

L'utilisation du système de santé avant une tentative de suicide : étude préliminaire dans un service d'urgences psychiatriques

F. de Gregorio^{a,b}, C. Damsa^c, E. Adam^b, J. Reggers^b, N. Marcoz^c, J. Lejeune^a, C. Lazignac^c, M. Anseau^b

^aCentre Hospitalier Régional « La Citadelle », Boulevard du Douzième de Ligne, 14000 Liège, Belgique

^bCentre Hospitalier Universitaire 4000 Liège, Belgique

^cUnité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques, Hôpitaux Universitaires de Genève, 24, rue Micheli-du-Crest, 1211 Genève, Suisse

KEYWORDS: Diagnostic ; Prévention ; Tentative de suicide ; Urgences psychiatriques

ABSTRACT

Objectif. – Le but de ce travail préliminaire est d'étudier l'utilisation du système de soins dans le mois qui a précédé une tentative de suicide (TS), pour les patients ayant consulté durant une année les urgences de deux hôpitaux de Liège, Belgique.

Méthodologie. – Nous avons étudié les liens existant entre le diagnostic (axe I, DSM IV), le type de la TS, et les contacts avec les professionnels de santé durant le mois précédant la TS de 549 patients.

Résultats. – Les troubles de l'adaptation et dépressifs suivis d'intoxications éthyliques sont les diagnostics les plus fréquents. Dans le mois précédant la TS, 80 % des patients avaient eu un contact avec un professionnel de santé (médecin généraliste dans 50 % des cas).

Discussion. – L'adéquation de la prise en charge proposée est discutée en fonction du délai nécessaire pour l'obtention du prochain rendez-vous, tout en soulignant l'importance de l'identification des patients à risque suicidaire.

Introduction

Le nombre croissant de tentatives de suicide (TS) pose, au-delà des questions éthiques, épidémiologiques, cliniques et diagnostiques, un véritable défi pour les cliniciens en terme de prévention [13, 19, 21]. Les urgences psychiatriques ont une place centrale dans la prévention primaire et secondaire des TS, par l'identification et la proposition de soins adéquats aux patients à risque [10, 16].

L'importance de la prévention des TS est illustrée tant par la souffrance exprimée par les patients lors de leur passage à l'acte que par un risque ultérieur accru de suicide réussi [9]. Par conséquent, la question de la prévalence des TS a été abondamment abordée dans la littérature, notamment dans la perspective de l'étude des facteurs de risque des TS : l'âge (40 ans en moyenne), le sexe (féminin), les antécédents personnels et familiaux de TS, le niveau d'études, le contexte socioéconomique et familial (pauvreté, isolement), la consommation de toxiques et la présence d'un trouble psychiatrique [1, 15, 16, 20, 22, 23].

Une façon moins bien abordée dans la littérature pour optimiser la prévention des TS, ainsi que celle des suicides, est d'étudier l'utilisation par les patients des systèmes de soins disponibles avant le passage à l'acte suicidaire. Certaines études montrent qu'environ trois-quarts des patients décédés par suicide ont bénéficié, dans l'année précédant le suicide, d'un contact avec un professionnel de santé dont un tiers était des professionnels de santé mentale [3, 12, 14]. Alors que la majorité des patients ayant fait une TS ont eu un contact avec un professionnel de santé au cours de l'année précédant la TS, 50 % parmi eux ne bénéficiaient d'aucun traitement approprié à leur diagnostic dans le mois précédant la TS [13, 18, 19]. Tenant compte de ces données ainsi que du relatif déséquilibre existant entre le grand nombre d'études préventives ciblant les facteurs de risque de TS par rapport aux études s'intéressant à ce qui a éventuellement dysfonctionné dans les soins proposés avant la TS, nous avons choisi d'étudier cette dernière question pour l'ensemble des patients ayant consulté, durant une année, suite à une TS, les services d'urgences de deux hôpitaux de Liège, Belgique. Notre intérêt a porté spécifiquement sur l'étude des liens existant entre le diagnostic (axe I, DSM-IV, [2]), le type de la TS, les données sociodémographiques, les contacts avec les professionnels de santé et l'éventuelle prise en charge proposée dans le mois précédant la TS. Nous avons également approché les questions de l'accessibilité aux soins et celle de l'adéquation entre l'offre de prise en charge (médicale, sociale, psychologique) et la demande du patient. Ce travail préliminaire se poursuivra par l'étude spécifique de l'influence des diagnostics de troubles de personnalité (axe II du DSM-IV), de l'éventuel changement des habitudes des familles dans le mois précédant la TS et des différences éventuelles existant entre les prises en charge proposées par les deux hôpitaux de Liège (hôpital universitaire versus centre hospitalier régional).

Méthodologie

Cette étude a été réalisée à Liège (Belgique), dans le cadre de deux services d'urgences psychiatriques, situés dans deux hôpitaux généraux qui prennent en charge les urgences relatives à une population d'environ 400 000 habitants. Il s'agit d'une étude épidémiologique, prospective, observationnelle, d'une durée d'une année, qui s'est proposée, au cours d'un entretien structuré dans les 24 heures ayant suivi la tentative de suicide, d'évaluer l'ensemble des patients ayant fait une TS. Nous avons identifié 601 patients ayant fait une TS durant la période de l'étude, ce qui représente environ 7 % de l'ensemble des consultations d'urgences psychiatriques des deux hôpitaux.

Le protocole de cette étude observationnelle a été réalisé en accord avec les chefs de service concernés et la législation en vigueur en Belgique. L'ensemble des patients a reçu une information libre et éclairée de la part de l'investigateur principal (DF) quant au contenu et aux objectifs de l'étude. Sur un total de 601 patients ayant fait une TS durant la période de l'étude, nous avons obtenu le consentement et des données complètes concernant 574 patients (taux de réponse de 95,5 %).

Les données concernaient le recueil du diagnostic principal selon les critères du DSM-IV [2], les antécédents psychiatriques, les données sociodémographiques, le moyen utilisé pour la TS, ainsi que l'existence et le type d'un soutien psychologique éventuel (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, assistant social, SOS suicide, etc.) dans le mois précédant la TS. Le diagnostic DSM-IV a été posé en vérifiant simplement les critères diagnostiques, mais sans utiliser systématiquement le MINI (même si le premier auteur était familiarisé à la passation du MINI [17]). La présence éventuelle d'une intoxication éthylique (alcoolémie supérieure à 0,5 g/l), les traitements pharmacologiques proposés depuis un mois et l'existence d'une maladie somatique invalidante ont été également saisis. Nous avons retenu la définition de la TS proposée par l'Organisation mondiale de la santé : tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne, ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les toxicodépendances sont donc exclues, ainsi que les automutilations répétées et le refus de s'alimenter.

L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au test du χ^2 pour tester l'homogénéité des proportions et à une Anova, en utilisant le logiciel SPSS pour Windows 11.0.0.

Résultats

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont décrites dans le Tableau 1. Nous retenons que parmi les 574 patients ayant fait une TS, 64,6 % sont des femmes (sex-ratio 1,82), alors que leur âge moyen est de 38 ans, sans différence statistiquement significative entre les sexes. Seulement 27,8 % des patients vivent seuls, alors que 59,2 % parmi eux sont sans emploi.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des patients

Nombre et pourcentage des patients		Nombre = 574	100 (%)
Sexe	Femmes	371	64,6
	Hommes	203	35,4
Âge moyen	Femmes	37,9 ans ± 14,7	
	Hommes	38,1 ans ± 14,5	
Situation familiale	Famille	247	43,1
	Couple	143	25
	Seuls	160	27,8
	Autre (institution, communauté)	24	4,1
Situation professionnelle	Patients actifs	234	40,8
	Arrêt de travail pour raisons autres que médicales (chômage, pension...)	238	41,4
	Arrêt de travail pour raisons médicales	102	17,8

Les moyens de TS le plus fréquent sont les ingestions médicamenteuses (78,1 %), suivies des veinosections (8,8 %), des pendaisons (2,8 %), des ingestions de produits toxiques (2,4 %), des intoxications volontaires au CO (1,6 %), des noyades (0,7 %), des accidents de la circulation (0,7 %), de l'utilisation d'armes (0,5 %), et des immolations (0,9 %). L'arrêt du traitement somatique vital et l'hypothermie volontaire ont été utilisés par un seul patient, alors que pour deux autres les moyens utilisés sont restés inconnus.

Les ingestions médicamenteuses volontaires sont majoritairement féminines (68 %), de même que les veinosections (63 %), alors que les hommes ont recours à des moyens plus violents (défenestration, pendaison). Parmi les ingestions médicamenteuses aux psychotropes, les benzodiazépines sont les plus représentées (63 % seules, 82 % en association), suivies des antidépresseurs (12 % seuls, 29 % en association) et des antipsychotiques (5 % seuls, 11 % en association).

Le diagnostic principal (axe I du DSM-IV) le plus fréquemment retrouvé est celui de trouble de l'adaptation (43 %), suivi par les troubles dépressifs (29 %), les dépendances éthyliques (7 %), les troubles psychotiques (6 %), les dépendances à plusieurs substances (5 %) et les troubles anxieux (3 %). Au-delà du diagnostic principal, 42 % des patients présentaient une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l, alors que 35 % ne remplissaient pas les critères diagnostiques d'une dépendance éthylique.

Les femmes sont significativement plus nombreuses à avoir des antécédents de TS ($p < 0,082$), alors qu'environ la moitié des patients (53,2 %) avaient déjà fait au moins une TS. Le nombre moyen des TS préalables est de 3,8 ($\pm 4,5$), dont la dernière tentative a été réalisée dans le mois précédant la TS actuelle pour environ un tiers des patients (30,1 %). Il n'existe pas de différence significative entre les sexes concernant l'existence d'antécédent de TS dans le mois qui a précédé la TS.

Pour un tiers des patients, l'entourage a modifié ses activités habituelles (travail, loisirs, autres) dans le mois précédant la TS, et ce d'autant plus s'il s'agissait de patients souffrant de troubles psychotiques ou de troubles liés à l'utilisation de substances. Concernant ce point, des analyses

statistiques ultérieures permettront de confirmer des différences significatives en fonction du diagnostic, après avoir vérifié auprès des familles les changements rapportés par les patients.

CONTACTS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE MOIS PRÉCÉDANT LA TS

Au cours du mois précédant la TS, 79,3 % des patients ont eu au moins un contact avec un professionnel de santé. Ce contact est le plus souvent établi avec un médecin généraliste (48 %), alors qu'environ 20 % des patients ont consulté un psychiatre, 20 % un service d'urgences, 15 % un psychologue ou un intervenant psychosocial, 11 % un médecin spécialiste non psychiatre, 8 % avaient été hospitalisés en psychiatrie et 6 % hospitalisés dans d'autres services. Excepté les 20,7 % des patients n'ayant eu aucun contact avec un professionnel de santé, 6 % des patients avaient sollicité de l'aide par téléphone (médecin généraliste, psychiatre, urgences, SOS suicide).

Le moment du dernier contact avec un professionnel de santé se situe à 8,9 jours en moyenne avant la TS, mais il varie en fonction du type du dernier contact : dix jours environ après avoir consulté le médecin généraliste ou le psychiatre, sept jours après avoir consulté un service d'urgences et quatre jours après la sortie d'une hospitalisation psychiatrique, ou après avoir eu seulement un contact téléphonique.

PRISES EN CHARGE PROPOSÉES AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT LA TS

Le type de prises en charge proposées aux 435 patients (79,3 %) ayant eu un contact avec un professionnel de santé dans le mois précédant la TS est présenté dans le Tableau 2.

Les patients ayant consulté les urgences sont principalement orientés vers un suivi psychiatrique, soit ambulatoire (45 %) soit hospitalier (26 %). Les médecins psychiatres dirigent principalement les patients vers un suivi ambulatoire (73 %) et les hospitalisent seulement dans 17 % des cas. De façon similaire, les psychologues et les intervenants psychosociaux réfèrent les patients vers des suivis ambulatoires dans 70 % des cas, ou font appel à un médecin en vue d'une hospitalisation psychiatrique dans 17 % des cas. Les médecins généralistes orientent les patients en proportions comparables (environ un quart) soit vers un suivi psychiatrique ambulatoire, soit vers une psychothérapie de soutien par le médecin généraliste, soit ils prescrivent un traitement médicamenteux (essentiellement antidépresseur) sans psychothérapie.

Il est intéressant d'observer que 10 % des patients ne reçoivent aucune proposition de suivi, surtout s'ils consultent un médecin spécialiste non psychiatre ($p < 0,0001$).

Tableau 2 Dernière prise en charge proposée aux 435 (79,3%) patients ayant eu un contact avec un professionnel de santé dans le mois précédant leur TS

Prises en charge proposées	Suivis en fonction du nombre total de contacts (%)	Professionnel de santé consulté dans le mois précédant la TS										Nombre total = 515 contacts
		Urgences		Psychiatre		Psychologue-Intervenant-psychosocial		Médecin généraliste		Spécialiste non psy		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Suivi psy ambulatoire	36,7	90	19,9	90	19,9	67	14,8	218	48	50	11	189
Autre suivi ambulatoire	6,2	40	45	65	73	33	49	46	21	5	9	32
Médecin traitant	11,8	2	2	1	1	14	21	6	3	9	18	61
Hospita- lisa- tion	15,5	23	26	15	17	11	17	26	12	5	10	80
Structure psy non hospitalière	4,5	2	2	1	1	0	0	11	5	9	18	23
Traitement pharmacologique seul	3,5	6	7	3	3	4	6	4	2	1	2	18
Aucun suivi proposé	12,1	1	1	2	2	0	0	55	25	4	8	62
	9,7	12	13	3	3	5	7	15	7	15	30	50

Discussion

L'intérêt de ce travail préliminaire s'inscrit dans la perspective de la prévention secondaire des tentatives de suicide, en ciblant spécifiquement la question relativement peu abordée dans la littérature [13, 18, 19], celle de l'analyse de l'utilisation des soins par les patients ayant consulté un service d'urgences suite à une TS.

Notre choix de cibler spécifiquement l'utilisation du système de soins dans le mois précédant la TS a été suggéré par une étude montrant qu'une majorité des patients ayant fait une TS avaient eu un contact avec un professionnel de santé au cours de l'année précédant la TS, mais la moitié d'entre eux ne bénéficiaient d'aucun traitement dans le mois précédant leur TS [19]. De plus, nous avons l'impression d'avoir une anamnèse et une hétéroanamnèse plus fiables en recueillant des informations à un mois, plutôt que sur la dernière année.

Les principaux résultats de cette étude préliminaire suggèrent l'existence d'un contact dans le mois précédant la TS avec un professionnel de santé dans près de 80 % des cas, avec des suivis proposés pour près de 90 % des patients ayant consulté. Cela suggère que l'absence de prise en charge des patients n'est pas en rapport avec un manque de contact avec les soignants dans le mois précédant la TS, comme on aurait pu le supposer [19], mais plutôt avec une inadéquation des soins proposés. Cela pourrait être en rapport avec une moindre disponibilité [18] des soignants et avec un mauvais dépistage des tendances suicidaires des patients. La relative inadéquation de soins offerts pourrait également être influencée par le délai d'attente proposé jusqu'au prochain rendez-vous. Il est intéressant d'observer que les patients ont réalisé la TS dix jours environ après avoir consulté leur médecin généraliste ou psychiatre, sept jours après avoir consulté un service d'urgences et quatre jours après la sortie d'une hospitalisation psychiatrique, ou après avoir eu un contact téléphonique avec un soignant. Ces données préliminaires nous invitent à nous interroger sur le devenir des patients si les médecins généralistes ou psychiatres avaient proposé un rendez-vous plus rapproché que dix jours, si les médecins des urgences s'étaient assurés que leurs patients seraient vus dans moins d'une semaine et, enfin, si à la fin de la sortie de l'hôpital psychiatrique, ou d'une conversation

téléphonique, on s'était assuré que les patients seraient revus dans moins de quatre jours. Toutefois, en l'absence de groupe contrôle, nous ne pouvons conclure quant à cette question. De futures études prospectives qui suivront les patients avant la réalisation d'une TS permettront d'éclaircir cette question.

L'absence de suivi proposé pour 10 % des patients ayant consulté dans le mois précédant leur TS, surtout auprès d'un médecin spécialiste non psychiatre ($p < 0,0001$), soulève la question de la sensibilisation de ces médecins quant à la prévention des TS et de l'importance de l'identification des patients à risque de TS, même « s'ils n'ont rien » de somatique.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée sont similaires aux données concernant les facteurs de risque de TS décrits dans la littérature : sexe féminin prédominant, moyens de suicide violents associés avec le sexe masculin, existence d'un antécédent de TS pour la moitié des patients, personnes sans emploi dans près de 60 % des cas, âge moyen de 38 ans, un tiers des patients vivant seuls [1, 15, 16, 20, 22, 23]. La spécificité des évaluations diagnostiques aux urgences des patients ayant fait une TS se retrouve probablement dans la haute fréquence des troubles de l'adaptation (43 %), suivis par les troubles dépressifs (29 %) et seulement après par les dépendances éthyliques (7 %) et les troubles psychotiques (6 %). La surreprésentation des troubles de l'adaptation peut être en rapport avec le fait qu'une évaluation diagnostique standardisée aux urgences [8] peut objectiver de nombreux patients qui semblent remplir les critères diagnostiques du DSM-IV pour certains troubles, mais sans pour autant satisfaire les critères temporels requis, ce qui ne permet pas de retenir le diagnostic. Dans ce même sens, il est intéressant de constater la fréquence de 42 % des patients présentant une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l, alors que 35 % parmi eux ne remplissaient pas les critères diagnostiques d'une dépendance éthylique.

Ce travail préliminaire se poursuivra avec la vérification des diagnostics de l'axe II du DSM-IV, notamment au niveau des critères temporels requis, pour essayer d'étudier spécifiquement la place des troubles de personnalité dans la survenue des TS. Cette question est fréquemment soulevée dans la littérature, notamment pour les patients souffrant de troubles de personnalité borderline [5].

L'éventuel changement des habitudes des familles dans le mois précédant la TS en fonction du diagnostic du patient et les différences éventuelles existant entre les prises en charge proposées par les deux hôpitaux (centre hospitalier universitaire versus régional) seront également étudiés dans un deuxième temps, grâce à une collaboration internationale. L'intérêt de cette collaboration internationale se situe également dans une tentative d'intégration des facteurs socioculturels dans les aspects épidémiologiques et préventifs des TS. En effet, les patients ne semblent pas faire appel au système de soins existant de la même façon à Berne ou à Stockholm [13]. De plus, certaines études suggèrent que les patients reçoivent des orientations différentes à la sortie d'un service d'urgence en fonction de leur pays d'origine [4], ce dernier facteur étant également important à prendre en compte lors de la constitution de l'alliance thérapeutique aux urgences [11].

Dans ce contexte, les limitations méthodologiques de ce travail préliminaire (représentativité régionale au niveau de l'échantillon des patients, absence de groupes témoins, absence de données concernant le devenir des patients après la TS, absence de possibilité d'utiliser systématiquement des outils diagnostiques standardisés), pourront être dépassées par de futures

études prospectives, internationales et multicentriques, ciblant la question de la prévention primaire et secondaire et proposant un suivi à long terme, avec la participation des groupes témoins.

Le développement de stratégies diagnostiques centrées autour des TS [10, 16], conjointement à des interventions de crise combinant une approche psychothérapeutique et pharmacologique, à partir des urgences psychiatriques [6] pourrait améliorer la qualité des soins offerts aux patients. Cela pourrait permettre d'éviter des hospitalisations inutiles à l'avantage de l'augmentation des suivis ambulatoires qui deviendront plus efficaces [6], et qui auront même un impact économique positif au niveau des systèmes de soins [7].

Conclusion

Ces données préliminaires suggèrent que la plupart des patients (79 %) ayant consulté les urgences suite à une TS ont bénéficié d'une rencontre avec un professionnel de santé dans le mois précédant leur TS. De futures études prospectives, internationales, multicentriques, impliquant des groupes contrôles et étudiant le devenir des patients en fonction du suivi proposé, nous semblent importantes, afin d'améliorer les approches préventives actuellement disponibles pour essayer de diminuer les TS, voir les suicides.

Remerciements

À Mlle Jessica Rice et à Mme Suzanne Maris pour leurs corrections du manuscrit.

Abstract

Introduction. – The aim of this preliminary report is to study the use of the health care system in the month prior to a suicide attempt (SA) of patients assessed during one year, following a SA, in the emergency wards of two hospitals from Liège, Belgium.

Methods. – This prospective study searches for a possible link between the patients' diagnosis (axis I, DSM-IV), the type of SA and the existence of a contact/working relation with a professional caregiver in the month prior to the SA among 549 patients.

Results. – The most frequent diagnoses (DSM-IV) were adjustment disorder and mood disorders, as well as ethanol abuse. In the month prior to the SA nearly 80% of patient's benefited from contact with a professional care giver, who was a general practitioner in 50% of the cases.

Discussion. – The level of mental care provided one month prior to the SA is discussed taking into account the availability of the professionals in terms of time and the identification of a potential risk of SA.

KEYWORDS: Diagnosis; Emergency; Psychiatry; Prevention; Suicide attempt

References

- [1] Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry* 2005;50: 762–8.
- [2] American Psychiatric Association. DSM-IV-R Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e édition). Paris: Masson; 1996.
- [3] Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102: 126–34.
- [4] Baleyrier B, Damsa C, Schutzbach C, Stauffer O, Glauser D. Étude comparative des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs prédictifs de soins de patients suisses et étrangers consultant un service d'urgences psychiatriques. *Encephale* 2004;29: 205–12.
- [5] Cailhol L, Damsa C, Marclay L, Burnand Y, Lazignac C, Andreoli A. Facteurs prédictifs de la récurrence du comportement suicidaire chez des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline. *Encephale* 2006 (in press).
- [6] Damsa C, Lazignac C, Cailhol L, Di Clemente T, Hauptert J, Pull C. Major depression and psychiatric emergencies: a naturalistic study concerning the place of crisis interventions. *Can J Psychiatry* 2005;50: 857–62.
- [7] Damsa C, Hummel C, Sar V, Di Clemente T, Maris S, Lazignac C, et al. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study. *Eur Psychiatry* 2005;20: 562–6.
- [8] Damsa C, Lazignac C, Chauvet I, Cicotti A, Adam E. De la clinique vers la « médecine basée sur des preuves » dans un service d'urgences psychiatriques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163: 745–52.
- [9] Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry* 2003;183: 28–33.
- [10] Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res* 2001;50: 87–93.
- [11] Lazignac C, Damsa C, Cailhol L, Andreoli A, Pichene C, Moro MR. Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Ann Med Psychol (Paris)* 2005;163: 53–7.
- [12] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159: 909–16.
- [13] Michel K, Runeson B, Valach L, Wasserman D. Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95: 94–9.
- [14] Pirkis J, Burgess P. Suicide and Recency of Health Care Contacts: a Systematic Review. *Br J Psychiatry* 1998;173: 462–74.
- [15] Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, De Graaf R, Asmundson GJ, Ten Have M, et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 1249–57.
- [16] Schnyder U, Valach L. Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19: 119–29.

- [17] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;20: 2–33.
- [18] Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90: 109–13.
- [19] Suominen KH, Isometsa ET, Ostamo AI, Lonnqvist JK. Health care contacts before and after attempted suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37: 89–94.
- [20] Tremeau F, Staner L, Duval F, Correa H, Crocq MA, Darreya A, et al. Suicide attempts and family history of suicide in three psychiatric populations. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35: 702–13.
- [21] Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66: 1456–62.
- [22] Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96: 254–9.
- [23] Westman J, Hasselstrom J, Johansson SE, Sundquist J. The influences of place of birth and socioeconomic factors on attempted suicide in a defined population of 4.5 million people. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 409–14.

Discussion

Pr J.-M. Vanelle – Félicitations au Dr Damsa pour sa présentation et pour la primeur des résultats et d'espoirs de collaboration future entre les services d'urgences de Liège et Genève qu'il nous livre lors de cette séance.

Comme vous le savez, nous disposons de données ou de synthèses françaises sur ce sujet de la prévention du suicide : Conférence de consensus sur la crise suicidaire de 2000 ; intérêt des autopsies suicidaires, avec notamment deux articles publiés dans l'Encéphale sous la plume de Bourgeois. La fréquence d'une consultation d'un médecin dans le mois qui précède la crise suicidaire y était notamment soulignée.

Deux questions pour terminer :

- vous rapportez qu'environ 30 % des suicidants souffrent d'un trouble dépressif. S'agit-il d'état dépressif majeur ou de « dépression mineure » ?
- De même, dans les troubles de l'adaptation, quels sont les plus fréquents : sous-types anxieux, sous-types anxiodépressifs ? On sait, en effet, le rôle potentiellement suicidogène de l'anxiété.

Je vous remercie pour vos réponses.

Dr J.-G. Veyrat – Je commence par une question : vous semblez distinguer, parmi les patients consultant dans le mois précédant leur tentative de suicide, ceux ayant consulté un psychiatre et ceux ayant consulté aux urgences. Qui ont-ils vu, dans ce cas ?

Par ailleurs, en ce qui concerne la prévention des récurrences des tentatives de suicide, nous avons remarqué des résultats nettement meilleurs, lorsque les patients venaient en ambulatoire les

mêmes psychothérapeutes qu'ils avaient déjà vus à l'hôpital général, durant leur hospitalisation, que lorsqu'ils avaient été revus après leur sortie au CMP de secteur par un autre psychothérapeute, dans une consultation où souvent ils ne se rendaient même pas.

Pr J.-P. Soubrier – Il est vrai que l'on étudie bien les facteurs de risque des tentatives de suicide. L'auteur a dû penser aux facteurs protecteurs, mais aurait pu les mentionner.

La présentation de facteurs de risque publiés en 1997 au Canada est discutable par rapport au cas présenté par des collègues de Genève et Liège. Quelle en est la relation ? D'autant qu'au Canada, il faut distinguer le Québec où la prévention, la recherche, sont mieux organisées que de l'autre côté *anglophone*. En ce qui concerne la Suisse, il faut rappeler que le suicide par arme à feu est une méthode étonnamment fréquente et que le taux de suicide est élevé dans ce pays, tout cela selon une information donnée par une conférencière de Zurich, lors des récentes Dixièmes Journées nationales de prévention du suicide, à Paris, en février 2006.

Je vous remercie d'avoir bien insisté sur l'importance du suivi psychiatrique nécessaire après une tentative de suicide.

Je rappelle la remarque de mon maître Henri Gallot, président de la Société Médico-Psychologique : « Après une tentative de suicide, rien n'est fini, tout commence... » Enfin, je signale que l'OMS, dans le souci d'uniformiser ces recherches sur le suicide, proposera un protocole d'études des tentatives de suicide. Participant à ce projet, j'ai validé la version francophone, probablement disponible avant la fin de l'année.

En réponse à l'intervention de J.-M. Vanelle, le fait que beaucoup de suicidants et suicidés aient consulté avant leur geste n'est pas plus une constatation bordelaise ou française. Elle est, hélas, mondiale. Enfin, attention à ne pas utiliser le terme d'autopsie psychologique pour la recherche diagnostique et épidémiologique, car le but est différent. L'Inserm, dans un troisième rapport collectif, a déjà commis l'erreur de mal présenter cette importante investigation (avec 350 références bibliographiques uniquement anglophones), sans présenter l'origine et le but exact de cette méthode qui concerne avant tout la recherche des causes de morts inexpliquées.

Dr C.-J. Blanc – La prévention des passages à l'acte suicidaires, si bien évoquée par notre collègue le Dr Cristian Damsa, pose des problèmes pratiques fort difficiles de prise en charge en urgence par des interlocuteurs disponibles, compétents et susceptibles d'être bien acceptés par des patients en état de perturbation émotionnelle aiguë. Dans le service médical d'une grande compagnie aérienne française, j'avais organisé au début des années 1980 une consultation d'urgence intitulée SOS-PEA qui réservait deux rendez-vous quotidiens pour les urgences, les perturbations émotionnelles aiguës représentant sous des formes diverses plus de 30 % de mes consultations. Les sujets en état de stress émotionnel passaient directement et le jour même du bureau de mes collègues internistes (G. Casano et A. Martin Saint-Laurent) à ma consultation : des entretiens répétés à quarante-huit heures d'intervalle, entrecoupés parfois de contacts téléphoniques, et complétés par la prescription d'anxiolytiques à doses modérées.

Ce type d'approche (Psychothérapies brèves intensives de premier contact, ou First reach holding psychothérapies dans mes communications présentées en langue anglaise) a permis d'éviter maintes hospitalisations en psychiatrie, facteurs d'inaptitudes prolongées du fait de chimiothérapies lourdes utilisées le plus souvent, et pas mal d'analyses d'indications discutables ou prématurées. Ce type de consultations en urgence était à l'époque impossible dans les

cabinets libéraux surchargés et ne disposant que rarement de rendez-vous en urgence, et inutilisable dans les services hospitaliers pour des raisons psychologiques évidentes chez des patients exerçant de hautes fonctions impliquant des responsabilités humaines et techniques majeures et devant être traités avec les plus grands égards. Il faut souhaiter que ce type de consultations d'urgence se multiplie dans la cité, hors les murs des établissements spécialisés.

Réponses du Rapporteur – Au Pr J.-M. Vanelle : Environ un tiers des patients ayant fait une tentative de suicide remplissaient les critères DSM-IV pour un trouble dépressif majeur, alors que plus de 40 % des patients souffraient d'un trouble de l'adaptation, avec une nette prépondérance (90 %) des sous-types anxieux et anxiodépressifs. Cette surreprésentation des sous-types anxieux et anxiodépressifs pourrait être en rapport avec le rôle potentiellement suicidogène de l'anxiété que vous suggérez.

Je profite de vos commentaires pour souligner également l'importance des travaux du Pr Bourgeois et de ses collaborateurs français et internationaux sur le suicide. Un des travaux auquel vous faites référence suit prospectivement 200 patients hospitalisés en psychiatrie durant huit ans et trouve les antécédents familiaux (premier degré de parenté) et les hospitalisations en psychiatrie comme étant des facteurs de risque pour le suicide [1]. Deux autres publications plus récentes du même auteur ciblent la question du risque suicidaire chez des patients souffrant de schizophrénie, avec des données intéressantes qui suggèrent l'intérêt de la prise en charge pour réduire le risque suicidaire [2,3].

Au Dr J.-G. Veyrat : Nous avons effectivement trouvé des différences entre les patients ayant consulté dans le mois précédant leur tentative de suicide un psychiatre en ambulatoire, et ceux ayant opté pour une rencontre avec un psychiatre dans un service d'urgences. En plus des psychiatres, les patients rencontraient aux urgences des infirmiers et quasi systématiquement un psychologue.

Je partage votre sentiment quant à l'obtention de soins d'une qualité supérieure si les psychiatres travaillant aux urgences proposent directement un suivi aux patients, plutôt que de les envoyer vers une consultation ambulatoire de secteur. Toutefois, une professionnalisation des services d'urgences, avec une attention particulière quant aux aspects relatifs à l'alliance thérapeutique, pourrait améliorer l'adhérence des patients et de leurs familles aux programmes de soins proposés.

Au Pr J.-P. Soubrier : Je vous remercie pour votre question relative aux facteurs protecteurs des tentatives de suicide, comme l'existence d'un suivi psychiatrique, la possibilité de pouvoir compter sur un entourage familial qui a une attitude positive et le sexe masculin (les hommes ayant plus de risque de suicide réussi). D'autres facteurs protecteurs ont été décrits de façon spécifique en fonction du diagnostic, mais cela mériterait à mon avis une communication séparée, d'autant plus que les données de la littérature sont parfois contradictoires à ce sujet. À titre d'exemple, je cite un de nos travaux genevois qui a suivi prospectivement durant une année, suite à une tentative de suicide, 95 patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline, pour trouver que la présence d'une lettre d'adieu apparaît comme étant un facteur protecteur pour les récurrences de tentative de suicide [4].

Il me semble intéressant d'un point de vue épidémiologique de comparer les données existantes relatives aux facteurs de risque des tentatives de suicide, entre différents pays, même si les

moyens méthodologiques et les contextes socioculturels et ethniques sont distincts. De plus, malgré une excellente organisation des soins relatifs aux patients suicidants au Québec, il me semble qu'il existe également de nombreux travaux de valeur du côté canadien anglophone (personnellement je suis impressionné par le nombre bien plus élevé des travaux anglophones que francophones publiés dans la Revue Canadienne de Psychiatrie, qui reste actuellement la revue francophone la plus cotée en terme « d'impact facteur »).

Le haut taux de suicide par arme à feu en Suisse pourrait être en rapport avec la disponibilité des armes à feu (gardées à domicile), pour les personnes ayant fait le service militaire en Suisse.

Au Dr C.-J. Blanc : Je tiens à vous remercier pour votre intervention et ce d'autant plus que nous avons des expériences similaires. Nous avons souligné dans deux publications récentes l'intérêt d'une psychothérapie psychodynamique brève aux urgences pour réduire le nombre d'hospitalisations psychiatriques et pour augmenter le taux des patients qui acceptent un suivi ambulatoire, actions qui, au-delà de leur intérêt clinique, ont un impact économique positif sur le système de soins [5,6].

References

- [1] Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Bonnin JM, Gonzales B, Castello MF. Predictive factors of suicide? an 8-year-long prospective longitudinal study of 200 psychiatric inpatients. *Encephale* 2000;26: 1-7.
- [2] Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT) *Arch Gen Psychiatry* 2003;60: 82-91.
- [3] Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, et al. InterSePT Study Group. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 2004;161: 1494-1496.
- [4] Cailhol L, Damsa C, Marclay L, Burnand Y, Lazignac C, Andreoli A. Facteurs prédictifs de la récurrence du comportement suicidaire chez des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline. *Encéphale*, 2006, in press.
- [5] Damsa C, Lazignac C, Cailhol L, Di Clemente T, Hauptert J, Pull C : Major depression and psychiatric emergencies: a naturalistic study concerning the place of crisis interventions. *Can J Psychiatry*, 2005;50: 857-862.
- [6] Damsa C, Hummel C, Sar V, Di Clemente T, Maris S, Lazignac C, et al. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study. *Eur Psychiatry*, 2005;20: 562-566.