



Repérage et évaluation du risque suicidaire en médecine générale

Identification and evaluation of suicidal risk in general practice

تحديد وتقييم الانتحار في الطب العام

J. Mehssani, A. Yahya, M. Belaïzi, Y. Otheman, M. Z. Bichra,

الملخص : يمثل الانتحار مشكلا حادا بالنسبة للصحة العمومية في كثير من البلدان. والمغرب كسائر دول العالم ليس بمنأى عن هذه الظاهرة. خلال الممارسة الطبية العادية، كل طبيب قد يكون عرضة لهذا المشكل، ولهذا يجب عليه أن يكون قادرا على التعرف على المرضى المعرضين لخطر الإنتحار، وبالتالي القيام مباشرة بتقييم هذا الخطر. إن وجود اضطرابات نفسية خصوصا إكتئابية وسوابق إنتحارية و سلوك إندفاعي وأمراض جسدية حادة بالإضافة إلى الإنطواء، كلها تشكل عوامل مساعدة للقيام بفعل إنتحاري. إن تقييم خطر الانتحار يتم عبر إجراء حوار جيد وذلك لتحديد الخطر ومدى إستعجاله وكذلك خطورة خطة الانتحار وذلك بالإعتماد من الأفضل على أدوات معيرة ومقننة من بينها «Mini International Psychiatric Interview» الذي تمت ترجمته للهجة المغربية وتحقق من صدقيته إلا أن مشكل خصوصية وحساسية هذا التقييم يبقى قائما.

الكلمات الأساسية : الإنتحار، في الطب العام.

Résumé : Le suicide constitue un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays. Au Maroc, comme partout dans le monde, notre pays n'est pas épargné par ce phénomène. Dans la pratique médicale courante, tout médecin peut être confronté à ce problème, et de ce fait, doit savoir détecter les patients à risque, et procéder immédiatement à une évaluation de ce risque. La présence de troubles psychiatriques notamment dépressifs, d'antécédents suicidaires, de comportement impulsif, de pathologies somatiques sévères, ainsi qu'un contexte d'isolement constituent des facteurs de vulnérabilité avérés. L'évaluation du risque suicidaire se fait en pratiquant un entretien bien conduit, en vue de déterminer le risque, l'urgence de la menace et la dangerosité du scénario suicidaire, en s'appuyant de préférence sur des outils standardisés, dont le Mini International Neuropsychiatric Interview qui est traduit et validé en dialecte marocain. Néanmoins, le problème de la spécificité et de la sensibilité de cette évaluation reste toujours posé.

Mots clés : Suicide en médecine générale.

Abstract : Suicide is a major public health problem in many countries. In Morocco, and in the absence of official statistics, some indicators suggest that our country is not immune to this phenomenon. In current medical practice, any physician may be confronted with this problem, and therefore, must know how to detect and assess patients at risk. The presence of psychiatric disorders, especially depression, a history of suicide, impulsive behavior, severe somatic pathologies, and a context of solitude are proven vulnerabilities. The assessment of suicide risk requires well-conducted interview, to determine the risk, the urgency of the threat and the danger of suicide scenario, this assessment is preferably based on standardized tools, as the Mini International Neuropsychiatric Interview, which was translated and validated in Moroccan dialect. However, the problem of specificity and sensitivity of this evaluation still persists.

Key Words : Suicide, in general practice.

Tiré à part : J. Mehssani : Service Psychiatric, Hôpital d'Instruction militaire Mohamed V. Rabat.

Introduction

Le suicide constitue un problème majeur de santé publique dans plusieurs pays pour lesquels L'OMS a décrété la journée du 10 septembre " journée mondiale de la prévention du suicide"[1]. Le Maroc ne dispose pas d'un registre national dédié au recensement des cas de suicide, cependant quelques chiffres issus des statistiques de la police judiciaire nous interpellent :

- Durant l'année 2006 et les cinq premiers mois de 2007 : 130 cas de suicides sont déclarés au royaume.

- Entre 2001 et 2006 : la petite ville de Taounat a totalisé 95 cas de suicide, soit environ 19 suicides par an !

Entre 1989 et 2007, le Centre Antipoison et de Pharmacovigilance au Maroc a recensé 14682 cas d'intoxication volontaire dont 488 personnes sont décédées, soit 13% de l'ensemble des décès enregistrés par intoxication lors de la même période [2]. Une enquête menée en population générale dans la métropole de Casablanca, a retrouvé une prévalence de 6,3% d'idéations suicidaires, et de 2,3% de tentative de suicide sur la vie entière [3].

Dans la pratique médicale courante, tout médecin peut être confronté à un patient "suicidaire", dès lors, une démarche claire de repérage et d'évaluation du risque suicidaire s'impose, en répondant à deux questions majeures :

- Chez qui évaluer ce risque ?
- Comment évaluer ce risque ?

Quelques notions et définitions :

Le suicide : c'est le fait de se donner la mort volontairement.

La tentative de suicide : L'OMS l'a défini : " tout acte délibéré " visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz ...), ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique [1].

Le suicidaire : tout sujet qui présente des idées ou vellétés suicidaires.

Le suicidant : tout sujet qui vient de réaliser une tentative de suicide.

Les équivalents suicidaires (dont les limites sont imprécises) : refus de soins dans les maladies chroniques, anorexies graves, syndrome de glissement chez le sujet âgé, conduites à risque, dons répétés de sang, certaines formes de toxicomanies ...

La crise suicidaire : il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle sous-tend toute conduite suicidaire et peut être son aboutissement. Elle est définie

comme une " crise psychique réversible et temporaire, débordant les moyens de défense et d'adaptation, entraînent une vulnérabilité, un sentiment d'impuissance, puis une souffrance intense. L'envahissement par les idées suicidaires peut aboutir au passage à l'acte qui représente une sortie de la crise" [4].

Risques suicidaires

Chez qui évaluer ce risque ? : patients dits à risque

Ce sont les sujets qui présentent des facteurs de vulnérabilité qu'on peut distinguer en facteurs individuels et facteurs environnementaux.

Les facteurs individuels

Troubles psychiatriques

La plupart des autopsies psychologiques réalisées chez les suicidés, retrouvent chez eux un pourcentage très élevé de l'ordre de 90 à 95% de troubles mentaux [5,6].

Tous Les troubles psychiatriques peuvent mener au suicide dans leur forme grave, en particulier les troubles et les états dépressifs [7].

Un taux de suicide 20 fois supérieur a été observé chez les patients présentant un état dépressif caractérisé [8]. Les états psychotiques aigus ou chroniques et les états psycho-organiques démentiels ou confusionnels sont aussi incriminés. Le risque suicidaire chez le schizophrène est présent dans toutes les phases de la maladie même en dehors de la phase aiguë, et ce du fait de la prise de conscience du trouble par le patient.

La comorbidité avec des conduites polytoxicomaniaques est fortement associée au risque suicidaire [9, 10].

Les antécédents suicidaires

Les pensées suicidaires représentent un indicateur fort de la vulnérabilité à des actes suicidaires [11]. La présence d'antécédents personnels de tentative de suicide est un facteur de risque de suicide réussi [12].

Les études d'agrégation familiale rapportent une prévalence de conduite suicidaire chez les apparentés de premier degré de patients présentant des antécédents de comportement suicidaire qui est 4 à 6 fois plus élevée que chez des sujets témoins. Des études de jumeaux ont montré que la concordance pour les conduites suicidaires entre jumeaux monozygotes était significativement supérieure à celle observée chez les jumeaux dizygotes. Une étude

d'adoption a montré que les apparentés biologiques – et non les apparentés adoptifs de patients adoptés décédés par suicide – présentaient un risque de suicide 6 fois plus élevé que celui observé chez les apparentés biologiques de patients adoptés vivants témoins [13].

Des études de génétique moléculaire (études d'association entre les conduites suicidaires et un ou plusieurs gènes candidats) sont venues conforter ces observations cliniques.

Enfin, l'existence d'une tendance à l'impulsivité a été associée à des gestes suicidaires violents [14] ; et la présence d'affections somatiques graves et celles particulièrement douloureuses (cancers, HIV, maladies de système...), sont aussi des facteurs individuels prédisposant aux conduites suicidaires [15, 16].

Les facteurs environnementaux

On trouve le chômage, l'isolement social avec ses différents aspects : déracinement, migration, hospitalisation, perte des rapports humains et retraite professionnelle, mais aussi les situations d'isolement affectif (célibat, séparation, divorce, veuvage, absence d'enfant, éloignement de la famille), les pertes parentales précoces et surtout « les événements pénibles de vie » qu'il faut toujours rechercher [12, 17-19].

Comment évaluer ce risque ?

Cette évaluation se fait en pratiquant un entretien avec le patient et éventuellement avec son entourage, en réalisant un examen du patient qui vise l'évaluation de son état psychique et physique ainsi que le repérage des facteurs de vulnérabilité.

L'entretien

Mené de façon empathique et directive. Il faut d'abord accorder beaucoup d'attention aux déclarations du patient. La majorité des suicidés ont verbalisé leur projet avant la tentative de suicide, de ce fait, il ne faut jamais banaliser les idées suicidaires ni les dramatiser [20].

Les questions sont subtiles mais pertinentes, elles abordent la valeur de la vie, le degré de pessimisme, le désir d'en finir. Ensuite, des questions franches, mais avec tact, permettent de détecter l'intention suicidaire.

Le projet suicidaire, s'il existe, doit être précisé, en insistant sur son imminence. En somme, il faut estimer le degré de souffrance du sujet, son intention d'accomplir un acte suicidaire, de chercher s'il existe des éléments

d'impulsivité qui précipiteront le passage à l'acte et surtout l'accessibilité à des moyens létaux (armes, médicaments, proximité de voies ferrées...)

Examen et instruments d'évaluation

Doivent comporter tous les aspects psychiques et physiques du sujet, surtout : l'état de l'humeur, la pensée, la mémoire, le jugement..

L'idéal serait de trouver un instrument permettant de prédire le risque suicidaire :

- L'échelle de désespoir de Beck est la plus répondue, sa sensibilité est forte et comprend vingt items.

- l'échelle de l'évaluation de risque suicidaire de Ducher comprend uniquement 10 items [21].

- Et le MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (figure 1), qui a l'avantage d'être validé sur le plan national lors de l'étude de 2006, rédigé en arabe dialectal et comporte 6 items [22,23].

Figure 1

C1	في الشهر الأخير: واش كنت:			
C2	تتفكر أنه أحسن ليك تموت أولا تمنيت الموت	NON	OUI	
C3	خمنت في الانتحار	NON	OUI	
C4	خططت تنتحر (خطة الانتحار)	NON	OUI	
C5	حاولت تنتحر	NON	OUI	
C6	في حياتك كاملة	NON	OUI	
	واش عمرك قمت بشي محاولة ديال الانتحار			
YA - T - IL AU MOINS UN OUI CI - DESSUS		NON	OUI	
SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME CI DESSOUS :	RISQUE ACTUEL	SUICIDAIRE		
C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER	LEGER	<input type="checkbox"/>		
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN	MOYEN	<input type="checkbox"/>		
C4 ou C5 ou (C5 + C6) = OUI : ELEVE	ELEVE	<input type="checkbox"/>		

Mini International Neuropsychiatric Interview traduit et validé en arabe marocain.

Cas particuliers de l'adolescent et du sujet âgé

Les adolescents constituent un groupe très exposé [24-26], avec un risque élevé de récurrence dans l'année (30 à 50%), et des tentatives de suicide de gravité croissante [15]. Ces tentatives ont une valeur d'appel à l'aide. Les adolescents consultent peu, de préférence un médecin généraliste. Le praticien doit décoder la demande de l'adolescent ; le motif annoncé est souvent éloigné du motif réel de la consultation. Les plaintes somatiques motivent l'essentiel des consultations [27].

La question d'éventuelles pensées ou gestes suicidaires sera abordée systématiquement avec un adolescent en difficulté, qu'elle soit exprimée ou constatée par l'entourage ou le praticien. Les facteurs de risque les plus spécifiques du suicide chez l'adolescent sont : fugues, prise de drogues, échec ou chute des résultats scolaires, abus sexuels, maltraitance et conflit avec les parents [15, 27].

Chez le sujet âgé, le risque suicidaire doit être évalué en cas d'isolement, de refus alimentaire, de perte des intérêts ou d'opposition aux soins [15].

Les données de la littérature montrent un sous diagnostic de la dépression chez les personnes âgées. Elles parlent plus facilement du sentiment d'inutilité et de la charge qu'elles représentent pour leur entourage ; c'est une manière détournée d'aborder le problème. On retrouve généralement un déterminisme plus fort chez les suicidés de plus de 65 ans [28].

Les facteurs de risque spécifiques sont les pathologies douloureuses, les conflits familiaux, les pertes de repères et le veuvage [29].

L'évaluation du risque

Une manière commode, celle de la conférence de consensus de l'ANAES (Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) [30], est de subdiviser et analyser la menace suicidaire en trois composantes : le risque, l'urgence de la menace et la dangerosité du scénario suicidaire. Chacune de ces trois dimensions est évaluée séparément selon trois degrés d'intensité : faible, moyen ou élevé.

Le risque : rechercher et évaluer les facteurs de risque cités précédemment, et notamment leur association.

L'urgence : c'est à dire la gravité de la menace suicidaire ; deux éléments doivent être pris en compte, l'existence d'un scénario suicidaire et l'absence pour le sujet d'une alternative autre que le suicide. Cette gravité peut être extrême, importante ou moyenne (Tableau 1).

Tableau 1

Gravité moyenne	Gravité importante	Gravité extrême
Absence de scénario construit.	Scénario existant, date de réalisation éloignée, imprécise.	Existence d'un scénario suicidaire, planification précise, date arrêtée. Absence d'alternative autre que le suicide.

Gravité de l'urgence suicidaire.

La dangerosité : la létalité du moyen suicidaire, il s'agit de la dangerosité mortelle du moyen considéré et ou son accessibilité : le sujet peut-il facilement disposer lors de l'évaluation, du moyen qu'il se propose d'utiliser ?

C'est toutefois le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la conférence de consensus (Tableau 2) :

Tableau 2

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence forte
une personne qui : * parle et est à la recherche de communication, * cherche des solutions à ses problèmes ; * pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; * pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; * n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante * a établi un lien de confiance avec un praticien.	une personne qui : * a un équilibre émotionnel fragile ; * envisage le suicide et dont l'intention est claire ; * a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée. * ne voit d'autres recours que le suicide pour cesser de souffrir ; * a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;	une personne qui : * est décidée : Sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent. * rationalise sa décision ou au contraire, est très émotive, agitée ou troublée. * se sent complètement immobilisée par la dépression ou au contraire, se trouve dans un état de grave agitation ; * dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; * a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; * a le sentiment d'avoir tout fait et tout envisagé ; * est très isolée.

Recommandations de la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé en France concernant le niveau de l'urgence suicidaire [30].

Conclusion

Les objectifs de l'évaluation du risque suicidaire sont la prévention du passage à l'acte suicidaire, l'évitement de sa récurrence et la mise en place d'une thérapeutique adéquate de la pathologie sous-jacente. Mais le problème posé pour évaluer ce risque suicidaire est celui de la spécificité et la sensibilité de cette évaluation. De plus, le contexte de la rencontre médecin malade, n'est pas toujours évocateur de cette problématique, celle-ci peut passer inaperçue, et compromettre les chances de sauver certains patients suicidaires à temps.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la violence et la santé, Genève, 2002.
2. T. Lamkinsi, H. Hami, A. Soulaymani, M. Windy, A. Mokhtari, A. Elkoraichi, R. Soulaymani. Les intoxications volontaires au Maroc, 1987-2007. 9ème Congrès International de l'Association de Recherche et de Soutien de Soins en Psychiatrie Générale. Mars 2011: <http://arspg.org/datas/docs/13020750441.pdf>
3. M. Agoub, D. Moussaoui, N. Kadri. Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area. *J Affect Disord.* 2006 ; 90 : 223-226.
4. P. Moron. La crise suicidaire, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de consensus, Paris, 2000.
5. P. Hardy, La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Références en psychiatrie. Doin Ed ; Paris, 1997 : 77.
6. S. Bioulac, M. Bourgeois, D.K. Ekouevi et al. Facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Encéphale.* 2000 ; 26 : 1-7.
7. J. Hintikka, H. Koivumaa-Honkanen, S.M. Lehto, T. Tolmunen, K. Honkalampi, K. Haatainen, H. Viinamäki. Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 ; 44 : 29-33.
8. E.C. Harris, B. Barraclough. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997 ; 170 : 205-228.
9. M. Bernal, J.M. Haro, S. Bernert et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord.* 2007 ; 101 : 27-34.
10. M. Pompili, G. Serafini, M. Innamorati et al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health.* 2010 ; 7 : 1392-431.
11. P.E. Bebbington, S. Minot, C. Cooper, M. Dennis, H. Meltzer, R. Jenkins, T. Brugha. Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide : results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry.* 2010; 25 : 427-431.
12. M.L. Bourgeois, Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. *Neuro-psy* 1998, N° spécial : 20-24.
13. R.D. Goodwin, A.L. Beautrais, D.M. Fergusson. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Res.* 2004 30 ; 126 : 159-165.
14. Y. Selvi, A. Aydin, A. Atli, M. Boysan, F. Selvi, L. Besiroglu. Chronotype differences in suicidal behavior and impulsivity among suicide attempters. *Chronobiol Int.* 2011 ; 28 : 170-175.
15. M. Brunet. Suicide : de la crise à la prise en charge de psychopathologie de l'adulte. Elsevier Masson (2010) : 111-124.
16. E. Christiansen, E. Stenager. Risk for attempted suicide in children and youths after contact with somatic hospitals: a Danish register based nested case-control study. *J Epidemiol Community Health.* 2010 Oct 14.
17. C. Haw, K. Hawton. Living alone and deliberate self-harm: a case-control study of characteristics and risk factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Aug19.
18. Casey PR, Dunn G, Kelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, Britta S, Ayuso-Mateos JL, Dowrick C; ODIN Group. Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br J Psychiatry.* 2006 ; 189 : 410-415.
19. Agoub M, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area. *J Affect Disord.* 2006 ; 90 : 223-226.
20. P. L. Soussan. Psychiatrie, démarche diagnostique et conduite à tenir : conduite suicidaire, idées suicidaires. Edition ESTEM. 2001/2002 : 279.
21. J.L. Ducher, J.L. Terra. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède-t-elle une valeur prédictive? *L'Encephalie.* 2006 ; 32 : 738-745.
22. N. Kadri, M. Agoub, S. El gnaoui. Mini International Neuropsychiatric Interview Moroccan arab version 5.0.0. DSM-IV. 1998.
23. N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui, Kh. Mchichi Alami, T. Hergueta, D. Moussaoui. Moroccan colloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric

Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. *European Psychiatry*, 2005 ; 20 : 193-5.

24. M.H. Tsai, Y.H. Chen, C.D. Chen, C.Y. Hsiao, C.H. Chien . Deliberate self-harm by Taiwanese adolescents. *Acta Paediatr*. 2011 May 16.

25. T. Sidhartha, S. Jena. Suicidal behaviors in adolescents. *Indian J Pediatr*. 2006 ; 73 : 783-8.

26. V. Vörös, S. Fekete, A. Hewitt, P. Osváth. Suicidal behavior in adolescents--psychopathology and addictive comorbidity. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2005 ; 7 : 66-71.

27. M.A. Van Tilburg, N.J. Spence, W.E. Whitehead, S. Bangdiwala, D.B. Chronic pain in adolescents is with suicidal thoughts and behaviors. *J Pain*. 2011 Jun 17.

28. F. Laly, O. Toulouse, J-P. Duveau, O. Veyseyre, A. Soussy. Le suicidé âgé: Étude rétrospective de 247 levées de corps effectuées dans un centre de consultations médico-judiciaires. *Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. Volume 9, Issue 49, 2009 ; 23-31.

29. S. Lebreton, E. Vaille-Perret, J. Vinot, G. Brousse, F. Galland, R. Tourtaux, I. Jalenques. Le suicide du sujet âgé. *Annales Médico Psychologiques* 161 (2003) 826–827.

30. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Conférence de consensus. La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge. HAS, Paris, octobre 2000. <http://www.has-ante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>. Associated