

## Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ?

F. STEPHAN<sup>1</sup>, M. LE GALUDEC<sup>2</sup>, M. WALTER<sup>3</sup>

### Points essentiels

- En 2002, 195 000 tentatives de suicide ont été prises en charge par le système de soins et 162 000 sont passées par les urgences.
- Selon qu'elles aboutissent ou non au décès, les conduites suicidaires se distinguent en suicides (suicidés) et en tentatives de suicide (suicidants).
- La démarche diagnostique s'attache d'abord à reconnaître le geste suicidaire qui n'est pas toujours évident.
- Poser la question de l'existence d'idées de suicide ou d'un projet suicidaire chez une personne souffrant d'une dépression n'augmente pas le risque suicidaire mais permet au contraire une meilleure évaluation.
- La prise en charge des suicidants aux urgences médicales doit être systématique.
- L'évaluation aux urgences est triple : somatique, psychologique et sociale.
- L'objectif principal de la prévention tertiaire est d'éviter la récurrence suicidaire à court ou moyen terme.
- Les critères d'hospitalisation d'un suicidant en psychiatrie reposent sur la présence de facteurs de risque, un niveau d'urgence et de danger élevé,

1. Praticien Hospitalier contractuel, service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, Hôpital de Bohars, CHU Brest, 29820 Bohars. E-mail : [florian.stephan@chu-brest.fr](mailto:florian.stephan@chu-brest.fr)

2. Chef de Clinique Assistant, service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, Hôpital de Bohars, CHU Brest, 29820 Bohars. E-mail : [mickael.legaludec@chu-brest.fr](mailto:mickael.legaludec@chu-brest.fr)

3. PU-PH, Chef de service, service hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte, Hôpital de Bohars, CHU Brest, 29820 Bohars. E-mail : [michel.walter@chu-brest.fr](mailto:michel.walter@chu-brest.fr)

l'absence de facteur de protection et l'appartenance à un groupe d'âge à risque.

- Le lieu d'hospitalisation en milieu psychiatrique n'est pas univoque : service de psychiatrie traditionnel, centre d'accueil et de crise, unités d'hospitalisation dédiées.

## 1. Introduction

Le système de soins français a pris en charge en 2002 environ 195 000 tentatives de suicide. L'enquête réalisée par la DRESS met en évidence que 162 000 tentatives de suicide (soit 83 % des tentatives prises en charge annuellement) sont admises dans les services d'urgences (1).

En situation d'urgence, la conduite à tenir relève plus de la prévention secondaire et de la prévention tertiaire que de la prévention primaire. La prévention primaire concerne en effet des sujets ne présentant pas actuellement de risque suicidaire mais des facteurs de risque (pertes relationnelles, familiales, affectives, crises psychiques...). Ces situations nécessitent plus une intervention psychosociale précoce qu'une hospitalisation immédiate. La prévention secondaire vise à stopper le processus suicidaire engagé dans sa phase active (suicidaires) et la prévention tertiaire s'attache à éviter la récurrence suicidaire chez des sujets qui sont passés à l'acte (suicidants).

Une démarche clinique et diagnostique rigoureuse doit permettre d'identifier au mieux le geste, d'en cerner le diagnostic contextuel (sous forme de facteurs de risque) et le potentiel de récurrence suicidaire (les facteurs d'urgence et de danger), afin de rendre possible l'action thérapeutique et donc la prévention d'un nouveau passage à l'acte. L'hospitalisation en psychiatrie fait partie de ces mesures préventives.

## 2. Devenir des suicidants aux urgences : données actuelles

À la suite d'un geste suicidaire, la sortie du patient sans admission en hospitalisation est prononcée une fois sur quatre. L'orientation du suicidant en service de psychiatrie est réalisée une fois sur quatre également, et la personne est hospitalisée en service de soins somatiques une fois sur deux. À l'issue de cette dernière orientation, le suicidant peut être orienté vers les services de psychiatrie qui reçoivent donc près de 40 % des suicidants transitant par les services d'urgences, et près de 33 % des suicidants pris en charge annuellement par les services de soins (1).

La majorité des gestes suicidaires identifiés et nécessitant une prise en charge convergent vers les services d'urgences pour évaluation mais de nombreux gestes, notamment chez les sujets jeunes, ne donnent encore pas lieu à une orientation hospitalière et ne sont pas parfois déclarés aux proches. Ceci peut expliquer en

partie la fréquence des répétitions des gestes qui représentent environ un suicidant sur deux aux urgences. Malgré la généralisation de la présence d'équipes psychiatriques aux urgences, 10 à 20 % des suicidants ne sont pas hospitalisés, même brièvement au décours de leur geste, et le relais de soins ne peut donc être mis en place de façon adaptée.

### 3. Diagnostic positif : reconnaître le geste suicidaire

Le diagnostic de geste suicidaire nécessite de la part du médecin d'en cerner le caractère et d'en identifier certaines caractéristiques.

#### 3.1. Le caractère suicidaire du geste n'est pas toujours évident car il peut être masqué

- **au niveau de l'intentionnalité** par le désir de fuir une situation insupportable, souvent verbalisé sous la forme d'un désir de dormir (« je voulais ne plus penser... »), par le désir d'interpeller l'autre, seul moyen d'attirer son attention sur sa propre souffrance devenue intolérable (« Mon mari ne voit plus que je souffre... »), ou encore par celui de faire du mal à l'autre ;
- **au niveau du geste** lui-même par des conduites à risque notamment chez les adolescents et les jeunes adultes (alcoolisations massives et répétées, conduites toxicomaniaques, conduites sexuelles à risque, conduite à grande vitesse...) d'autant plus préoccupantes qu'elles apparaissent être l'unique moyen pour le sujet de connaître et de faire reconnaître par les autres sa propre valeur ; par des syndromes de désinvestissement de la personne âgée (syndrome de glissement, refus de s'alimenter et de s'hydrater, rejet des traitements médicamenteux...) ; par des automutilations présentées comme un accident ou une prise médicamenteuse excessive chez un sujet âgé passant pour une erreur ou un accident vasculaire cérébral (2).

#### 3.2. Les caractéristiques du geste suicidaire permettent souvent une orientation en faveur

- d'un trouble de la personnalité de type psychopathique ou état limite avec un geste impulsif ;
- d'une pathologie psychotique schizophrénique (caractère immotivé et bizarre du geste) ;
- d'une pathologie dépressive d'allure mélancolique (froide détermination) (2).

### 4. Diagnostic étiologique : analyser le contexte du geste suicidaire

Il s'agit d'établir le diagnostic non pas nosographique mais contextuel du geste suicidaire en s'appuyant sur des **facteurs de risque** psychopathologiques, biographiques et situationnels.

## 4.1. Facteurs psychopathologiques

Le risque de récurrence est nettement augmenté en cas de troubles psychiatriques.

**Les épisodes dépressifs majeurs** sont un risque d'autant plus important que :

- la sémiologie dépressive comporte la présence d'une agitation anxieuse, d'un repli sur soi, d'une anhédonie, d'un sentiment de désespoir ;
- le tableau est celui d'une dépression mélancolique, surtout s'il existe des idées d'autoaccusations délirantes ou dans les formes anxieuses ;
- la comorbidité associe anxiété et/ou conduites addictives et les conditions de vie sont dominées par l'isolement.

**Parmi les troubles psychotiques**, le risque suicidaire est toujours présent dans la schizophrénie (10 % à 20 % de décès par suicide), soit à la phase initiale de la maladie, soit à la phase d'état (prise de conscience de la maladie ou rechute), soit lors d'une phase dépressive (dépression postpsychotique). Dans les délires non schizophréniques, les conduites suicidaires sont moins fréquentes.

**Dans les conduites addictives**, il paraît utile de distinguer les équivalents suicidaires (overdoses toxicomaniaques ou conduites d'alcoolisations massives aboutissant au coma éthylique) et les tentatives de suicides. Ces dernières surviennent électivement lors d'un état confusionnel par absorption massive ou à l'occasion d'une dépression, et/ou d'une crise aiguë d'angoisse liées au sevrage. Enfin, la comorbidité alcoolique augmente le risque dans les autres troubles psychiatriques, essentiellement par effet désinhibiteur.

**Dans les troubles de la personnalité**, deux types sont particulièrement impliqués : la personnalité antisociale (impulsivité, intolérance à la frustration, conduites addictives) et les états limites (angoisses d'abandon, effondrements dépressifs, conduites addictives).

**Parmi les troubles anxio-névrotiques**, le risque est rare dans les troubles obsessionnels, peu élevé dans les troubles phobiques sauf lors de raptus anxieux. Le risque est plus élevé dans le trouble panique, surtout en cas de comorbidité dépressive ou alcoolique. La névrose hystérique est le trouble névrotique entraînant le risque suicidaire le plus élevé : les tentatives de suicide sont fréquentes, caractérisées par leur hyperexpressivité, leur caractère récidivant, leur fonction de revendication affective.

## 4.2. Facteurs de risque biographiques

Ils sont bien identifiés.

**Les antécédents de tentative de suicide (TS)** : 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les 10 ans (1 % par an). Par ailleurs, les antécédents familiaux de décès par suicide sont également un facteur de risque.

**Le statut familial et socioprofessionnel** : l'isolement affectif expose plus les veufs, les célibataires, les divorcés ou les séparés ; les situations de désinsertion ou de fragilisation socioprofessionnelle (chômage, emploi précaire, retraite récente) augmentent encore le risque.

**Certaines pathologies somatiques** : les affections chroniques favorisent le risque suicidaire, d'autant plus qu'elles sont hyperalgiques, fonctionnellement handicapantes ou réputées incurables.

### 4.3. Facteurs situationnels ou psychosociaux

Des événements de la vie peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire. Leur diversité rend leur recensement exhaustif impossible, mais ils sont généralement de l'ordre de la perte ou du conflit :

- rupture affective sentimentale ou conjugale, veuvage ;
- perte de la santé lors de la survenue d'une pathologie grave ;
- perte des repères habituels du sujet liée à des changements importants au niveau socioprofessionnel (retraite, mutation, conflit...), social (déménagement...), familial (départ des enfants...) ou même financier (3).

### 4.4. Facteurs liés à l'âge

#### 4.4.1. La personne âgée

Le taux de suicide et la détermination à se donner la mort augmentent avec l'avance en âge à partir de 65 ans. Souvent, chez les personnes âgées, la crise suicidaire est « moins » parlante et est plus difficile à reconnaître. Des facteurs de risque spécifiques existent : âge supérieur à 75 ans, sexe masculin, perte du conjoint, troubles somatiques, changements d'environnement, isolement, perte d'un statut familial, maltraitance, conflits et dépression (4).

#### 4.4.2. Les adolescents

Une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais à considérer comme un acte anodin à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année qui suit le geste et 1 à 2 % décèdent par suicide dans ce délai. Dans 20 à 30 %, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente chez les adolescents suicidants (4). La majorité des jeunes évoquent un fait précis comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école, une rupture ou une dispute.

## 5. Conduite à tenir devant un suicidant aux urgences

### 5.1. Éliminer un risque vital

En situation d'urgence, il convient d'éliminer en premier lieu un risque vital éventuel et de prendre les mesures thérapeutiques indispensables. Une fois que le

pronostic vital n'est plus engagé et que le geste suicidaire est reconnu comme tel, une orientation vers les soins psychiatriques peut être envisagée.

## 5.2. Objectifs de l'entretien psychiatrique

L'évaluation psychiatrique se base essentiellement sur un entretien clinique. Cet entretien nécessite que le patient soit cognitivement fonctionnel. Or, bien souvent, la consommation de toxiques (comme l'alcool) ou de médicaments (comme les benzodiazépines) concerne les suicidants et peut engendrer des troubles du comportement ou des troubles mnésiques pouvant entraver la qualité de l'entretien. Il est important de se donner un temps suffisant pour une évaluation psychique fine. Cette relation au temps est parfois difficilement compatible avec le temps des urgences médicales ou chirurgicales. Mais que faire d'informations dévoilées par un sujet n'ayant pas toute sa conscience ? En situation d'urgence, l'entretien psychiatrique comprend généralement trois temps :

- l'établissement d'un lien de confiance ;
- l'évaluation du potentiel de récurrence suicidaire ;
- et la décision d'orientation.

### 5.2.1. L'établissement d'un lien de confiance

L'entretien est thérapeutique en lui-même. Il s'agit d'établir une relation de confiance qui permettra au patient de mettre des mots sur ses affects et sa souffrance. Il est important de nommer l'acte suicidaire sans pour autant le juger. Ainsi, le soignant indique au patient qu'il ne redoute pas d'aborder la question du suicide et lui permet de livrer son vécu psychique. La verbalisation de l'acte suicidaire sert aussi à retracer les événements et mettre en sens ce qui avait été jusque-là agi.

### 5.2.2. L'évaluation du potentiel de récurrence suicidaire

Plusieurs outils peuvent être utilisés :

- la triple évaluation du risque, de l'urgence et du danger (selon Seguin et Terra) (4). Les facteurs de risque sont psychopathologiques, biographiques et psychosociaux (cf. diagnostic étiologique) ; les facteurs d'urgence comprennent le niveau de souffrance, le niveau d'impulsivité, la présence d'un facteur précipitant, la qualité du soutien de l'entourage et surtout le degré d'intentionnalité suicidaire ; le niveau d'urgence sera alors côté faible, moyen ou élevé ; les facteurs de danger recouvrent l'accessibilité et la létalité du moyen employé ;
- l'échelle de Beck mesure l'intentionnalité suicidaire en se basant sur les circonstances objectives du geste et sur les propos rapportés par le patient (tableau 1) (5) ;
- l'évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES) prônée par Shea (tableau 2) (6).

**Tableau 1 – Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (1974) (5)**

Circonstances objectives de la TS	Propos rapportés par le patient
<p><b>1. Isolement</b> : une personne était-elle, ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?</p> <p><b>2. Gestion du temps</b> : la tentative de suicide a-t-elle été planifiée de telle sorte que le patient ne puisse pas être découvert ?</p> <p><b>3. Précautions prises pour ne pas être découvert</b> : par exemple, tentative de suicide dans une pièce fermée à clé.</p> <p><b>4. Dissimulation de la tentative de suicide aux personnes présentes</b> : le sujet a-t-il évoqué sa tentative lorsqu'il a été sollicité ?</p> <p><b>5. Actes réalisés en prévision de la mort</b> : par exemple changements de projets, cadeaux inhabituels.</p> <p><b>6. Préparation de la tentative de suicide</b> : un scénario suicidaire a-t-il été réalisé ?</p> <p><b>7. Intention écrite de tentative de suicide</b> : le patient a-t-il laissé des messages écrits au préalable ?</p> <p><b>8. Communication verbale de l'intention suicidaire</b> : le patient en a-t-il parlé ouvertement au préalable ?</p> <p><b>9. But de la tentative</b> : y avait-il une intention de disparaître ?</p>	<p><b>10. Attentes par rapport à la létalité du geste</b> : le patient pensait-il qu'il allait mourir ?</p> <p><b>11. Appréciation de la létalité de la méthode employée</b> : le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que celui qu'il croyait être ?</p> <p><b>12. Gravité perçue du geste suicidaire</b> : le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?</p> <p><b>13. Attitude ambivalente par rapport à la vie</b> : le patient souhaitait-il réellement mourir ? Ou seulement fuir, ne plus penser ?</p> <p><b>14. Perception de l'irréversibilité de l'acte</b> : le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?</p> <p><b>15. Degré de préméditation</b> : le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexions à son sujet ?</p> <p><b>16. Réaction à l'issue de la prise en charge</b> : le patient regrette-t-il d'être en vie ?</p> <p><b>17. Représentation de la mort</b> : est-elle représentée de façon positive ?</p> <p><b>18. Nombre de tentatives de suicides antérieures</b> : y a-t-il eu dans le passé plusieurs tentatives ? Ont-elles été rapprochées ?</p>

**Tableau 2 – Évaluation chronologique des événements suicidaires (Shea, 2008) (6)**

Événement suicidaires actuels	Réponses et commentaires
<i>Méthode utilisée</i>	
<p><i>Sévérité du geste</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si médicaments, nature du produit et nombre de comprimés.</li> <li>- si coupure, gravité et nombre de points.</li> <li>- quelle que soit la méthode utilisée, et sans a priori médical, le geste était-il considéré comme potentiellement létal par le patient ?</li> </ul>	
<p><i>Intentionnalité suicidaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le patient avait-il l'intention de mourir ?</li> <li>- a-t-il averti quelqu'un de sa tentative ?</li> <li>- en a-t-il parlé avant de faire l'acte ?</li> <li>- était-il isolé ou pouvait-on facilement le retrouver ?</li> <li>- avait-il rédigé auparavant un testament ou une lettre d'adieu, ou dit au revoir aux êtres chers ?</li> </ul>	
<p><i>Sentiments et émotions du patient en lien avec le fait d'être en vie</i></p> <p>« Que pensez-vous du fait d'être toujours vivant ? »</p>	

**Tableau 2 – Évaluation chronologique des événements suicidaires (Shea, 2008) (6)**

Événement suicidaires actuels	Réponses et commentaires
<i>Planification du geste</i> <i>Le geste était-il préparé plus ou moins minutieusement ou a-t-il été réalisé de façon impulsive ?</i>	
<i>Association avec alcool ou drogues</i>	
<i>Facteurs interpersonnels :</i> - sentiment d'échec - sentiment d'avoir été trahi, abandonné - sentiment d'avoir été humilié - colère vis-à-vis d'autrui	
<i>Facteur de stress spécifique</i> - séparation affective (rupture, divorce, etc.) - décès d'un être cher - perte d'emploi, etc.	
<i>Profondeur du désespoir au moment de la tentative de suicide</i>	
<i>Gestion de la tentative de suicide</i> - pourquoi a-t-elle échouée ? - comment le patient a-t-il été retrouvé ? - comment les secours ont-ils été appelés ?	
Événements suicidaires récents (2 mois)	Réponses et commentaires
<i>Idées suicidaires</i>	
<i>Scénario suicidaire</i>	
<i>Tentatives de suicide</i>	
<i>Facteurs de protection</i>	
Événements suicidaires passés	Réponses et commentaires
<i>Nombre de tentatives de suicide</i>	
État suicidaire immédiat	Réponses et commentaires
<i>Absence d'idées suicidaires</i>	
<i>Persistance d'idées suicidaires</i> - idéation suicidaire fluctuante - idéation suicidaire maintenue à distance - idéation suicidaire continue	
<i>Présence d'un scénario suicidaire</i> - présent et différé - présent et programmé prochainement - présent et immédiat	



**Tableau 2** – Évaluation chronologique des événements suicidaires (Shea, 2008) (6)

État suicidaire immédiat	Réponses et commentaires
<i>Rencontre avec l'entourage</i> Mentionner la personne de confiance	
<i>Contrat de soins à détailler</i>	
<i>Contrat de non-suicide</i>	

Cette évaluation doit s'effectuer dès que la vigilance le permet. Elle s'attache en particulier à rechercher des éléments faisant craindre une récurrence à court terme : niveau d'urgence élevé, présence de certains items de l'échelle de Beck ou de Shea.

### 5.2.3. La décision d'orientation : les propositions de soins

Deux grands types de projets de soins sont envisagés en fonction du niveau d'urgence :

- lorsqu'il est élevé, l'hospitalisation en psychiatrie est le plus souvent de mise, généralement contractualisée, mais parfois aussi contrainte ; les structures d'accueil sont soit traditionnelles, soit dédiées ;
- en cas d'urgence moyenne ou faible, la proposition de soins privilégie un suivi ambulatoire ; dans ce cadre, les programmes spécifiques (7) et les programmes de veille (8) se sont révélés les plus efficaces.

## 5.3. Hospitalisation en psychiatrie des suicidants

### 5.3.1. Critères d'hospitalisation

Au-delà de la phase hospitalière d'urgence qui préconise que tout suicidant – *a fortiori s'il est adolescent* – doit être adressé aux urgences générales d'un établissement de soins en vue d'une triple évaluation somatique, psychologique et sociale (9), la place de l'hospitalisation en psychiatrie dans la trajectoire de soins du patient suicidant est une question largement débattue. En effet, il n'a jamais été formellement prouvé que, comparé au retour à domicile avec suivi ambulatoire correctement conduit, une hospitalisation en psychiatrie ou à l'hôpital général diminue le risque de récurrence suicidaire à un an (10). Toutefois, les recommandations de l'APA en 2004 (11) et de la plupart des experts européens et français (12-15) indiquent que certaines situations imposent pour la phase de posturgence une hospitalisation en psychiatrie, y compris sous contrainte, pour protéger le patient d'un nouveau passage à l'acte.

Ainsi, pour l'APA (11), un patient suicidant doit être hospitalisé si :

- il présente un trouble psychotique, surtout en début de maladie ;
- le geste est violent, avec une forte létalité et prémédité ;

- des précautions pour ne pas être découvert ont été prises ;
- un plan suicidaire persiste ;
- le patient regrette d’avoir survécu ;
- il s’agit d’un homme, de plus de 45 ans, sans soutien social ;
- il existe une impulsivité marquée, des troubles du jugement et un refus actif des soins.

Dans les pays européens (12), 5 facteurs permettent de rendre compte de la majorité des hospitalisations des suicidants (Baca Garcia, 2006) :

- prise d’un traitement psychotrope au long court ;
- intentionnalité suicidaire forte au moment du geste ;
- absence de soutien familial ;
- femmes au foyer ;
- antécédents de TS.

En Suisse, Andréoli propose une grille (reprise par Desbien, 2010) composée de 4 axes (15) :

- somatique : gravité somatique du geste ou existence d’une pathologie somatique chronique ou algique ;
- psychiatrique : présence d’une pathologie psychiatrique avérée ou d’un trouble grave de la personnalité ;
- relationnel : isolement social ;
- facteurs de risque de récurrence : présents.

Dans une perspective pragmatique, nous proposons que les critères d’hospitalisation reposent sur la présence de facteurs de risque (trouble psychiatrique avéré, antécédents identiques), l’analyse du niveau d’urgence, l’absence de facteur de protection, l’appartenance à un groupe d’âge à risque.

- Présence de facteurs de risque :
  - patients présentant un geste suicidaire en lien avec une décompensation psychiatrique avérée (épisode dépressif majeur d’intensité sévère, trouble psychotique, trouble grave de la personnalité) ;
  - patients « répéteurs » qui multiplient les passages à l’acte (gestes auto-agressifs, conduites à risque).
- Niveau d’urgence et de danger élevé :
  - sujets exprimant clairement la persistance d’une intention suicidaire, avec présence d’un scénario élaboré et programmation immédiate du geste avec accès au moyen ;
  - geste violent, prémédité, avec une létalité forte chez un sujet impulsif ;
  - sujets ayant pris des précautions pour ne pas être découverts, regrettant d’être en vie (échelle de Beck ; ECES) ;

- sujets incapables de lutter seul contre leurs idées suicidaires et multipliant les demandes directes ou indirectes de prise en charge.
- Absence de facteur de protection :
  - sujets pour lesquels l'entourage sociofamilial proche est absent ou dépassé par sa propre souffrance ;
  - sujets pour qui une séparation d'avec le milieu familial et/ou professionnel est nécessaire ;
  - patients s'opposant à toute proposition de suivi.
- Appartenance à un groupe d'âge à risque :
  - pour les adolescents, l'hospitalisation est la règle, au mieux dans un service dédié ; la durée optimale d'hospitalisation est d'une dizaine de jours ;
  - les personnes âgées suicidantes présentent des facteurs de risque spécifiques : sexe masculin, âge supérieur à 75 ans, veuvage, maladies somatiques invalidantes et douloureuses, changement d'environnement (maison de retraite hospitalisation), dépression masquée,...

### 5.3.2. Lieux d'hospitalisation

Ces lieux ne sont pas univoques et chacun relève d'indications propres : service traditionnel de psychiatrie, centre d'accueil et de crise, unité dédiée.

Les tentatives de suicide survenant chez des patients présentant une pathologie psychiatrique (trouble de l'humeur majeur, trouble psychotique, trouble grave de la personnalité) ou en étant le mode d'entrée doivent être orientées vers l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle.

Dans d'autres cas, lorsque le geste suicidaire est en relation avec une situation de crise, primo-suicidants avec perte de contrôle émotionnel, états anxio-dépressifs réactionnels, une hospitalisation « minimale » pour poursuivre la prise en charge peut s'imposer lorsque l'évaluation au sein des services d'urgence n'est pas réalisable par défaut de temps. La tendance actuelle est d'organiser ces hospitalisations au sein de centres d'accueil et de crise (CAC ou CAP) ou au sein d'unités dédiées aux suicidants ou sujets en crise suicidaire (16). L'objectif de ces unités spécialisées est d'offrir un temps d'évaluation et de gestion de la crise suicidaire en un lieu neutre afin de garantir un travail de crise (appelé interaction/intervention de crise) et de réamorcer le processus psychodynamique de l'adolescence en misant sur les possibilités mobilisatrices du passage à l'acte aussi bien auprès de l'adolescent que de son entourage.

### 5.3.3. En l'absence d'hospitalisation

Lorsque le patient n'est pas hospitalisé, certaines règles sont toujours à respecter : il convient de rencontrer de façon systématique l'entourage du patient et de bien s'assurer de la mise en place d'un suivi structuré, planifié et coordonné en associant, selon les situations cliniques, le médecin généraliste, le psychiatre et le réseau social. Ce suivi permet la surveillance d'un éventuel traitement

chimiothérapeutique et l'instauration d'une relation psychothérapeutique. En plus de la prise en charge habituelle, la mise de place de dispositifs de veille (« rester en lien ») semble prometteuse (remise d'une carte ressource, appels téléphoniques à distance du geste, envoi d'une série de courriers) (8).

## Bibliographie

1. Mouquet M.C., Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. DRESS/Études et résultats 2006 ; 488 : 1-8.
2. Walter M., Kermarrec I. Idées ou conduites suicidaires et conduite à tenir en situation d'urgence. Rev Prat. 1999 ; 49 (15) : 1685-90.
3. Walter M., Genest P. Risque suicidaire de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. Identification et prise en charge. 2<sup>e</sup> partie : Risque suicidaire de l'adulte. Rev Prat. 2006 ; 56 (4) : 425-8.
4. Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 19 et 20 octobre 2000. Paris, John Libbey Eurotext 2001 : 446 p.
5. Beck A.T., Schuyler D., Herman I. Development of suicidal intent scale. In: Beck A, Resnick H, Lettieri D, Eds. The prediction of suicide. Bowie MD, Charles Press Publishers Inc 1974 : 45-55.
6. Shea C. Évaluation du potentiel suicidaire : comment intervenir pour réussir ? Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson 2008 : 302 p.
7. Hardy P. La prévention du suicide : rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Paris, Doin 1997 : 77 p.
8. Vaiva G., Walter M., Jardon V. Rester inquiet : les dispositifs de veille après une tentative de suicide. In : Courtet P, Eds. Suicides et tentatives de suicide. Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2010 : 277-82.
9. ANAES. Recommandations professionnelles : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Nov. 1998.
10. Van Der Sande R., Buskens E., Allart E. et al. Psychosocial interventions following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. Acta Psychiatr Scand 1997 ; 96 : 43-50.
11. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Nov 2003. Available on the website www.psych.org
12. Baca Garcia E., Perez-Rodriguez M.M., Basurte-Villamor I. et al. Using data mining to explore clinical decisions: a study of hospitalization after a suicide attempt. J Clin Psy 2006, 67 (7) : 1124-32.
13. Florea R. Évaluation et prise en charge des suicidants dans les services d'urgences. In : Courtet P, Eds. Suicides et tentatives de suicide. Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2010 : 287-92.
14. Caillard V., Chastang F. Le geste suicidaire. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson 2010 : 193-206.
15. Debien C., Vaiva G. Urgences psychiatriques et problématiques suicidaires : un rendez-vous à ne pas manquer. In : Courtet P, Eds. Suicides et tentatives de suicide. Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2010 : 265-9.
16. Walter M., Vaiva G. Centres de crise et unités pour jeunes suicidants In : Courtet P., Eds. Suicides et tentatives de suicide. Paris, Médecine-Sciences Flammarion 2010 : 274-7.