

Votre patient a-t-il des idées suicidaires ? Posez des questions, sauvez une vie **Conduites à tenir devant un patient présentant un risque suicidaire**

Le point de vue des experts : Drs Cédric Lemogne et Nicolas Dantchev***

** psychiatre, hôpital européen Georges-Pompidou (HUPO)*

*** psychiatre, hôpital Hôtel-Dieu (HUPC)*

1/ En termes de facteurs du risque suicidaire chez un patient, y en a-t-il qui sont plus importants que d'autres ?

Chez un patient présentant des idées suicidaires, les facteurs de risque de passage à l'acte les plus importants sont l'absence d'alternative perçue par le patient, l'existence d'un projet planifié, la disponibilité des moyens létaux envisagés et un antécédent de passage à l'acte suicidaire.

2/ Peut-on identifier des degrés d'urgence dans la prise en charge du risque suicidaire d'un patient ?

Si la présence d'idées suicidaires peut et doit être identifiée par tout professionnel de santé, l'évaluation du degré d'urgence doit au mieux reposer sur un examen psychiatrique.

Néanmoins, les questions suivantes, peuvent être utilisées pour quantifier ce risque :

- 1) Vous arrive-t-il de penser à la mort ?
- 2) [...] de penser que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ?
- 3) [...] de penser à vous donner la mort ?
- 4) Est-ce le cas en ce moment ?
- 5) Avez-vous pensé à un moyen de vous donner la mort ?
- 6) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

En cas de réponse OUI aux 2 premières questions seulement, le risque est a priori faible.

En cas de réponse OUI aux 3 premières questions, le risque est moyen.

En cas de réponse OUI aux 4 premières questions, le risque est élevé.

En cas de réponse OUI aux 5 premières questions, le risque est très élevé, en particulier en cas de disponibilité *in situ* des moyens du passage à l'acte.

La présence d'antécédents de tentative de suicide (réponse OUI à la 6^e question) fait passer respectivement le risque de faible à moyen, de moyen à élevé ou d'élevé à très élevé.

3/ J'ai identifié un risque suicidaire chez un patient, je ne peux pas solliciter de consultation psychiatrique avant 24h-48h, qu'est-ce que je fais, en attendant ? Quelles mesures dois-je mettre en œuvre, quelles précautions je prends ? Qu'est-ce que je dis aux collègues qui vont prendre en charge le patient pendant le week-end ?

Dans tous les cas :

- sécuriser l'environnement (cf. question 5) ;
- transmettre l'information au sein de l'équipe et prévoir une réévaluation pluriquotidienne (au moins une fois par équipe).

Un avis médical, même non spécialisé, doit de toute façon être sollicité. Après cet avis médical, un risque élevé (cf. ci-dessus) peut justifier un transfert en psychiatrie, si besoin au SAU.

Si le risque est très élevé (cf. ci-dessus), il faut éviter de laisser le patient seul et organiser un transfert en psychiatrie après avis médical, si besoin au SAU.

Si des proches sont mobilisables, il peut être utile de les contacter et recueillir des éléments qui compléteront l'évaluation du risque suicidaire.

Si une prescription médicamenteuse est envisagée, notamment en cas d'anxiété, d'impulsivité, voire d'agitation, il faut privilégier, sauf contre-indication, un neuroleptique sédatif type cyamémazine (ou halopéridol en cas de confusion mentale / delirium) en évitant une première prescription de benzodiazépines, potentiellement désinhibitrice.

4/ J'ai identifié un risque suicidaire chez un patient, je lui propose une consultation psychiatrique, il la refuse : que puis-je faire ?

Il faut expliquer au patient qu'il est de votre responsabilité de prévenir le psychiatre mais qu'il pourra toujours refuser cet entretien.

Il faut également prévenir le psychiatre du refus a priori du patient. En pratique, il est exceptionnel que le patient maintienne ce refus en présence du psychiatre.

Rappelons qu'un avis psychologique, parfois mieux accepté par les patients, ne peut se substituer à un avis psychiatrique en cas de risque suicidaire.

5/ Qu'entend-t-on par sécurisation de l'environnement ?

Les grandes causes de suicide à l'hôpital sont la défenestration / précipitation et la pendaison.

La sécurisation de l'environnement correspond au minimum à un verrouillage des fenêtres avec retrait des objets dangereux : matériel pouvant servir à se pendre, objets tranchants, produits toxiques (y compris médicaments personnels).

Ces mesures doivent être expliquées au patient et au mieux faire l'objet d'une prescription et d'une traçabilité *ad hoc*.

6/ À l'HEGP, certaines étapes ont été informatisées. Pouvez-vous nous expliquer ce qui a été fait et quel en est l'intérêt ?

Outre la rédaction d'un compte rendu standardisé d'évaluation du risque suicidaire, la principale innovation a consisté à permettre aux recommandations de prévention du risque suicidaire d'être prescrites comme tout autre traitement, soin ou examen complémentaire avec report immédiat sur le plan de soin de l'équipe soignante qui en assure la mise en œuvre et la traçabilité.

Cela permet de limiter le risque de perte d'information et de maintenir la vigilance des équipes.