire, refus de soin, syndrome de glissement) qui peuvent être qualifiés d'équivalents suicidaires.

On peut s'aider, pour passer en revue ces facteurs, de listes comme celle de l'OMS (2000) qui rassemble les plus significatifs.

Les facteurs individuels :

Antécédents suicidaires de l'individu

Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.)

Pauvre estime de soi

Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité)

Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)

Les facteurs familiaux :

Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu

Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu

Pertes et abandons précoces

Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents

Présence de conflits conjugaux majeurs

Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents

Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents

Les facteurs psychosociaux :

Présence de difficultés économiques persistantes

Isolement social et affectif de l'individu

Séparation et perte récente de liens importants, deuil

Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire

Difficultés scolaires ou professionnelles

Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide)

Difficulté avec la loi

Présence de problèmes d'intégration sociale

B - Évaluation de la dangerosité et de l'urgence

Il est souhaitable d'explorer six éléments.

1. Le niveau de souffrance

- désarroi ou désespoir ;
- repli sur soi, isolement relationnel ;
- sentiment de dévalorisation ou d'impuissance ;
- sentiment de culpabilité.

2. Le degré d'intentionnalité

- idées envahissantes, rumination ;
- recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins ;
- dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

3. Les éléments d'impulsivité

- tension psychique, instabilité comportementale ;
- agitation motrice, état de panique ;
- antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.

4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.

5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.

6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles " à transaction suicidaire ou mortifère ".

Le jury recommande de considérer comme en **urgence faible** une personne qui :

- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante ;
- a établi un lien de confiance avec un praticien.

On considère comme en **urgence moyenne** une personne qui :

- a un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et son intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

On considère comme en **urgence élevée** une personne qui :

- est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ;
- est coupée de ses émotions: elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
- se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
- a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- est très isolée.

Il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

Un tel bilan exhaustif n'est pas toujours possible. Il est souhaitable dans une évaluation psychiatrique. Le médecin généraliste confronté à la diversité des situations aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence. L'urgentiste confronté à une crise d'angoisse aura à apprécier le potentiel de dangerosité suicidaire. Le médecin scolaire et le médecin du travail confrontés dans leurs pratiques respectives à des signes d'appel auront à les identifier et à orienter le Sujet vers une structure de soins.

- **Note** : des échelles ont été proposées pour évaluer le risque de suicide mais elles n'ont pas encore démontré leur utilité en clinique (elles sont surtout destinées à la recherche). Pour la pratique, les échelles de Beck sont probablement les plus appropriées en situation de crise suicidaire : l'échelle de désespoir dans toutes les situations,

IV - Quels modes d'intervention proposer ?

Préambule

Les principes de base qui se dégagent de la littérature et des rapports des experts concernant les modalités d'intervention dans la crise suicidaire amènent à inscrire toutes les recommandations :

- sur un axe temporel associant intervention de crise et suivi au long cours ;
- sur un axe synchronique associant prise en charge de l'individu et implication de son entourage familial et social.

Il s'agira de repérer sur ces deux axes ce qui fait la singularité de la crise et de rechercher la présence ou l'absence de facteurs de risque associés.

Les modalités d'interventions proposées doivent être adaptées aux différents contextes dans lesquels se situe le sujet ; contextes, qui peuvent être du plus familier au plus spécifique :

- la famille et l'entourage proche ;
- le milieu socioprofessionnel, le milieu scolaire, la prison, le milieu militaire ;
- les médecins généralistes ;
- les paramédicaux de proximité, les travailleurs sociaux ;
- les réseaux d'accueil et d'écoute généralistes ou spécialisés ;
- les services d'urgence ;
- les psychiatres ;
- à quoi il faut ajouter le problème de l'hospitalisation ;
- et les cas particuliers de la personne âgée et des états d'addiction.

Les interventions devront tenir compte des interrelations de l'individu avec son entourage et avec l'ensemble du tissu social. La prise en charge de la crise suicidaire devra être de nature pluridisciplinaire.

Un autre principe de base est la place qui est faite aux liens dans la prise en charge des personnes en crise suicidaire.

Le sentiment d'être compris, reconnu et accepté par l'intervenant, la capacité d'établir un bon contact avec la personne suicidaire, ne peuvent être remplacés par aucune technique standardisée. Pour chaque personne particulière l'intervenant aura à rechercher une alliance thérapeutique qui suppose une implication active du sujet et de son entourage, et une continuité dans la relation et dans les soins.

Les recommandations répondent à quatre objectifs :

1 - La famille et l'entourage proche

Constatations

On peut rapporter quelques données qui complètent celles qui ont été présentées plus haut. Le sujet suicidaire exprime souvent son intention à la famille, de façon plus ou moins manifeste. La perception de l'intentionnalité par l'entourage est également rapportée. Une étude américaine montre que les mères perçoivent plus d'idéations suicidaires que les enfants n'en expriment eux-mêmes.

Une étude intéressante est centrée sur le rôle des proches de suicidants. Elle témoigne de l'existence de signaux d'alerte et d'une demande d'aide adressée à ces derniers. Elle recense leurs préoccupations et leurs réactions face au système de soins proposé aux suicidants durant l'année de l'étude.

Les études épidémiologiques s'accordent tant pour mettre en avant l'importance des idées suicidaires déclarées par les jeunes eux-mêmes que pour démontrer leur valeur prédictive d'un passage à l'acte.

Paradoxalement, à ce stade, ces inquiétudes n'aboutissent que rarement à la mise en place d'une dynamique de résolution, qu'il s'agisse du sujet ou de ses proches. Les obstacles identifiés dans la littérature sont liés à la fois à des facteurs individuels (difficultés de communication, troubles psychopathologiques) et collectifs (tabou à propos du suicide : impossibilité à penser le suicide d'un proche et en particulier d'un enfant).

D'autres données soulignent l'existence de problématique ou de crise suicidaire touchant ou ayant touché les proches du sujet en crise. Elles rapportent une plus grande fréquence dans l'entourage de troubles psychopathologiques et d'événements de vie traumatiques (rupture, maladie, décès, accident) . Par ailleurs, d'autres études montrent l'incidence des troubles psychopathologiques contemporains ou réactionnels de la période de crise suicidaire chez l'un d'entre eux. Ces éléments ne sont pas toujours connus du sujet présentant la crise suicidaire, cependant ils signent une vulnérabilité familiale actuelle et/ou passée.

Si le sujet et sa famille reconnaissent plutôt un événement récent comme précipitant la crise, c'est par la résonance et la résonance avec les événements passés que se marque la gravité de la crise.

Certaines personnes se méprennent sur les raisons de leur désir de mort. Elles présentent, en apparence, une envie de s'exclure alors que leur quête s'adresse de toute évidence à leur entourage. Les situations conflictuelles évoquées au cours des crises suicidaires témoignent en particulier chez les suicidants de l'implication de l'entourage dans la crise (voir facteurs de risque).

C'est aussi sur le lieu de vie familial que le suicidaire pourra se procurer les moyens pour attenter à sa vie.

Il arrive que l'évolution de la crise suicidaire assortie de multiples menaces de passage à l'acte soit marquée d'une ambivalence familiale qui peut agir comme résistance à la prise en compte de la plainte.

Les modalités d'intervention rapportées par les experts soulignent l'importance du travail impliquant les familles, que cette implication soit demandée d'emblée sur le lieu de vie, au sein des structures hospitalières ou après un temps de mise à distance.

Le rôle de l'entourage est aussi essentiel dans les protocoles de suivi envisagé à court et à moyen terme.

Tous ces éléments épidémiologiques, d'ordre clinique et thérapeutique démontrent l'évidence de l'implication de l'entourage et de la famille dans la prise en charge de la crise suicidaire.

Recommandations

Il convient donc d'inciter les familles, et en particulier les parents d'adolescents à accorder, une valeur à leur ressenti et à leurs inquiétudes. Le souci doit initier des demandes d'aide à l'extérieur de la

famille, voire des démarches de soins auprès de professionnels ; une demande d'aide ponctuelle et précoce peut permettre de dénouer une situation vécue comme insupportable et promouvoir la capacité autocurative de la famille.

Il faut informer les parents de la prévalence des facteurs de risque : certains sont repérables sans investigation, d'autres nécessitent le recours aux soins spécialisés d'emblée, d'autres encore doivent conduire la famille à explorer son histoire familiale .

Malgré les tentatives du sujet suicidaire à s'exclure du cercle familial ou à s'isoler plus généralement, la famille aura à favoriser le maintien ou la restauration du lien affectif avec elle-même ou avec les autres. Sans banaliser ni dramatiser, par des réactions en symétrie ou en miroir de celles du sujet suicidaire, elle doit rester attentive aux signes évolutifs de la crise. Ceux-ci peuvent se manifester exclusivement dans le cercle familial ou s'étendre dans les autres contextes de vie de la personne. La concordance ou la multiplication des manifestations alarmantes dans l'ensemble de ces champs sont un élément de gravité.

Les modalités d'aide sont diverses ; la capacité de mettre en mots les tensions ressenties et agies est une compétence à développer ou à renforcer au sein de la famille. L'alliance thérapeutique avec les autres intervenants est à favoriser, tout comme les initiatives positives de la personne.

Il est primordial d'éviter l'accès aux moyens ou de retirer les objets susceptibles d'être utilisés par la personne en crise pour s'auto-agresser.

Il est recommandé de faciliter la mise à disposition des familles des informations susceptibles d'améliorer le repérage de la crise suicidaire.

2 - Le milieu socioprofessionnel

Nous disposons de peu d'études sur la crise suicidaire en milieu socio-professionnel et notre niveau de recommandations est donc faible.

En milieu scolaire

Constatations

-7 % des scolarisés de 11-19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide. Ce taux est multiplié par deux pour ceux qui quittent précocement l'école. 12 % des collégiens et 22 % des collégiennes ont pensé au suicide dans les 12 mois précédents.

Les adolescents en situation de crise ont plus tendance à consulter.

La moitié des jeunes admettent que lors de leurs crises suicidaires, ils se seraient dirigés vers un ami plutôt que vers un conseiller traditionnel.

Ainsi le cumul des difficultés sociales et familiales, l'absentéisme scolaire, l'isolement au sein du groupe, la consultation auprès de l'infirmière scolaire ou du psychologue, le fait qu'un tiers viennent s'inquiéter pour un élève sont à considérer avec vigilance.

Recommandations

Diverses actions sont à poursuivre et à développer dans les établissements scolaires : communiquer sur les réseaux d'écoute et d'accueil jeune (numéros verts et accueils locaux).

Favoriser en milieu scolaire le développement des programmes visant à améliorer l'estime de soi et à s'exercer à la résolution de conflits.

En cas d'inquiétude ressentie, proposer à l'élève de le rencontrer, éventuellement plusieurs fois.

En cas d'énoncé suicidaire ou de plan suicidaire, ne pas se laisser enfermer dans le secret, se référer à l'infirmière ou au médecin scolaire.

Dans la connaissance de la situation familiale, contacter les parents.

En cas d'imminence de passage à l'acte, solliciter l'aide urgente du réseau de soins (médecins traitants, dispositif d'urgence ou spécialisé en psychiatrie).

En milieu universitaire

Constatations

Nous n'avons pas disposé d'études spécifiques sur cette population.

Les références admises dans nos débats sont que les universités ont une organisation non homogène sur le plan sanitaire dans les recours proposés aux étudiants.

Les problèmes d'adaptation, l'isolement, les conduites d'échec constituent les principaux soubassements de crises, particulièrement pendant la première année de faculté.

Recommandations

L'accueil, les dispositifs de parrainage, la qualité de diffusion de l'information disponible, un accès aisé aux soins sont recommandés.

En milieu professionnel

L'entourage est toujours un recours, un soutien. L'infirmier(e) et le médecin du travail sont des interlocuteurs privilégiés.

Constatations

Depuis quelques années, l'augmentation du suicide est significative chez l'adulte jeune, avec une majoration particulière chez les hommes et les femmes de 25-34 ans pour lesquels cela constitue la première cause de décès.

Même si la notion de souffrance psychique en milieu professionnel émerge, nous n'avons pas disposé d'étude spécifique.

Les ruminations et les plans suicidaires, les troubles dépressifs, semblent particulièrement dissimulés parmi cette population d'actifs et méritent d'être recherchés.

Les conflits en milieu professionnel sont de gestion difficile et ont souvent un retentissement de souffrance psychique important.

Recommandations

Les consultations de médecine du travail, particulièrement après un arrêt maladie, doivent faire s'interroger sur ces idées suicidaires. Les abus de toxiques (alcool, etc.) sont à rechercher comme facteurs de risques associés.

L'entourage familial peut être contacté si cela aide à une diminution des tensions.

La distance inspirée par le respect de la vie privée incite à privilégier le médecin généraliste comme premier interlocuteur du soin.

Le recours à l'urgence est légitimé par l'expression de troubles psychiques aigus et par l'imminence du passage à l'acte.

Le développement de la recherche est très souhaitable.

En milieu carcéral

Constatations

La population carcérale est jeune - 29 ans en moyenne - et essentiellement masculine (95 % d'hommes).

Le taux de suicides en milieu carcéral est particulièrement élevé et en augmentation : 240 morts par suicide pour 100 000 détenus. La population carcérale étant de 55 000, le nombre de morts par suicide a été de 125 en 1998. Ces décès sont en augmentation depuis les années 1972-1973.

La " sursuicidité " en milieu carcéral est de 6,4 par comparaison à la population générale.

L'épidémiologie des suicides en milieu carcéral montre que :

- la pendaison est surreprésentée comme modalité d'accomplissement du suicide (92,7 % des morts par suicide) ; ce mode de passage à l'acte est prévalent du fait du contexte carcéral qui limite l'accès à d'autres moyens ;
- à l'inverse des données générales, le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants est un facteur de risque au moment de l'incarcération ;
- des périodes critiques sont repérées : le premier mois d'incarcération (1/3 des suicides) et la première année (3/4 des suicides) ;
- 60 % des suicidés sont des prévenus (en attente de jugement) ;
- 90,7 % des suicides ont lieu en maison d'arrêt ;
- il existe une " sursuicidité " de facteur 7 en quartier disciplinaire par rapport au régime de détention normale ;
- les détenus qui se suicident semblent exprimer leur vulnérabilité particulière par un nombre considérable de tentatives de suicide (24,2 fois plus) ;
- la psychopathologie de la population carcérale définit 60 % d'états limites et 15 % de psychotiques.

Recommandations

Il convient de prendre en compte les préconisations édictées par la note n° 364 de M. G. Azibert du 29 mai 1998 sur la prévention des suicides dans les établissements pénitentiaires. En particulier, les situations d'humiliation de la personne sont déconseillées.

La réduction des espaces d'initiative du détenu comme prévention du passage à l'acte suicidaire ne semble pas une mesure efficace. Cela semble induire une réactivité paradoxale : la lutte contre les moyens suicidaires et la violence encourage involontairement les situations de crise. Il semble utile d'encourager plutôt une réflexion sur des supports et des espaces d'expression destinés aux détenus.

Nous recommandons une réflexion entre les acteurs du soin, du social et de la sécurité en prison, en référence à une démarche partagée de résolution de problèmes.

En milieu militaire

L'armée française vit actuellement une professionnalisation, une féminisation et une évolution à contenu humanitaire de ses missions. Les critères de sélection et d'incorporation lui épargnent *a priori* la gestion en nombre de personnes qui présentent des troubles psychiatriques manifestes.

Les crises suicidaires semblent plutôt concerner :

- les jeunes appelés qui présentent des troubles dépressifs de l'adaptation dans les premiers mois d'incorporation ;
- les personnels qui présentent des troubles dépressifs masqués par des attitudes de prestance ;
- les personnes qui présentent des syndromes post-traumatiques, conséquences des temps de guerre voire des missions à caractère civil ou humanitaire ;
- il semble exister un risque accru chez les gendarmes pour qui les conditions de travail sont incriminées en premier chef.

3 - Les médecins généralistes

Constatations

Les médecins généralistes sont impliqués à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des crises suicidaires.

Ils adressent, à l'hôpital, 80 % des tentatives de suicide, parfois dans le cadre de la loi de 1990.

D'autres données montrent que 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. Ces chiffres doivent être bien sûr corrélés avec l'extrêmement faible incidence de cette pathologie : 1 cas par an en moyenne soit 1 sur 5000 actes.

Dans la grande majorité des cas ces consultations ont eu pour motif une plainte somatique plus ou moins précise. Ceci rend difficile la reconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente, et donc le repérage de la crise suicidaire.

Une étude montre que le mode de communication du médecin influence la reconnaissance des symptômes dépressifs. Le taux de diagnostic de dépression dépend de la façon dont le médecin interroge le patient : les praticiens ayant un taux de diagnostic de dépression élevé posent deux fois plus de questions sur les sentiments et les émotions que ceux qui ne reconnaissent pas la dépression.

Cette difficulté de repérage est encore accrue avec les adolescents (répugnance à l'exposition de leurs faiblesses) et les personnes âgées (formes particulièrement atypiques, atténuation des signes de la crise, syndrome de glissement, etc.).

Ce travail de dépistage et de prise en charge se confronte à plusieurs obstacles convergents :

- les médecins généralistes sont peu formés à reconnaître la crise suicidaire dans le cadre de leur exercice ; ils ne disposent pas de guides de décision validés ;
- l'ambivalence des patients à révéler leur souffrance notamment dans sa dimension psychique ;
- le contexte de la consultation limitée dans le temps et *a priori* centrée sur les signes somatiques.

Le médecin généraliste est isolé, d'autant que les liens de collaboration avec des collègues psychiatres ou les réseaux environnant le patient ne sont pas toujours établis. L'adressage au spécialiste est rendu difficile par la saturation des consultations psychiatriques privées ou publiques et les listes d'attente qui en sont la conséquence.

On évoque également la crainte de la psychiatisation, crainte que peuvent partager le patient et son médecin face à la représentation qu'ils se font de la psychiatrie ou face à ce qu'ils perçoivent comme l'hermétisme de la discipline.

Une étude a montré que pour 35 % des patients qu'ils hospitalisent pour TS, les médecins généralistes disent n'avoir pas reçu de compte rendu de l'hôpital.

L'étude de Gotland a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est possible et efficace en terme de morbidité et de mortalité.

Dans le cadre d'un programme spécifique de formation des médecins généralistes de l'île de Gotland, on a retrouvé 2 ans après la mise en place de ce programme :

- diminution des suicides de 60 % ;
- consommation d'antidépresseurs en augmentation de 52 % sur l'île de Gotland, (augmentation de 17 % en Suède sur la même période) ;
- diminution de la prescription de benzodiazépines et de neuroleptiques de 25% comparée à la moyenne suédoise ;
- diminution de 50 % des consultations en psychiatrie ;
- diminution de 85 % des consultations pour état mélancolique ;
- diminution de 50 % des congés maladie dus à la dépression.

Une analyse coût/bénéfice de ce programme a également révélé une balance très fortement excédentaire en faveur du programme.

D'autres travaux internationaux ont confirmé l'efficacité de la prise en charge de la dépression en médecine générale.

Des essais thérapeutiques randomisés ont mis en évidence une réduction des idées et du risque suicidaires avec le placebo. Ceci montre l'importance de la relation médecin - malade dans cette prise en charge.

Il apparaît donc clairement que le généraliste, médecin de premier recours, se trouve totalement impliqué dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et des crises suicidaires en association avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social. Cette prise en charge est efficace à condition de garder une vigilance constante dans le repérage des troubles dépressifs et des idées suicidaires.

Recommandations

Meilleure formation des médecins généralistes au repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire et aux modalités de prise en charge en articulation avec leurs partenaires des réseaux locaux. Une formation plus spécifique centrée sur l'écoute active de la souffrance psychique et sur la nécessité d'impliquer la famille ou l'entourage dans la prise en charge des patients en crise. Une expérience de formation sur le modèle de Gotland devrait être organisée.

Favoriser l'acceptation et la compliance à un suivi spécialisé du sujet et de son entourage lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée. Dans un certain nombre de cas ceci suppose une plus grande disponibilité des ressources psychiatriques ambulatoires, ce qui implique une démographie psychiatrique suffisante et une meilleure complémentarité de fonctionnement du public et du privé.

Une meilleure connaissance des dispositifs sociaux existants et une meilleure utilisation de l'accompagnement qu'ils proposent. Ceci suppose l'amélioration de la disponibilité de ceux-ci.

L'établissement d'instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes.

Les recommandations concernant l'utilisation des psychotropes et les indications d'hospitalisation sont détaillées dans un chapitre suivant.

4 - Les paramédicaux de proximité et les travailleurs sociaux

Les experts ont peu traité de la prise en charge de la crise suicidaire offerte par les professionnels paramédicaux. Pourtant, ces derniers sont souvent en première ligne auprès des personnes en crise, reçoivent les premières paroles, accueillent, orientent, conseillent.

Dans la rencontre avec les personnes en crise psychiatrique, les personnels paramédicaux doivent viser une réduction de la tension et une orientation rapide vers des professionnels de la santé mentale.

Dans les cas de crise suicidaire de nature psychosociale ou familiale, le jury recommande une orientation vers les structures sanitaires et sociales, socio-éducatives, et vers les réseaux existants.

C'est pourquoi le professionnel paramédical devra être formé :

- à reconnaître la nature de la crise suicidaire et à différencier les modes de réponse ;
- à identifier des correspondants extérieurs auxquels il pourra adresser les personnes ;
- à développer et entretenir des relations de complémentarité dans la prise en charge.

En effet, il est recommandé de ne pas travailler seul face aux sujets en crise et de mettre en place des collaborations, y compris familiales, qui assureront la possibilité d'un suivi pluridisciplinaire de la crise et la qualité de la prise en charge.

5 - Les réseaux d'accueil et d'écoute

Constatations

Il existe de nombreux dispositifs d'aide au téléphone sur le plan international.

Les évaluations des experts de la conférence de consensus concernant l'assistance par téléphone en matière de problématique suicidaire et dans les centres de prévention du suicide, souvent dotés d'un service téléphonique fonctionnant 24 h/24, couplant ainsi les entretiens d'accueil et l'aide par téléphone portaient sur des recherches faites en Amérique du Nord.

La téléphonie sociale française et les lieux d'accueil et d'écoute en face à face ne se définissent pas selon les mêmes critères, néanmoins les objectifs d'écoute, de soutien, d'information et d'orientation sont proches. Les différences majeures concernent les modes d'intervention dans les situations de tentatives de suicide agies. La quasi-totalité des lignes françaises observe un strict respect de l'anonymat alors que les Canadiens n'hésitent pas à faire sortir l'appelant de l'anonymat, à prévenir son entourage et à mettre en place des soins.

Les évaluations permettent de dessiner un profil général des appelants. Il s'agit d'individus stressés, souvent très isolés, déclarant éprouver des difficultés psychosociales. On note également, parmi eux, un taux élevé de tentatives de suicide. Les différentes études citées font état d'une part d'une amélioration de l'état de mal-être de l'appelant entre le début et la fin de l'entretien et d'autre part d'un effet facilitateur de l'accès aux soins et du processus de prise en charge thérapeutique.

Une analyse canadienne souligne une réduction notable des indices reflétant une urgence suicidaire. Les services d'aide téléphonique apportent un support privilégié pour la prévention du suicide chez les adolescents et chez les personnes âgées, l'intervention à domicile s'avérant particulièrement bien acceptée par ces populations.

Les nouvelles technologies permettent d'identifier rapidement le numéro des appelants et de garder la trace des appels, autorisant ainsi un " secours " à l'appelant s'il y a TS, que celui-ci ait mentionné ou non ses coordonnées. Certains considèrent que préserver une vie est essentiel et répond au principe de l'assistance à personne en danger, d'autres insistent sur le respect de l'anonymat et une attitude non interventionniste.

Pour tous, la qualité de l'écoute reste le principe dominant, les auteurs insistent sur les difficultés de la fonction d'écouter, sur l'importance de l'expérience acquise et de la formation.

Recommandations

Une évaluation plus fine des services téléphoniques français généralistes ou spécialisés, fréquemment confrontés à l'écoute de personnes en crise suicidaire, est nécessaire.

Des programmes de formation centrés sur la spécificité et la variété des situations de crises suicidaires seraient à formaliser et des protocoles de bonne pratique, adaptés à ce travail, sont à mettre en place. Une supervision, assurée par des spécialistes, devrait être organisée de façon plus systématique pour les écoutants. Une meilleure connaissance du réseau de soins existant et des personnes ressources permettrait d'affiner les orientations et de préparer le relais vers des structures de soins ou de suivis appropriées.

Une réflexion est à mener quant au choix entre des interventions avec sortie d'anonymat et le respect de la confidentialité pour les cas de passage à l'acte imminents ou avérés. La question de l'assistance ou de la non-assistance à personne en danger est à envisager dans son application au cadre du téléphone.

6 - Les services d'urgence

Constatations

Dans la majorité des cas, ces situations de crise en phase aiguë passent aux urgences hospitalières, le plus souvent dans les effets immédiats d'un passage à l'acte, mais aussi en aval dans l'annonce faite à l'entourage ou à l'initiative de l'intéressé, et en amont dans un sentiment d'imminence de l'acte, soit déclaré, soit masqué par une symptomatologie anxieuse somatique ou toxicologique.

Si nous disposons de données sur la gestion de la tentative de suicide aux urgences, nous ne disposons que de données indirectes sur la gestion de la crise psychique aux urgences dont la caractérisation amène à recommander une évaluation immédiate et une mise en œuvre des soins sans délai sur le site des urgences.

L'organisation de l'accueil aux urgences, avec une mise au calme, en essayant de garder autant que possible les mêmes interlocuteurs, contribue à une sécurisation immédiate. Passé ce cap de l'admission, une évaluation de la crise suicidaire du sujet, lorsqu'elle est repérée, participe impérativement à son bilan.

Recommandations

L'évaluation du risque suicidaire associera les constatations cliniques et l'utilisation de l'échelle de désespoir de Beck (voir chap. III).

Une souffrance tolérable doit être écoutée, une souffrance intolérable (grande perplexité anxieuse, agitation) doit être soulagée par la prescription des traitements symptomatiques.

L'examen médical de la personne en crise reste indispensable et permet d'apaiser et d'entrer en relation.

La recherche d'antécédents de tentative de suicide fait partie de l'interrogatoire. La famille et les accompagnants sont à écouter car souvent impliqués dans le suivi. Sera évaluée la possibilité de soutien du suicidaire en cas de retour au domicile comme en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

À l'issue de cette évaluation, un avis spécialisé ou une hospitalisation brève est recommandée en principe de référence.

L'hospitalisation du patient reste indiquée à partir des urgences en cas de risque suicidaire imminent, en cas de situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie, en cas de perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique. La sortie est à temporiser lorsque le patient est dénué de tout projet personnel immédiat, aussi ténu soit-il.

Après une consultation spécialisée et à l'issue de l'hospitalisation aux urgences, le relais de soins du sujet est à considérer dans l'utilisation du réseau socio-sanitaire connu et disponible.

Cette mise en liens est d'autant plus indiquée pour les patients qui n'investissent aucune filière de soins autre que la répétition mécanique de leurs passages aux urgences en situation de crise. L'observance du suivi après les urgences est considérablement améliorée lorsque les relais de soins ont été établis et personnalisés à partir des urgences, et si la transmission au médecin traitant a été rapide.

Remarque générale

L'accueil aux urgences des personnes en situation de crise et de souffrance psychique demande une appréciation et un relais de soins qui seraient favorisés par une formation à l'écoute des personnels soignants. Les urgences étant continuellement en difficulté pour gérer les flux d'entrants, on ne saurait trop recommander la possibilité de recours à des lits de crise.

7 - Les psychiatres

Constatations

Le psychiatre peut intervenir à toutes les phases de la crise suicidaire.

1 - Évaluer la psychopathologie

Poser les diagnostics psychiatriques qui peuvent être associés à la crise.

Ces éléments sont en effet des facteurs de risque importants pour le suicide et sont au moins des facteurs de vulnérabilité permanente à la crise suicidaire.

On retient en effet un chiffre de 10 à 13 % de décès par suicide chez les patients schizophrènes avec un nombre de TS qui concernerait 18 à 55 % des patients. Quant aux troubles de l'humeur, ils sont considérés comme la première cause psychiatrique de suicide. On souligne habituellement :

- un taux de suicides 20 fois supérieur chez les patients présentant un état dépressif caractérisé ;

- un taux comparable chez les bipolaires I et les unipolaires dépressifs, alors qu'il serait plus élevé chez les bipolaires II ;
- l'importance du risque dans les états mixtes et peut être dans les formes à cycle rapide ;
- un risque suicidaire accru dans les troubles anxieux avec incrimination surtout des attaques de panique seules ou associées.

La recherche et la reconnaissance des troubles constituent donc un élément central dans l'approche psychiatrique de la crise suicidaire, y compris lorsqu'ils sont masqués derrière l'apparence d'une crise psychosociale.

C'est le préalable à leur prise en charge thérapeutique (chimiothérapique ou psychothérapique) avec l'objectif de prévenir ou traiter la crise suicidaire.

2 - Une méta-analyse conclut, cependant, que la plupart des études prospectives contrôlées n'ont retrouvé aucune différence significative en matière de taux de suicides ou de récurrence entre les traitements structurés (psychiatrique, psychosocial, psychopharmacologique ou psychothérapique), un accompagnement ou même une absence d'accompagnement.

Un certain nombre de biais méthodologiques peuvent expliquer cette absence de différence mais un élément est particulièrement à prendre en compte : cette absence de différence concernant les suivis structurés peut être en partie due aux particularités psychiatriques de la population ainsi suivie et notamment le manque d'alliance thérapeutique ou d'adhésion de ces suicidants.

La conclusion de l'auteur est donc que, si l'intérêt d'une intervention structurée psychiatrique initiale est reconnu par tous, l'efficacité des prises en charge ultérieures ne répond pas à des recommandations étayées par la littérature du fait des particularités des patients psychiatriques bénéficiant de ces approches structurées.

Les programmes thérapeutiques doivent être adaptés aux sous groupes particuliers des suicidants en fonction de la pathologie. Ceci relativise la pertinence des programmes thérapeutiques globaux.

Le diagnostic psychiatrique et l'évaluation psychopathologique apparaissent donc comme des éléments essentiels dans la détermination des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients.

3 - Plusieurs études démontrent l'importance de la relation médecin/malade dans la prise en charge de la crise suicidaire. Il n'existe aucune étude prospective contrôlée, portée sur l'approche psychothérapique analytique et encore moins sur la psychanalyse. En pratique elles sont souvent proposées par de nombreux praticiens et centres français. Les problèmes méthodologiques ou éthiques posés par de telles études ne sont pas, sans doute, étrangers à cette absence d'évaluation.

4 - Un certain nombre de contributions des experts ont démontré l'importance de l'organisation de dispositifs institutionnels psychiatriques ou psychothérapiques prenant en compte les particularités du lien chez les patients tendant au passage à l'acte (adolescents en particuliers).

L'importance de la fragilité des suicidants confère paradoxalement un rôle essentiel aux relations. Celles-ci doivent en effet assurer le soutien narcissique.

Cependant, la relation aux objets d'attachement et plus généralement aux personnes investies est donc impliquée chez les suicidants à plusieurs niveaux comme en témoignent :

- leur sensibilité à la séparation et à la menace de perte qui les rend dépendants de leurs objets d'attachement comme de l'idéalisation de leurs investissements ;

- le caractère potentiellement excitant voire désorganisant de l'investissement d'objet lui-même. Les avatars des processus d'identification, leur caractère conflictuel, le poids des contraintes transgénérationnelles comme des modèles de relation tirés des expériences infantiles ne peuvent qu'accentuer l'attrait comme la menace exercés par l'objet. Mais c'est aussi la nécessité vitale qu'il représente qui est inacceptable.

5 - Les médicaments

Les experts constatent que la plupart des études ont un faible niveau de validité, essentiellement en raison de difficultés d'ordre méthodologique et éthique.

Le lithium

Dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire, il ramène le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale du moins après une année de traitement. Dans les formes unipolaires ce résultat n'est pas retrouvé.

Les antidépresseurs

Aucune étude validée *versus* placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout-venant. En revanche, de nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés.

Il existe une littérature abondante évoquant la responsabilité d'un hypofonctionnement du système sérotoninergique dans le syndrome suicidaire indépendamment de la nature des troubles psychiatriques associés.

Quelques méta-analyses vont dans ce sens en montrant une amélioration plus rapide des idées suicidaires avec les IRS (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine) qu'avec les tricycliques. Ceci n'exclut pas l'existence de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportés avec tous les antidépresseurs.

En dehors des déprimés, on retrouve un effet modérément favorable des IRS sur le risque suicidaire de patients souffrant de troubles anxieux spécifiques, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de la personnalité.

Il est reconnu que le risque d'intoxication mortelle est beaucoup plus faible avec les nouveaux antidépresseurs qu'avec les tricycliques.

Les neuroleptiques

Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de TS ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie.

Il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur contre le suicide, des neuroleptiques atypiques ou " nouveaux antipsychotiques ".

Dans les troubles de la personnalité, en particulier *Borderline*, leur efficacité pour la protection du risque suicidaire n'apparaît que dans le sous groupe des patients les moins affectés.

Les benzodiazépines

Elles sont très largement utilisées dans notre pays. Malgré leur efficacité sur certains troubles anxieux spécifiques, elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire.

Il n'existe aucune étude expérimentale venant confirmer l'opinion encore très répandue de la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.

Recommandations

Le jury souligne la nécessité d'une évaluation psychiatrique soigneuse devant une crise suicidaire majeure ou grave. Le jury recommande le recours à la psychiatrie dans tous les cas où l'existence d'une pathologie psychiatrique s'associe à la crise (grade A).

Le jury recommande le recours à la psychothérapie dans tous les cas où cet abord est indiqué pour traiter les facteurs psychopathologiques de vulnérabilité ou diminuer les effets critiques. Le jury rappelle en particulier l'intérêt des doubles prises en charge.

Le jury recommande de n'utiliser les psychotropes, dans la crise suicidaire, qu'en fonction des pathologies psychiatriques éventuellement associées.

Les benzodiazépines, prescrites le plus souvent à l'instigation des patients, sont encore trop ou trop longtemps utilisées.

8 - L'hospitalisation

Constatations

La menace suicidaire peut imposer le recours à l'hospitalisation comme moyen de contenance et de protection du patient en crise devant l'imminence de l'acte.

Elle permet par ailleurs une évaluation plus précise de son état psychiatrique.

Elle peut être également utile pour mettre à distance certains facteurs dont l'intrication est à l'origine de la crise ou en précipite l'issue vers l'acte.

Elle peut enfin constituer un facteur de prévention de la récurrence d'une TS. C'est notamment le cas en ce qui concerne l'adolescent. Une étude française fait apparaître qu'à cet âge, 75 % des récidivistes à 3 mois n'ont pas été hospitalisés lors de leur précédente TS.

C'est en tout cas la position défendue par la recommandation ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents ayant fait une TS, qui préconise une hospitalisation systématique de tout adolescent suicidant. Cette position est cependant discutée par certains experts faisant apparaître qu'il n'a jamais été démontré que l'hospitalisation en psychiatrie exerçait un effet préventif sur le risque suicidaire.

Se pose également la question du suivi post-hospitalisation, certaines données faisant apparaître la difficulté à obtenir l'observance des suivis proposés dans 80 % des cas mais généralement refusés par le patient ou sa famille. Les facteurs permettant l'amélioration de la compliance au suivi devront être d'emblée envisagés. Ils seront abordés dans un chapitre ultérieur.

Recommandations

Nous recommandons l'hospitalisation si la crise suicidaire est d'urgence élevée (voir chap. III). Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas.

Elle aura pour but :

- la protection du sujet ;

- l'établissement d'une relation de confiance avec le patient ;
- de se centrer sur sa souffrance en facilitant sa mise en mots, en ayant le souci constant de définir et favoriser les soins ultérieurs, en suivant les recommandations qui seront faites dans le chapitre concernant le suivi.

En cas de refus d'hospitalisation et si la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi de 1990.

L'HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers) ou l'HO (hospitalisation d'office) sont des mesures d'assistance, dont le patient doit être informé sans délai.

Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et notre impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe), et l'aspect transitoire de cette hospitalisation. En d'autres termes, il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue.

Un sujet suicidaire au comportement particulièrement instable peut consentir dans un premier temps à l'hospitalisation puis, en raison de ses troubles, se rétracter dès son arrivée à l'hôpital et sortir. L'examen réalisé aux urgences de l'hôpital sert notamment à apprécier ce risque, par une observation comportementale et psychique attentive, à la lecture des antécédents et du contexte actuel.

9 - Situations particulières

La personne âgée

Constatations

À partir de 65 ans, le taux de suicides augmente régulièrement avec l'avancée en âge et c'est dans la tranche des plus de 85 ans que le taux de suicides est le plus élevé. Si les pays austro-hongrois n'étaient pas là, la France aurait le taux de suicides le plus élevé chez les personnes âgées.

Chez les personnes âgées, la crise suicidaire est souvent peu apparente et elle est difficile à reconnaître. Ces personnes ne montrent pas leur détresse de façon bruyante ou par une tentative de suicide. Parfois même, elles peuvent s'en défendre en gardant un pseudo-investissement de la vie future. Des signes comme le repli sur soi, les attitudes de désinvestissement, le refus de s'alimenter ou le refus de soin doivent faire évoquer la possibilité d'une crise suicidaire. La détermination à se donner la mort augmente avec l'âge : plus la personne est âgée, plus la méthode utilisée laisse peu de chances à l'intéressé d'éviter la mort.

Facteurs de risque spécifiques :

- un âge supérieur à 75 ans ;
- le sexe masculin ;
- la perte du conjoint et le veuvage (le veuvage chez les hommes augmente le taux de tentatives de suicide par 3) ;
- les maladies somatiques, notamment celles sources de handicap ou de douleur ;
- la proximité d'une échéance ;
- les changements d'environnement, comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital ;

- la perte des rôles : sens de la vie, famille et lieu de vie. Le facteur de risque est plus l'absence d'intégration familiale et sociale que le fait de " vivre seul " ;
- les conflits interpersonnels et la maltraitance ;
- la dépression est quasiment constante même si ses manifestations ne sont pas toujours typiques.

Recommandations

Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la crise suicidaire et du suicide dans le grand âge.

Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la dépression, sa reconnaissance et sa prise en charge chez le sujet âgé.

Améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression en médecine générale, en psychiatrie, en hospitalisation et en institution gériatrique, en proposant aux médecins concernés le large recours à des questionnaires simples et utilisables par tout médecin, comme le MINI-GDS. Encourager le traitement de la dépression chez le sujet âgé.

Encourager la réalisation d'études d'intervention visant à évaluer l'efficacité du dépistage de la dépression et de son traitement chez le sujet âgé.

Devant une crise suicidaire, mettre à l'écart les moyens d'une méthode de suicide par mort violente.

Les addictions (Alcool - Toxiques)

Constatations

L'abus d'alcool ou la dépendance multiplient par 8 le risque de crise suicidaire. Les experts démontrent que très peu d'études validées existent sur une prise en charge spécifique de cette population à haut risque.

Il s'en dégage que :

- le traitement centré sur le problème alcool et/ou toxicomanie est préalable à toute autre forme de prise en charge ;
- le travail en réseau est d'autant plus nécessaire chez ces patients.

Recommandations

Le jury recommande :

- une meilleure formation à la suicidologie pour les intervenants dans les centres spécialisés d'alcoologie et de toxicologie ;
- une meilleure communication entre les centres et les autres intervenants.

V - Faut-il un suivi après la crise et sur quelle durée l'envisager ?

Constatations

Les études de suivi concernant la crise suicidaire définie par le jury sont peu nombreuses, dans la littérature.

Les études publiées sont centrées sur l'analyse du suivi de groupes de patients à haut risque de suicide (suicidants, dépression par exemple) plus que sur les patients en crise suicidaire.

Les expériences rapportées par certains experts traitent plutôt des modalités de suivi de crise en général et non spécifiquement des crises suicidaires.

En confrontant les résultats de ces deux types d'études le jury retient les constatations suivantes.

Pour les patients en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide

Ils sont plus fréquemment hospitalisés, ou vus en consultation, et consomment un plus grand nombre de médicaments.

80 % des patients ont consulté un médecin généraliste ou un psychiatre peu avant leur passage à l'acte.

L'évaluation du suivi à moyen terme montre un risque majeur de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte (10 à 20 % des patients des cohortes étudiées, un taux de suicide de 1 % à un an et un risque accru de décès toutes causes confondues).

Ce risque est encore majoré pour les suicidants qui présentent des facteurs de risque primaires (précisés dans chap. III).

La faible compliance des suicidants au suivi proposé par les équipes qui ont effectué les enquêtes, en particulier après le passage aux urgences ou l'hospitalisation de courte durée (selon les études, 10 à 50 % de personnes suivent l'orientation proposée).

Certaines études montrent l'augmentation de la compliance des patients suicidants lorsque les équipes ont mis en œuvre une relance systématique (téléphone ou courrier) voire lorsqu'un suivi à domicile est proposé aux patients qui ne se présentent pas spontanément aux rendez-vous proposés après la crise.

Les patients suivis à moyen terme présentent des facteurs de risque plus nombreux et plus marqués que ceux qui abandonnent le suivi ou qui sont perdus de vue et le taux de récurrences est élevé dans ce groupe.

Plusieurs remarques ou biais méthodologiques doivent être signalés.

Les études sont menées presque exclusivement par les équipes psychiatriques ou d'urgence et le dispositif de suivi n'est pas observé dans son ensemble et sa diversité potentielle (participation des autres intervenants dans le suivi proposé).

Le nombre important de perdus de vue qui découle en partie du biais méthodologique précité d'où une probable sous-estimation du nombre de récurrences et de décès.

Le risque de confusion dans les études entre perdu de vue et absence réelle de suivi quel qu'il soit.

Le peu de précision sur la nature des traitements proposés : cadre institutionnel, consultations, traitements médicamenteux, psychothérapie.

La difficulté à mettre en évidence d'un point de vue épidémiologique, les effets positifs des soins sur le risque de suicide car les patients les plus enclins à suivre l'orientation proposée sont aussi les plus à risque de récurrence ou de suicide.

Les études portant sur certaines pathologies psychiatriques à haut risque suicidaire :

dépression et schizophrénie notamment montrent un lien entre survenue d'une tentative de suicide et diminution récente de l'intensité du traitement (diminution des posologies, espacement des

consultations). Ces résultats montrent l'importance du suivi de la prise en charge à long terme de ces patients du fait de leur vulnérabilité à la survenue de crises suicidaires répétées.

Pour les études concernant les patients en crise (suicidaire ou non)

Il apparaît que la prise en compte du contexte familial par les équipes psychiatriques (avec pour certains la mise en place dans l'institution hospitalière de prise en charge familiale brève d'emblée, pour d'autres mobilisation des équipes orientant l'observation et le traitement de la crise au sein de la famille ou dans le milieu de vie du sujet) favorise une bonne acceptation des soins spécialisés par le patient et son entourage.

Ce type de modalité contribue à dédramatiser le recours à la psychiatrie, crainte largement observée dans la population et facteur de résistance agissant parfois aussi dans les autres contextes de traitement de la crise (urgences, médecins généralistes, etc.).

Ces études ont montré l'incidence des ces modalités sur le taux de réhospitalisations (diminution à 1 an), résultat qui peut être considéré comme un indicateur d'amélioration de l'état de santé à plus long terme.

Recommandations

Les modalités de suivi proposées (choix du type de suivi plus ou moins spécialisé et choix de la durée) seront adaptées en fonction du stade évolutif de la crise au moment de la prise en charge, du contexte dans lequel elle s'inscrit et des professionnels ou intervenants sollicités.

Dans tous les cas le jury recommande **d'envisager et d'organiser la continuité des soins dès le début** de la prise en charge de la crise.

Cela implique avant l'orientation :

- **d'évaluer les recours à disposition** et les **différents intervenants** impliqués : le patient est-il déjà suivi, comment et par qui ?

- **de favoriser l'établissement d'un lien** entre ces intervenants et le patient et son entourage pour augmenter **la compliance** aux soins proposés : prise de contact, compte rendu rapide, prise du rendez-vous par les intervenants, accompagnement du sujet dans sa démarche par la famille ou l'intervenant (infirmière scolaire, éducateur...).

Il est également recommandé que :

- le suivi soit assuré par une personne déjà impliquée dans la prise en charge ou connue du patient (médecin traitant) ;

- s'il s'agit d'une première prise en charge : l'orientation devra être personnalisée (nom du thérapeute plutôt qu'adresse de structure) ;

- le rendez-vous doit être obtenu rapidement après le traitement de la crise.

Pour les sujets qui présentent des facteurs de risque primaires ou un cumul de plusieurs facteurs de risque (troubles psychiatriques patents, suicidants, et addictions) :

- **un suivi spécialisé**, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire.

Cette orientation aura pour but, après la période de crise, **d'initier, de modifier ou de poursuivre, ou bien encore de reprendre** le traitement de la pathologie sous-jacente.

Pour un premier contact indiqué en psychiatrie, le rôle du praticien ou de l'équipe intervenant au moment de la crise suicidaire est primordial et consiste à favoriser l'alliance thérapeutique sur **le long terme**, à informer le sujet et son entourage sur le choix de l'orientation et à préparer le relais avec les intervenants futurs pour éviter une rupture de la continuité des soins.

Pour les sujets qui présentent une crise suicidaire sans facteur de risque primaire

Le choix des modalités de suivi plus ou moins spécialisé devra être adapté en fonction de la situation clinique et des conséquences potentielles de la crise (facteurs de risque secondaires et tertiaires).

Le suivi ne sera pas **systématiquement médicalisé** mais **doit également s'inscrire dans le réseau** déjà sollicité.

Le jury s'accorde à recommander une attention et une mobilisation soutenues **durant l'année qui suit le début de la crise** , en particulier lorsque les difficultés repérées lors de la crise ne sont pas résolues à l'issue de celle-ci..

Ce suivi aura également pour but de permettre un recours facile et rapide à des soins plus intensifs ou spécialisés, si la situation redevient critique ou que d'autres troubles psychopathologiques apparaissent.

Le jury recommande de développer des études permettant des mesures de l'impact du suivi des crises suicidaires :

- en tenant compte de la définition retenue ;

- en précisant mieux les modalités de soins ou de suivi proposées ;

- en explorant l'ensemble du réseau socio-sanitaire intégrant notamment soins ambulatoires et structures hospitalières en y inscrivant l'évaluation faite par le patient lui-même et son entourage.