

# CONDUITE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT ET L'ADULTE

Dr Stéphane Richard-Devantoy, Pr Philippe Duverger, Dr Bénédicte Gohier, Pr Jean-Bernard Garré

Département de psychiatrie et psychologie médicale, CHU Angers, 49033 Angers Cedex, France  
[stricharddevantoy@chu-angers.fr](mailto:stricharddevantoy@chu-angers.fr)

## OBJECTIFS

**IDENTIFIER** et **PRÉVENIR** le risque suicidaire chez l'adolescent et chez l'adulte.

### Définitions

Le suicide est un problème majeur de santé publique, du fait de son importance en termes de mortalité (2,2 % des décès), de son poids socioéconomique ainsi que des conséquences psychologiques au sein de l'entourage sociofamilial. Les conduites suicidaires se situent sur un continuum et regroupent le suicide abouti, les tentatives de suicide, les projets de suicide, les idéations suicidaires et les comportements autodestructeurs, tels que les consommations de toxiques, les sports et les conduites à risque, le jeu pathologique, les pratiques sexuelles à risque, l'automutilation (tableau 1).

L'acte de se suicider est, selon la définition de l'OMS, un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir. Le suicide est un acte suicidaire avec une issue fatale. Le suicide est l'acte de se donner volontairement la mort, le « suicidé » désigne le sujet décédé par suicide.

La tentative de suicide est un acte à l'issue non mortelle qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, est dommageable. Le sujet « suicidant » est un individu qui vient de faire une tentative de suicide. Le sujet « suicidaire » est un individu dont les pensées sont ponctuées ou envahies d'idées suicidaires sans réalisation de passage à l'acte.

### Épidémiologie

#### Fréquence (tableau 2)

Le suicide est un enjeu de santé publique, principalement en raison d'une prévalence élevée et d'une importante mortalité associée. Le suicide est la sixième cause de mortalité dans le

monde chez l'adulte d'âge moyen (25-45 ans). Selon les estimations de l'OMS, près d'un million de personnes sont décédées par suicide au cours de la seule année 2002 ; 20 à 40 fois plus de sujets ont tenté à leur vie. En Europe, la prévalence du suicide est de 430 000 sujets par an, et celle des tentatives de suicide est de 700 000 actes par an.

En France, le suicide reste la première cause de mortalité chez les 25-34 ans, et la deuxième chez les 15-24 ans, après les accidents de la voie publique. On dénombre environ 11 000 décès par an, et environ 160 000 tentatives de suicide. Cela correspond à un taux de suicides de 28,8 pour 100 000 hommes et de 10,4 pour 100 000 femmes (19,3 pour 100 000 personnes, tous sexes confondus).

Il existe une disparité géographique et un gradient de répartition de la mortalité par suicide en France. Le taux de suicides est plus élevé en Bretagne intérieure, puis en Basse-Normandie, Picardie et Pays de la Loire.

TABLEAU 1 Définitions des conduites suicidaires		
Suicide	Geste mortel abouti	<b>Suicidé</b>
Tentative de suicide, (tentative d'autolyse, parasuicide)	Geste non mortel	<b>Suicidant</b>
Projet et idées suicidaires	Pas de passage à l'acte	<b>Suicidaire</b>

TABLEAU 2 Prévalence des tentatives de suicide et des suicides en Europe et en France		
	Suicide	Tentative de suicide
Europe	430 000/an	700 000/an
France	11 000/an	160 000/an

Le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel, associant des facteurs sociaux, biologiques, cognitifs, psychologiques et psychopathologiques.

### Facteurs de risque (tableau 3)

#### 1. Sexe

Les sujets qui se suicident sont plus souvent des hommes (sex-ratio de 3 hommes pour 1 femme), alors que les tentatives de suicide sont 2 fois plus fréquentes chez les femmes.

#### 2. Âge

Les études de répartition des suicides selon l'âge soulignent l'importance de ce phénomène chez le sujet jeune (50 % des suicidés ont entre 20 et 55 ans), mais le risque de suicide augmente au-delà de 65 ans (30 % des suicides) pour concerner 61 sujets de plus de 85 ans pour 100 000. Le suicide chez les jeunes de moins de 25 ans reste faible et stable, autour de 500 à 600 actes par an. La surmortalité masculine varie aussi selon les âges, avec un facteur multiplicatif de 4 chez le jeune, de 2 aux âges moyens et de 6 après 85 ans.

#### 3. Statut socioprofessionnel

Les facteurs favorisant le lien social protègent vis-à-vis du risque suicidaire. Ceux qui le délient ou le menacent augmentent ce risque. Les situations d'isolement relationnel (veuvage, divorces) sont associées à la mortalité suicidaire. Le veuvage chez les hommes multiplierait le taux de tentatives de suicide par 3. La perte d'emploi et l'inactivité professionnelle sont associées au statut de suicidé.

#### 4. Antécédents de tentative de suicide

Les antécédents de tentative de suicide représentent l'élément biographique le plus probant de réitération suicidaire: 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le

TABLEAU 3 Facteurs de risque de suicide	
<b>Âge</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ &lt; 25 ans</li> <li>■ &gt; 75 ans</li> </ul>	<b>Antécédents personnels de tentative de suicide</b>
<b>Sexe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Masculin</li> </ul>	<b>Antécédents familiaux de tentative de suicide et de suicide</b>
<b>Mode de vie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Absence de support social</li> <li>■ Isolement affectif (veuvage, célibat)</li> <li>■ Isolement social (sans emploi...)</li> <li>■ Conflits interpersonnels et familiaux</li> </ul>	<b>Troubles psychiatriques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trouble de l'humeur (dépression, trouble bipolaire)</li> <li>■ Schizophrénie</li> <li>■ Abus ou dépendance à l'alcool</li> <li>■ Trouble de personnalité (personnalité antisociale, émotionnellement labile, histrionique, anxieuse)</li> </ul>

### TABLEAU 4 Risque suicidaire et trouble bipolaire

#### Profil à risque chez un patient souffrant de trouble bipolaire

- Début précoce des troubles (< 19 ans)
- Antécédent d'épisodes dépressifs multiples
- Antécédent familial de trouble de l'humeur
- Antécédent personnel ou familial de tentative de suicide
- Antécédent personnel de virage maniaque médicamenteux
- État mixte
- Trouble bipolaire de type II
- Comorbidités (abus d'alcool)
- Stress psychosocial

premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les 10 ans. Par ailleurs, les antécédents familiaux de décès par suicide sont également un facteur de risque.

#### 5. Pathologies psychiatriques

Parmi les suicidés, 95 % souffraient de troubles mentaux : dépression dans 30 à 70 % des cas, schizophrénie dans 15 à 30 % des cas, mais aussi abus de substances, troubles de la personnalité avec dimension impulsive importante ou, surtout chez le sujet âgé, des pathologies somatiques chroniques, invalidantes ou encore douloureuses.

**Troubles de l'humeur** : Le risque suicidaire sur la vie entière d'un sujet bipolaire est compris entre 25 et 50 %. Au moins un tiers des patients bipolaires font une tentative de suicide et un tiers présente une idéation suicidaire. Le risque suicidaire en population bipolaire est 15 fois plus élevé qu'en population générale.

Le risque suicidaire (tableau 4) chez un sujet souffrant d'un trouble de l'humeur est plus élevé devant un jeune âge, un âge précoce de début du trouble, et au cours de l'année suivant le diagnostic. Le début précoce des troubles (moins de 19 ans) favorise le développement de cycles rapides et l'abus de substances, éléments de sévérité dans l'évolution de la pathologie. Les conduites addictives occupent la première place des comorbidités. L'intoxication éthylique est fréquente. Le taux d'abus de substances est 6 fois plus élevé qu'en population générale. Cette comorbidité, surtout présente chez les hommes de moins de 30 ans, multiplie le risque suicidaire par 2. Le risque suicidaire est plus élevé chez les sujets unipolaires que chez les sujets bipolaires, chez les bipolaires de type II que chez les bipolaires de type I. Les épisodes dépressifs et mixtes sont à risque suicidaire majeur. Les sujets bipolaires ayant des antécédents de tentative de suicide présentent deux fois plus d'épisodes dépressifs et mixtes que les patients bipolaires sans antécédents de tentatives de suicide. Les manies dysphoriques sont plus à risque que les manies pures. Enfin, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre risque suicidaire et présence de symptômes psychotiques lors des épisodes thymiques.

**Troubles psychotiques** : le suicide concerne particulièrement les patients souffrant de schizophrénie. Malgré les progrès thérapeutiques, il représente 9 à 13 % des causes de décès dans cette population.

La majorité des suicides a lieu au cours des premières années d'évolution de la maladie. Les principaux facteurs de risque sont soit spécifiques à la pathologie psychotique et schizophrénique (homme jeune, souffrant d'une forme schizoaffective ou paranoïde d'évolution chronique, présentant des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires), soit généraux (isolement social, altération globale du fonctionnement, dépression et désespoir, conduites addictives).

**Abus de substances** : le risque de suicide chez les alcooliques est multiplié par 6. Le rôle dépressogène de l'alcool est bien documenté, et les ivresses pathologiques dépressives sont fréquentes. L'alcool peut aussi intervenir comme facteur désinhibiteur dans les pathologies psychiatriques ou dans les troubles de personnalité. La dépendance à l'alcool est souvent associée à des difficultés d'insertion socioprofessionnelle (désinsertion, perte d'emploi, difficultés conjugales et relationnelles), créant des impasses existentielles suicidogènes. L'alcool constitue aussi une automédication de diverses situations pathologiques (phobies sociales, états anxieux divers, angoisse psychotique).

**Troubles de la personnalité** : les personnalités narcissiques, *borderline*, antisociale et histrionique, dont les traits communs du fonctionnement psychique sont l'impulsivité, l'intolérance à la frustration sont à risque de passage à l'acte autoagressif. La personnalité *borderline* représente le trouble de la personnalité le plus fréquent en psychiatrie et aussi celui qui est le plus à risque suicidaire.

#### 6. Autres facteurs de risque suicidaire

La maladie somatique, notamment source de handicap ou de douleurs, le fait de se percevoir malade, les changements d'environnement, comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital sont des facteurs de risque de survenue de conduites suicidaires.

## Psychopathologie :

### Syndrome pré-suicidaire

Le point commun des comportements suicidaires est la triade du syndrome pré-suicidaire de Ringel, qui définit l'état d'esprit spécifique qui prélude au passage à l'acte :

- la constriction peut être situationnelle (deuil, catastrophe, impasse existentielle). Elle s'accompagne généralement de constriction « dynamique », avec rigidité des perceptions, appauvrissement des comportements, constriction affective, constriction des valeurs et des relations (dépréciation des relations, rétrécissement du champ social) ;
- l'agressivité inexprimable, pouvant aller jusqu'à la rage impuissante, correspond aux mécanismes décrits par Freud comme pouvant prélude au suicide par retournement de l'agressivité contre soi ;

- les fantasmes suicidaires sont l'exacerbation et la répétition des idées de mort : production répétée de fantasmes de mort, de suicide, voire de scénarios suicidaires diminuant le seuil de déclenchement du passage à l'acte.

Ce syndrome pré-suicidaire n'est pas lié à l'existence d'une pathologie psychiatrique.

### Modèles explicatifs

Plusieurs modèles (génétique, biologique, psychosocial et psychologique) tentent de venir éclairer la pathogenèse du suicide.

#### 1. Modèle génétique

Une attention particulière s'est portée sur l'identification d'une héritabilité du risque de passage à l'acte suicidaire. Les études familiales retrouvent un parent du premier degré présentant ou ayant présenté des conduites suicidaires chez 6 à 11 % des suicidés. Les études de jumeaux ont été déterminantes dans la mise en évidence d'une origine génétique du risque. Chez les jumeaux monozygotes, il existe une concordance significative de 10 à 18 % pour les suicides et tentatives de suicide ; elle est plus importante que pour les jumeaux dizygotes.

Plusieurs gènes candidats ont été proposés. L'intérêt des chercheurs concerne essentiellement les gènes impliqués dans le métabolisme de la sérotonine, en particulier le polymorphisme du gène codant pour le transporteur de la sérotonine.

#### 2. Modèle sérotoninergique

Un système sérotoninergique central défaillant semble caractériser les sujets suicidants : une baisse de la concentration en acide 5-hydroxy-indolacétique et en métabolites de la sérotonine, dans le LCR, une insuffisance des transporteurs de la sérotonine. Cet ensemble de particularités biologiques est stable dans le temps chez un même sujet, permettant de définir un « trait sérotoninergique » commun à l'impulsivité et à la suicidalité.

#### 3. Autres modèles biologiques

La perturbation de systèmes de neurotransmission (dopamine, norépinéphrine, neuropeptide Y), une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire-corticosurrénalien ou encore un bas taux de cholestérol sérique seraient associés à la survenue de comportements suicidaires chez les patients souffrant de schizophrénie.

#### 4. Modèle sociobiologique

Selon ce modèle, il existe une corrélation négative entre les taux de suicides et les capacités d'autoconservation et de reproduction du sujet. Les personnes manifestant des difficultés relationnelles avec le sexe opposé, une mauvaise santé et une faible insertion sociale, telles celles souffrant de schizophrénie, sont particulièrement exposées au risque de suicide.

#### 5. Modèle psychologique

Le suicide marque la limite du fonctionnement de la structure psychopathologique dans la mesure où il traduit une rupture dans son économie, ce qui est le propre de la situation de crise. Ce concept de crise permet de dépasser la discussion entre

geste normal ou geste pathologique. En effet, la crise constitue un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant ou d'un groupe, à la faveur de la convergence de perturbations intrapersonnelles et interindividuelles. Le geste suicidaire s'inscrit dans le déroulement de la crise comme la tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie. Il s'impose donc à lui comme une nécessité, devant l'impossibilité de contenir une angoisse envahissante et destructurante par les mécanismes de défense habituels.

**Modèle cognitiviste :** le processus suicidaire s'établit en plusieurs étapes successives. Les aspects émotifs et affectifs prennent le pas sur les déterminants cognitifs du comportement. Le sujet ne raisonne plus, est dans une impasse cognitive ; il ne s'extrait pas de ce monoïdéisme dont le désespoir est l'épicentre. Le passage à l'acte suicidaire résulte de la substitution complète ou quasi complète du cognitif par l'émotif et l'affectif. Les préoccupations suicidaires sont liées à une conceptualisation de la situation présente comme intolérable et désespérée.

**Modèle psychodynamique :** l'apport psychodynamique à la compréhension du suicide réside essentiellement dans le concept de perte d'objet, de traumatisme ou de significations pour le sujet d'un acte autodestructeur. La perte, réelle ou imaginaire, autrement dit la déception d'un idéal de vie, amoureux, professionnel, amène à un nécessaire renoncement. L'individu doit faire le deuil de l'objet perdu. À côté de cette notion de perte, Freud explore à plusieurs reprises dans son œuvre les significations conscientes et inconscientes du suicide. Pour lui, le suicide a une causalité psychique d'ordre dynamique, soulignant par là la signification inconsciente de l'acte, et l'éventuelle découverte de sens à travers la psychanalyse.

### En fonction de l'âge

Aux confins de la vie et de la mort, préoccupés, tourmentés, bouleversés, le sujet adolescent et le sujet âgé ( $\geq 65$  ans) gravitent autour de la même question, celle de la finitude. Les transformations corporelles ainsi que l'environnement (solitude, précarité) à ces âges prennent ces sujets au dépourvu en leur imposant une adaptation impossible devant laquelle ils ont à renoncer.

#### 1. Adolescence

Le suicide de l'adolescent met tout particulièrement en lumière la place du corps comme médium d'expression de la souffrance. L'adolescence est une période sensible ; des changements psychiques variés et inconscients se jouent. Le corps de l'adolescent se transforme sous l'effet des modifications hormonales de la puberté, et constitue un moyen d'expression privilégiée de la vie psychique.

La période de l'adolescence interroge la place du corps, celle de la mort (fréquent questionnement métaphysique à cet âge de la vie), celle du narcissisme et des pertes. Le passage à l'acte autoagressif est une modalité d'expression du mal-être de l'adolescent, permettant d'apaiser ses angoisses psychiques à travers des scarifications, des conduites ordaliques, des conduites

#### TABEAU 5 Significations des conduites suicidaires chez le sujet âgé

- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| ■ Déclin cognitif               | ■ Désespoir          |
| ■ Perte des aptitudes physiques | ■ Douleurs physiques |

#### TABEAU 6 Recommandations de la prise en charge du suicidant

- |  |   |
|--|---|
| ■ Ne jamais banaliser un geste suicidaire, quel que soit l'âge | ■ Évaluer le potentiel suicidaire             |
| ■ Hospitalisation recommandée                                  | ■ Pluridisciplinarité dans la prise en charge |
| ■ Triple évaluation somatique, psychologique et sociale        | ■ Organiser le suivi ultérieur                |

#### TABEAU 7 Évaluation du potentiel suicidaire

##### Facteurs de risque

- Âge < 25 ans ou > 75 ans
- Sexe masculin
- Isolement socioprofessionnel et affectif
- Antécédents de tentative de suicide personnels
- Antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide
- Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, schizophrénique, addictif, ou de personnalité)

##### Urgence

- Intensité et fréquence des idées suicidaires
- Où, quand, comment le sujet envisage-t-il de se suicider ?

##### Dangerosité

- Accessibilité du moyen
- Létalité du moyen envisagé

à risque, des *binge drinking*... L'agir apparaît ici comme une mise en acte des processus mentaux à défaut de leur élaboration intrapsychique.

Tous les auteurs relèvent l'importance du sentiment de désespoir, mais le lien évident avec la dépression rend difficile l'appréciation du poids spécifique de ce facteur. Les significations de l'acte suicidaire de l'adolescent ont souvent une finalité tout autre que la mort. Il s'agit davantage d'une volonté de changement, voire de quête initiatique.

#### 2. Vieillesse (tableau 5)

La personne âgée se demande ce qu'elle est devenue, ce qu'elle a fait de sa vie. Face à ce regard rétrospectif porté sur son

Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte

**POINTS FORTS À RETENIR**

- ➊ Les conduites suicidaires se situent sur un continuum et regroupent le suicide abouti, les tentatives de suicide, les projets de suicide, les idéations suicidaires et les comportements autodestructeurs, tels que les consommations de toxiques, les sports et les conduites à risque, le jeu pathologique, les pratiques sexuelles à risque, l'automutilation.
- ➋ En France, le suicide reste la première cause de mortalité chez les 25-34 ans, et la deuxième chez les 15-24 ans, après les accidents de la voie publique. On dénombre environ 11 000 décès par an, et 160 000 tentatives de suicide.
- ➌ Le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel, associant des facteurs sociaux, biologiques, cognitifs, psychologiques et psychopathologiques.
- ➍ 95 % des suicidés présenteraient une pathologie mentale (en particulier trouble de l'humeur).
- ➎ Le risque suicidaire est multiplié par 15 chez les sujets souffrant d'une maladie bipolaire par rapport à la population générale.
- ➏ Le modèle de la crise suicidaire permet l'évaluation du potentiel suicidaire, qui repose sur une triade : évaluation des facteurs de risque suicidaire, des facteurs d'urgence de l'imminence du geste (intensité, fréquence, et temporalité, spatialité et modalité du scénario suicidaire), et, enfin, des facteurs de dangerosité comme l'accessibilité et la létalité du moyen envisagé.
- ➐ Selon les recommandations de l'ANAES, tout sujet, adolescent ou âgé, suicidant ou en crise suicidaire, devrait être hospitalisé, de façon optimale, dans une unité dédiée à la crise suicidaire.

passé, elle est confrontée à une série de deuils (déclin cognitif, perte de ses aptitudes physiques antérieures) et de métamorphoses du corps. Le rapport à la dépression est toujours discuté, sous des formes masquées, pseudo-déméntielles, confuso-oniriques, dont la participation vasculaire n'est pas négligeable.

**Prise en charge du suicidant**

L'évaluation du potentiel suicidaire du sujet suicidant ou suicidaire commande prioritairement un temps d'évaluation clinique, psychologique et contextuelle approfondie et oriente la prise en charge hospitalière ou ambulatoire (tableau 6).

**Évaluation du potentiel suicidaire**

Dans le cadre de l'urgence, l'évaluation du potentiel suicidaire est triple. Elle doit nécessairement prendre en compte les facteurs de risque prédisposant au passage à l'acte (troubles psychiatriques et antécédents de tentative de suicide), les facteurs d'urgence témoins de l'imminence du geste (intensité, fréquence, et temporalité, spatialité et modalité du scénario suicidaire) et, enfin, des facteurs de dangerosité comme l'accessibilité et la létalité du moyen envisagé (tableau 7).

**Peut-on évaluer l'urgence à intervenir ?**

À l'issue de cette évaluation, le clinicien détermine un potentiel suicidaire : faible, moyen ou élevé, l'orientant vers le degré d'urgence à intervenir.

**Prise en charge hospitalière****1. Quel que soit l'âge du suicidant**

Selon les recommandations de l'ANAES, tout sujet suicidant ou en crise suicidaire doit être hospitalisé, au minimum trois jours, avec un optimum de sortie de crise suicidaire d'une semaine, de façon optimale dans une unité dédiée à la crise suicidaire (« unité suicidologique »). L'objectif de la prise en charge de la crise suicidaire est triple :

- écarter le risque de récurrence (ne plus être en danger) ;
- permettre au suicidant de retrouver son contrôle émotionnel antérieur (aller mieux) ;
- accompagner le retour à domicile, une fois l'entourage suffisamment apaisé (rassurer).

Ce séjour hospitalier permet de sortir de la crise suicidaire, d'établir un éventuel diagnostic psychiatrique, de guider la prise en charge et de renouer des liens avec l'entourage dans un lieu tiers et suffisamment neutre (famille, voisinage...). La mise en évidence d'un diagnostic psychiatrique avéré, dépression (surtout les formes mélancoliques) ou schizophrénie, impose le transfert dans un service de psychiatrie pour une mise en œuvre de thérapeutiques spécifiques. De même, l'orientation en milieu spécialisé (hôpital psychiatrique) est envisagée devant la gravité du geste suicidaire, l'intensité de la psychopathologie sous-jacente et l'absence d'adhésion aux soins hospitaliers qui peuvent faire envisager une hospitalisation sans consentement.

**2. Chez l'adolescent**

Trois particularités dans la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants ou suicidaires sont à souligner. La rencontre avec les parents chez un mineur est un des éléments pivots de cette sortie de crise. La prescription médicamenteuse (anxiolytique et antidépressive) doit être parcimonieuse. Le clinicien privilégie les approches psychothérapeutiques.

**Prise en charge ambulatoire**

Dans la majorité des cas, une fois la crise suicidaire résolue, des psychothérapies brèves ou plus approfondies (psychanalytiques ou cognitivo-comportementales) peuvent être proposées.



### Place des médicaments psychotropes

En cas de pathologie psychiatrique avérée de l'adulte, il faut optimiser le traitement médicamenteux étiologique :

- antidépresseurs devant une dépression ;
- neuroleptiques ou antipsychotiques devant un état schizo-phrénique ;
- thymorégulateur devant un trouble bipolaire ;
- thymoprophylaxie antidépressive devant un trouble dépressif récurrent.

### Prise en charge de l'entourage

#### 1. Entourage du suicidant

Le geste suicidaire constitue pour l'entourage un traumatisme psychologique. Le sens du message délivré par le geste auto-agressif a pu trouver un écho, faute de quoi le risque de réitération est grand. Il peut être indiqué d'envisager des entretiens familiaux, voire une véritable thérapie familiale. En cas de pathologie psychiatrique (notamment thymique), il faut associer les proches à la psycho-éducation au traitement antidépresseur ou thymorégulateur.

#### 2. Au décours d'un suicide

Un suicide abouti ébranle psychologiquement toute la famille et l'entourage. Les réactions incluent culpabilité, rancœur inexprimable, réaction de stress traumatique ou post-traumatique. Au niveau de l'entourage social ou professionnel, des réactions analogues sont possibles, avec en milieu scolaire ou institutionnel d'éventuels phénomènes d'identification et de contagion. Des dispositifs d'écoute et de soutien peuvent être mis en place. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

#### POUR EN SAVOIR +

- Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ».
- Fédération française de psychiatrie selon la méthodologie de l'ANAES avec le soutien de la Direction générale de la santé, Paris, les 19 et 20 octobre 2000.

## Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

**Vous êtes le psychiatre de garde, vous recevez monsieur C., un homme de 47 ans conduit aux urgences médicales pour une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire.**

**Il souhaite rentrer chez lui. Il n'a pas d'antécédent psychopathologique particulier personnel en dehors d'un alcoolisme quotidien évalué à 40 mg par jour.**

**Sa sœur aînée se serait suicidée par noyade. Avant de passer à l'acte, il a menacé de mort sa femme. Depuis six mois, monsieur C. a multiplié les enquêtes de filature, persuadé que sa femme le trompe avec un autre homme. Il sait que sa femme est infidèle. D'autre part, il prétend connaître l'amant : « un homme qui, un jour est passé devant sa femme. C'était donc l'amant ». Depuis, cet homme attend très souvent le bus devant la maison familiale. L'entretien avec sa femme vous apprend qu'il possède des armes à feu dans le coffre de sa voiture et qu'il a laissé une lettre d'adieux à ses enfants. Elle a remarqué qu'il la suivait, qu'il fouillait dans ses affaires, lisait ses factures et écoutait ses conversations téléphoniques. Par ailleurs, elle décrit un mari comme pouvant avoir un comportement agressif en relation avec son tempérament tyrannique et méfiant. L'examen somatique est normal, mise à part une excitation psychomotrice modérée.**

#### QUESTION N° 1

Comment évaluez-vous le potentiel suicidaire chez ce suicidant ?

#### QUESTION N° 2

Quelle est votre prise en charge aux urgences ?



Retrouvez toutes les réponses et les commentaires sur [www.larevuedupraticien.fr](http://www.larevuedupraticien.fr) onglet [Références Universitaires](#)

OK