

B

Prise en charge de la crise suicidaire

Plan de la section

Chapitre 57. Recommandations aux urgences de la prise en charge de la crise suicidaire	297
Chapitre 58. Soins intensifs ambulatoires dans la prévention du suicide	301
Chapitre 59. Quand faut-il hospitaliser ?	306
Chapitre 60. Kétamine : traitement d'action rapide de la crise suicidaire	310
Chapitre 61. Interventions brèves dans la prévention des conduites suicidaires	317
Chapitre 62. Place de la neuromodulation	322
Chapitre 63. Accompagner les familles des patients suicidants	328
Chapitre 64. Prévenir les risques suicidaires par la réduction de l'isolement social et le développement des compétences psychosociales	335
Chapitre 65. Spécificités de la prise en charge chez les adolescents	344
Chapitre 66. 3114 : aboutissement ou nouvel élan ?	348
Chapitre 67. Le suicide en milieu psychiatrique : évaluation des mesures de prévention actuelles	354

Chapitre 57

Recommandations aux urgences de la prise en charge de la crise suicidaire

Aisté Lengvenyte, Philippe Courtet

Contexte

Les patients en crise suicidaire représentent environ un tiers des visites aux services des urgences pour des raisons psychiatriques [1]. Par ailleurs, le service d'urgence est souvent le premier point de contact avec le système de santé pour ces individus [2]. De nombreux patients suicidants récidivent peu de temps après une crise suicidaire, le risque étant particulièrement élevé dans la semaine à un mois suivant leur passage initial aux urgences [3]. Dans ce contexte, le service des urgences joue un rôle essentiel dans l'identification des individus à risque, la gestion de la crise, et la prévention des comportements suicidaires futurs. Des lignes directrices claires pour les cliniciens sont donc indispensables pour assurer une prise en charge adéquate, d'autant plus que l'ambivalence est souvent présente, tant chez le patient que chez le professionnel de santé [4].

Spécificités d'évaluation d'un patient suicidaire aux urgences

L'évaluation initiale rapide et exhaustive d'un patient en crise suicidaire est cruciale pour guider les décisions de prise en charge. Bien prédire

le suicide reste un défi, une évaluation rigoureuse permet d'identifier les individus à haut risque et d'élaborer des interventions appropriées [5]. Cette évaluation doit inclure le recueil actif d'informations sur les idées suicidaires actuelles, l'intention, la préparation, ainsi que les antécédents suicidaires, psychiatriques, somatiques, et sociaux, en accordant une attention particulière au nombre, à la gravité et à la violence des tentatives de suicide antérieures. L'ambivalence et le déni, fréquemment rencontrés chez ces patients, doivent également être pris en compte, car ils peuvent significativement influencer les stratégies d'intervention [6].

Il est également fortement recommandé de contacter systématiquement les proches du patient pour recueillir des informations complémentaires. Cette démarche, même lorsqu'elle est entreprise contre la volonté du patient en cas de risque élevé, vise à maximiser la sécurité du patient tout en respectant les cadres légaux et éthiques.

Enfin, une évaluation médicale et toxicologique préalable à toute décision psychiatrique est impérative. Le fait d'être intoxiqué peut altérer la présentation clinique, ce qui justifie une évaluation toxicologique, incluant au moins la réalisation d'une alcoolémie sanguine avant l'évaluation psychiatrique. En cas d'intoxication, il est essentiel de reporter l'évaluation et les décisions cliniques pour garantir une prise en charge optimale.

Sécurité et surveillance

L'évaluation et la prise en charge sont souvent parallèles aux urgences, la résolution de la crise suicidaire pouvant être non immédiate et fluctuante. Dans ce contexte, la sécurité et la surveillance sont essentielles dans la gestion des crises suicidaires aux urgences. Il est impératif de garantir un environnement sécurisé en limitant l'accès aux moyens létaux, réduisant ainsi les risques immédiats de passage à l'acte. Simultanément, une surveillance intensive, incluant des évaluations visuelles régulières, doit être instaurée pour détecter toute dégradation de l'état du patient. Enfin, l'état psychiatrique, la réponse au traitement et le risque suicidaire doivent être surveillés en continu tout au long du séjour aux urgences. Ces mesures combinées sont cruciales pour une intervention rapide et efficace, assurant la sécurité du patient dans un contexte d'urgence.

Prise de décision sur la modalité des soins en situation de crise suicidaire

Lors de la prise en charge des patients en crise suicidaire, il est essentiel de trouver un équilibre entre l'autonomie du patient et sa sécurité. La capacité de décision des individus en crise est souvent compromise par un contrôle cognitif altéré et des perturbations affectives, justifiant une évaluation complète pour orienter la prise en charge [7]. La discussion sur les options de soins doit être adaptée à chaque patient, tenant compte de l'évaluation suicidaire et psychosociale. Impliquer une personne de confiance dans ce processus peut fournir des informations essentielles pour la décision de prise en charge, renforcer l'adhésion du patient et améliorer les résultats du traitement.

Deux options principales émergent pour le projet de soins d'une personne en crise suicidaire aux urgences :

- sortie à domicile avec un plan de soins clair, idéalement accompagné d'un proche ;
- hospitalisation ou mise en place de prises en charge ambulatoires intensives.

Bien que parfois nécessaire chez les patients en crise suicidaire, le ratio risque-bénéfice de l'hospitalisation reste débattu en raison du risque accru de suicide pendant et après celle-ci [8]. Cependant, une étude a montré que l'hospitalisation dans les 24 heures suivant une tentative de suicide est bénéfique pour prévenir les récurrences à un an, suggérant que l'hospitalisation immédiate après une tentative de suicide doit faire partie de la prise en charge [9]. En cas de refus de soins et de risque imminent, l'hospitalisation sous contrainte peut s'avérer indispensable pour protéger le patient. L'intérêt de l'hospitalisation pour les idées suicidaires est moins établi.

Prise de décision sur la modalité des soins en situation de crise

- La décision sur la prise en charge doit être prise après une évaluation complète, incluant une évaluation toxicologique. Reporter l'évaluation et la décision en cas d'intoxication.
- Assurer la sécurité et la surveillance continue est essentiel tout au long de l'évaluation et de la prise en charge.
- Les patients doivent recevoir une brève information sur le diagnostic, le plan de soins et les facteurs de risque et de protection.
- L'hospitalisation ou d'autres prises en charge ambulatoires intensives doivent être discutées avec les personnes en crise suicidaire.
- En cas de refus de soins et d'intention de passer à l'acte dans un avenir proche ou de tentative de suicide récente avec un faible discernement, une hospitalisation sous contrainte est indiquée.
- Avec l'accord du patient, une personne de confiance doit être impliquée dans l'évaluation, les soins et la planification de la sortie.

Approches cliniques et gestion de la sécurité

L'arsenal pharmacologique pour la prise en charge de la crise suicidaire est limité, principalement en raison du manque d'études spécifiques. Parmi les options disposant de bases scientifiques solides, la kétamine se démarque. Ce traitement a prouvé son efficacité pour réduire rapidement l'idéation suicidaire en contexte d'urgence, notamment

chez les patients dépressifs, et peut servir de solution transitoire avant la mise en place d'autres options de soins [10].

La sédation, basée sur le jugement clinique, peut être envisagée, bien qu'il n'existe pas de recommandations officielles sur les molécules à privilégier. Le choix doit être guidé par le profil symptomatique du patient, sa tolérance, et les objectifs cliniques. La sédation ne doit jamais remplacer la surveillance continue et la collaboration avec le patient, mais elle peut soulager la souffrance aiguë. Elle doit être réévaluée régulièrement, limitée dans le temps, et administrée à la plus petite dose efficace. Des agents anxiolytiques ou hypnotiques temporaires peuvent aussi être considérés lors de l'initiation d'un traitement antidépresseur, en raison du délai d'action et du risque accru d'idéation suicidaire chez certains jeunes patients.

Le plan de sécurité (*safety plan*) et le conseil sur la restriction de l'accès aux moyens létaux sont deux interventions parmi les plus efficaces pour réduire le risque suicidaire futur après une crise [11,12]. Idéalement, ces interventions doivent être mises en place peu après la crise, tout en gardant à l'esprit que le contrôle actuel n'exclut pas de futures difficultés. Bien que sous-utilisées, ces interventions, lorsqu'elles sont systématiquement appliquées dans les services d'urgence en complément d'un dépistage généralisé, ont montré une réduction marquée des taux de suicide futurs [13]. Elles doivent s'inscrire dans une organisation plus large des soins post-hospitaliers, incluant l'éducation du patient et de sa famille, la planification de la gestion du traitement pharmacologique (éventuelle dispensation sécurisée, équivalente à la restriction des moyens létaux), et une documentation minutieuse pour assurer une transition fluide vers les soins à long terme.

Approches cliniques et gestion de la sécurité

- Envisager la kétamine pour traiter les idées suicidaires actives chez les patients déprimés.
- Si elle est prescrite, la sédation doit être revue régulièrement, limitée dans le temps et prescrite à la dose efficace la plus faible.

- Lors de l'instauration d'un antidépresseur, une dose minimale efficace d'hypnotique ou d'anxiolytique peut être envisagée.
- Un plan de sécurité (*safety plan*) comprenant des stratégies d'adaptation en cas de nouvelle crise suicidaire et des sources d'aide.
- Les patients et les soignants doivent être conseillés sur la manière de limiter l'accès aux moyens létaux.
- La dispensation fractionnée des médicaments dans la pharmacie doit être organisée pour assurer une gestion sécurisée des prescriptions ambulatoires.

Transition vers les soins ambulatoires et suivi

La mise en place rapide des soins de suivi après une prise en charge d'urgence est associée à une meilleure adhésion au traitement, une réduction du risque de récurrence suicidaire, et une meilleure implication à long terme dans les soins [14]. Si les soins de suivi communautaires ne peuvent pas mis en place immédiatement, l'équipe des urgences peut assurer le lien avec les soins communautaires, en adoptant une approche proactive et assertive de gestion de cas [15,16]. En complément de la mise en place de la continuité des soins traditionnels, les patients devraient recevoir l'information sur des lignes de crise suicidaire (3114) et être inclus dans les programmes de contacts par téléphone, ou lettres (VigilanS) [16,17].

Planification de sortie

- Avant leur sortie, les patients doivent recevoir des informations sur les soins de suivi, une ordonnance et les coordonnées des services d'urgence.
- Un compte rendu de sortie précis et complet doit être préparé. Fournir des informations sur la sortie dans les 24 heures à toutes les parties impliquées dans le suivi du patient.
- Programme de contacts en ligne, par téléphone ou par courrier avec des professionnels de la santé mentale, en plus des soins habituels en face à face.
- Fournir aux patients des numéros d'appel d'urgence et les encourager à appeler chaque fois qu'ils en ressentent le besoin.

- Mise en œuvre de stratégies de continuité des soins après la sortie de l'hôpital incluant :
 - un contact avec les établissements de soins de suivi dès que possible (idéalement dans les trois jours) pour veiller à ce que le suivi recommandé ait eu lieu,
 - si nécessaire, l'équipe des urgences organise la première visite de suivi et fournit jusqu'à trois contacts, jusqu'à ce que les soins ambulatoires puissent être garantis.

Références

- [1] Barratt H, Rojas-García A, Clarke K, et al. Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments : Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2016 Apr 27 ; 11(4) : e0154449.
- [2] Ceniti AK, Heinecke N, McInerney SJ. Examining suicide-related presentations to the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 ; 63 : 152–7.
- [3] Ahmedani BK, Westphal J, Autio K, et al. Variation in patterns of health care before suicide : A population case-control study. *Prev Med*. 2019 Oct 1 ; 127 : 105796.
- [4] Lengvenyte A, Giner L, Jardon V, et al. Assessment and management of individuals consulting for a suicidal crisis : A European Delphi method-based consensus guidelines. *Span J Psychiatry Ment Health*. 2023 Dec 27 ; S2950-2853(23) : 00113–8.
- [5] Nock MK, Millner AJ, Ross EL, et al. Prediction of Suicide Attempts Using Clinician Assessment, Patient Self-report, and Electronic Health Records. *JAMA Netw Open*. 2022 Jan 27 ; 5(1) : e2144373.
- [6] Obegi JH. How Common is Recent Denial of Suicidal Ideation among Ideators, Attempters, and Suicide Decedents ? A Literature Review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021 ; 72 : 92–5.
- [7] Sastre-Buades A, Alacreu-Crespo A, Courtet P, et al. Decision-making in suicidal behavior : A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Dec ; 131 : 642–62.
- [8] Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Mar ; 131(3) : 174–84.
- [9] Ross EL, Bossarte RM, Dobscha SK, et al. Estimated Average Treatment Effect of Psychiatric Hospitalization in Patients With Suicidal Behaviors : A Precision Treatment Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024 Feb 1 ; 81(2) : 135–43.
- [10] Lengvenyte A, Strumila R, Olić E, Courtet P. Ketamine and esketamine for crisis management in patients with depression : Why, whom, and how ? *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022 Apr 1 ; 57 : 88–104.
- [11] Runyan CW, Brooks-Russell A, Tung G, et al. Hospital Emergency Department Lethal Means Counseling for Suicidal Patients. *Am J Prev Med*. 2018 Feb 1 ; 54(2) : 259–65.
- [12] Nuij C, van Ballegooijen W, de Beurs D, et al. Safety planning-type interventions for suicide prevention : Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2021 Aug 1 ; 219(2) : 419–26.
- [13] Boudreaux ED, Larkin C, Vallejo Sefair A, et al. Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention : The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2023 Jul 1 ; 80(7) : 665–74.
- [14] Fontanella CA, Warner LA, Steelesmith DL, et al. Association of Timely Outpatient Mental Health Services for Youths After Psychiatric Hospitalization With Risk of Death by Suicide. *JAMA Netw Open*. 2020 Aug 3 ; 3(8) : e2012887.
- [15] Furuno T, Nakagawa M, Hino K, et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt : Findings from ACTION-J study. *J Affect Disord*. 2018 Jan 1 ; 225 : 460–5.
- [16] Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, et al. Association of Suicide Prevention Interventions with Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020 ; 77(10) : 1021–30.
- [17] Hoffberg AS, Stearns-Yoder KA, Brenner LA. The Effectiveness of Crisis Line Services : A Systematic Review. *Front Public Health*. 2020 Jan 17 ; 7 : 399.