



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Impact des séquelles physiques et psychiques des tentatives de
suicide sur la prise en charge des suicidants, par l'équipe de
psychiatrie de liaison, au CHU de Lille.**

Présentée et soutenue publiquement le 5 avril 2018 à 18 h
au Pôle Formation
Par Estelle Le Corre

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Pierre GRANDGENEVRE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Pierre GRANDGENEVRE

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Table des matières

Résumé :	10
Introduction	12
I- La psychiatrie de liaison et ses missions	14
1)- Définition de la psychiatrie de liaison	14
2)- Mission de lien.....	15
3)- Missions de soins	19
II- Spécificités des interventions des équipes de psychiatrie de liaison auprès des patients suicidants	22
1)- Mission de lien auprès du suicidant, son entourage et ses soignants	22
2)- Prise en charge de la crise suicidaire par l'équipe de psychiatrie de liaison	24
III- Contraintes lors des prises en charge de la psychiatrie de liaison.....	27
1)- Contraintes liées aux interventions dans un service de MCO	28
2)- Contraintes liées à l'hospitalisation dans les services de patients présentant des troubles psychiatriques	29
3)- Contraintes liées à l'évaluation du risque suicidaire et à la prise en charge psychiatrique du patient suicidant	30
IV- Problématique et objectifs.....	31
1)- Problématique	31
2)- Objectif principal	32
3)- Objectifs secondaires.....	32
MATERIEL ET METHODE	33
I)- Présentation du service de psychiatrie de liaison du CHRU de Lille.....	33
1)- Service de psychiatrie de liaison	33
2)- Organisation de la prise en charge des patients suicidants au CHRU de Lille.....	33
3)- Missions de l'équipe de psychiatrie de liaison concernant les soins des patients suicidants	34
II)- Type d'étude.....	35
III)- Population étudiée.....	35
1)- Critères d'inclusion	35
2)- Critères d'exclusion	35
IV)- Données étudiées	36
V)- Recueil des données	36
VI)- Analyse des données	38
VII)- Accord éthique.....	38

Résultats	39
I- Population étudiée.....	39
II- Tentatives de suicide et complications.....	39
1)- Moyens suicidaires utilisés.....	39
2)- Complications physiques et psychiques	40
III- Orientation des patients vers un service de soins de suite et réadaptation.	44
1)- Comparaison entre les suicidants transférés vers un service de SSR et les autres suicidants	45
2)- Illustration de l'orientation dans des services de SSR par un cas clinique.....	46
IV)- Séquelles psychiatriques	51
1)- Récidive et crise suicidaire.....	52
2)- Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique	62
3)- Troubles psychosomatiques	78
V)- Troubles neurologiques.....	85
1)- Types de troubles neurologiques	85
2)- Episode confusionnel : Cas clinique numéro 7	87
3)- Impact des séquelles cognitives.....	92
VI)- Troubles de la communication	93
1)- Modes de tentative d'autolyse entraînant des troubles de la communication	93
2)- Troubles de la communication : Cas clinique numéro 8.....	94
DISCUSSION	99
I- Impact des séquelles physiques sur la prise en charge psychiatrique	99
1)- Fréquences et gravités des complications physiques présentées par les patients suicidants	99
2)- Cadres et limites des interventions de la psychiatrie de liaison en raison des atteintes physiques.....	102
3)- Transfert dans un service de soins de suite et réadaptation	108
II- Impact des troubles psychiatriques sur les prises en charge	112
1)- Troubles psychiatriques séquellaires diagnostiqués au décours de la tentative de suicide.....	112
2)- Impact des troubles psychiatriques sur la prise en charge de l'équipe de liaison : difficultés diagnostiques.....	116
3)- Impact des troubles psychiatriques sur la prise en charge par les équipes de MCO.	118
4)- Séquelles psychiatriques apparaissant chez les proches.....	121
III- Troubles neurologiques.....	122
1)- Problématiques liées à la confusion	123
2)- Influence des troubles neurologiques sur la prise en charge	126

IV- Troubles de la communication	128
1)- Impact des troubles de la communication pendant l'hospitalisation	128
2)- Impact des troubles de la communication sur le devenir du patient.....	131
V- Biais et limites de l'étude.....	132
CONCLUSION	134
BIBLIOGRAPHIE.....	137

LISTE DES ABEVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

HAS : Haute Autorité de Santé

IDS : idées suicidaires

IMV : ingestion médicamenteuse volontaire

MCO : services de médecine-chirurgie-obstétrique

SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SSR : soins de suite et réadaptation

UADM : unité d'accueil médical et de déchocage

Résumé :

Introduction : A Lille, en 2016, 32% de l'activité de psychiatrie de liaison du CHU concernait la prise en charge d'un patient suicidant. S'assurer que celle-ci se fait dans les meilleures conditions possibles est un enjeu important pour la pratique courante de l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de Lille. Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés sur le retentissement que peuvent engendrer les séquelles psychiques et physiques d'une tentative de suicide sur la prise en charge psychiatrique des patients. L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'impact des complications physiques sur la prise en charge psychiatrique.

Matériel et méthode : A partir des dossiers médicaux de tous les suicidants vus par l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de Lille, au cours de l'année 2016, nous avons étudié les complications physiques des patients, détaillé les complications psychiatriques, recherché les complications neurologiques, et abordé les troubles de la communication.

Résultats : 57% des patients présentent des atteintes physiques graves voire très graves au décours du passage à l'acte suicidaire. Celles-ci sont sources de contraintes pour la psychiatrie de liaison. Les troubles neurologiques, qui sont les complications physiques les plus retrouvées, modifient et biaisent l'examen psychiatrique. Les autres complications les plus fréquentes sont les atteintes viscérales, suivies par les impotences fonctionnelles. Du fait de séquelles physiques importantes, plusieurs patients sont transférés vers un service de SSR malgré un risque suicidaire élevé. Néanmoins, peu de passage à l'acte ont lieu en intra-

hospitalier, en effet une seule récurrence suicidaire a eu lieu dans un service de MCO. De même, les autres complications psychiatriques observées sont rares.

Conclusion : Les complications physiques au décours des tentatives de suicide entraînent une nécessaire adaptation des interventions de la psychiatrie de liaison. Pour pallier à l'impact des séquelles des tentatives de suicide, les équipes de psychiatrie de liaison peuvent utiliser de nouveaux outils, comme une échelle visuelle analogique des idées suicidaires ; renforcer la contribution des services accueillant le patient aux soins psychiques, adapter l'entretien psychiatrique et les critères d'évaluation aux difficultés du patient.

Introduction

La psychiatrie de liaison est un mode d'exercice particulier de la psychiatrie qui consiste à intervenir dans des services de médecine-chirurgie obstétrique (MCO). Les interventions proposées sont variées. Consolide les détails comme « l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général » (1).

En France, l'offre de soins en psychiatrie de liaison est très disparate. Aussi chaque hôpital a une organisation qui lui est propre, parfois le service de psychiatrie de liaison est un service clairement identifié, parfois ce service est couplé à celui des urgences....

L'activité du service de psychiatrie de liaison est dépendante des demandes qui lui sont adressées (2).

En 2016, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Lille, 32,6% des demandes concernaient l'évaluation psychiatrique d'un patient suite à une tentative d'autolyse. Ce chiffre élevé, indique à quel point le suicide et les tentatives de suicide font partie des prises en charge courante en psychiatrie de liaison non seulement à Lille mais dans toute la France.

En France, 90 000 personnes par an sont hospitalisées dans un service de réanimation ou de médecine suite à une tentative de suicide. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que ces patients bénéficient d'une consultation de psychiatrie avant leur sortie de l'hôpital (3). L'objectif de cette consultation est de permettre une prise en charge optimale de la crise suicidaire, en suivant les

recommandations de l'HAS précédemment évoquées (3). Celle-ci doit être globale autant psychique, que physique.

En effet les tentatives de suicide révèlent l'existence d'une crise suicidaire, et le geste auto-agressif va parfois entraîner des complications dites « somatiques ». Elles peuvent être nombreuses, sources de handicap de gravité variable, et vont parfois nécessiter des soins spécifiques dans des services de MCO. Plusieurs études se sont intéressées aux différentes complications physiques en fonction du mode de tentative de suicide utilisé. Par exemple, peut être citée l'étude de Fieux et Al. qui révèle que les ingestions de caustique sont lourdes de conséquences, puisqu'entraînant environ 10% de mortalité immédiate et retardée ,et que les traitements chirurgicaux sont souvent compliqués, entre autres de sténoses (4). De même, l'étude de Chatelain et Al. sur l'immolation démontre que la mortalité est élevée (18%), et que la surface cutanée moyenne brûlée de ces patients est de 34,5%. Devant la gravité des lésions des hospitalisation longues sont nécessaires (53 jours en moyenne) (5). Gaillard et Hervé indiquent que les tentatives de suicide par arme à feu sont sources de traumatismes balistiques au niveau du thorax pour 40% des patients et au niveau encéphalique pour 37% des patients (6)

Toutes ces études illustrent la gravité des lésions dues à certains moyens suicidaires.

Cependant, à notre connaissance, l'impact des séquelles physiques et psychiques des tentatives de suicide sur la prise en charge psychiatrique des patients est très peu étudié.

Les séquelles influençant la santé du patient et les soins dont il bénéficie dans le service de MCO, auront probablement un impact sur la prise en charge psychiatrique réalisée par l'équipe de psychiatrie de liaison.

Nous nous sommes interrogés sur le retentissement que peuvent engendrer les séquelles psychiques et physiques d'une tentative de suicide sur la prise en charge psychiatrique des patients.

Notre objectif principal est d'étudier l'impact des complications physiques sur la prise en charge psychiatrique, à partir des atteintes physiques retrouvées et en étudiant la population transférée dans des services de soins de suite et réadaptation. Nos objectifs secondaires sont, dans un premier temps de détailler les complications psychiatriques retrouvées. Dans un deuxième temps, l'objectif est de comprendre les impacts des troubles neurologiques sur les soins. Enfin, dans un troisième temps, d'appréhender l'influence des troubles de la communication, en les quantifiant, puis en les illustrant d'un cas clinique.

Avant d'appréhender ces objectifs en profondeur, il convient de mieux définir la psychiatrie de liaison et ses missions, la prise en charge de la crise suicidaire par celle-ci et enfin les contraintes qui apparaissent lors de cette prise en charge.

I- La psychiatrie de liaison et ses missions

1)- Définition de la psychiatrie de liaison

Le champ de la psychiatrie dite « de liaison » se situe à l'interface de la psychiatrie et de la médecine dite « somatique ». Elle s'inscrit dans une approche globale du patient et s'appuie sur un modèle biopsychosocial.

Zunbrunnen a défini ainsi la psychiatrie de liaison. « La psychiatrie de liaison se propose de mettre au service des patients et des services de médecine et de chirurgie les compétences développées par la psychiatrie avec une notion d'extra territorialité, hors des murs sécurisants des structures de santé mentale. » (2)

Lipowski va être à l'origine du premier service de psychiatrie de liaison, avec l'objectif de traiter les patients dans leur globalité. L'idée est que la souffrance mentale est en constante inter relation avec les difficultés physiques (2). Il publie en 1968, le texte fondateur de la psychiatrie de liaison (7) . Il constate trois stratégies pour les consultations de psychiatrie dans l'hôpital général : une approche orientée vers le patient, une approche orientée vers l'équipe ou le médecin demandeurs, une approche orientée vers la situation. (8).

Depuis la psychiatrie de liaison s'est peu à peu développée et ses missions ont évolué et se sont étendues. Celles-ci vont être développées à partir des deux missions décrites par Cremades (9). La première mission consiste à établir des liens : avec la médecine, avec le patient, avec la famille, avec le réseau de ville. La seconde mission est une mission de soins, avec une évaluation diagnostique, la proposition de stratégies thérapeutiques et l'organisation du suivi (9). Le terme anglo-saxon « psychiatric consultation-liaison » expose cette dualité.

2)- Mission de lien

Le psychiatre de liaison intervient auprès de patients, de leur entourage et d'équipes de MCO. Mener ces interventions nécessite que le psychiatre de liaison puisse créer un réseau entre le patient et ses proches, le service accueillant le

patient, et les structures de soins qui seront sollicitées au décours de l'hospitalisation.

a)- Lien avec le patient

Dans la majorité des situations, l'équipe de psychiatrie de liaison est sollicitée par l'équipe soignante prenant en charge le patient et non par le patient lui-même (10). Le premier objectif de soins est de créer une alliance thérapeutique.

En effet, le patient, hospitalisé dans un service de MCO, exprime souvent une incompréhension lors de la rencontre avec l'équipe de psychiatrie de liaison. Il n'a pas toujours le sentiment que celle-ci est justifiée. Cette première rencontre est capitale pour permettre à l'équipe de psychiatrie de liaison de prendre en charge le patient.

Une vision systémique facilite la création d'une alliance thérapeutique de qualité. La première intervention vise à favoriser l'émergence d'une demande par le patient (2). Il peut ainsi donner du sens à l'intervention psychiatrique et se positionner en tant que client.

b)- Lien avec le service qui accueille le patient

Le service qui accueille le patient est souvent le demandeur de la consultation. Il fait partie du système dans lequel évolue le patient. La prise en charge de ce

dernier, pour être globale, nécessite l'investissement des services de MCO tant sur le plan des soins physiques que psychiques.

Travailler en collaboration avec l'équipe de soin à l'origine est donc primordial. L'efficacité de cette collaboration est démontrée par une étude suisse. Celle-ci, réalisée auprès de patients âgés vivant en institution, révèle que pour 30% des demandes, l'intervention menée auprès de l'institution suffit à améliorer la situation ayant justifié la demande de consultation (11).

Pour faciliter ce travail en collaboration, certains auteurs préconisent de favoriser l'intégration de l'équipe de psychiatrie de liaison au sein de l'hôpital (7). Selon Morasz et Dalery, cette intégration nécessite qu'une coexistence technique entre les deux équipes permette une reconnaissance mutuelle. Une alliance collaboratrice va ainsi naître et permettre une prise en charge globale des patients (12).

Les équipes de psychiatrie de liaison peuvent également proposer des interventions centrées sur l'équipe de l'hôpital générale, lors de situations vécues, par celle-ci, comme difficiles ou traumatisantes.

c)- Lien avec l'entourage

Intégrer les proches du patient à la prise en charge psychiatrique est indispensable. Cette intégration a plusieurs objectifs.

Parmi ces derniers, figurent la recherche d'informations favorisant la compréhension de la situation du patient ainsi que l'implication des proches dans les interventions psychothérapeutiques (13), notamment les interventions de crises.

L'équipe de psychiatrie de liaison a également pour mission d'intervenir directement auprès des proches lorsque ceux-ci sont à risque de présenter ou présentent une décompensation psychiatrique, comme un deuil pathologique ou un trouble de l'adaptation. Par exemple, il peut s'agir d'accompagner les proches lors de l'annonce d'une maladie grave, voire d'accompagner des proches endeuillés.

d)- Lien avec le réseau de ville

Le premier soignant auquel le patient a recours est en général le médecin traitant.

Comme les proches, son implication auprès du patient est à la fois antérieure et postérieure à l'hospitalisation. Il est donc à la fois le dépositaire d'informations précieuses pour comprendre le patient et son histoire, et l'interlocuteur privilégié pour pérenniser des soins ambulatoires. Dans certaines situations, des soins psychiques au décours de l'hospitalisation sont nécessaires. Impliquer le médecin traitant du patient dans les soins est indispensable puisqu'il les coordonne (14). De plus, une étude, réalisée avec la participation de médecins généralistes, révèle que l'offre de soins psychiatrique et psychologique n'est pas toujours lisible, surtout lors de prises en charges très spécialisées (15). Il est donc du ressort de la psychiatrie de liaison qui connaît le réseau de soins psychiatriques d'adresser le patient à la structure la plus adaptée et d'en informer le médecin traitant.

Le réseau de soins psychiatriques est vaste : il comprend aussi bien le réseau libéral que public, les structures extrahospitalières qu'hospitalières. L'équipe de psychiatrie de liaison fait le lien entre le patient et la structure de soins à laquelle elle l'adresse.

3)- Missions de soins

a)- Evaluation diagnostique

Les comorbidités psychiatriques présentes chez des patients hospitalisés dans des services de MCO sont nombreuses et concernent tous les champs de la psychiatrie. Il peut aussi bien s'agir de la décompensation d'un trouble psychiatrique connu, que de l'apparition d'un trouble de l'adaptation ou d'un psychotraumatisme en lien avec l'hospitalisation, que de tableaux sémiologiques mêlant « psyché » et « soma ». Ces derniers sont par exemple des troubles dépressifs qui sont associés à des pathologies dites somatiques, comme la maladie de Parkinson (16). Les diagnostiquer est primordial car les troubles dépressifs impactent directement la surmortalité post-infarctus. Par exemple (17), ils diminuent également le pronostic fonctionnel des patients lors de soins de rééducation (18).

Cette notion d'impact des troubles psychiatriques est retrouvée, dans une des catégories apparues dans le DSM 5 « facteurs psychologiques influant d'autres pathologies médicales » (19). Les troubles psychosomatiques y figurent également. Ce terme désigne des pathologies où l'apparition des lésions organiques est liée à des facteurs psychosociaux (asthme, psoriasis...) (20).

Les comorbidités psychiatriques diagnostiquées par les équipes de psychiatrie de liaison sont variées, et intriquées avec d'autres pathologies.

b)- Stratégies thérapeutiques mises en place

Les stratégies thérapeutiques proposées s'adaptent au patient, à l'évaluation diagnostique et au service qui reçoit le patient.

Sur le plan psychothérapeutique, les stratégies les plus retrouvées dans la littérature sont l'utilisation de la psychologie médicale (1), des thérapies brèves systémiques (2,21,22), des psychothérapies de soutien (23) et des thérapies cognitivo-comportementales (10).

Sur le plan chimiothérapeutique, tout traitement par psychotropes doit être introduit avec le médecin de MCO, notamment pour éviter toute contre-indication ou interaction avec un autre traitement. Selon des études grecques et canadiennes, des psychotropes sont introduits par les équipes de psychiatrie de liaison pour 10 à 50% des patients rencontrés (24,25).

La majorité des prises en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison se déroule sur de brèves périodes, le temps de l'hospitalisation dans le service de MCO. Cela conditionne également les stratégies thérapeutiques choisies.

c)- Orientation et organisation du suivi

Les propositions d'orientation du patient au décours de l'hospitalisation sont élaborées de manière conjointe entre le service de MCO accueillant le patient et le service de psychiatrie de liaison. Elles dépendent des soins nécessaires sur les plans physiques et psychiques et de la priorisation de ces soins.

Lorsqu'une orientation ambulatoire est décidée, un des enjeux de la psychiatrie de liaison est de favoriser l'adhésion du patient à ces soins. En effet, l'adhésion au suivi ambulatoire psychiatrie est souvent limitée, par exemple 20 à 50% des suicidants ont un suivi au décours de l'hospitalisation (26).

d)- Actions de prévention

Le psychiatre de liaison a aussi une activité de prévention. La prévention peut concerner l'impact traumatique de certaines pathologies (27) ou encore de certains soins comme ceux de réanimation (28).

D'autres actions de prévention sont centrées sur la prévention de récurrence de pathologie psychiatrique. Pour limiter le risque de récurrence suicidaire, un plan de secours ou « safety plan » peut être élaboré avec le patient, lui permettant d'alerter plus précocement les secours lors de l'apparition d'idées suicidaires (29,30).

Des programmes de prévention secondaires utilisant différents supports pour maintenir un contact après une tentative de suicide se développent (31).

Initialement mis en place dans le Nord- Pas de Calais, le dispositif de veille nommé Viglian's inclus les patients suicidants, dont la tentative de suicide a été médicalisée. Ce dispositif de veille permet de recontacter les patients par téléphone, mails ou cartes postales, d'aider à la coordination des soins en se mettant systématiquement en contact avec le médecin généraliste et le psychiatre traitant, et d'envoyer des secours au domicile du patient si nécessaire. Une carte ressource est remise aux patients à la sortie de l'hôpital, pour leur permettre de téléphoner aux membres de l'équipe de veille, s'ils en ressentent le besoin (32).

Les connaissances et champs médicaux évoluant, la pratique de la psychiatrie de liaison évolue également. Son champ de compétence s'élargit, et le psychiatre de liaison acquiert de nouvelles missions comme tenir un rôle d'expert lors de décisions

médicales importantes (par exemple : avant une greffe, avant une chirurgie bariatrique...) (33).

D'autres champs de compétence sont partagés avec d'autres unités de psychiatrie, comme la prise en charge des suicidants. Cependant la prise en charge des patients suicidants par les équipes de psychiatrie de liaison comporte des spécificités. Celles-ci sont liées à la dualité déjà évoquée de liaison et de consultation et du mode d'intervention particulier de la psychiatrie de liaison.

II- Spécificités des interventions des équipes de psychiatrie de liaison auprès des patients suicidants.

1)- Mission de lien auprès du suicidant, son entourage et ses soignants

a)- Lien avec le patient suicidant

Un patient suicidant est un patient qui a effectué une tentative de suicide. Selon la définition de l'OMS, la tentative de suicide correspond à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas (34). Aussi, suite à un geste suicidaire, bien que le patient ne soit généralement pas spontanément à l'origine de la demande de soins psychiatriques, il s'attend à rencontrer un psychiatre au cours de la prise en charge.

Comme pour tous patients, l'alliance thérapeutique est importante pour la prise en charge psychiatrique.

b)- Lien avec le service accueillant un patient suicidant

Accueillir un patient suicidant est souvent anxiogène du fait du risque suicidaire. Les équipes de MCO ont besoin d'être formées aux moyens de surveillance et prévention de celui-ci (35). Ces derniers doivent être mis en place en collaboration avec le service de MCO (26) ; par exemple, en vidant la chambre du patient de tout moyen létal qu'il pourrait utiliser.

Face à cet aspect anxiogène, les services de MCO ont parfois une exigence de disponibilité à laquelle il convient de répondre au mieux (7).

c)- Lien avec les proches du patient suicidant

Comme évoqué précédemment, joindre les proches est important pour le patient. En effet, un étayage social de qualité est un facteur protecteur lors de crises suicidaires (36).

Le lien avec les proches va également permettre de mener des interventions de crise, de travailler autour de la notion de changement minimal. L'objectif est de permettre d'acquiescer un nouvel équilibre de tout le système, dans lequel le patient vit, et de quitter l'état de crise. (13)

Enfin, établir un lien avec les proches permet de mettre en place des mesures de prévention. L'objectif premier est de prévenir un éventuel effet de contagion. Chez des personnes vulnérables, suite à la mise en jeu de mécanismes d'identification, l'annonce d'un suicide peut provoquer un effet de contagion. Celles-ci risquent d'effectuer à leur tour un suicide. La seconde décompensation psychiatrique à

prévenir est l'apparition d'un psychotraumatisme devant l'impact traumatique que peut avoir la scène suicidaire (37).

d)- Lien avec les médecins habituels du patient suicidant

Un lien avec le médecin traitant et le psychiatre traitant est à établir en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge de la crise suicidaire (3).

2)- Prise en charge de la crise suicidaire par l'équipe de psychiatrie de liaison

a)- Evaluation diagnostique de la crise suicidaire et des comorbidités psychiatriques

Le diagnostic de crise suicidaire s'appuie sur (3):

- Le contexte suicidaire : l'apparition d'idées suicidaires de plus en plus fréquentes, l'intentionnalité suicidaire, des conduites de préparation de l'acte avec l'élaboration d'un scénario suicidaire,
- Une souffrance psychique intense,
- Avec des signes de vulnérabilité psychique : altération de l'image de soi et sentiment de dévalorisation et de culpabilité, des changements de comportement récents, une recrudescence anxieuse entraînant parfois des attaques de paniques, des troubles du sommeil, un sentiment de désespoir avec le sentiment de ne plus avoir le choix, d'avoir déjà essayé toutes les stratégies alternatives,

- Des signes d'altération cognitive (troubles mnésiques, troubles de l'attention, diminution de la fluence verbale) et d'impulsivité (agressivité, instabilité comportementale, augmentation des conduites à risque) (38).

Cette crise suicidaire peut être accompagnée d'une comorbidité psychiatrique. La plus retrouvée est un trouble de l'humeur (25,39)

Les troubles addictologiques augmentent le risque de tentative de suicide surtout s'ils sont associés à une autre pathologie psychiatrique (40).

La douleur est également une comorbidité de la crise suicidaire. Elle tient une place centrale dans la problématique suicidaire. Il peut s'agir d'une douleur physique liée à une pathologie somatique mais également d'une douleur sociale et psychique (41).

La douleur physique, lorsqu'elle est lancinante et persistante, devient insupportable et diminue les stratégies d'adaptation de celui qui souffre. Les taux de dépression sont très élevés chez les patients atteints de douleurs chroniques, les taux de tentatives de suicide le sont également (42).

De plus, les pathologies chroniques et douloureuses sont le premier facteur précipitant retrouvé lors de tentatives de suicide et de suicides dans un hôpital général.(43)

S'assurer d'une antalgie adaptée va donc être une priorité en psychiatrie de liaison.

b)- Evaluer le risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire, selon l'ANAES nécessite l'utilisation de l'échelle Risque-Urgence-Dangerosité (RUD) (3) :

Le Risque correspond à la recherche de facteurs de risques personnels (antécédents de tentatives de suicide, troubles psychiatriques associés, contexte de vie, contexte socio-professionnel et contexte affectif) et de facteurs de risques familiaux (antécédents de tentatives de suicide).

L'Urgence permet de situer le patient dans le processus suicidaire (présence d'idées suicidaires, scénario établi, date du passage à l'acte décidée, et alternatives...)

La Dangersité correspond à la létalité du moyen envisagé et à l'accès à celui-ci.

La prise en charge des patients est sous tendue par l'évaluation du risque suicidaire. Plus le risque est élevé, plus la surveillance doit se faire de façon rapprochée avec une augmentation de la fréquence des passages de l'équipe paramédicale par exemple.

c)- Stratégies thérapeutiques autour de la crise suicidaire

La conférence de consensus de l'HAS sur la prise en charge de la crise suicidaire inscrit la prise en charge sur deux axes :

- Un axe synchronique qui associe la prise en charge individuelle et l'implication de son entourage familial et social,
- Un axe temporel : reliant intervention de crise et suivi au long cours (3).

Elle est axée sur le désamorçage de la crise, pour permettre une désescalade émotionnelle. L'objectif est de passer d'un état de crise à un état d'équilibre.

La particularité de la psychiatrie de liaison est sa situation sur l'axe temporel. En fonction des durées d'hospitalisation, elle va proposer des interventions psychothérapeutiques plus ou moins longues.

Les comorbidités psychiatriques, addictologiques et la douleur doivent également être traitées.

d)- L'orientation du patient suicidant par l'équipe de psychiatrie de liaison

Les décisions d'orientation des patients suicidants vus par la psychiatrie de liaison, se font de manière conjointe avec le service les accueillant. Aussi l'état psychique du patient et son environnement ne sont pas les seuls facteurs influant sur la décision d'orientation. En effet si un patient présente des séquelles physiques importantes au décours d'un geste autolytique, il peut nécessiter des soins dans des services de type soins de suite et réadaptation (SSR).

L'échelle bénéfice-risque de chaque décision nécessite une évaluation tenant compte des risques sur les plans psychiques et physiques.

Comme l'illustrent les décisions d'orientations des patients suicidants, le cadre des interventions de la psychiatrie de liaison entraîne certaines contraintes.

III- Contraintes lors des prises en charge de la psychiatrie de liaison

1)- Contraintes liées aux interventions dans un service de MCO

Intervenir auprès de patients hospitalisés dans des services de MCO, nécessite de la part de l'équipe de psychiatrie une adaptation à plusieurs contraintes. La première concerne le lieu où se déroule l'entretien psychiatrique : celui-ci se fait le plus souvent au lit du patient. Les chambres des patients de MCO garantissent rarement le calme nécessaire aux consultations psychiatriques. Les entretiens sont interrompus par le bruit des alarmes des appareils de monitoring, les soins avec les allées et venues de l'équipe soignante de MCO (23).

La confidentialité est également difficile à respecter, notamment lorsque les chambres sont doubles et qu'aucun des deux patients n'est mobilisable ; ou lorsque l'insonorisation de la chambre est insuffisante (23).

De plus les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison nécessitent une collaboration avec le service demandeur de la consultation. L'équipe de psychiatrie de liaison cherche à favoriser l'implication des services de MCO dans la prise en charge psychiatrique. Les équipes de ce dernier ne sont pas toujours disponibles du fait de l'importance de certains soins physiques (44). Schweitzer écrit que lorsque le service demandeur n'adhère pas à celle-ci les propositions thérapeutiques de la psychiatrie de liaison sont rarement mises en place, et la iatrogénie médicamenteuse est augmentée (45).

La demande, au centre de la prise en charge psychiatrique n'est pas toujours adaptée. Elle est parfois sous-tendue d'attentes irréalisables (45). Parfois l'objectif de la demande est, selon Spadone, « d'éloigner un patient difficile à gérer », par le biais d'une hospitalisation en psychiatrie (46). La communication est une nouvelle fois au centre de l'activité de psychiatrie de liaison, l'objectif est d'aider le service à faire face

(47). Une intervention systémique permet alors de modifier la demande, pour remobiliser l'équipe autour du patient, comprendre l'inefficacité des solutions essayées jusqu'à présent, et travailler autour de la notion de changement minimal (2).

2)- Contraintes liées à l'hospitalisation dans les services de patients présentant des troubles psychiatriques

Les prises en charge de patients présentant des troubles psychiatriques dans des services de MCO ne sont pas aisées pour les équipes de MCO.

D'un point de vue architectural, les locaux ne sont pas toujours adaptés à la prise en charge de patients présentant des troubles psychiatriques. Pour la prévention du risque suicidaire, par exemple de longs couloirs diminuent la surveillance du risque suicidaire en éloignant le soignant du soigné, des fenêtres non sécurisées augmentent l'accès à un moyen létal. Les équipes de psychiatrie de liaison doivent tenir compte de ces difficultés, parfois en conseillant un changement de chambre pour favoriser une surveillance visuelle, ou en favorisant la demande de sécurisation du lieu de soins du patient aux équipes techniques.

Les patients présentant des troubles psychiatriques ont besoin de temps de soins importants, qu'il s'agisse d'un rythme de surveillance du risque suicidaire élevé ou de soutien psychique. Par exemple, pour les patients souffrant de brûlures importantes, Anzieu explique que le « moi-peau » ne peut plus assurer son rôle de protection. La contenance est alors effectuée par les soins de l'équipe et le « bain de parole » a pour objectif de rassurer le patient et de structurer à nouveau l'enveloppe du patient (48). Permettre aux équipes de MCO de comprendre l'importance des

soins psychiques, notamment lors des soins de nursing, et valoriser leur savoir-faire relationnel fait partie des interventions de psychiatrie de liaison (33).

Lutter contre la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiatriques est également un enjeu majeur. Cette stigmatisation est liée à plusieurs phénomènes, la présence de fausses croyances autour de la psychiatrie (2), les troubles du comportement et la présentation insolite de certains patients (33). Une fois de plus, pour lutter contre cette contrainte, la collaboration avec les équipes de MCO est à travailler. Dans ce sens, des auteurs proposent de mener des actions de supervision (49), ou encore des actions de sensibilisation auprès des étudiants en médecine (50).

3)- Contraintes liées à l'évaluation du risque suicidaire et à la prise en charge psychiatrique du patient suicidant.

Les premières contraintes sont celles qui biaisent l'évaluation du risque suicidaire, par exemple les épisodes confusionnels ou la prise de toxiques (26).

Les éléments qui perturbent l'état neurologique du patient et altèrent sa conscience, ont aussi un effet amnésiant. Aussi un entretien réalisé dans de telles conditions a un grand risque d'être oublié par le patient (51). Pour cette raison, respecter les temps d'élimination des traitements, notamment des benzodiazépines, lors des ingestions médicamenteuses volontaires est nécessaire. Le réveil physique du patient ne correspond pas forcément au moment à partir duquel la psychiatrie de liaison peut intervenir dans de bonnes conditions (51).

De plus certains traitements comme les benzodiazépines masquent la symptomatologie anxio-dépressive (26), le risque est alors de sous-évaluer une comorbidité dépressive associée.

Pour lutter contre ces contraintes, la meilleure stratégie est d'attendre que l'état du patient soit compatible avec une consultation et une évaluation diagnostique psychiatriques (51). Cela n'est pas toujours aisé à faire comprendre au médecin de MCO qui accueille le patient (26).

Enfin l'indisponibilité de la famille est une contrainte supplémentaire qui peut exister (44). Les équipes essaient de s'adapter en proposant alors des entretiens téléphoniques.

Les contraintes lors d'interventions de psychiatrie de liaison sont nombreuses. Les équipes de psychiatrie de liaison doivent faire preuve d'adaptabilité et d'inventivité pour contourner celles-ci.

IV- Problématique et objectifs

1)- Problématique

Devant les spécificités de la prise en charge des suicidants par les équipes de psychiatrie de liaison, nous nous sommes interrogés sur les contraintes liées aux séquelles physiques et psychiques engendrées par les tentatives de suicide. Nous avons recherché l'impact qu'elles peuvent avoir sur la prise en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison.

2)- Objectif principal

Notre objectif principal est d'étudier l'impact des complications physiques sur la prise en charge psychiatrique, à partir des atteintes physiques retrouvées. La population transférée dans des services de soins de suite et réadaptation est orientée devant la nécessité de prendre en charge des séquelles physiques importantes. Cette population est représentative des patients dont les séquelles physiques vont pouvoir influencer sur la prise en charge, puisqu'ils influent déjà sur l'orientation. L'impact des séquelles physiques sur la prise en charge psychiatrique sera étudié pour cette population.

3)- Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires sont, dans un premier temps de détailler les complications psychiatriques retrouvées, en présentant les cas cliniques des patients concernés par ces complications.

Dans un deuxième temps, l'objectif est de comprendre les impacts des troubles neurologiques sur les soins ; en étudiant les scores de glasgow, la fréquence des épisodes confusionnels, l'impact de l'amnésie de la tentative de suicide sur la prise en charge.

Enfin, dans un troisième temps, d'appréhender l'influence des troubles de la communication, en les quantifiant, puis en les illustrant d'un cas clinique.

MATERIEL ET METHODE

I)- Présentation du service de psychiatrie de liaison du CHRU de Lille

1)- Service de psychiatrie de liaison

Le service de psychiatrie de liaison du CHU de Lille prend en charge les patients majeurs, hospitalisés dans les services de MCO du CHU de Lille. L'équipe de psychiatrie de liaison est composée d'un psychiatre praticien hospitalier, de trois infirmiers diplômés d'état, de deux internes de psychiatrie et de dix psychologues.

2)- Organisation de la prise en charge des patients suicidants au CHRU de Lille

Au CHU de Lille, tous les patients qui ont effectué une tentative de suicide bénéficient d'au moins une consultation de psychiatrie. Aux urgences celle-ci est réalisée par l'équipe de psychiatrie des urgences. Pour les patients mineurs elle est réalisée par l'équipe de pédopsychiatrie. Pour les patients hospitalisés depuis moins de 48 heures dans l'unité réanimation toxicologique, des consultations spécifiques sont organisées par les praticiens hospitaliers de psychiatrie du CHU de Lille.

Tous les autres patients suicidants bénéficient de consultations réalisées par l'équipe de psychiatrie de liaison. Les consultations sont réalisées en binôme avec un médecin (praticien hospitalier ou interne) et un infirmier de psychiatrie.

Organisation spécifique au CHU Lillois : les patients qui présentent une intoxication médicamenteuse volontaire sont hospitalisés dans une unité de réanimation toxicologique (UADM) et une équipe spécifique de psychiatre est dédiée à leurs soins. Ils ne sont vus par l'équipe de psychiatrie de liaison que s'ils sont hospitalisés plus de 48h.

Seuls les patients de plus de 18 ans sont pris en charge par l'équipe de psychiatrie de

3)- Missions de l'équipe de psychiatrie de liaison concernant les soins des patients suicidants

L'équipe de psychiatrie de liaison intervient auprès du patient suicidant suite à la demande du service de MCO.

Dans un premier temps, l'intervention auprès du patient est axée sur le risque suicidaire et les comorbidités psychiatriques associées. Le risque suicidaire est évalué, surveillé et des mesures de prévention sont mises en place. Les comorbidités psychiatriques dépistées peuvent être concomitantes à la crise suicidaire ou survenir par la suite. Elles sont traitées. Des interventions de crise peuvent être effectuées avec le patient et son entourage.

Dans un second temps, l'équipe de psychiatrie oriente le patient en accord avec le médecin de MCO et fait le lien avec les structures de soins (médecin traitant, service de psychiatrie...) qui prendront en charge ce dernier.

Ainsi l'intervention auprès du service de MCO est une spécificité de la psychiatrie de liaison particulièrement importante.

II)- Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, menée au CHRU de Lille, à partir des dossiers des patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison au cours de l'année 2016.

III)- Population étudiée

1)- Critères d'inclusion

Tous les patients suicidants, qui ont bénéficié d'au moins une consultation de psychiatrie de liaison, au cours de l'année 2016 ont été inclus.

La tentative de suicide peut être la raison de l'hospitalisation suite aux séquelles physiques résultant de celle-ci. La tentative de suicide peut avoir eu lieu dans les jours précédents l'hospitalisation et être découverte « fortuitement », ou elle peut avoir eu lieu dans le service de MCO où le patient est hospitalisé.

2)- Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont de ne pas être suicidant. C'est-à-dire que le geste soit finalement une agression ou un accident.

Etre mineur est un critère d'exclusion, puisque les patients mineurs bénéficient de consultation de pédopsychiatrie de liaison.

IV)- Données étudiées

Les données étudiées sont :

- les caractéristiques socio-démographiques (sexe et âge des suicidants),
- les caractéristiques de la tentative de suicide (moyen suicidaire utilisé),
- la prise en charge des patients dans le service de MCO (durée d'hospitalisation),
- les complications de la tentative de suicide (différents types d'atteinte),
- la prise en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison (nombre de consultations, temps écoulé entre le début de l'hospitalisation et la première consultation de psychiatrie de liaison)
- et enfin les caractéristiques cliniques des patients orientés vers un service de rééducation, ainsi que les soins dont ils ont bénéficié.

Les différentes séquelles psychiques vont être présentées sous forme de cas cliniques.

Les différents troubles neurologiques sont détaillés.

Pour illustrer les troubles de la communication, le cas clinique d'un patient en ayant souffert est décrit.

V)- Recueil des données

Le recueil des données, concernant les caractéristiques des patients suicidants, les caractéristiques de la tentative de suicide, les soins psychiatriques mis en place, l'orientation des patients, a été fait à partir du dossier médical de psychiatrie de liaison du patient.

La durée de l'hospitalisation a été recueillie grâce au courrier de sortie du service de MCO.

Les séquelles des tentatives de suicide ont été décrites à partir du dossier de psychiatrie de liaison et du courrier de sortie du service de MCO accueillant le patient.

La gravité des atteintes médicales a été interprétée en utilisant l'item létalité médicale des tentatives de suicide de l'échelle C-SSR de Columbia (52) :

- le grade 0 désigne une absence d'atteinte physique,
- le grade 1 désigne une atteinte physique légère (par exemple : brûlure au premier degré, léger saignement, élocution ralentie).
- le grade 2 indique une atteinte physique modérée qui nécessite une prise en charge médicale, qui peut être une diminution de la réactivité, le saignement d'un vaisseau important, une brûlure au deuxième degré.
- le grade 3 correspond à une atteinte physique grave qui rend une hospitalisation indispensable et parfois dans un service de soins intensifs (par exemple : état comateux avec conservation des réflexes, hémorragie importante sans risque vital, fractures importantes).
- le grade 4 signifie une atteinte physique très grave nécessitant une hospitalisation dans un service de réanimation (avec par exemple : une instabilité hémodynamique avec enjeu vital, atteinte majeure d'un organe vital, brûlure au troisième degré sur plus de 20% de la surface corporelle).
- le grade 5 indique le décès du patient.

Les troubles neurologiques ont été caractérisés par les scores de Glasgow, la présence d'un épisode confusionnel et l'existence de troubles cognitifs persistants mentionnés dans le courrier de sortie (syndrome frontal, altération des capacités cognitives...)

VI)- Analyse des données

Les données recueillies ont été manuellement inscrites dans un tableau EXCEL.

L'analyse des données a été faite avec le logiciel SAS version 9.4. Une analyse descriptive des effectifs et des fréquences (par pourcentage) a été réalisée.

L'influence des séquelles neurologiques sur l'orientation a été recherchée grâce à des analyses croisées utilisant le test du Khi-2. Le même test a été utilisé pour évaluer l'influence de l'amnésie de la tentative d'autolyse sur la critique de celle-ci.

Le seuil de significativité retenu est p inférieur à 0,005.

VII)- Accord éthique

Une déclaration a été faite auprès de la CNIL

Résultats

I- Population étudiée

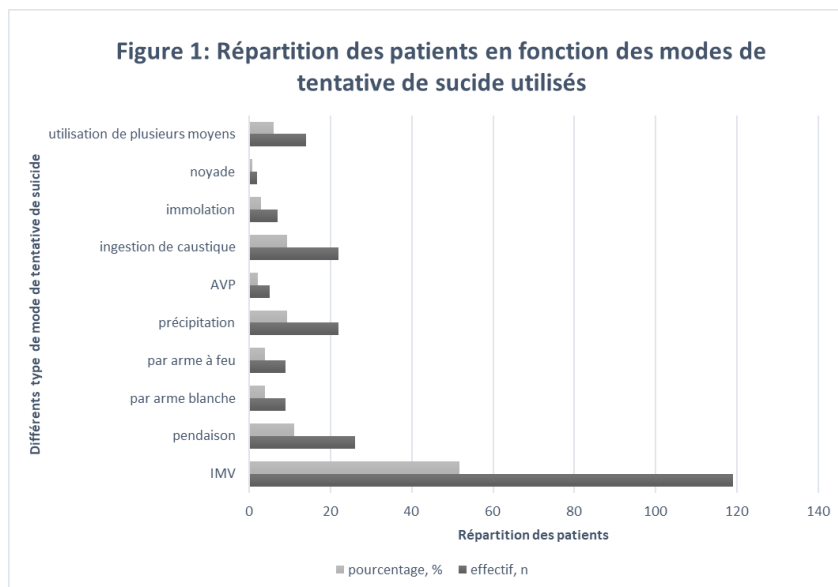
En 2016, 235 patients ont bénéficié d'une consultation de psychiatrie de liaison suite à une tentative de suicide, 120 hommes (51%) et 115 femmes (49%). L'âge moyen est de 45 ans, avec un âge médian à 44 ans.

II- Tentatives de suicide et complications.

1)- Moyens suicidaires utilisés

Les moyens suicidaires utilisés sont détaillés dans le tableau 1. L'ingestion médicamenteuse volontaire est le moyen suicidaire le plus utilisé à 51,64% suivi par la pendaison, puis les précipitations.

Moyen utilisé	effectif, n	pourcentage, %
IMV	119	51,64
pendaison	26	11,06
par arme blanche	9	3,83
par arme à feu	9	3,83
précipitation	22	9,36
AVP	5	2,13
ingestion de caustique	22	9,36
immolation	7	2,98
noyade	2	0,85
utilisation de plusieurs moyens	14	5,96



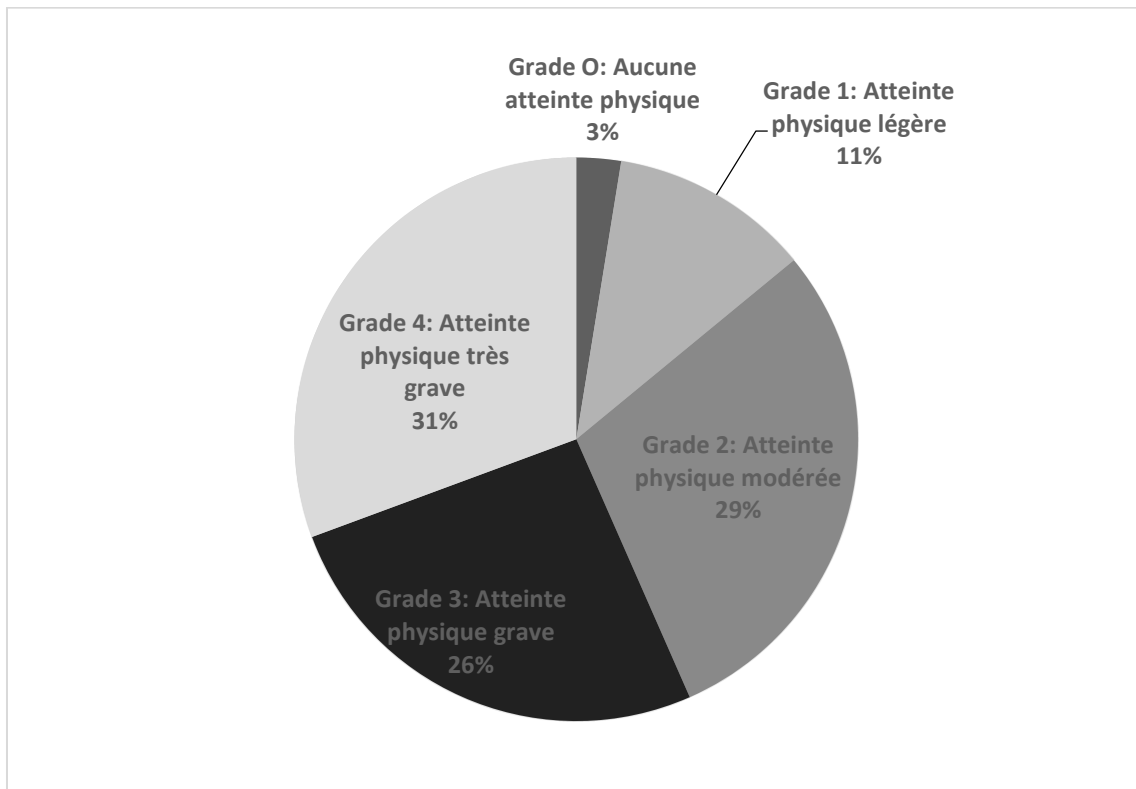
2)- Complications physiques et psychiques

a)- Gravité médicale des atteintes physiques.

Près d'un tiers des patients (31%) rencontrés présente une atteinte très grave et plus de la moitié (57%) présente une atteinte physique grave à très grave. Les séquelles physiques des patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison sont donc graves et nombreuses.

Létalité médicale du geste	Effectif, n	Pourcentage, %
Grade 0: Aucune atteinte physique	6	3
Grade 1: Atteinte physique légère	27	11
Grade 2: Atteinte physique modérée	69	29
Grade 3: Atteinte physique grave	61	26
Grade 4: Atteinte physique très grave	72	31
Grade 5 : Décès	0	0

Figure 2 : Répartition des patients en fonction de leur degré d'atteinte physique

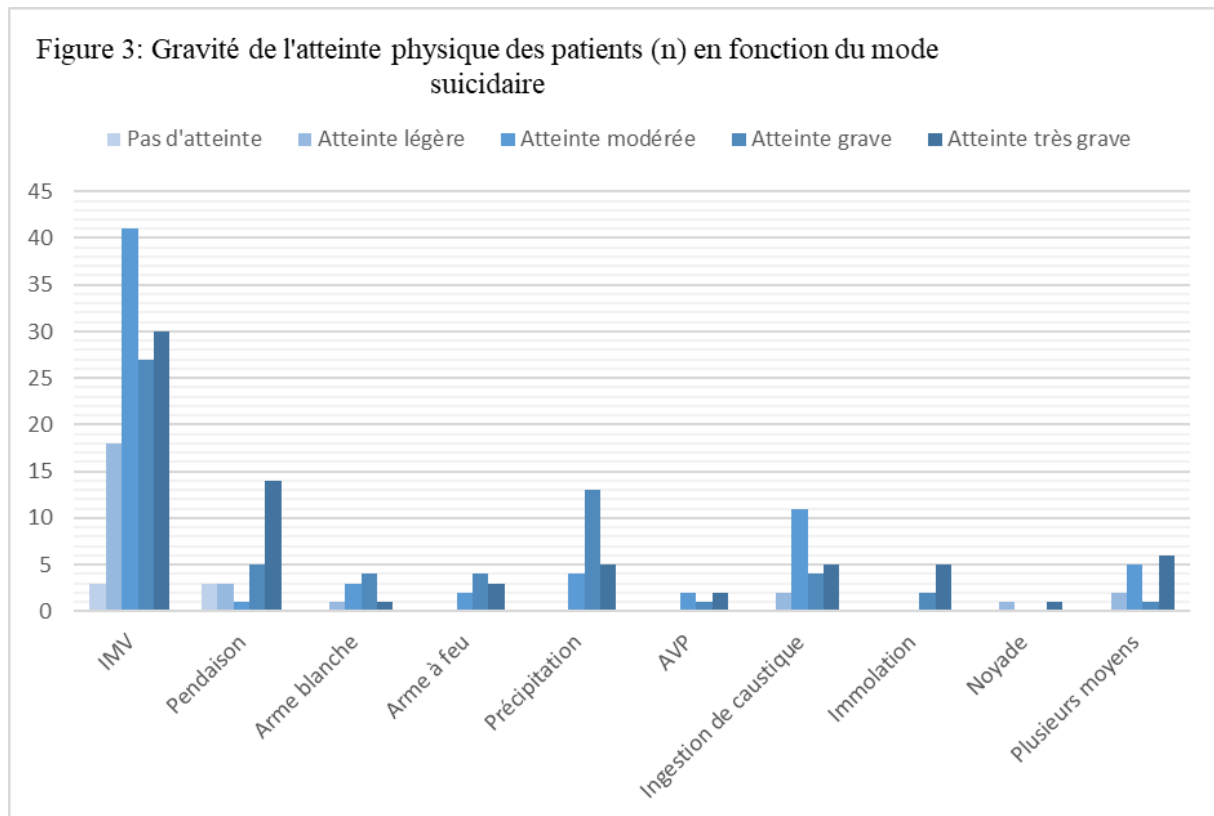


La répartition des patients selon la gravité de l'atteinte physique en fonction du moyen suicidaire utilisé révèle que tous les moyens peuvent causer de très graves atteintes physiques.

La pendaison et la mise à feu sont des moyens particulièrement violents et donc pourvoyeurs d'atteintes physiques très graves. Les précipitations, l'utilisation d'armes à feu et d'armes blanches sont des moyens suicidaires pour lesquels les lésions physiques sont graves voire très graves.

Les ingestions médicamenteuses provoquent des atteintes qui dépendent de la substance ingérée et du temps passé au sol (rhabdomyolyse).

Pour les ingestions de caustiques, la gravité des lésions dépend du risque de perforation digestive. Les tentatives de suicide par accident de la voie publique ont une gravité qui va de modérée à très grave en fonction de la violence de l'impact.



b)- Différents types de séquelles

Les différents types de séquelles sont répertoriés dans le tableau 3.

Types de séquelles	Effectif, n	Pourcentage, %
Troubles psychiatriques	4	1,7
Troubles neurologiques	128	54,5
Troubles de la communication	19	8,1
Impotence fonctionnelle	66	28,1
Atteinte viscérale	120	51,1
Instabilité hémodynamique	45	19,1
Arrêt cardio-respiratoire	16	6,8
Syndrome infectieux	44	18,7

Les séquelles les plus retrouvées sont les troubles neurologiques à 54,5%.

Les atteintes viscérales sont également très fréquentes et concernent 51,1% des patients.

Plus d'un quart des patients a une impotence fonctionnelle.

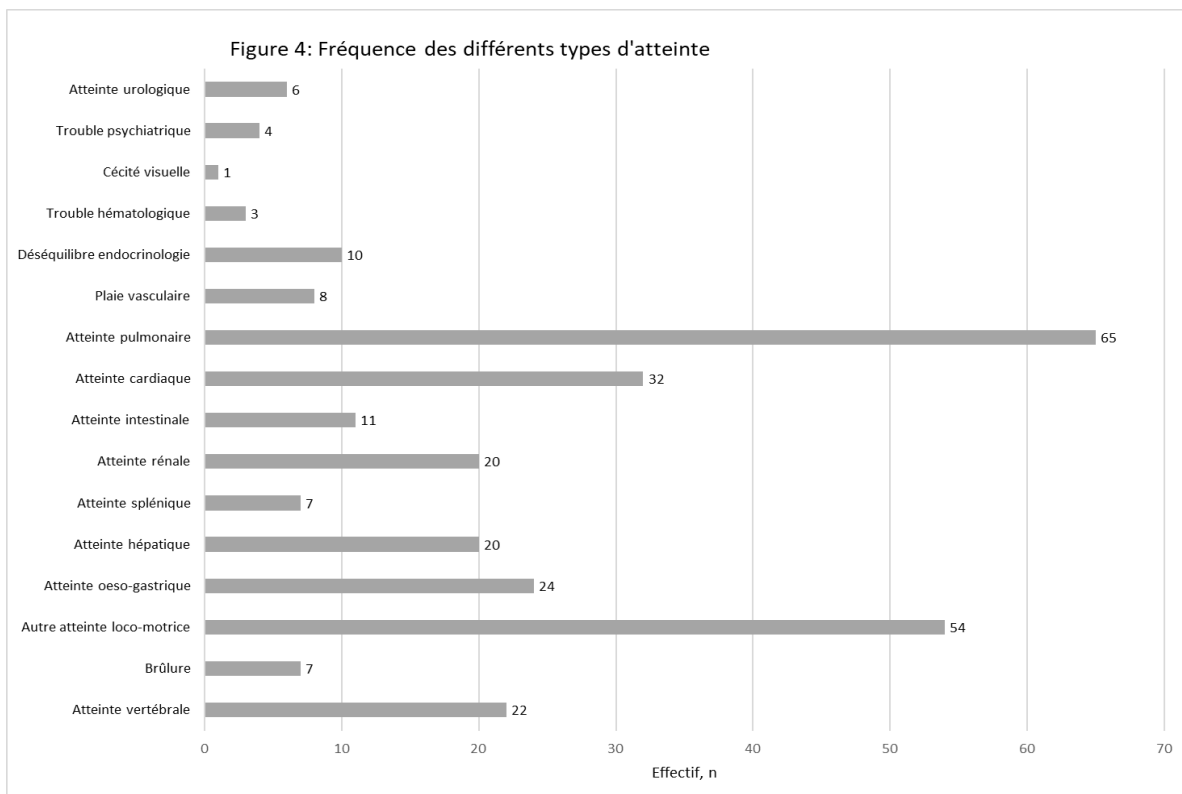
Près d'un cinquième des patients a une instabilité hémodynamique et 16 ont fait un arrêt cardio-respiratoire.

Les syndromes infectieux sont fréquents, souvent en lien avec des pneumopathies d'inhalation.

Les troubles psychiatriques retrouvés sont rares.

c)- Détail et fréquence des différents types d'atteinte

La figure 4 répertorie tous les types d'atteintes en fonction du nombre de patients qui en souffrent.



La complication la plus fréquente est la pneumopathie d'inhalation.

Les atteintes locomotrices sont dues à des fractures multiples ou à une rhabdomyolyse importante.

De même la majorité des atteintes rénales fait suite à une nécrose tubulaire aigue due à une rhabdomyolyse. Les autres sont dues à des fractures rénales.

Les atteintes spléniques sont d'origine traumatique.

Les atteintes cardiaques ont plusieurs étiologies : intoxication avec des substances cardiotoxiques, arrêt cardio-respiratoire sur une pneumopathie d'inhalation, traumatique, ou encore psychosomatique.

Les séquelles psychiatriques sont rares, mais cela ne signifie pas que les patients qui présentent une décompensation psychiatrique sont rares. En effet les décompensations en lien avec le fait de faire une tentative de suicide sont considérées comme des comorbidités et non comme des séquelles

III- Orientation des patients vers un service de soins de suite et réadaptation.

Devant la gravité des lésions physiques évoquées et le risque de handicap qu'elles entraînent, certains patients sont transférés dans des services de SSR.

1)- Comparaison entre les suicidants transférés vers un service de SSR et les autres suicidants.

Pour mieux comprendre l'impact des séquelles physiques sur les prises en charge, nous avons comparé ces patients avec la population suicidante globale rencontrée par l'équipe de psychiatrie de liaison.

Tableau 4: Comparaison entre la population étudiée globale et la population transférée dans un service de SSR

	<i>Population étudiée, n=235</i>	<i>Patients transférés en SSR, n=19</i>
Sexe, n (%)		
Homme	120 (51)	8 (42,1)
Femme	115 (49)	11 (57,9)
Age, années		
Age moyen	45,2	41,7
Age médian	44	40
Antécédent de TS, %	140 (59,6)	73,7
Ecart entre l'entrée et la première consultation de psychiatrie, jour		
Ecart moyen	6,6	22,7
Ecart médian	4	10
Nombre de consultation de psychiatrie, n		
Nombre moyen	2,1	4,4
Nombre médian	1	2
Comorbidité psychiatrique, n(%)	63 (26,8)	7 (36,8)
Comorbidité addictologique, n(%)	60 (25,5)	4 (21,1)
Psychotrope mis en place, n(%)	76 (32,3)	12 (63,2)
Critique du passage à l'acte	160 (68,1)	11 (57,9)
Persistance d'idées suicidaires	82 (34,9)	5 (26,3)
Durée d'hospitalisation, jours		
Durée moyenne	18,9	78
Durée médiane	6	45

Les patients adressés dans un service de soins de suite et réadaptation sont une population plus jeune et comportant plus de femmes que les patients rencontrés généralement par l'équipe de psychiatrie de liaison. Il s'agit généralement de patients ayant un antécédent de tentative de suicide.

Un délai de 10 jours s'est en moyenne écoulé entre la première consultation de psychiatrie de liaison et le début de l'hospitalisation. Néanmoins, ces patients bénéficieront de plus de consultations de psychiatrie de liaison, la durée d'hospitalisation étant plus longue.

Ils présentent plus de comorbidités psychiatriques que les autres patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison. Des traitements psychotropes ont été introduits pour 63,7% des patients, contre 32,2% pour la population suicidante globale. Il s'agissait majoritairement de traitements anxiolytiques. Pour un tiers des patients, un recours à plusieurs psychotropes est nécessaire.

Cliniquement, 57,8% des patients orientés vers un service de SSR critiquent le passage à l'acte précédent, alors que 26,3% des patients présentent des idées suicidaires, lorsqu'ils sont transférés dans le SSR.

2)- Illustration de l'orientation dans des services de SSR par un cas clinique

Cas clinique numéro 1

Mr F., âgé de 37 ans, est hospitalisé dans le service du Centre de Traitement des Brûlés (CTB) suite à une tentative de suicide par immolation par le feu. Une consultation de psychiatrie est demandée.

Antécédents psychiatriques :

On retrouve plusieurs antécédents de passage à l'acte suicidaire par intoxication médicamenteuse volontaire. La première tentative de suicide a eu lieu en 2014 dans

un contexte de difficultés professionnelles et de couple selon Monsieur. F. Il aurait fait ensuite 4 autres tentatives de suicide. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises en soins libres sur son secteur puis a été pris en charge en hôpital de jour. Lors de la prise en charge, Monsieur F. était suivi tous les 15 jours par un psychiatre et bénéficiait d'un suivi infirmier au centre médico-psychologique.

Comorbidités addictologiques :

Mr F. souffre d'une addiction à l'alcool, avec consommation quotidienne évaluée à 7 unités d'alcool par jour depuis deux ans et demi. Des périodes de sevrage ont eu lieu au cours des hospitalisations, avec reprise des consommations. Mr F. ne bénéficie pas d'un suivi addictologique. Il souffre également d'un tabagisme actif.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Mr F. n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier.

Traitement en cours :

DIAZEPAM 10mg : un comprimé matin et soir

ZOPICLONE 7,5mg : un comprimé au coucher

DULOXETINE 60mg : un comprimé par jour

Pas d'antécédent psychiatrique familial retrouvé

Mode de vie :

Mr F. vit seul suite à une rupture sentimentale récente. Il est divorcé et a deux enfants de 7 et 11 ans issus de cette union.

Il travaille comme commercial à mi-temps thérapeutique depuis août 2015.

Son père est décédé, sa mère vit dans la région.

Histoire de la maladie :

Depuis deux ans, le patient décrit un effondrement thymique avec majoration des conduites d'alcoolisation, réactionnel à son divorce, un changement de travail et la perte de la garde de ses enfants.

Les jours précédents le passage à l'acte Mr F. aurait verbalisé des idées suicidaires à son voisin.

Fin septembre 2015, dans un contexte de rupture sentimentale et du nouveau jugement concernant la garde de ses enfants, le patient s'immole par le feu sur le parking d'un hypermarché, après s'être aspergé d'alcool à brûler.

Les secours sont aussitôt alertés et le patient est transféré vers le CHU de Lille, dans le service CTB.

Au cours de l'hospitalisation :

Le pronostic vital du patient va être à plusieurs reprises engagé. Il s'est brûlé sur plus de 54% du corps au troisième degré. La face, le torse, les membres supérieurs et les membres inférieurs sont atteints.

Le patient présente initialement un syndrome de détresse respiratoire aiguë entraînant un arrêt cardio-respiratoire. Le patient est intubé, ventilé mécaniquement et sédaté. Le score de glasgow est à 3.

Devant l'instabilité hémodynamique, un remplissage est nécessaire couplé à un support par amines vasoactives.

Le patient bénéficie de plusieurs greffes de peau.

La sédation est levée progressivement. Un traitement anxiolytique par LORAZEPAM 1mg toutes les six heures et un traitement par antidépresseur ESCITALOPRAM 10mg par jour sont introduits, au quatre-vingt dixième jour d'hospitalisation.

La nutrition et la prise de traitement sont assurées par une sonde naso-gastrique.

La première consultation n'est possible qu'après 106 jours d'hospitalisation.

Le patient communique à l'aide d'une ardoise, la communication non verbale (gestuelle, mimique) est très limitée de par les pansements.

Le patient est coopérant à l'entretien. Il ne critique pas le passage à l'acte. Il exprime des idées suicidaires fluctuantes scénarisées par ingestion médicamenteuse volontaire pour éviter les séquelles physiques. Il décrit des angoisses réactionnelles aux différents examens. Il présente une tristesse de l'humeur, et s'effondre en pleurs à plusieurs reprises au cours de l'entretien. Il parvient néanmoins à se projeter dans l'avenir et investit le lien avec ses enfants de façon positive.

Les troubles du sommeil sont des réveils précoces en lien avec les soins. Il n'y a pas de signe de psycho traumatisme.

Le patient décrit un sevrage psychique à l'alcool et au tabac difficile.

L'équipe soignante du CTB confirme une labilité émotionnelle importante, avec des pleurs fréquents.

La sonde naso-gastrique ayant été retirée, nous proposons la mise en place de CITALOPRAM 20mg/0,5ml en intraveineuse lente et de DIAZEPAM 10mg toutes les 6 heures en intraveineuse pour éviter un syndrome de sevrage.

La mère du patient ne pouvant se déplacer, nous organisons un entretien téléphonique avec cette dernière. Selon elle l'humeur du patient était conservée avant le passage à l'acte. C'est elle qui nous apprend que son fils avait exprimé des idées suicidaires à son voisin avant le passage à l'acte mais pas à sa famille. Devant

la logorrhée anxieuse qu'elle présente, nous lui conseillons de consulter son médecin traitant.

Lors d'un deuxième entretien, l'examen clinique du patient n'est pas modifié. Son état psychique reste inquiétant. En effet le risque suicidaire est élevé, et la dangerosité est amoindrie seulement par le fait que le patient ne puisse pas physiquement passer à l'acte.

Un transfert dans un centre de rééducation est organisé. L'équipe soignante accueillant le patient est informée de la nécessité de surveiller le risque suicidaire qui risque d'augmenter avec l'autonomisation du patient. Le médecin traitant et le psychiatre traitant sont informés de la nécessité de limiter au maximum les traitements au domicile, pour limiter l'accès au moyen léthal.

Au total, Mr F. a été pris en charge 106 jours dans le centre de traitement des Brulés suite à une tentative d'autolyse par mise à feu, avant d'être transféré dans un service de SSR, nonobstant un risque suicidaire élevé.

Synthèse du cas clinique 1 :

La prise en charge de Mr. F. débute de façon très tardive avec un premier entretien psychiatrique plus de trois mois après le début de l'hospitalisation. Cela n'a pas d'impact sur la critique de la tentative de suicide, puisque pour le patient, le moment de cet entretien correspond au début de son réveil psychologique (51).

La particularité de cette situation, c'est la nécessité de soins physiques dans un service adapté aux soins dits « somatiques » et la nécessité de soins psychiatriques dans un service adapté aux soins psychiatriques. Ces deux nécessités ne peuvent actuellement être réalisées en même temps. Il faut donc prioriser et discuter des soins les plus vitaux à apporter. Pour Mr F, l'hospitalisation dans un service de soins de suite et réadaptation va être jugée compatible avec son état de santé psychique. Alors que l'inverse n'est pas vrai (hospitalisation dans un service de psychiatrie malgré les lésions physiques). Sur le plan psychique, la possibilité d'envisager des alternatives aux suicides et l'absence d'accès au moyen létal à disposition diminuent un peu le risque suicidaire, bien que celui-ci reste élevé.

De plus, la surveillance et la prévention du risque suicidaire et la création d'un cadre rassurant et sécurisant favorable à une élaboration relèvent des compétences de tous les services hospitaliers. Les transmissions des informations médicales et des risques possibles apparaissent comme indispensables.

IV)- Séquelles psychiatriques

Quatre patients ont présenté une décompensation d'un trouble psychiatrique suite à la tentative de suicide. Le premier patient a tenté à nouveau de mettre fin à ses jours au sein du CHU de Lille. Cette récurrence a eu un impact sur l'entourage du patient par effet de contagion. Son père a également fait une tentative de suicide suite au second passage à l'acte de son fils.

Une patiente a présenté un état de stress aigu suite à sa tentative de suicide. Une autre a décompensé un trouble de stress post-traumatique suite aux soins nécessaires pour traiter les séquelles physiques de sa tentative de suicide.

Et enfin une cardiomyopathie de Tako-Tsubo est apparue chez une patiente ayant essayé de se suicider par pendaison.

Nous avons choisi de présenter ces séquelles sous forme de cas clinique.

1)- Récidive et crise suicidaire

Mr A est le seul patient à avoir récidivé une tentative de suicide dans un des services de MCO.

a) - Récidive suicidaire : Cas clinique numéro 2 :

Mr A., âgé de 35 ans, est hospitalisé dans le service de réanimation suite à une tentative de suicide. Une consultation psychiatrique est demandée au service de psychiatrie de liaison.

Antécédents psychiatriques :

En juin 2011, Mr A. effectue une première tentative de suicide par injection d'INSULINE, dans un contexte de rupture sentimentale. Il est hospitalisé, dans le service de psychiatrie de son secteur, sous le mode de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, pendant un mois.

Après sa sortie d'hospitalisation, il effectue une deuxième tentative d'autolyse. Il ingère de l'éthylène glycol.

Un mois plus tard, en août 2011, Mr A. prémédite une nouvelle tentative de suicide et passe à l'acte en avalant du liquide lave-glace et du PARACETAMOL, dans un contexte d'alcoolisation aiguë.

Dans un premier temps, il est hospitalisé dans le service Centre d'Accueil et de Crise du CHRU de Lille, où une anxiolyse par LORAZEPAM (2,5mg matin, midi et soir) est instaurée. Devant la persistance des idées suicidaires, le sentiment d'incurabilité et l'ambivalence aux soins, Mr A. est transféré en soins sous contrainte, sur son secteur, pour la poursuite de l'hospitalisation.

Un traitement par PAROXETINE (20mg, un comprimé le matin) est introduit pour traiter l'épisode dépressif caractérisé.

Actuellement Mr A ne bénéficie plus de suivi psychiatrique.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Mr A. n'a pas d'antécédent médico-chirurgical particulier, hormis une appendicectomie.

Comorbidités addictologiques :

Mr A. présente une exogénose chronique, pour laquelle il est suivi au CSAPA. Cette dépendance a débuté en 2011, avec une consommation d'alcool à visée hypnotique.

Antécédents psychiatriques familiaux :

Son père aurait fait un épisode dépressif caractérisé.

Traitement au domicile :

PAROXETINE 20mg : 1 comprimé le matin, prescrit par son médecin traitant.

Mode de vie :

Mr A. est infirmier diplômé d'état, dans un foyer pour personnes handicapées.

Il vit avec sa conjointe. Il est père de deux enfants, de 10 et 12 ans, issus d'une première union.

Il est très proche de ses parents qui sont d'anciens infirmiers en psychiatrie.

Histoire de la maladie :

Le 7 mai 2016, vers 23h, le patient fait une tentative de suicide, en ingérant du liquide « lave-glace », dans un contexte d'alcoolisation aiguë.

Il est transféré dans le service Unité d'Accueil et de Déchocage Médical (UADM) du CHRU de Lille.

Le patient ne présente pas de trouble de la conscience (score de Glasgow à 15). Il n'est pas retrouvé de signe de gravité, ni de signe d'atteinte viscérale.

Le bilan biologique retrouve une éthanolémie à 1,15g/l et une méthanolémie positive.

Une surveillance clinico-biologique est débutée, avec prévention d'un risque de syndrome de sevrage à l'alcool. Une évaluation psychiatrique est prévue à distance de l'intoxication alcoolique.

Le lendemain matin, dans la salle de bain de sa chambre d'hôpital, le patient fait une tentative de suicide par pendaison. Le patient est retrouvé en arrêt cardio-vasculaire.

La période de no-flow est estimée à 10 minutes. Une réanimation cardiaque est débutée avec massage cardiaque externe et injection d'ADRENALINE.

Le low-flow est estimé à 7 minutes. Mr A. est intubé, ventilé. Son score de Glasgow est évalué à 3.

Mr A. est transféré en réanimation, avec une première séance d'oxygénothérapie hyperbare, pour limiter les séquelles de l'anoxie cérébrale.

Au cours de l'hospitalisation dans le service de réanimation :

Au total, Mr A. a bénéficié de cinq séances d'oxygénothérapie hyperbare.

La prévention d'un syndrome de sevrage à l'alcool est efficace et le traitement par DIAZEPAM instauré à l'UADM est arrêté.

Mr A. fait plusieurs complications :

Sur le plan infectieux : dans un premier temps, une pneumopathie d'inhalation est traitée par AMOXICILLINE et Acide clavulanique pendant sept jours. Dans un second temps, une trachéobronchite, sous ventilation mécanique, à staphylocoque doré, nécessite un traitement par CEFOTAXIME.

L'évolution favorable et une amélioration sur le plan neurologique permettent une extubation le 24 mai 2016.

Le lendemain, l'équipe de psychiatrie de liaison rencontre le patient pour la première fois à la demande du service de réanimation. Cette consultation est peu contributive.

Le patient est calme et ne présente pas d'angoisse. Cependant son discours est presque incompréhensible. Le patient est confus, avec une désorientation temporo-spatiale importante.

La présence d'idées suicidaires ou d'un scénario suicidaire ne peuvent être évalués. Dans ce contexte, la surveillance et la prévention d'un risque suicidaire élevé sont maintenues.

Devant les troubles de la phonation, une consultation oto-rhino-laryngologique est demandée. La laryngoscopie révèle une immobilité laryngée droite en position paramédiane et une baisse de la mobilité de la corde vocale gauche.

Une rééducation orthophonique et une consultation de réévaluation à distance sont recommandées.

Devant la persistance de troubles neurologiques à type de déficit de l'hémicorps droit, une imagerie par résonance magnétique (IRM) est réalisée. Une atrophie cortico-sous corticale diffuse, marquée pour l'âge, entraînant un élargissement du système ventriculaire et des espaces liquidiens péri-cérébraux sont visualisés. Une kinésithérapie est débutée.

Trois semaines plus tard, les troubles neurologiques, à savoir des troubles cognitifs et le déficit de l'hémicorps droit sont toujours présents.

Une indication d'orientation dans un centre de rééducation est posée.

Une nouvelle consultation de psychiatrie est demandée par le service de réanimation. L'évaluation psychiatrique se révèle une nouvelle fois difficile.

Il n'est pas retrouvé de signe de décompensation d'un trouble psychiatrique. Le patient est calme. Il n'a pas présenté de trouble des conduites instinctuelles au cours de l'hospitalisation dans le service de réanimation. Son discours ne comporte pas d'élément délirant. Sa thymie est neutre. Mr A. dit ne pas avoir d'idée suicidaire. Il n'est pas anxieux.

Cependant les troubles cognitifs entraînent une désorientation temporo-spatiale avec des incohérences dans le discours. Le patient ne comprend pas pourquoi il est

hospitalisé. Il ne parvient pas à critiquer les tentatives de suicide. De même le motif de passage à l'acte reste flou.

L'anamnèse réalisée avec la famille du patient ne permet pas de retrouver de facteurs précipitant à la tentative de suicide. Il semblerait que le patient ait eu des idées noires préalables à l'ingestion de liquide « lave-glace » .

L'hypothèse la plus probable est celle d'un épisode dépressif caractérisé ayant précédé la crise suicidaire. Le passage à l'acte a pu être favorisé par la prise d'alcool.

La fragilité psychique entraînée par le trouble des conduites suicidaires, et les troubles cognitifs conduisent à maintenir une surveillance élevée pour prévenir le risque de passage à l'acte suicidaire.

Le transfert dans un service de rééducation n'est pas contre-indiqué. Le service accueillant le patient est informé du risque de passage à l'acte autolytique et de la nécessité de la mise en place d'un suivi psychiatrique.

En résumé. Mr A est hospitalisé dans le service de réanimation toxicologique pour la prise en charge d'une tentative d'autolyse par ingestion de lave-glace. Dans ce service, il effectue une tentative de suicide par pendaison, son pronostic vital est engagé. Il va être transféré dans un service de SSR pour une rééducation neurologique.

Synthèse cas clinique numéro 2

Les périodes les plus à risque pour la réalisation d'une tentative de suicide sont la première semaine d'hospitalisation et les deux semaines qui suivent la sortie de l'hospitalisation. Dans le cas de Mr A., c'est au cours de la première semaine d'hospitalisation que survient la tentative d'autolyse, Mr A est passé à l'acte le lendemain matin, par pendaison dans la salle de bain.

Le lieu du passage à l'acte n'est pas anodin puisqu'il s'agit du seul lieu du service de réanimation toxicologique qui n'est pas sous surveillance constante.

Le mode de passage à l'acte suicidaire utilisé par le patient est la pendaison. C'est un des deux moyens suicidaires les plus utilisés dans le monde pour les tentatives de suicide et les suicides survenant dans un hôpital avec la précipitation.

La période de no-flow correspond à l'écart entre la dernière fois où le patient a été vu et le moment où il est retrouvé. Le bref laps de temps nécessaire à un passage à l'acte explique sans doute pour quelle raison les équipes de MCO lorsqu'elles accueillent un patient suicidant sont focalisées sur le risque suicidaire. Notre étude montre qu'il s'agit d'un événement rare mais qui peut être d'une gravité extrême.

b)- Effet de contagion : cas clinique numéro 3

L'effet de contagion suicidaire n'a pas été considéré comme une séquelle à part entière. Néanmoins un tel événement rappelle l'importance de la prise en charge de l'entourage lors d'une crise suicidaire.

Mr B. est hospitalisé dans le service UADM du CHRU de Lille suite à une tentative d'autolyse par ingestion de liquide « lave-glace ». Mr B. est âgé de 60 ans. Il est le père de Mr A. (présenté dans le cas clinique numéro 3). Une demande de consultation de psychiatrie est faite à l'équipe de psychiatrie de liaison.

Antécédents psychiatriques :

Mr B. a présenté plusieurs épisodes dépressifs caractérisés au cours de sa vie. Il ne bénéficie pas actuellement d'un suivi psychiatrique ni psychologique.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Ils sont marqués par une hypertension-artérielle.

Comorbidités addictologiques :

Mr B. ne consomme pas de toxique.

Traitement au domicile :

TELMISARTAN 80 mg : un comprimé le matin

ALPRAZOLAM 0,25mg : un comprimé le matin et le soir, depuis plusieurs mois, prescrit par son médecin traitant.

Antécédents psychiatriques familiaux :

Ils sont marqués par les nombreux antécédents de tentative d'autolyse de son fils.

Mode de vie :

Mr B. est retraité, il était cadre infirmier dans un établissement public de santé mentale. Il est marié et vit au domicile avec son épouse.

Ils ont un fils.

Histoire de la maladie :

Mr B. est le père de Mr A. (le patient du cas clinique 2). Six jours après la tentative de suicide de son fils par pendaison dans le service UADM du CHRU de Lille, Mr B. réalise une tentative d'autolyse, en utilisant le même mode opératoire que son fils pour son premier passage à l'acte. Ainsi, il ingère trois gorgées de liquide « lave-glace » dans un contexte d'alcoolisation aiguë. L'alcoolémie est à 1,88mg/l.

Son épouse le retrouve au domicile et alerte les secours. Il est transféré au CHRU de Lille.

Au cours de l'hospitalisation dans le service UADM :

Sur le plan physique, Mr B. ne présente aucun signe de gravité. Il est conscient et orienté. L'examen clinique et les bilans biologiques sont sans particularité. Il est prévu une surveillance clinico-biologique du fait de l'éthylisation aiguë.

Dès son arrivée dans le service, Mr B. va présenter une agitation psycho-motrice importante.

Compte tenu du contexte et malgré l'intoxication alcoolique aiguë, une première consultation de psychiatrie a lieu le jour même. Cette dernière révèle une souffrance psychique importante. Celui-ci explique, que depuis la tentative de suicide de son fils, et le fait que son pronostic vital soit engagé, il est envahi d'idées suicidaires. Il relie son geste au sentiment qu'il a que son fils va mourir. Les idées suicidaires sont persistantes. Mr B. reproche à son épouse d'avoir alerté les secours. Il exprime son désir de sortir pour se suicider. Il ne critique pas le passage à l'acte et est obnubilé par l'idée de mourir.

Pour prévenir un risque suicidaire maximal différentes mesures sont mises en place, parmi lesquelles une surveillance permanente par l'équipe soignante. Monsieur B. présentant une agitation majeure, un traitement sédatif par 25 mg de

CIAMEMAZINE, associé à une contention physique ont été mis en place. Par ailleurs, un traitement anxiolytique par LORAZEPAM 2,5mg (quatre comprimés par jour) est instauré.

Le lendemain, Mr B. est plus calme et son discours a changé. Il banalise son état clinique antérieur, son geste et les idées suicidaires. Il n'exprime aucun affect.

Le discours semble plaqué et comporte des incohérences notamment au niveau de la projection dans le futur, projection qui est inadaptée. Aucune réelle critique n'apparaît. Le risque suicidaire reste évalué comme très élevé du fait de ces éléments.

L'échelle RUD montre un risque élevé :

- Présence de nombreux facteurs de risque (antécédent de tentative de suicide la veille, contexte de « contagion » de suicide associé au risque de décès de son fils),
- Urgence élevée : persistance d'idées suicidaires, absence de projection dans le futur, absence d'alternative au suicide évoquée,
- Dangerosité élevée : probable scénario par pendaison, dans un processus d'imitation de son fils, qui est un moyen très létal et facile d'accès.

Mr B. refuse toute prise en charge psychiatrique. L'épouse de Mr B., elle aussi ancienne infirmière en psychiatrie, est très inquiète pour son mari.

La crise suicidaire de Mr B. nécessite des soins en hospitalisation complète dans un service de psychiatrie.

Après concertation avec l'épouse de Mr B., le patient est transféré en hospitalisation sur son secteur, sous le mode de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en procédure d'urgence.

Au total, Mr B. n'est hospitalisé que deux jours dans le service de réanimation toxicologique pour la prise en charge d'une tentative d'autolyse par ingestion de liquide lave-glace. Rapidement, il est transféré dans un service de psychiatrie puisqu'il présente un risque suicidaire très élevé.

Synthèse cas clinique numéro 3 :

Nous avons considéré que la tentative de suicide de M. B est une conséquence de la tentative de suicide de Mr A. par un effet de contagion. Il ne s'agit nullement de nier le caractère multi causal d'une tentative de suicide ou d'un suicide, ni d'indiquer un lien linéaire.

L'effet de contagion met en jeu des mécanismes d'identification. Mr B décrit sa relation avec son fils comme très fusionnelle, et il choisit d'utiliser le même moyen suicidaire que lui.

Le questionnement se porte ici sur la nécessité d'une approche systémique et de considérer qu'une crise suicidaire a un impact sur tout le système familial et donc sur les proches du patient. La problématique posée est celle de savoir à quel moment il faut rencontrer les proches et quels sont les proches qu'il faut rencontrer.

Suite aux tentatives de suicide de son fils et de son mari, l'épouse de Mr B. a bénéficié de consultations de psychiatrie individuelles.

2)- Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique

Parmi les troubles psychiatriques résultant de la tentative de suicide, nous avons diagnostiqué deux troubles psychotraumatiques : un trouble de stress aigu et une décompensation d'un trouble de stress post traumatique.

a)- Trouble de stress aigu : Cas clinique numéro 4

Mme C. est la seule patiente rencontrée par l'équipe de psychiatrie de liaison pour laquelle un état de stress aigu a été diagnostiqué.

Mme C., âgée de 27 ans, est hospitalisée dans le service de traumatologie du CHRU de Lille suite à une tentative de suicide par défenestration, le 22 novembre 2015.

Antécédents psychiatriques :

La patiente a été suivie de novembre 2012 à mai 2015 sur son secteur pour des décompensations psychotiques à type de bouffées délirantes aiguës.

Elle a été hospitalisée de novembre à décembre 2014 pour une décompensation psychotique.

Elle a effectué plusieurs tentatives d'autolyse par intoxication médicamenteuse volontaire.

Sur le plan thérapeutique, un traitement par RISPERIDONE puis par PALIPERIDONE a été instauré avant d'être remplacé par de l'ARIPRAZOL suite à une prise de poids trop importante, il y a six mois.

Comorbidités addictologiques :

Mme C. a présenté une addiction à la cocaïne actuellement substituée par de la METHADONE.

Elle présente également une addiction au cannabis (consommation environ 1 gramme par jour depuis 5 ans). Elle consomme occasionnellement d'autres toxiques tels que MDMA (ecstasy) et d'autres drogues de synthèse.

Elle ne bénéficie pas d'un suivi spécialisé en addictologie.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Ils sont marqués par une kystectomie ovarienne en 2013.

Pas d'antécédent familial psychiatrique retrouvé

Traitement au domicile :

MIANSERINE 10mg : 2 comprimés au coucher

ARIPRAZOLE 15 mg le matin 10mg le soir

METHADONE 120mg par jour

Selon l'infirmière du CMP, qui suivait la patiente, l'observance au traitement est aléatoire.

Mode de vie :

Mme C. vit seule et est en couple. La personne la plus étayante de son entourage est sa mère.

Elle ne travaille pas. Elle bénéficie de l'allocation adulte handicapé.

Histoire de la maladie :

Dans un contexte de sentiment de persécution et d'idées suicidaires fluctuantes, la patiente fait une tentative de suicide par défenestration du troisième étage.

Il n'y a pas de notion de prise de toxique au moment du geste, mais cela n'a pas été confirmé par des examens paracliniques.

Des passants alertent les secours. La patiente est transférée dans le service de déchoquage chirurgical du CHRU de Lille.

Le bilan lésionnel montre :

- une lame d'hémorragie sous-arachnoïdienne focale interhémisphérique, sans indication de traitement neurochirurgical,*
- une lame de pneumothorax bilatérale,*
- un hématome rétro et sous-péritonéal,*
- des fractures des arcs moyens des 4°, 5°, 6° et 7° côtes gauches, et une fracture du sternum,*
- des fractures des processus transverses des vertèbres L4 et L5,*
- une fracture complexe et instable du bassin,*
- une fracture comminutive du col du talus gauche.*

Une ostéosynthèse du talus est réalisée en urgence.

La patiente est transférée dans le service de traumatologie pour la poursuite de la prise en charge.

Au cours de l'hospitalisation :

Deux jours après son entrée, lors de la première consultation psychiatrique, Mme C. est très confuse, avec une désorientation temporo-spatiale. L'entretien est très difficile car la patiente est algique. L'évaluation psychiatrique est rendue impossible par le syndrome confusionnel.

Il est prévu de programmer un nouvel entretien psychiatrique quand la patiente sera moins algique et confuse.

Début décembre, la patiente n'est plus confuse et est cohérente. Elle a refusé une intervention chirurgicale pour sa fracture complexe du bassin. Une broche trans-

condylienne est mise en place avec six kilos de traction afin de réduire et stabiliser la fracture. Ce traitement implique une immobilisation au lit de 45 jours, avec contrôle scanographique à six semaines.

Le 2 décembre, un nouvel entretien psychiatrique a lieu. La patiente présente un contact méfiant au début, puis verbalise plus facilement. Son discours est cohérent. Elle ne critique pas le passage à l'acte et évoque une amnésie de celui-ci. Elle décrit un sentiment de persécution, et rationalise son geste en disant « qu'elle voulait s'échapper ». Elle nous dit qu'elle pensait qu'il y avait des personnes dans son appartement. On ne retrouve pas d'intentionnalité suicidaire au geste, ni d'idée suicidaire. Sur le plan thymique, elle présente un émoussement des affects.

Il n'y a pas d'élément délirant dans le discours, il n'est pas retrouvé de phénomène hallucinatoire. La patiente ne présente pas de signe de désorganisation psychique.

On ne retrouve pas non plus de signe de stress aigu.

Cependant, le discours semble plaqué, des rationalisations, une banalisation du geste, avec un doute sur l'authenticité des propos, conduisent à organiser rapidement une nouvelle consultation psychiatrique. Dans ce contexte, une surveillance et une prévention du risque suicidaire élevé sont recommandées, cependant le risque est amoindri par l'absence de mobilité de la patiente.

Une anxiolyse par HYDROXYZINE 25mg (un comprimé le soir) est instaurée devant des angoisses fluctuantes.

Le 4 décembre, lors de l'entretien, la patiente est mutique et a le regard figé. Puis l'entretien se fait en présence de sa mère, celle-ci verbalise différentes inquiétudes, notamment quant au fait qu'il s'agisse d'une crise suicidaire devant les antécédents de tentative de suicide et le repli avec isolement de sa fille depuis quelques temps., mais aussi quant à la possibilité d'une décompensation

psychotique favorisée par une éventuelle prise de toxique avec son conjoint. Mme C. accepte alors de communiquer avec nous. Elle fait part d'une thymie plutôt basse, avec des angoisses diminuées par l'HYDROXYZINE mais persistantes.

Aucune idée suicidaire n'est retrouvée, mais la patiente redevient rapidement mutique, avec un contact froid.

Le traitement par HYDROXYZINE est majoré à 25mg : un comprimé matin, midi et soir. Le traitement antipsychotique par ARIPIPRAZOLE est réintroduit à 5 mg par jour.

Le choix du traitement antipsychotique s'est fait après un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant de la patiente.

Quatre jours plus tard, la patiente verbalise un peu plus facilement. Elle est méfiante lors de l'évocation d'éventuelles idées suicidaires. Elle ne critique pas le passage à l'acte. Le discours ne comporte pas d'élément délirant, et l'équipe soignante du service de traumatologie n'a pas constaté de bizarrerie de comportement, hormis une réticence à parler.

Selon la patiente, les angoisses ont diminué sauf lors de l'endormissement. Le traitement par HYDROXIZYNE est augmenté avec ajout d'une prise de 25mg au coucher. Le traitement par ARIPIPRAZOLE est poursuivi.

Trois jours plus tard, une évaluation psychiatrique est de nouveau demandée par le service de traumatologie. La patiente est irritable. Lorsque l'équipe rentre dans la chambre, elle sursaute. Le contact s'est amélioré depuis la dernière consultation. Le discours est plus cohérent, mais le temps de latence à la réponse aux questions est long et la patiente est plus fatiguée. Elle est très angoissée. La thymie est plutôt basse. La patiente présente les symptômes d'un état de stress aigu, à type de flash-backs (environ 10 à 15 par jours), des troubles du sommeil à type de cauchemars

traumatiques, avec des réveils fréquents. La symptomatologie à type d'intrusion est centrée sur sa chute, et elle se revoit tomber. Il n'y a pas de signe de dissociation, mais elle décrit des conduites d'évitement. La patiente refuse de regarder par la fenêtre, car sa chambre est au cinquième étage du bâtiment, et offre une vision panoramique terrifiante pour elle.

Les membres de l'équipe de traumatologie rencontrés, rapportent également observer des réactions de sursaut lorsqu'ils rentrent dans la chambre de la patiente. Un compromis est trouvé avec l'équipe de traumatologie, les volets roulants sont fermés à mi-hauteur ce qui permet de la rassurer. Le traitement par HYDROXIZYNE est majoré avec 25 mg matin et midi et 50mg soir et coucher.

La patiente refuse de prendre le traitement par ARIPIPRAZOLE.

Le risque suicidaire reste élevé du fait des facteurs de risque, du peu d'information sur le degré d'urgence, mais la dangerosité est limitée par l'immobilisation actuelle de la patiente et l'éloignement de tout moyen létal.

Les symptômes de trouble de stress aigu vont progressivement disparaître.

Une dizaine de jours plus tard, la patiente présente une décompensation psychotique manifeste. Le discours présente des éléments de persécution et des incohérences. Les mécanismes sont multiples de type interprétatif, hallucinatoire et intuitif. Elle présente des attitudes d'écoute et soliloque. L'adhésion est totale avec une participation affective. Elle ne verbalise pas d'idée suicidaire. Elle est anosognosique. Elle adhère à la mise en place d'un traitement antipsychotique par QUIETAPINE, instauré progressivement jusqu'à une dose efficace de 300mg le soir.

La prise est aléatoire, et nous demandons à l'équipe soignante de rester auprès de la patiente lors des prises médicamenteuses. Nous notons une bonne efficacité des traitements avec une régression des symptômes psychotiques.

Lors du dernier entretien psychiatrique, le contact est bon. Le discours est cohérent sans élément délirant. La thymie est préservée. Le sommeil et l'appétit sont conservés ce qui est confirmé par l'équipe soignante de traumatologie. La patiente ne verbalise pas d'idée suicidaire ni idée noire. La projection dans l'avenir est difficile, mais semble adaptée du fait des soins de rééducation nécessaires. Le contexte du passage à l'acte reste flou, la patiente ne le critique pas. Elle est anosognosique et dénie tout trouble psychiatrique. Elle banalise et minimise les événements intercurrents de l'hospitalisation.

Le contrôle scanographique du bassin est satisfaisant. La patiente est transférée dans un centre de rééducation, tout appui lui est encore contre-indiqué pendant 45 jours.

Dans ce contexte, un courrier de liaison accompagne la patiente, associé à un appel téléphonique, pour les informer de la nécessité de poursuivre le traitement antipsychotique et anxiolytique, avec une surveillance des prises. D'autres évaluations psychiatriques du risque suicidaire sont nécessaires. En effet jusqu'à présent, la diminution du risque suicidaire se faisait par la diminution de la dangerosité du fait de l'immobilisation de la patiente. Les facteurs de risques sont toujours présents et l'urgence reste élevée (pas de critique du passage à l'acte, pauvreté de la projection dans le futur, doute sur l'authenticité du discours concernant les idées suicidaires).

Au total, Mme C. a été hospitalisée 46 jours suite à une tentative d'autolyse par défenestration. Elle a présenté de multiples décompensations psychiatriques : un trouble état de stress aigu et une décompensation psychotique. Devant l'impotence fonctionnelle elle est transférée dans un service de SSR.

Synthèse du cas clinique numéro 4 :

Le cas clinique de Mme C. reflète la difficulté à réaliser une prise en charge psychiatrique dans un service de MCO.

Le trouble état de stress aigu apparaît entre 3 et 30 jours après un événement traumatisant. Pour Mme C., il s'agit de la tentative de suicide par défenestration.

La patiente présente des symptômes envahissants, des symptômes d'évitement, et des symptômes d'hyperéveil. Ils vont durer plus de trois jours.

Cependant, pour porter le diagnostic d'état de stress aigu, il faut que la symptomatologie ne soit pas mieux expliquée par un trouble psychotique. Notre patiente présente une décompensation psychotique et une crise suicidaire qui peuvent expliquer l'humeur négative, l'irritabilité et les sursauts peuvent être les prodromes d'un syndrome de persécution. C'est pourquoi les signes de dissociation et d'opposition présents au début de l'hospitalisation ont été interprétés comme liés au trouble psychotique.

Devant les symptômes d'intrusion et d'évitement prédominants qui ne peuvent pas être expliqués par le trouble psychotique, nous portons le diagnostic de trouble état de stress aigu. Une anxiolyse adaptée associée à la création d'un cadre rassurant ont permis la disparition des symptômes d'intrusion et d'évitement.

En résumé, Mme C. présentait deux pathologies psychiatriques associées à une crise suicidaire, sa prise en charge psychiatrique dans un service de traumatologie, s'est révélée difficile. La communication avec l'équipe de traumatologie a été prédominante pour garantir les soins les plus adaptés possibles à la patiente.

b)- Trouble de stress post-traumatique : Cas clinique numéro 5

Le cas clinique de Mme E illustre les décompensations psychiatriques possibles en lien avec les soins « somatiques ».

Mme E., âgée de 34 ans, est hospitalisée dans le service de réanimation suite à une tentative d'autolyse par ingestion volontaire poly-médicamenteuse.

Antécédents psychiatriques :

Mme E. a été victime d'un viol en 2002. Suite à ce viol, elle a souffert d'un trouble de stress post-traumatique qui s'est compliqué de décompensations dépressives. Elle a été hospitalisée à plusieurs reprises. Mme E. a effectué de multiples tentatives d'autolyse dont trois par ingestion médicamenteuses volontaires en 2011, 2012 et 2014, et plusieurs autres par défenestration ou encore par accident de la voie publique.

Mme E. a interrompu son suivi suite à sa sortie d'hospitalisation en 2015 (dernière hospitalisation dans la clinique de Virval en octobre 2015).

Antécédents médico-chirurgicaux :

Ils sont marqués par une fracture sus-malléolaire externe droite non déplacée en 2012.

Comorbidité addictologique :

Elle présente un tabagisme actif.

Traitement au domicile :

VENLAFAXINE : 1 gélule de 37,5mg le matin, 2 gélules de 75mg le soir

LORAZEPAM 1mg : 1 comprimé le matin et 2 comprimés le soir

Pas d'antécédent psychiatrique familial retrouvé

Mode de vie :

La patiente vit depuis peu chez son conjoint. Ils sont en couple depuis 1 an et demi.

Elle vient d'emménager sur Lille, auparavant elle habitait Dunkerque.

Elle est mère d'une fille de 13 ans, issue d'une précédente union, dont elle a la garde un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires.

Ses parents vivent en Bretagne.

Elle a peu d'étayage amical dans la région, hormis une amie à Dunkerque.

Elle travaillait comme aide à domicile et vient de démissionner suite à son déménagement.

Histoire de la maladie :

Dernièrement, la patiente a démissionné de son travail et arrêté le bail de son appartement, car elle devait s'installer avec son nouveau compagnon, mais ils se sont séparés. N'ayant plus de logement, ni d'emploi, elle s'est organisée pour aller vivre chez ses parents en Bretagne, avec un sentiment d'échec, d'avenir bouché, et des difficultés à accepter de moins voir sa fille.

La situation est vécue par la patiente, comme difficile et anxiogène, entraînant une tristesse de l'humeur.

Le 26 février 2016, elle écrit une lettre de suicide puis passe à l'acte avec une volonté autolytique franche.

Les boîtes vides retrouvées autour d'elle font craindre une consommation maximale de 25g de PARACETAMOL, 370,5mg de TRAMADOL, 120mg de RISPERIDONE, 210 mg de ZOPICLONE, 5,8g d'IBUPROFENE et 2250 mg de VENLAFAXINE.

La patiente est retrouvée 48 heures après le passage à l'acte. Son amie inquiète de ne pas avoir de nouvelle alerte les secours. Elle est alors inconsciente, le score de Glasgow est à 9. Elle est en décubitus ventral avec une compression extrinsèque de sa jambe gauche.

A son arrivée dans le service de réanimation du Centre Hospitalier de Dunkerque, la patiente est hypotherme à 31,5°C. Elle est stable sur le plan hémodynamique. Les différents examens paracliniques révèlent une acidose lactique associée à une cytolyse hépatique. Les CPK sont très élevées, à plus de 20 000 UI/l. La fonction rénale est conservée. Une hyperleucytose et une élévation de la CRP signent un syndrome inflammatoire.

L'analyse toxicologique fait apparaître une élévation de la paracétamolémie à 34microgramme/l et la recherche de benzodiazépine urinaire est positive.

La prise en charge initiale comprend :

- la mise en place d'un remplissage et d'une perfusion de BICARBONATES pour lutter contre l'acidose lactique,
- la prévention des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique
- la réalisation d'une aponévrotomie de décharge du membre inférieur,
- la réalisation du protocole N-ACETYLCYSTEINE (Fluimucil®) devant l'intoxication au paracétamol,

– la mise en place d'une antibiothérapie par CEFOTAXIME et METRONIDAZOLE sur une suspicion de pneumopathie d'inhalation.

Le TP initialement à 89% se dégrade à 36% et le facteur V à 28%.

La patiente est intubée, ventilée et sédaturée.

Elle est transférée dans le service de Soins Intensifs de Gastrologie du CHRU de Lille.

A son arrivée, la patiente est dans le coma avec un score de Glasgow à 3.

Elle présente une hépatite fulminante aiguë sur intoxication au PARACETAMOL, compliquée d'une encéphalopathie hépatique de stade I (diagnostiquée grâce à un électro-encéphalogramme).

Le syndrome des loges va quant à lui provoquer une rhabdomyolyse à l'origine d'une insuffisance rénale aiguë oligo-anurique, probablement sur nécrose tubulaire aiguë.

Sur le plan hépatologique et neurologique l'évolution est favorable.

Sur le plan rénal, il n'y a pas d'évolution, le remplissage par sérum salé isotonique est poursuivi.

Sur le plan orthopédique, la rhabdomyolyse persiste malgré l'aponévrotomie de décharge. Un déficit sensitif puis moteur de la jambe droite s'installe.

La patiente est transférée dans le service de déchocage chirurgical. Une prise en charge traumatologique avec reprise chirurgicale est faite.

Puis la patiente est transférée dans le service de réanimation pour la poursuite de la prise en charge, notamment pour organiser une épuration extrarénale et des séances d'oxygénothérapie hyperbare.

Au cours de l'hospitalisation :

Trois jours après son entrée dans le service de réanimation, un premier entretien psychiatrique a lieu.

La patiente est calme, coopérante. Le contact est bon. Elle verbalise facilement.

Elle présente un ralentissement psycho-moteur et une asthénie en lien avec les nombreuses séquelles physiques de la tentative de suicide. Elle parvient à critiquer le passage à l'acte spontanément et à formuler une ébauche de projection dans l'avenir. Une tristesse de l'humeur en lien avec une impression d'échec et une dévalorisation d'elle-même est présente.

On ne retrouve pas d'idée suicidaire depuis le début de l'hospitalisation. La patiente présente quelques angoisses. Des troubles du sommeil à type de réveils multiples (en lien avec les soins, les alarmes de réanimation, la lumière) sont présents.

La patiente souhaite la reprise de son traitement psychotrope.

Considérant les séances de dialyse et le rétablissement complet de la fonction hépatique, il est proposé de reprendre la VENLAXINE à 37,5 mg après la séance de dialyse et de reprendre l'anxiolyse par LORAZEPAM 1mg avec 1 comprimé matin, midi et soir. Une surveillance clinique de l'état de conscience et de la vigilance de la patiente doit être faite devant l'insuffisance rénale.

L'échelle d'intentionnalité suicidaire (Suicide intent scale) retrouve une intentionnalité élevée avec un score à 19/25, malgré l'absence d'idée suicidaire et une dangerosité limitée. La prévention et la surveillance d'un risque suicidaire moyen dans le service de réanimation sont recommandées. Un entretien de réévaluation psychiatrique est prévu.

Quatre jours après, l'équipe de psychiatrie de liaison se rend auprès de Mme E. Le contact reste bon, elle est souriante. La thymie est préservée (pas d'aboulie, ni

d'anhédonie). Elle est heureuse d'avoir pu bénéficier de la visite de ses parents et de sa fille. Elle se projette plus facilement dans l'avenir. On ne retrouve toujours aucune idée suicidaire ni idée noire.

Des ruminations anxieuses sont présentes et sont centrées sur les conséquences éventuelles du syndrome des loges.

Malgré notre proposition, le traitement par psychotrope n'a pas été repris. La fonction rénale est revenue à la normale et la patiente n'a plus de séance de dialyse. Après concertation, l'équipe médicale de réanimation donne un avis favorable à la reprise du traitement anti-dépresseur par VENLAFAXINE 75mg le soir et du traitement par benzodiazépine avec LORAZEPAM 1mg, trois fois par jour.

Devant l'amélioration thymique, la disparition des idées suicidaires et la projection dans l'avenir plus consistante, le risque suicidaire est réévalué et passe de moyen à faible. La surveillance et la prévention d'un risque suicidaire faible sont conseillées.

Un autre entretien est organisé pour favoriser l'élaboration et permettre une prise en charge psychothérapeutique.

Une semaine plus tard, la thymie de la patiente est toujours préservée. Selon la patiente, les idées suicidaires ne sont pas réapparues.

Des angoisses liées à la suite des soins et à l'impotence fonctionnelle possible suite au syndrome des loges persistent. Ces angoisses semblent adaptées.

Des séances d'oxygénothérapie hyperbare ont eu lieu pour favoriser la cicatrisation.

Ces séances se déroulent dans un caisson hyperbare, durent environ 90 minutes, et nécessitent la mise en place d'un masque d'oxygénation.

Cependant, les modalités de ces séances vont provoquer des reviviscences de scène du viol, dont elle a été victime.

En effet, le port du masque et le fait d'être enfermée dans un caisson entraînent une sensation d'étouffement et de claustrophobie. Ces sensations réactivent le trouble de stress post-traumatique de la patiente. Lors de la deuxième séance, Mme E souffre d'une attaque de panique et de vomissements. Depuis elle présente une anxiété anticipatoire aux séances. Les symptômes d'intrusion sont marqués par des flash-backs vespéraux, des troubles du sommeil à type de cauchemars traumatiques. Aucun signe d'hypervigilance n'est présent.

L'anxiolyse est augmentée le soir avec du LORAZEPAM à 2,5mg.

Une anxiolyse avant les séances d'oxygénothérapie avec 25mg d'HYDROXYZINE est proposée. Un suivi psychothérapeutique avec une psychologue du service de psychiatrie de liaison est débuté.

Cela ne suffira pas à permettre la reprise des séances d'oxygénothérapie hyperbare. Les symptômes de trouble de stress post-traumatique régressent progressivement. Devant l'impotence fonctionnelle liée au syndrome des loges de la jambe droite de la patiente, il est prévu que celle-ci soit transférée dans un service de soins de suite et de réadaptation, en Bretagne proche de chez ses parents.

Du fait de la distance il n'a pas pu être organisé de rendez-vous avec les parents de la patiente.

Le service accueillant la patiente a été informé de la nécessité de poursuivre la surveillance et la prévention d'un risque suicidaire actuellement faible, et de réévaluer celui-ci régulièrement, de poursuivre des soins psychiques et d'organiser la prise en charge psychiatrique et psychologique au décours de l'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.

En résumé, Mme E. est hospitalisée dans le service de réanimation suite à une tentative d'autolyse par ingestion médicamenteuse. Comme elle n'a été retrouvée que deux jours après le passage à l'acte, Mme E. souffre de nombreuses complications. L'évolution va peu à peu être favorable tant sur le plan physique que psychique, bien que l'hospitalisation soit marquée par la décompensation d'un trouble de stress post-traumatique. L'étayage familial est favorisé par un transfert en Bretagne, près de ses parents.

Synthèse du cas clinique numéro 5 :

Les équipes de réanimation et de psychiatrie de liaison du CHU de Lille travaillent très régulièrement ensemble. Les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison sont bien intégrées dans la prise en charge globale du patient.

Aussi les services de réanimation ont l'habitude de solliciter l'équipe de psychiatrie de liaison et d'entendre ses conclusions. Pour Mme E., après explications données à l'équipe de réanimation sur le trouble état de stress post-traumatique, celle-ci a pu comprendre la situation. De fait, l'impossibilité pour la patiente de continuer les séances d'oxygénothérapie dans le caisson hyperbare n'a pas été vécue par l'équipe de réanimation comme de l'opposition. L'alliance thérapeutique entre Mme E et l'équipe de réanimation n'a pas été altérée.

La réaction et la compréhension de l'équipe de réanimation, vis-à-vis des difficultés de Mme E, a également facilité celles des chirurgiens orthopédistes.

L'intégration des équipes de psychiatrie de liaison dans les services ne modifie pas toujours la prise en charge médicale et paramédicale mais permet que celle-ci soit la plus apaisée possible.

En résumé, le cas clinique de Mme E. illustre l'importance de l'intégration de la prise en charge psychiatrique du patient lors de la prise en charge globale de celui-ci. Ce fait n'est pas spécifique à l'hospitalisation des suicidants mais concerne toutes les prises en charge.

3)- Troubles psychosomatiques

Au cours de l'année 2016, un seul trouble psychosomatique a été diagnostiqué chez les patients suicidants. Il s'agit d'une cardiomyopathie de Tako Tsubo.

a)- Cardiomyopathie de Tako-Tsubo : Cas clinique numéro 6

Mme D., âgée de 44 ans, est hospitalisée dans le service de réanimation suite à une tentative d'autolyse par pendaison. Au sixième jour d'hospitalisation, une demande de consultation de psychiatrie est faite au service de psychiatrie de liaison.

Antécédents psychiatriques :

On note un épisode dépressif caractérisé en 2005.

La patiente a présenté un fléchissement thymique, dans un contexte de burn out en 2015. C'est dans ce contexte qu'un suivi psychiatrique, dont bénéficie actuellement la patiente, a été débuté dans le centre médico-psychologique de son secteur.

Antécédents médico-chirurgicaux :

La patiente souffre actuellement d'un syndrome du canal carpien bilatéral, en cours d'exploration.

Comorbidités addictologiques :

Mme D. a un antécédent d'alcool-dépendance, depuis quelques années, avec une consommation d'alcool à visée anxiolytique. Mme D. est sevrée avec abstinence totale depuis 16 mois.

Elle présente un tabagisme actif.

Traitement au domicile :

NAPROSYNE 250 mg le soir

Flector crème : une application sur les mains le matin

Mode de vie :

Mme D. est mariée. Elle est mère de deux enfants, un fils de 19 ans qui vient de quitter le domicile familial et une fille de 18 ans. Elle vit avec son mari et sa fille.

Elle est au chômage depuis 2015. Elle a quitté son précédent emploi dans le cadre d'une rupture conventionnelle, dans un contexte d'épuisement professionnel. Depuis elle effectue des missions rémunérées mais non déclarées. En effet, son mari et elle étant tous les deux au chômage, ils ont des difficultés financières.

Histoire de la maladie :

Mme D. est retrouvée pendue dans son garage par sa fille. La pendaison est complète, et n'a pas entraîné d'arrêt cardio-respiratoire. La fille de la patiente réussit à la dépendre immédiatement. Il n'y a pas de période de no-flow ni de low-flow.

La chute suite à la dépendaison a provoqué un traumatisme crânien avec une plaie de l'arcade sourcilière droite.

La patiente est intubée pour mettre en place une ventilation assistée contrôlée, devant un trouble de la conscience. Le score de Glasgow de la patiente est chiffré à 4. La patiente est transférée dans un des services de réanimation du CHRU de Lille.

Au cours de l'hospitalisation :

Les débuts de l'hospitalisation sont marqués par plusieurs événements sur les plans neurologique et cardiaque.

Sur le plan neurologique, après la levée des sédations, le score de Glasgow de la patiente reste à 4 avec un myosis serré bilatéral symétrique et des mouvements de décérébration. Les réflexes du tronc cérébral, le réflexe photo moteur, le réflexe occulo-cardiaque et une ventilation spontanée sont conservés.

Sur le plan cardiaque, dans un premier temps l'électrocardiogramme est sans particularité (pas de sus-décalage du segment ST), puis va montrer un trouble de la conduction avec un allongement du QT corrigé. L'échographie cardiaque révèle une diminution de la fraction d'éjection ventriculaire gauche à 40% sans valvulopathie associée. Le ventricule gauche présente une ballonisation apicale et une hyperkinésie basale.

Cela correspond à un trouble psychosomatique : le syndrome de Tako-Tsubo. C'est une cardiomyopathie caractérisée par des anomalies réversibles de la contractilité de l'apex du ventricule gauche créant une ballonisation transitoire du ventricule gauche, souvent suite à un stress émotionnel ou physique.

La prise en charge thérapeutique initiale consiste à traiter les éventuelles complications cardiaques. Pour Mme D., un remplissage vasculaire, avec support par amines vasopressives, est mis en place. L'évolution de la cardiomyopathie de stress est favorable.

Sur le plan neurologique, l'évolution est également favorable. Au deuxième jour d'hospitalisation, la patiente est extubée. Elle présente un épisode confusionnel.

Lors du premier entretien psychiatrique, il persiste des éléments confusionnels et le discours de la patiente est flou. Elle a une amnésie de la tentative de suicide, et

ne se souvient pas d'un éventuel facteur précipitant, mais parvient à critiquer le geste. Devant les angoisses et les ruminations anxieuses de la patiente entraînant des difficultés d'endormissement, nous proposons une majoration de l'anxiolyse déjà instaurée. Le traitement par psychotrope de la patiente comporte LORAZEPAM 2mg : un comprimé le matin, le midi, le soir et au coucher.

Le lendemain, la patiente n'est plus confuse. Une nouvelle consultation de psychiatrie peut avoir lieu. Le contact est bon. Mme D. verbalise peu. Elle présente une tristesse de l'humeur. Il persiste une amnésie du passage à l'acte mais elle se souvient du facteur précipitant. Elle explique avoir découvert que la société pour laquelle elle travaillait « au black » appartenait à son ancien patron. Elle décrit avoir vécu une situation de harcèlement au travail qui aurait favorisé un épuisement professionnel, avec apparition d'un syndrome dépressif. Elle vit comme une trahison cette découverte et a un vécu très persécutif par rapport à son ancien travail. Elle parvient à se projeter de façon floue dans une reconversion professionnelle.

Il persiste d'importantes angoisses malgré l'anxiolyse. On ne retrouve ni idée suicidaire, ni idée noire lors de leur recherche. La critique du passage à l'acte reste partielle.

Dans une seconde partie d'entretien, le mari et la fille de la patiente sont présents. Le mari de la patiente ignorait que celle-ci travaillait et est très étonné du passage à l'acte. L'anamnèse ne permet pas de savoir si la patiente présentait un épisode dépressif caractérisé dans les jours précédents le passage à l'acte. Tous les deux se disent prêts à se mobiliser autour de la patiente et à favoriser sa reconversion professionnelle.

Devant la fragilité psychique de la patiente, la persistance d'angoisses et de troubles du sommeil, une indication d'hospitalisation en psychiatrie est posée.

Mme D. refuse l'hospitalisation en psychiatrie, son mari et sa fille également, malgré les explications des indications, des objectifs, et des modalités possibles d'hospitalisation.

Le médecin traitant de la patiente est contacté par téléphone pour l'informer du passage à l'acte suicidaire, de l'hospitalisation et du contenu de l'évaluation psychiatrique. Celui-ci n'est pas inquiet d'un retour au domicile. Il est d'accord pour la recevoir en consultation après la sortie, notamment pour assurer la poursuite de l'anxiolyse par LORAZEPAM.

Dans ce contexte, nous ne retrouvons pas de situation de péril imminent, qui justifierait des soins psychiatriques à la demande d'un tiers sous le mode du péril imminent.

Un suivi ambulatoire est organisé. Le centre médico-psychologique du secteur de la patiente lui propose une consultation de réévaluation trois jours après la sortie.

La conduite à tenir en cas d'urgence (par exemple : apparition d'idée suicidaire) est expliquée à la patiente et à sa famille.

La patiente est incluse dans le dispositif de veille Vigilant'S.

Avant la sortie de la patiente, sa fille est vue en entretien. En effet celle-ci a découvert puis dépendu sa mère. Un tel événement peut favoriser l'émergence d'un état de stress aigu et plus tard d'un état de stress post-traumatique.

La patiente sort accompagnée de ses proches.

Au total, Mme D. sera hospitalisée 8 jours dans le service de réanimation pour soins et observation suite à une tentative d'autolyse par pendaison, compliquée d'une cardiomyopathie de stress et d'un épisode confusionnel. Une hospitalisation dans un service de psychiatrie est proposée à la patiente. Devant son refus et

l'absence d'indication à des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en péril imminent, des soins ambulatoires sont organisés

Synthèse du cas clinique numéro 6 :

Mme D. a présenté une cardiomyopathie de Tako Tsubo également appelée cardiomyopathie de stress.

C'est un trouble psycho-somatique caractérisé par des anomalies réversibles de la contractilité de l'apex du ventricule gauche créant une ballonnisation transitoire du ventricule gauche

Pour Mme D on ignore si c'est le stress émotionnel de la tentative de suicide ou le stress physique de l'atteinte neurologique qui est le facteur déclenchant de la cardiomyopathie de stress. Une étude en Corée du Sud a mis en évidence différentes de manifestations cliniques et paracliniques en fonction de l'étiologie (53). Pour notre patiente, l'absence de signe clinique n'est pas évaluable puisque la patiente n'est pas en état d'en faire part. La fraction d'éjection ventriculaire gauche très diminuée est plus en faveur d'une étiologie non émotionnelle, mais l'allongement du QT est plus en faveur d'une étiologie émotionnelle.

Sur le plan cardiologique, il n'existe pas de traitement spécifique de la cardiopathie de Tako Tsubo. Le traitement est symptomatique et consiste à lutter contre les effets de l'insuffisance cardiaque. L'évolution est spontanément favorable. Les récives sont rares, il n'y a pas de traitement préventif.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de recommandation. Si on se base sur l'hypothèse physiopathologique la plus probable, à savoir que le stress génère une suractivité du système sympathique entraînant une augmentation des catécholamines. Cet excès de catécholamines induit une vasoconstriction micro vasculaire avec une altération de la fonction endothéliale (54) et/ou une toxicité myocardique directe. Il apparait nécessaire de traiter l'angoisse pour diminuer la sur activité du système sympathique.

En conclusion, Mme D a présenté un trouble psycho-somatique, demandant des soins tant sur le plan physique que psychique, alliant traitement de l'insuffisance cardiaque et traitement anxiolytique.

V)- Troubles neurologiques

Les troubles neurologiques sont les troubles les plus fréquemment rencontrés. Ils sont susceptibles d'être induits par tous les moyens suicidaires des tentatives de suicide.

1)- Types de troubles neurologiques

Les types de troubles neurologiques recherchés ont été une altération de la conscience, à partir du score de Glasgow le plus bas lors de l'hospitalisation, la présence d'un épisode confusionnel. La persistance d'un trouble cognitif après la sortie est répertoriée.

Les épisodes confusionnels ont également été recherchés.

Tous ces types d'atteintes figurent dans le tableau 5.

	Effectifs, n	Pourcentage, %
Troubles neurologiques	128	54,5
Score de glasgow		
Pas de trouble de la conscience	88	37,4
Altération de la conscience	70	29,8
Coma	77	32,8
Amnésie de la TS	39	16,6
Épisode confusionnel	55	23,4
Trouble cognitif persistant	20	8,5

Près d'un tiers des patients présentent un coma (glasgow inférieur ou égal à 7) au décours de leur tentative de suicide (32,8%). Un peu moins d'un tiers (29,8%), vont présenter un score de glasgow entre 8 et 13, qui se manifeste par une altération de la conscience, une obnubilation, de la stupeur ou encore une confusion.

Près d'un quart des patients ont présenté un épisode confusionnel.

L'amnésie de la confusion est liée au moyen suicidaire utilisé bien qu'elle ne résulte pas toujours de lésions neurologiques.

	Nombre de patients amnésiques	Taux de patients amnésiques
IMV	14	11,8
Pendaison	14	58,3
Arme blanche	1	11,1
Arme à feu	1	11,1
Précipitation	4	18,2
AVP	0	0
Ingestion de caustique	1	4,5
Immolation	2	28,6
Noyade	0	0
Utilisations de plusieurs moyens	2	14,3

Plus de la moitié des patients qui font une tentative de suicide par pendaison présentent une amnésie du passage à l'acte, à cause de l'hypoxie cérébrale. Plus d'un quart des patients ayant fait une tentative d'autolyse par immolation par le feu oublient leur tentative de suicide.

Pour les 18,2% des patients qui font une tentative de suicide par précipitation et présentent une amnésie du passage à l'acte, l'amnésie est en lien avec le traumatisme crânien. Dans la majorité des cas les patients présentent un hématome sous dural aigu.

2)- Episode confusionnel : Cas clinique numéro 7

Le cas clinique de Mme H. illustre certaines difficultés liées aux épisodes confusionnels.

Mme H., âgée de 68 ans est hospitalisée dans le service de réanimation suite à une tentative d'autolyse par ingestion de caustique (acide chlorhydrique).

Antécédents psychiatriques :

La patiente présente des épisodes dépressifs caractérisés, récurrents depuis ses 18 ans. Elle a été hospitalisée à de multiples reprises en soins libres sur son secteur ou dans des établissements privés dédiés à la santé mentale.

Elle a effectué plusieurs tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, la première à l'âge de 20 ans, et la dernière en 2015, dans un contexte de raptus anxieux.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Ils sont marqués par une hypercholestérolémie, et une cholécystectomie en 2013.

Des troubles mnésiques sont en cours d'investigation (consultation neurologique et IRM cérébrale prévues)

Comorbidité addictologique :

Il n'y a pas de consommation de toxique avérée.

Aucun antécédent familial retrouvéTraitement au domicile :

PAROXETINE 20mg : 1 comprimé le matin

CIAMEMAZINE 25mg : 0,5 comprimé matin, midi et soir

ZOPICLONE 7,5mg : 1 comprimé au coucher si insomnie

Mode de vie :

Mme H. vit avec son compagnon. Elle a deux enfants issus d'une précédente union (la patiente est veuve depuis 1991). Ses deux enfants sont en conflit avec son conjoint.

Elle est retraitée, et travaillait comme standardiste à l'hôtel de police.

Elle est la dernière d'une fratrie de 9. Il s'avère qu'elle est issue d'une grossesse non désirée par sa mère, son enfance est marquée par des carences affectives.

Histoire de la maladie :

La patiente présente un fléchissement thymique évoluant depuis le début de sa retraite. Depuis 2014, elle souffre d'obsessions idéatives concernant une chute de cheveux, entraînant une baisse de l'estime de soi et une tendance à l'anhédonie.

En mars 2015, la patiente est hospitalisée suite à une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire. Mi-avril, quatre jours après sa sortie d'hôpital, la patiente effectue une nouvelle tentative de suicide par ingestion de caustique. Aucun facteur précipitant n'est mis en évidence.

On ignore qui alerte les secours.

La patiente est transférée dans le service de réanimation du CHRU de Lille.

Au cours de l'hospitalisation :

Six heures après son arrivée dans le service de réanimation, l'état physique de Mme H. se dégrade. Devant une perforation digestive, une intervention chirurgicale est réalisée en urgence, avec gastrectomie, splénectomie et double exclusion œsophagienne, avec œsophagectomie cervicale et jéjunostomie d'alimentation. La gravité des lésions ORL justifie la réalisation précoce d'une trachéotomie. Suite à des complications, une nouvelle intervention a lieu avec œsophagectomie totale.

En février, elle bénéficie d'une coloplastie rétrosternale avec anastomose en base de langue après réalisation d'une trachéostomie définitive. Les suites sont marquées par de nombreuses complications hémorragiques, infectieuses, l'apparition d'une fistule entre la coloplastie et la trachéostomie et d'une sténose totale de l'anastomose proximale de la coloplastie avec échec de dilatation endoscopiques. L'hospitalisation sera donc marquée, par deux chocs septiques,

quatre épisodes de déglobulisation, et plusieurs reprises chirurgicales. La patiente sera transférée dans le service de soins de suite et de rééducation du CHRU.

Au total l'hospitalisation durera 589 jours. Au cours de cette hospitalisation la patiente bénéficiera de 31 consultations de psychiatrie. La première a lieu 45 jours après son entrée au CHRU de Lille.

Dès la première consultation, la patiente a un bon contact, du fait de la trachéostomie, la communication est compliquée et se fait majoritairement par le biais d'une ardoise.

La patiente critique spontanément son passage à l'acte. On ne retrouve pas d'idée suicidaire. Elle se sent rassurée par l'hospitalisation. Les angoisses présentes sont en lien avec les soins. La projection dans le futur est fragile mais adaptée à la prise en charge des séquelles de la tentative de suicide. Des troubles du sommeil à type de réveils sont présents et liés à des crachats dans la nuit.

Au cours des différents entretiens, aucune idéation suicidaire n'apparaît. L'idée obsédante de perdre ses cheveux reste présente et est source de ruminations anxieuses. La thymie et les angoisses fluctuent.

Différents traitements anxiolytiques et un traitement antidépresseur par ESCITALOPRAM sont introduits. Ils sont peu efficaces sur les troubles du sommeil et les angoisses qui sont majoritairement anticipatoires et réactionnelles. Ils sont arrêtés.

La thymie de la patiente se restaure progressivement. Sa présentation est de plus en plus soignée. Elle ne présente ni aboulie ni anhédonie.

Devant la persistance des idées obsédantes, concernant ses cheveux, un traitement anti-psychotique à faible dose est introduit RISPERIDONE 0,5 mg le matin. Une diminution de ces idées va être observée.

Pour lutter contre la tendance au pessimisme de la patiente, et la soutenir dans cette hospitalisation longue et difficile, un suivi psychothérapeutique par une psychologue du service est instauré.

Il est à noter de très longs épisodes confusionnels, allant jusqu'à 95 jours. Un diagnostic de début de démence est suspecté. Le scanner cérébral réalisé montre une atrophie cortico-sous corticale diffuse. Finalement les troubles cognitifs céderont.

La projection dans l'avenir ne sera positive qu'à la fin de l'hospitalisation, après la reprise d'une alimentation per os.

Après la sortie la patiente ne souhaite pas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie, mais la reprise d'un suivi ambulatoire. C'est la modalité de soins psychiatriques qui est choisie du fait du risque suicidaire faible à court terme. Il n'y a pas de signe d'urgence (pas d'idée suicidaire, projection positive dans l'avenir, critique du passage à l'acte, absence de nouveau geste autolytique au cours de l'hospitalisation).

Son compagnon et ses enfants sont étayant et ont été rencontrés à de multiples reprises. Ils sont en accord avec le retour au domicile.

Avant la sortie, le CMP dont dépend la patiente est contacté, une visite à domicile par une infirmière du secteur est prévue 3 jours après la sortie, dans la semaine qui suit une consultation est organisée avec son psychiatre traitant.

La conduite à tenir en cas d'urgence est expliquée à la patiente et à ses proches. Elle sort accompagnée.

Elle est incluse dans le dispositif de veille Vigilant'S.

Le traitement de sortie comporte :

- RISPERIDONE 0,5 mg le matin*
- ALPRAZOLAM 0,25mg en sublingual, maximum 2/jour si attaque de panique.*

Au total, Mme H. sera hospitalisée au CHU de Lille un an et sept mois pour la prise en charge d'une tentative d'autolyse par ingestion de caustique. L'évolution est favorable tant sur le plan physique que psychique.

Synthèse du cas clinique numéro 7 :

Le cas clinique de Mme H. illustre les difficultés et les errances diagnostiques lorsque des troubles neurologiques sont associés à la présentation clinique psychiatrique. La confusion est un symptôme signifiant une altération aigüe des fonctions cérébrales supérieures, telles que la mémoire, la vigilance, l'attention ou la conscience. Ces manifestations sont fluctuantes (55) et varient au cours du nycthémère (56).

L'altération des fonctions supérieures entraîne un discours incohérent et une importante désorientation temporo-spatiale. L'évaluation psychiatrique est donc biaisée. Toute intervention psychothérapeutique est limitée. Mais le risque suicidaire n'est pas diminué puisque les manifestations de la confusion fluctuent et ne protègent pas de l'apparition d'idées suicidaires.

Habituellement, un épisode confusionnel dure de 3 à 8 jours. Pour Mme H. il a duré plusieurs mois. Cela a entraîné une errance diagnostique puisque dans un premier temps les idées obsédantes de la patiente ont été plutôt reliées à un trouble démentiel débutant, et à des idées fixes post-oniriques dans les suites de la confusion (57). Cette hypothèse a été réfutée lorsque le courrier de consultation de l'ancien psychiatre de Mme H. a pu nous être faxé.

Après divers entretiens avec Mme H. nous avons conclu que les idées obsédantes étaient dues au vieillissement psychique dans un contexte d'appréhension des changements corporels et de la crainte de la mort, associé à une atteinte cognitive (atrophie cortico-sous corticale diffuse retrouvée sur le scanner cérébral).

3)- Impact des séquelles cognitives.

Les patients qui ont une amnésie du passage à l'acte critiquent moins celui-ci que les patients qui n'en n'ont pas : $p < 0,0001$.

57,9% des patients qui présentent un trouble cognitif persistant sont orientés vers un autre service de MCO ou de soins de suite réadaptation. Aucun patient avec un

trouble cognitif n'a été hospitalisé sous contrainte dans un service de psychiatrie, et un seul a été hospitalisé en soin libre dans un service de psychiatrie. Les autres patients (soit 36,8%) ont été orientés vers des services ambulatoires.

Les patients qui présentent une amnésie de leur tentative de suicide sont ($p=0,02$) orientés vers les services de MCO ou de rééducation.

VI)- Troubles de la communication

La communication est un outil majeur de l'entretien psychiatrique. Cependant suite aux tentatives de suicide, 8,1% des patients présentent un trouble de la communication.

1)- Modes de tentative d'autolyse entraînant des troubles de la communication

33,2% des patients ont été intubés. L'équipe de psychiatrie de liaison est en général appelée le lendemain de l'extubation pour éviter que les patients présentent une dysarthrie lors de l'entretien psychiatrique.

Le tableau 7 présente les patients souffrant de troubles de la communication en fonction du mode de tentative d'autolyse utilisé.

	Effectif, n	Pourcentage, %
IMV	1	0,8
Pendaison	2	8,3
Arme blanche	2	22,2
Arme à feu	2	22,2
Précipitation	2	9,1
AVP	0	0
Ingestion de caustique	5	22,7
Immolation	3	4,3
Noyade	0	0
Utilisations de plusieurs moyens	1	7,1

Les troubles de la communication suite aux ingestions de caustique sont en lien avec les lésions causées par les toxiques, qui ont nécessité des trachéostomies. Les troubles de la communication suite aux tentatives d'autolyse par arme à feu et par arme blanche sont dues aux traumatismes.

D'autres troubles de la communication ont été liés à des troubles de la compréhension dus à des lésions cérébrales.

2)- Troubles de la communication : Cas clinique numéro 8

Mr G. a présenté des lésions physiques impactant énormément sur la communication. Pour cette raison son cas clinique est présenté pour illustrer les troubles de la communication.

Mr G., âgé de 68 ans, est hospitalisé dans le service de chirurgie maxillo-faciale, suite à une tentative d'autolyse, par arme à feu.

Le patient n'a pas d'antécédent psychiatrique, ni de comorbidité addictologique.

Antécédents médico-chirurgicaux :

Le patient présente des douleurs chroniques articulaires invalidantes de l'épaule droite suite à une chute.

Traitement au domicile : aucunMode de vie :

Mr G. est marié, il vit avec son épouse. Ils ont deux enfants, dont une fille qui vit dans la région.

Mr G. est retraité, il était agriculteur. Parmi ses passe-temps, figure la chasse.

Mr G et son épouse sont autonomes et ne bénéficient pas d'aide au domicile.

Histoire de la maladie :

Début avril 2016, dans un contexte de douleurs chroniques, après une consultation au centre antidouleur, le patient réalise une tentative d'autolyse par arme à feu, dans sa voiture, sur le parking de l'hôpital. Il est retrouvé avec une boîte pleine d'antalgiques à côté de lui.

Devant le traumatisme maxillo-faciale, l'équipe du SAMU réalise une laryngotomie intercrico-thyroïdienne, puis il est transféré au déchoquage du CHRU de LILLE.

Au cours de l'hospitalisation :

Devant son traumatisme balistique avec fractures multiples et perte osseuse et tissulaire importante, un premier geste de parage, suture, brochage trans mandibulaire et trans facial est réalisé.

Sept jours après le début d'hospitalisation une première consultation de psychiatrie est demandée. Le patient est contenu aux 4 membres pour prévenir tout risque suicidaire, de plus le patient arrache la sonde d'intubation et la sonde nasogastrique. Une anxiolyse par LORAZEPAM 1mg matin-midi et soir a été instaurée par l'équipe soignante du service de chirurgie. Lors de l'entretien le patient est calme et coopérant. Il répond aux questions fermées par des mouvements de la tête (il ne peut parler du fait du traumatisme facial, l'utilisation d'une ardoise est impossible du fait de la cécité visuelle). Des angoisses vespérales sont retrouvées. Si le patient exprime le désir de vivre, à la question de la persistance des idées suicidaires, il répond par un point d'interrogation.

Une majoration de l'anxiolyse par LORAZEPAM, 2,5mg le soir, est proposée.

Lors du deuxième entretien, le patient est toujours contenu. Il semble d'avantage réactif. Il présente des ruminations anxieuses sur les conséquences de la tentative de suicide. Il n'exprime pas d'idée suicidaire mais il ne se projette pas dans la suite des soins. Les contentions sont progressivement enlevées.

Dans les suites, le patient refuse toute prise en charge supplémentaire et refuse surtout tout geste de reconstruction à distance.

Quelques jours plus tard, l'équipe de psychiatrie de liaison est de nouveau interpellée car le patient qui a maintenant accès à une ardoise pour communiquer, a écrit dessus « euthanasie ». Il a de nouveau été contenu car il a arraché des sondes. Lors de l'entretien, le patient est calme et coopérant. Les contentions sont enlevées pour l'entretien. Une trachéotomie a été réalisée, mais devant la dysarthrie, un

recours aux gestes et à l'ardoise est nécessaire pour communiquer. Le patient exprime un désir de mort fluctuant, aucune idée suicidaire n'accompagne ces idées noires. Il explique qu'en fonction des séquelles physiques de la tentative de suicide (cécité visuelle, ne peut pas parler ni manger) il envisage de demander l'euthanasie en Belgique. Il explique avoir arraché les sondes devant la douleur. Il craint le retour au domicile.

Ces angoisses sont aussi celles de sa femme et sa fille. Lors d'un entretien réalisé avec les trois, tous révèlent appréhender le retour au domicile de Mr. G et préféreraient une poursuite des soins en soins de suite et rééducation. Tous trois se positionnent contre une hospitalisation dans un service de psychiatrie, mais sont favorables à un suivi ambulatoire.

La surveillance d'un risque suicidaire moyen, avec retrait des contentions, est proposée à l'équipe soignante accueillant le patient.

Par la suite, compte tenu de la non compliance à la prise en charge à long terme et du désir de sortie du patient, il est décidé de réaliser un geste minimaliste par pose de méga-plaque au niveau mandibulaire afin de le sevrer de sa trachéotomie. La question d'une reconstruction à posteriori sera réévaluée lors d'une consultation à distance de l'hospitalisation.

Finalement le patient ne sera pas transféré dans un service de soins de suite et rééducation mais une hospitalisation à domicile est organisée.

Lors de la consultation psychiatrique, avant la sortie, le contact est bon, la communication reste difficile du fait des séquelles physiques. Aucune idée suicidaire, ni idée noire n'est émise. Il critique le passage à l'acte, surtout par rapport à la douleur. La projection dans le futur est adaptée. Il appréhende le retour au domicile avec le regard des autres.

L'anxiolyse par LORAZEPAM est maintenue. La psychologue du service d'hospitalisation à domicile revoit le patient dans la semaine qui suit sa sortie. Le centre médico-psychologique du patient a également été contacté pour permettre un relais optimal.

Au total, Mr G. est hospitalisé dans le service de chirurgie maxillo-faciale du CHU de Lille, pour des soins d'un traumatisme facial balistique, suite à sa tentative de suicide. Dans les premiers temps de l'hospitalisation, les troubles de la communication engendrent des difficultés qui vont être résolues. Finalement une hospitalisation à domicile est organisée.

Synthèse cas clinique numéro 8 :

Les troubles de la communication de M. G. rendent l'entretien psychiatrique plus difficile puisqu'il faut s'y adapter. L'entretien est modifié puisqu'il doit dans un premier temps se composer de questions fermées. Certains éléments sémiologiques ne peuvent donc être étudiés comme la fluence verbale...

L'enjeu le plus important dans la prise en charge de Mr G a été communication entre lui et l'équipe de chirurgie maxillo-faciale s'établisse. L'équipe soignante du service d'accueil pour prévenir tout risque suicidaire et pensant le patient opposant a à plusieurs reprises eu recours à des contentions physiques. L'interprétation des membres du service de MCO et l'explication de Mr G. sur l'arrachage des sondes étaient très différentes. Finalement, en s'appuyant sur la communication non verbale (patient calme, sans trouble du comportement lors de l'évaluation psychiatrique), et en favorisant l'accès à d'autres moyens de communication (accès à une ardoise et un stylo), la prise en charge du patient a pu se poursuivre de manière satisfaisante. Un des rôles de l'équipe de psychiatrie de liaison est de favoriser une interprétation commune de la réalité entre le patient et le service qui l'accueille, afin d'éviter les malentendus et quiproquo qui peuvent être préjudiciables au patient.

DISCUSSION

I- Impact des séquelles physiques sur la prise en charge psychiatrique

1)- Fréquences et gravités des complications physiques présentées par les patients suicidants

a)- Lésions physiques : une problématique à laquelle la psychiatrie de liaison est confrontée

Notre étude montre que les patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison présentent de nombreuses complications physiques suite à leur tentative de suicide.

Ces complications sont graves (rendant l'hospitalisation indispensable) pour 26% des patients et très graves pour 31% d'entre eux (hospitalisations dans des services de réanimation avec pronostic vital réservé). Ces lésions vont nécessiter des soins des spécifiques souvent dans des services de réanimation.

La psychiatrie de liaison doit ainsi intervenir auprès de 57% de patients suicidants ayant d'importantes séquelles physiques, un pourcentage de patient considérable. A titre d'indication, des études menées dans le Nord-Pas de Calais, pour les années 2009 à 2011, font apparaître seulement 2,6% de tentatives de suicide avec une atteinte physique grave ou très grave (53).

Si ces fréquences et gravité sont spécifiques à la psychiatrie de liaison, c'est du fait de l'organisation des filières de soins psychiatriques du CHU de Lille : Les patients rencontrés par l'équipe de psychiatrie de liaison ne sont pas les mêmes que les patients vus par les autres services. Seuls les patients hospitalisés plus de 48 heures suite à une tentative d'autolyse sont pris en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison. Concernant les patients présentant des traumatismes et plaies du membre supérieur suite à une tentative de suicide, une convention existe entre le CHU de Lille et un autre hôpital de la région. Ces patients n'étant pas soignés au CHU de Lille, ils ne sont pas pris en charge par la psychiatrie de liaison.

L'autre raison pour laquelle la gravité des atteintes physiques est plus importante pour les patients pris en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de Lille sont les plateaux techniques dont bénéficie le CHU. En effet de nombreux patients présentant des atteintes physiques graves sont transférés au CHU de Lille, car leurs soins nécessitent des plateaux techniques (par exemple : caissons hyperbares...) et des compétences très spécialisées (par exemple : centre soins pour les brûlés). Mme E. (cas clinique numéro 5) est ainsi transférée du centre hospitalier de Dunkerque au service de soins intensifs de gastrologie, du CHU de Lille, devant une hépatite fulminante aiguë, apparue suite à sa tentative de suicide, par ingestion médicamenteuse volontaire.

b)- Types de complications physiques

Les types d'atteintes physiques et leur gravité dépendent du mode de suicide utilisé.

Le moyen suicidaire le plus utilisé est l'ingestion médicamenteuse volontaire. C'est le mode de tentative de suicide le plus répandu en France, parmi les suicidants et cela dans toutes les études. Cependant habituellement la proportion de tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire est bien plus élevée puisqu'elle oscille entre 81,2% à 95% (54,55). La différence de proportion s'explique par l'organisation des soins psychiatriques au CHU de Lille évoquée précédemment. Aussi seuls 51,6% des patients ont réalisé une tentative d'autolyse par ingestion médicamenteuse volontaire.

De nombreux autres moyens suicidaires sont retrouvés, les plus fréquents après l'ingestion médicamenteuse volontaire sont la pendaison, la précipitation et l'ingestion de caustique.

Nous constatons une importante hétérogénéité des séquelles. Ceci s'explique par la multitude des mécanismes suicidaires utilisés (par exemple : ingestions médicamenteuses volontaires avec différents médicaments en fonction des patients). Ainsi les séquelles physiques non spécifiques du moyen suicidaire utilisé sont les plus fréquentes. Notre étude retrouve principalement des troubles neurologiques et des pneumopathies d'inhalation.

En revanche d'autres séquelles physiques sont dépendantes du mode de suicide utilisé. Par exemple, les patients les patients qui utilisent une arme à feu pour se suicider visent de préférence la tête puis la partie gauche du thorax (le cœur) et enfin le ventre. Notre étude retrouve des lésions cohérentes avec ces données de la littérature (56). Dans le cas clinique 8, Mr G présente un traumatisme maxillo-facial suite à l'impact balistique.

Ainsi, la variabilité des lésions, tant au niveau du type d'atteinte, que de leur gravité, entraîne des impacts différents. En effet, pour une prise en charge optimale du patient suicidant, les complications physiques de la tentative de suicide doivent être étudiées. Nous verrons également que cela impacte la prise en charge psychiatrique.

2)- Cadres et limites des interventions de la psychiatrie de liaison en raison des atteintes physiques

a)- Contraintes lors des interventions

Les contraintes des interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison sont très nombreuses. Celles en lien avec des troubles de la communication ou des troubles neurologiques seront abordées ultérieurement.

Nous présentons ici certaines difficultés auxquelles les équipes de psychiatrie de liaison peuvent être confrontées.

Une des premières limitation possible concerne la durée de l'entretien. Par exemple dans notre étude, 18,7% des patients présentent un syndrome infectieux. L'asthénie post-infectieuse qui en découle, liée à une acidose musculaire et une hyperamoniémie (57), peut imposer des durées d'entretien plus courtes. La douleur a également un impact sur la longueur de l'entretien. Dans le cas clinique 4, Mme C. est très algique, elle présente d'importante fractures suite à une tentative d'autolyse par défenestration. Le premier entretien psychiatrique est écourté devant la douleur de la patiente et la présence d'un épisode confusionnel. Les équipes de psychiatrie

de liaison doivent donc parfois privilégier des durées d'entretiens plus courtes, et réaliser de plus nombreux entretiens psychiatriques.

Une autre concerne les choix thérapeutiques.

Dans notre étude, 20 patients présentent une atteinte rénale. Le temps d'élimination des traitements choisis devront être compatibles, notamment pour les benzodiazépines où il faut éviter le phénomène d'accumulation au risque de provoquer une altération de la conscience (58). C'est la raison pour laquelle, dans le cas de Mme E. (cas clinique 5) alors que nous avons proposé la mise en place d'une anxiolyse par LORAZEPAM, l'équipe de réanimation a préféré attendre le rétablissement de la fonction rénale. En effet Mme E. a présenté une insuffisance rénale grave, traitée par hémodialyse, suite à un syndrome loge, car elle a été retrouvée au sol deux jours après sa tentative de suicide.

Si pour certains médicaments une adaptation de la posologie est suffisante, pour d'autre un sevrage sera nécessaire, comme pour les traitements par lithium. Pour ces patients la surveillance d'une décompensation d'un trouble bipolaire est à surveiller (car la principale indication d'un traitement par lithium est le traitement du trouble bipolaire). L'équipe de psychiatrie de liaison mène alors une action pédagogique auprès des équipes de MCO prenant en charge le patient pour que celles-ci puissent alerter au plus vite l'équipe de psychiatrie de liaison, en cas d'apparition de symptômes (troubles du sommeil, modification du comportement du patient...)

D'autres atteintes viscérales, entraînent des ajustements thérapeutiques, dans notre étude, 20 patients présentent une atteinte hépatique. Tous les anxiolytiques de type benzodiazépines sont contre indiqués en cas d'insuffisance hépatique grave avec

risque d'encéphalopathie hépatique, même l'OXAZEPAM (59). En tenir compte est particulièrement important, car la présence d'une encéphalopathie hépatique définit l'hépatite fulminante aigüe et justifie la mise du patient sur la liste de greffe hépatique si elle est de grade III (60). Tout traitement susceptible d'induire une modification neurologique est alors à éviter, puis que pouvant impacter sur le diagnostic d'encéphalopathie hépatique. Les psychiatres de liaison doivent donc faire preuve d'une extrême prudence lors de leur prescription et chaque prescription doit être discutée avec le médecin de MCO.

Pour les 24 suicidants, présentant une atteinte oeso-gastrique, le choix de la galénique du traitement importe. Par exemple, pour éviter un sevrage brutal en benzodiazépine, le traitement est adapté sous forme intraveineuse avec du DIAZEPAM. Cependant, certains traitements comme la QUIETAPINE, n'existent que sous forme orale et ne peuvent pas être concassés. Les patients qui ne peuvent plus prendre de traitement par voie orale vont subir un sevrage brutal.

La particularité de ces contre-indications, rend indispensable une collaboration totale entre l'équipe de MCO et de psychiatrie. Les bénéfices et les risques de chaque traitement doivent être soigneusement évalués, car chaque choix peut entraîner des conséquences importantes tant sur le plan physique que psychiatrique. Pour cette raison, seul le médecin du service de MCO prescrit les traitements, le psychiatre de liaison émet des propositions. Ainsi les interactions médicamenteuses sont évitées, et le risque iatrogène est limité. Lorsque des traitements psychiatriques ne peuvent être mis en place du fait des contre-indications, l'équipe de psychiatrie de liaison propose des alternatives et sensibilise l'équipe de MCO aux symptômes psychiatriques devant lesquels une réévaluation psychiatrique est nécessaire.

b)- Adaptation des interventions de la psychiatrie de liaison aux contraintes physiques

Les lésions physiques nécessitent des soins spécifiques, qui contraignent les équipes de MCO et de psychiatrie de liaison à prendre en charge des patients, qui en l'absence de troubles physiques, seraient hospitalisés dans des services de psychiatrie. Ce fut un des enjeux de la prise en charge de Mme C. (décrit dans le cas clinique 4). Cette patiente est hospitalisée suite à une tentative de suicide par défenestration, dans un contexte de décompensation psychotique.

Les tentatives d'autolyse par précipitation entraînent majoritairement des lésions osseuses, au niveau du rachis et des membres inférieurs (61). La prise en charge des patients sur le plan physique est très lourde et peut faire passer les soins psychiatriques au second plan.

Alors que les patients qui effectuent des tentatives de suicides par précipitation peuvent présenter des comorbidités psychiatriques graves. L'étude de Katz menée chez 28 patients ayant réalisé une tentative d'autolyse par précipitation révèle que plus d'un tiers des patients sont atteints de schizophrénie (62). Pour ces patients, la mise en place d'antipsychotique ne peut passer au second plan. Leur introduction se fait en respectant les interactions avec les traitements, utilisés en anesthésie (62). Ils sont prescrits par le médecin du service de MCO sur les conseils du psychiatre de liaison. La prescription précoce des traitements permet un amendement plus rapide des symptômes psychiatriques. La prise en charge par l'équipe de MCO est ainsi facilitée.

Du fait de ces pathologie psychiatriques décompensées, plusieurs auteurs proposent de privilégier les traitements qui impliquent une amélioration et une récupération de la mobilité la plus rapide possible, permettant ainsi un transfert plus précoce dans un service psychiatrique (62,63). Même si ce sont en général, les traitements privilégiés au CHU de Lille, le cas clinique numéro 4, Mme C refusant l'intervention chirurgicale, montre que ce n'est pas toujours possible.

Pour cette patiente, une traction avec une immobilisation de 45 jours dans le service de chirurgie orthopédique est alors réalisée. Cela nous a conduit à devoir mettre en place un traitement antipsychotique dans ce service, sans attendre un transfert dans un service de psychiatrie. L'observance s'est révélée très aléatoire, et l'état clinique psychiatrique de la patiente a fluctué. L'ambivalence de celle-ci vis-à-vis des soins, l'existence d'éléments de décompensation psychotique, ajouté au risque suicidaire (mise en jeu de l'intégrité physique de la patiente), aurait nécessité une hospitalisation en soins psychiatrique à la demande d'un tiers en psychiatrie. Cependant du fait des lésions traumatiques, l'hospitalisation dans un service de psychiatrie a été impossible.

La patiente a donc été revue à plusieurs reprises par l'équipe de psychiatrie de liaison. En effet pour ces prises en charge complexes, l'équipe de psychiatrie doit être encore plus disponible. Cette disponibilité permet de rassurer l'équipe de MCO. Les interventions de l'équipe de psychiatrie de liaison se sont également faites en lien avec le service accueillant, avec des actions pédagogiques sur le trouble psychotique, des conseils de surveillance, de prévention et de thérapeutique.

Notre étude montre que les complications physiques des tentatives de suicide prennent une place importante dans les prises en charge. Parfois les limites imposées correspondent à la pratique courante en psychiatrie comme le choix d'un

traitement en tenant compte des contre-indications. L'équipe de psychiatrie de liaison doit s'adapter au patient, aux séquelles physiques engendrés par la tentative de suicide, et aux soins des séquelles. Pour cela l'équipe de psychiatrie collabore de manière étroite avec l'équipe de MCO, en s'intéressant aux soins et contraintes de l'équipe de MCO et également en utilisant les savoir-faire et capacités relationnelles de ces équipes (33).

c)- Enjeux et limites liés à la douleur et sa prise en charge

La douleur représente également un facteur influençant la durée des entretiens. Lors de tentatives d'autolyse par mise à feu, pour les sept patients rencontrés d'importants traitements antalgiques sont mis en place. Des traitements sédatifs et une ventilation assistée ont été mis en place. Les traitements antalgiques instaurés limitent le déroulement de l'entretien psychiatrique. L'inverse peut également se produire : lors d'atteintes de l'appareil locomoteur dues à des fractures ou de pneumothorax, la douleur est alors trop importante, pour permettre au patient d'élaborer sur le plan psychique.

Dans la prise en charge du patient suicidant, la douleur a donc une place centrale dans la souffrance psychique qu'elle soit morale ou physique. Les douleurs chroniques sont sources de difficultés psychiques (64), traiter ces douleurs permet de diminuer les symptomatologies anxieuses et dépressives (65).

Les douleurs chroniques ne sont pas les seules à favoriser l'émergence de troubles psychiatriques. Une étude menée auprès de patients hospitalisés dans un service de réanimation, démontre que la douleur vécue au cours de l'hospitalisation, influence l'émergence d'angoisses, indépendamment d'un traitement chirurgical ou autres

soins (66). Il est donc important d'être attentifs à l'antalgie des patients à court et à long terme. De plus, la douleur majore le risque suicidaire (43). On note que pour Mr G. la douleur chronique est un facteur précipitant de la tentative de suicide et il passe symboliquement à l'acte devant le centre anti-douleur (cas clinique numéro 8).

Il pourrait être intéressant d'utiliser une échelle visuelle analogique pour évaluer la douleur physique des patients lors des consultations de psychiatrie de liaison. (Cet outil est déjà utilisé dans les services de MCO.) Cela permettrait de lier le corps et le psychisme et de mettre en place un espace de verbalisation et d'élaboration autour de la souffrance du patient. L'objectif de cet espace serait de diminuer le désespoir ressenti par le patient, ainsi de diminuer la douleur psychique.

Les séquelles physiques entraînent une adaptation de la psychiatrie de liaison. La spécificité qu'a la psychiatrie de liaison de se situer à l'interface de la psychiatrie et de la médecine « somatique » est nécessaire à la prise en charge de patients suicidants, aux séquelles physiques importantes. L'équipe de psychiatrie de liaison peut ainsi intervenir dans le cadre d'une prise en charge dans un service de MCO (67).

Par ailleurs, les complications physiques influent également sur les décisions d'orientation.

3)- Transfert dans un service de soins de suite et réadaptation

Dans notre étude, 19 patients (11 femmes et 8 hommes), âgés en moyenne de 42 ans, ont été transférés dans un service de soins de suite et réadaptation.

a)- Risque de récurrence suicidaire des patients transférés dans un service de SSR

Dans notre étude, les patients transférés dans un service de SSR ont pour 73,7% d'entre eux un antécédent de tentative de suicide contre 59,6% de la population suicidante rencontrée par l'équipe de psychiatrie de liaison. 21,1% présentent une comorbidité addictologique. 36,8% ont des comorbidités psychiatriques diagnostiquées. Ce taux est supérieur aux taux de comorbidités psychiatriques des autres suicidants rencontrés par les équipes de psychiatrie de liaison. Tous ces facteurs sont des facteurs de risque de récurrence suicidaire, selon la littérature (68–70). Cela indique que les patients transférés dans les services de soins de suite et réadaptation sont des patients particulièrement vulnérables sur le plan psychique. Selon les recommandations de l'HAS (3), ces patients auraient été orientés en majorité vers des services d'hospitalisation en psychiatrie. Néanmoins devant les séquelles physiques, ces patients sont transférés dans des services de SSR. L'offre de soins psychiatrique en SSR est très hétérogène. Notre étude illustre la nécessité de mettre en place des soins psychiatriques pour ces patients au sein de ces services et pour la psychiatrie de liaison de préparer au mieux ce transfert.

De plus, 26,3% des patients transférés présentent des idées suicidaires lors de leur transfert. En effet dans le cas clinique de Mr F. (cas numéro 1), la prévention du risque suicidaire est un enjeu majeur. Le score de Risque-Urgence-Dangerosité est élevé : les idées suicidaires persistent avec un scénario suicidaire établi sans alternative envisagée. Seule l'impotence fonctionnelle de Mr. F. diminue le risque de passage à l'acte. Celui-ci a des idées suicidaires scénarisées par ingestion médicamenteuse volontaire. Au moment du transfert dans le service de SSR, Mr F

n'a pas l'autonomie nécessaire pour se procurer des médicaments (il est hospitalisé, et n'est pas en état physique d'aller dans une pharmacie).

Notre étude montre que les patients transférés dans des services de SSR sont des patients vulnérables tant sur le plan suicidaire que physique. L'évaluation bénéfice-risque de l'orientation dans un service de SSR doit se faire conjointement entre le médecin de MCO et le médecin psychiatre.

Lors du transfert des patients, le service de SSR a besoin de connaître le risque suicidaire du patient pour une prise en charge optimale de ce dernier. Dans le cas de Mr F., plus il s'autonomisera, plus son accessibilité à un moyen létal augmentera. Le risque suicidaire de Mr F. doit être réévalué très régulièrement.

Les transmissions qui sont faites aux équipes de MCO doivent être complètes, l'évaluation du risque suicidaire doit y figurer. Les équipes des services accueillant des patients suicidants doivent être formées à l'évaluation et la prévention des risques suicidaires. Leurs locaux doivent être adaptés.

b)- Lien entre le pronostic fonctionnel du patient et les troubles psychiatriques

Précédemment nous avons évoqué que les patients transférés dans des services de SSR sont à risque de décompensation d'un trouble psychiatrique.

Or les troubles psychiatriques impactent sur le pronostic fonctionnel du patient. En effet, les manifestations de fatigue, les troubles de la concentration des patients déprimés diminuent les gains fonctionnels, attendus lors des hospitalisations en SSR (18).

Par exemple, suite à une ingestion de caustique, une reconstruction œsophagienne peut être nécessaire. Cette chirurgie lourde, souvent entreprise lors du sixième mois

d'hospitalisation, ne peut se faire que lorsque le patient est stable sur le plan psychiatrique (71). Lorsque le patient n'est pas stable sur le plan psychiatrique, la rééducation à la déglutition est plus compliquée et le patient présente plus de séquelles fonctionnelles (72). Les antécédents psychiatriques augmentent le risque de devoir faire une reprise chirurgicale et majorent la mortalité de celle-ci au décours. Les séquelles fonctionnelles digestives, suite à l'intervention chirurgicale, ont un retentissement important sur la digestion. Ce retentissement altère l'état psychique du patient (73). L'évolution de l'état de santé de Mme H. (cas clinique numéro 7) est en accord avec les données de la littérature. La reconstruction œsophagienne n'aura lieu que 10 mois après la tentative de suicide du fait de l'état neurologique (confusion) et psychique (angoisses importantes de la patiente). Suite à cette intervention Mme H. présente de nombreuses complications : on observe alors une recrudescence des angoisses et des idées obsédantes. Grâce aux soins de rééducation avec une amélioration de la fonction digestive, et aux soins psychiatriques, l'état clinique de Mme H. s'améliore.

L'hospitalisation dans un service de soins de suite et réadaptation apparaît comme protectrice, en effet elle favorise l'autonomisation du patient, limite les séquelles physiques et le handicap qui peuvent en découler.

Une prise en charge pluridisciplinaire réfléchie semble donc améliorer le pronostic des patients.

Cela pose également la question de l'accompagnement psychiatrique dans les services de SSR permettant une continuité des soins. Les patients hospitalisés au CHU de Lille peuvent être adressés à tous les services de SSR du Nord-Pas-de-

Calais, voire ailleurs (Mme E. présentée dans le cas clinique numéro 5 est transférée en Bretagne). Lorsque des psychiatres travaillent en partenariat avec le SSR, nous faisons le lien avec eux pour qu'ils puissent poursuivre les soins psychiatriques. Mais en l'absence de psychiatre rattaché au service de SSR, le suivi est interrompu.

Pour ces patients, il faut réfléchir à des alternatives. Doit-on privilégier des transferts vers des services de SSR proposant des consultations de psychiatrie, voire privilégier l'accès au service de SSR du CHU de Lille (hôpital Zwynghedauw) pour favoriser la continuité des soins psychiatriques ?

L'organisation de consultations sur les sites d'urgences psychiatriques ou via des consultations vidéo pour permettre une continuité des soins psychiatriques ne semblent pas satisfaisantes. Ces types de consultation ne facilitent pas l'interaction avec l'équipe du SSR et sans prise en charge conjointe, celle-ci ne peut pas être optimale.

D'autres études doivent être menées auprès des services de SSR pour découvrir les difficultés auxquelles les équipes peuvent être confrontées et menées des actions efficaces.

II- Impact des troubles psychiatriques sur les prises en charge

1)- Troubles psychiatriques séquellaires diagnostiqués au décours de la tentative de suicide

Dans notre étude, seuls 4 patients (1,7%) présentent une décompensation d'un trouble psychiatrique suite à la tentative de suicide, à savoir une récurrence suicidaire, deux psychotraumatismes et un trouble psychosomatique.

a)- Risque suicidaire dans les structures de soins

Une récurrence suicidaire. Elle n'est survenue qu'une seule fois en un an parmi les patients. C'est le cas de Mr A (cas clinique numéro 2) qui a effectué une tentative de suicide par pendaison dans la salle de bain contiguë de sa chambre d'hôpital. Néanmoins lorsqu'elle est survenue, le risque létal était très élevé, avec un pronostic vital engagé. Le fait qu'elle survienne sur un court laps de temps (7 minutes) participe aux craintes des équipes de MCO.

Devant la gravité des tentatives de suicide, il est important de poursuivre le travail de surveillance et de prévention du risque suicidaire, mené par les équipes de MCO et de psychiatrie de liaison.

Dans son article, Lemoine souligne l'importance de l'infirmier de psychiatrie de liaison, qui par son expertise clinique, sensibilise et accompagne ses collègues infirmiers au repérage du risque suicidaire (35). En 2017, des journées d'échanges ont eu lieu entre les équipes paramédicales du centre d'accueil et de crise du CHU de Lille et les équipes de réanimation. Ces accompagnements pédagogiques favorisent la communication entre les équipes de psychiatrie et de réanimation pour permettre une prise en charge globale du patient, et une meilleure compréhension entre les équipes.

Des stratégies post-événementielles doivent être mise en place, suite à la survenue d'une tentative de suicide dans un services (74). Celles-ci permettent de dépister d'éventuels dysfonctionnement et de réfléchir autour de la prévention du risque suicidaire. Elles permettent aussi d'évaluer l'impact traumatique sur le soignant qui a découvert le patient. Le soignant qui découvre pendu Mr A (cas clinique numéro 2) est exposé directement à la mort de façon imprévue, et est à risque de présenter un trouble de stress aigu voire un trouble de stress post-traumatique (75). L'équipe de psychiatrie de liaison propose des interventions auprès des soignants.

b)- Risque de développer un psychotraumatisme au décours d'une tentative de suicide

Une tentative de suicide confronte directement le patient avec la mort, ce qui peut être traumatisant.

Sur 235 patients, une seule patiente, Mme C. (cas clinique 4) a présenté une symptomatologie de stress aigu, mais comme nous l'avons vu le diagnostic pouvait être remis en question. Effectivement à la symptomatologie de trouble de stress aigu, s'ajoute une symptomatologie psychotique. La dissociation n'a pas pu être liée au trouble état de stress aigu.

La rareté ce trouble dans notre étude ne correspond pas aux données de la littérature. 8 à 45% des victimes de brulure souffriraient d'un syndrome de stress post-traumatique (76). L'écart entre les deux pourcentages peut être du à la difficulté à diagnostiquer une sidération anxieuse pour des patients grands brûlés, et les

contextes des brûlures sont différents (peuvent être d'origine autolytique, accidentelle ou suite à une agression).

Le fait que l'exposition à la mort ne se fasse pas par surprise, un syndrome pré-suicidaire existant (77,78) et que les idées suicidaires exposent psychiquement le sujet à sa mort, peut expliquer cette différence. C'est-à-dire que le contexte favorisant le trouble de stress aigu n'est pas le même dans la littérature que dans notre étude. Pour cette raison, nous retrouvons moins de trouble de stress aigu.

En effet, le traumatisme psychique, à l'origine du stress aigu, est décrit par des auteurs comme indépendant du patient (79). Pour ces auteurs une tentative de suicide ne peut pas être considérée comme un traumatisme psychique, puisqu'auto infligé (80).

Cependant d'autres études sont nécessaires pour étudier la prévalence des états de stress aigu suite à une tentative de suicide.

c)- Apparition d'un trouble psychosomatique

Le syndrome de Tako Tsubo est un trouble psychosomatique rare.

Cette cardiomyopathie est caractérisée par des anomalies réversibles de la contractilité de l'apex du ventricule gauche créant une ballonnisation transitoire du ventricule gauche. La part de stress émotionnel comme facteur déclenchant est en moyenne de 30% dans les études internationales(81). Ce stress peut survenir dans les heures ou jours précédents les premières manifestations cliniques (en moyenne 2 à 3 jours) (82). En France 30 nouveaux cas/million d'habitants sont diagnostiqués par an (83). L'âge moyen est compris entre 58 et 75 ans.

Les stress émotionnels ou physiques à l'origine d'un syndrome de Tako Tsubo peuvent être divers et variés (conflit avec les voisins, rupture sentimentale, difficultés financières, paiement des impôts...). Pour Mme D. (cas clinique 6), il est difficile de déterminer si la cardiomyopathie résulte du stress émotionnel en lien avec la crise suicidaire ou du stress physique du à la pendance. L'hypothèse d'une intrication des deux types de stress est la plus probable. D'un point de vue physiopathologique, les auteurs relient ce syndrome à un excès de catécholamines (84).

Les signes cliniques de cette cardiomyopathie sont très spécifiques et l'événement déclenchant est facilement retrouvé. Il est donc facile à identifier.

Ce trouble psychosomatique correspond au stade 4 de la somatisation de Stora, à savoir des troubles somatiques graves suite au déclenchement des processus globaux de désorganisation de tous les systèmes (psychiques, système nerveux central, système nerveux autonome, le génome et le système immunitaire) (85).

2)- Impact des troubles psychiatriques sur la prise en charge de l'équipe de liaison : difficultés diagnostiques

Ces troubles sont rares, et sont très différents les uns des autres. Pour chacun de ces patients les soins psychiatriques mis en place ont été très spécifiques.

a)- Etat de stress aigu et psychose

Avant même de prendre en charge des complications, il faut les diagnostiquer et cela peut s'avérer compliqué. On note dans le cas clinique de Mme C (cas clinique

numéro 4), la difficulté à parvenir à diagnostiquer un trouble de stress aigu lorsqu'une décompensation psychotique est présente. Cela peut expliquer que les troubles de stress aigu et de stress post-traumatiques soient sous-évalués pour les patients psychotiques (86). En effet, devant cette population à risque de décompensation de psychotraumatismes, il nous apparaît nécessaire de systématiquement rechercher ceux-ci.

b)- Trouble de l'adaptation

Dans notre étude nous n'avons pas porté le diagnostic de trouble de l'adaptation. Dans les cas cliniques que nous avons présenté, nous avons considéré que l'inquiétude de Mme E concernant le pronostic de sa jambe (lésions importantes suite à un syndrome des loges) était adaptée. De même, alors que Mr G. écrit « euthanasie » sur son ardoise, nous n'avons pas considéré qu'il s'agissait d'un trouble de l'adaptation, mais d'un questionnement légitime du fait de séquelles importantes (cécité visuelle, trouble de la phonation, trouble de l'alimentation suite à une tentative de suicide par arme à feu), et que ce questionnement permettrait au patient de faire son deuil des capacités perdues. Cette réflexion nous est apparue comme le moyen pour le patient de s'exprimer et d'indiquer que son futur lui appartenait. Poser le diagnostic d'un trouble de l'adaptation implique un retentissement psycho-social de celui-ci. Or ce retentissement dans un contexte d'hospitalisation est difficile à évaluer. Actuellement, des recherches sont menées pour créer des échelles pour diagnostiquer le trouble de l'adaptation, comme le Diagnostic Interview Adjustment Disorder (87).

Evaluer les stratégies d'adaptation des patients pourrait permettre de savoir si celles-ci sont dépassées (88). En effet comprendre les stratégies d'adaptation permet d'être plus précis dans l'approche des troubles de l'adaptation et mettre en place des psychothérapies adaptées.

3)- Impact des troubles psychiatriques sur la prise en charge par les équipes de MCO.

a)- L'apathie

Les équipes de MCO participent activement aux soins psychiques, notamment via les soins de nursing, la surveillance de symptômes psychiatriques....

Il arrive également que leurs soins soient limités par les troubles psychiatriques de leur patient. Par exemple, lors de l'apparition d'une apathie, la participation active de celui-ci à ses soins diminue. L'apathie est définie comme « une baisse durable de la motivation, de la réactivité, et des comportements volontaires » (89). Lors d'hospitalisation dans des services de SSR, elle apparaît généralement au cours des deux premières semaines d'hospitalisation (18) et est accompagnée de manifestations somatiques. L'apathie est un trouble difficile à diagnostiquer puisque sa sémiologie est très proche de celle de l'épisode dépressif caractérisé. L'altération thymique (avec une tristesse de l'humeur, sentiment de dévalorisation, sentiment de culpabilité, idées suicidaires) indique l'existence d'un trouble dépressif (90). Les deux troubles peuvent coexister. Si l'apathie persiste les

bénéfices attendus de la rééducation vont diminuer. L'équipe de psychiatrie peut alors accompagner la prise en charge des patients en SSR en suggérant que celui-ci puisse bénéficier de relaxation-sophrologie, de massage (91). L'objectif est de préserver la relation thérapeutique entre le patient et l'équipe de MCO.

Des traitements comme les psychostimulants et les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase tendent à montrer une efficacité sur l'apathie (90).

b)- Etat de stress post-traumatique et syndrome post-réanimation

Parfois des troubles de stress post-traumatiques peuvent survenir au cours et au décours de l'hospitalisation. Dans notre travail, nous relatons l'histoire clinique de Mme E (cas clinique numéro 5). Pour cette patiente les séances d'oxygénothérapie hyperbare ont été suspendues suite à la décompensation d'un trouble de stress post-traumatique. L'oxygénothérapie hyperbare sert à favoriser la cicatrisation lors de plaies cutanées importantes (92). Cependant ce soin étant plutôt mal toléré, il est fréquent qu'il soit arrêté prématurément (93). Les soins réalisés en réanimation sont des soins qui peuvent être vécus comme intrusifs et favorisent la décompensation d'un état de stress post-traumatique (94).

Le syndrome de post-réanimation est défini par « les conséquences physiques, psychiques et cognitives auxquelles sont exposées les patients suite à une hospitalisation dans un service de réanimation » (28). Les conditions d'hospitalisation dans un service de réanimation peuvent être vécues comme anxiogènes. Deux raisons principales peuvent l'expliquer l'engagement du pronostic vital, et les conditions d'hospitalisation (nuisance sonore, lumières agressives...) (95). La durée de ventilation est également un facteur de risque de syndrome post-réanimation or

un tiers des patients, vus par l'équipe de psychiatrie de liaison, ont été intubés (33,2%).

Les patients rencontrés sont donc à risque de décompensation d'un trouble psychiatrique de type trouble anxieux (12 à 47% selon Pochard et Al.(96)), trouble de stress aigu ou trouble de stress post-traumatique (14 à 41% selon Pochard et Al.(96)).

Un moyen de favoriser la prévention et les soins à apporter à ces troubles serait de faire figurer des informations concernant la prise en charge dite « somatique » dans le courrier destiné au psychiatre traitant, en détaillant les facteurs de risque (par exemple : avoir peu de souvenir du séjour en réanimation ou avoir de faux souvenirs (97)). L'implication des médecins et psychiatres traitants nous semble importante car suite à un état de stress posttraumatique des conduites d'évitement sont observables. Ainsi, il est probable que les patients qui présentent les états de stress post-traumatiques les plus développés préfèrent s'adresser uniquement à leurs médecins traitants, et évitent toutes personnes susceptibles de provoquer une reviviscence.

Néanmoins, certains auteurs proposent la mise en place systématique de consultation d'évaluation psychiatrique après la sortie pour le patient et ses proches (98). Actuellement le service de psychiatrie de liaison du CHU de Lille n'a pas les moyens de proposer un tel dispositif de soins, d'autant plus que nombre de patients habitent loin et sont hospitalisés au CHU de Lille pour ses plateaux techniques. Par contre des contacts téléphoniques pourraient être envisagés.

L'équipe de psychiatrie de liaison accompagne également les équipes de réanimation dans le recherche de moyens pour réduire les syndromes post-réanimation. Par exemple, en adaptant la luminosité de la chambre au nycthémère,

en évitant les prescriptions de benzodizépines, en recherchant les états de stress aigu, en relatant au patient les détails de son hospitalisation.

4)- Séquelles psychiatriques apparaissant chez les proches.

Notre étude ne permet pas de répondre à la question des séquelles psychiatriques rencontrés chez les proches des patients mais permet de s'y sensibiliser. Il semble important de faire figurer dans ce travail le fait que la crise suicidaire du patient ait un impact sur le système dans lequel il évolue. Un des rôles de la psychiatrie de liaison est d'intervenir auprès des proches du patient avec des missions de prévention.

a)- Effet de contagion

La tentative de suicide ou le suicide d'un proche augmente le risque de passage à l'acte suicidaire par un phénomène de contagion. Aussi une étude révèle que 24% des suicidants ont un proche décédé par suicide (99). Nous l'avons illustré avec la présentation du cas clinique de Mr B. (cas clinique 3). Mr B. fait une tentative de suicide en utilisant le même moyen suicidaire que son fils. Il décrit avoir une relation fusionnelle avec son fils. Lorsque le pronostic vital de celui-ci est engagé, Mr. B. va le vivre comme de son décès. Par un processus d'identification, Mr B. réalise une tentative de suicide. Lors de ce passage à l'acte, les schémas de pensée de Mr. B. sont altérés. Le mentionner nous semble particulièrement important car agir auprès des proches des patients suicidants pour prévenir un risque suicidaire fait partie des missions de l'équipe de psychiatrie de liaison.

b)- Impact traumatique

L'impact traumatique suite à la découverte de patient suicidant n'est pas un des critères de notre étude, il nous semble néanmoins nécessaire de l'évoquer. La prévention de ce trouble nécessite que les proches qui ont vu la scène suicidaire, comme pour la fille de Mme D (cas clinique numéro 6), puissent bénéficier d'un entretien psychiatrique. En effet Mme D est retrouvée par sa fille qui la dépend. Cette dernière a un risque de développer un psychotraumatisme, suite à la confrontation directe et soudaine avec la mort possible de sa mère. En effet, 13% des proches de suicidant sont en souffrance un an après la tentative de suicide du proche, le plus souvent l'impact traumatique de la tentative est retrouvé (37)

Ce chiffre est sans doute supérieur pour les suicidants car majoré par l'impact traumatique d'avoir un proche hospitalisé dans un service de réanimation. La prévention des psychotraumatismes par l'équipe de psychiatrie de liaison permet un dépistage rapide, avant que ceux-ci ne soient constitués (100).

III- Troubles neurologiques

Les troubles neurologiques sont la complication la plus fréquente (54,5%) au décours des tentatives de suicide. Tous les moyens suicidaires sont susceptibles d'induire des complications neurologiques. Ces complications vont nécessiter des soins spécifiques et la mobilisation d'équipes pluridisciplinaires en fonction de l'étiologie retrouvée. Evidemment, les équipes de psychiatrie de liaison participent aux soins de ces patients complexes.

1)- Problématiques liées à la confusion

a)- Evaluation du risque suicidaire

Dans notre étude, 23,9% des patients présentent un épisode confusionnel. La problématique de l'évaluation du risque suicidaire des patients confus est donc récurrente dans les services de MCO accueillant des patients suicidants.

La confusion biaise l'évaluation du risque suicidaire (101) : Lorsque les symptômes de la confusion sont présents, l'évaluation psychiatrique n'est pas réalisable, car les symptômes de la confusion sont au premier plan. Lorsque les symptômes diminuent, l'entretien psychiatrique reste aussi peu contributif puisque la confusion fluctue (102). Il faut attendre que l'épisode confusionnel soit résolu pour mener à bien une évaluation fiable (103).

Pourtant, les données de la littérature retrouvent un risque suicidaire augmenté en cas de syndrome confusionnel, notamment à cause de d'une majoration de l'anxiété, et d'une désinhibition facilitant le passage à l'acte. (104–106).

Pour cette raison les équipes de psychiatrie de liaison n'interviennent pas directement auprès du patient, mais conseillent aux équipes de MCO de maintenir une surveillance et une prévention du risque élevé.

b)- Place de la psychiatrie de liaison auprès des patients confus

Bien que la confusion ne soit presque jamais d'origine psychiatrique (107), les services de MCO placent souvent les psychiatres dans un rôle d'expert sur ce sujet.

Nous retrouvons deux motifs principaux à cela :

Dans un premier temps, ce malentendu vient du fait que des symptômes de l'épisode confusionnel, comme les hallucinations, font également parti de tableaux sémiologiques de pathologies psychiatriques, telles que la schizophrénie paranoïde, la mélancolie....

Dans un second temps, la fluctuation des épisodes confusionnels rend ceux-ci difficiles à diagnostiquer. De plus, nous avons montré dans le cas clinique de Mme H. (cas clinique numéro 7), que la confusion peut être très atypique. L'épisode confusionnel de celle-ci va durer plusieurs mois et induire une errance diagnostique.

La difficulté qui apparaît alors est que l'équipe de MCO et l'équipe de psychiatrie de liaison peuvent avoir sur la situation deux regards différents, susceptibles d'entraîner des lectures différentes.

En effet, pour que l'entretien psychiatrique soit contributif et que l'évaluation psychiatrique soit fiable, le patient doit être stable sur le plan clinique (103). La prise en charge psychiatrique ne doit donc pas être trop précoce et il faut éviter que les décisions d'orientation soient prises dans la précipitation (108). 13,6% des demandes de consultation de notre étude ont eu lieu alors que le patient était confus. L'équipe de MCO va souhaiter que le patient soit transféré en urgence vers un service de psychiatrie (109). En effet la prise en charge d'un patient suicidant confus est très anxiogène. Son risque suicidaire est de principe considéré comme élevé. Ce sont des patients très angoissés, difficiles à rassurer. Dans notre pratique courante, nous avons pu remarquer que parfois l'équipe de MCO se pouvait se sentir démunie.

Le traitement principal de la confusion, est le traitement de son étiologie. Il faut donc retrouver l'étiologie de la confusion (102). Un transfert dans un service de psychiatrie serait moins indiqué pour les soins du patient, ceux-ci ne disposant pas toujours des mêmes plateaux techniques que les services de MCO.

Plus l'étiologie est difficile à mettre en évidence, plus les tensions sont susceptibles d'augmenter. Pour continuer à travailler en partenariat avec les services de MCO, une évaluation permet d'éliminer une pathologie psychiatrique et de mettre en place des traitements symptomatiques si nécessaire (107).

Le fait que la prise en charge de la confusion ne soit pas une compétence propre à la psychiatrie de liaison est toujours difficile à faire entendre. Mener des actions pour expliquer les compétences et missions de la psychiatrie de liaison à nos confrères pourraient être une possibilité. Travailler en partenariat avec les neurologues pour sensibiliser nos confrères à la prise en charge des épisodes confusionnels en serait une également.

Ainsi, l'objectif du psychiatre de liaison est de permettre de modifier les attentes du service de MCO. Celles-ci ne doivent plus être que le psychiatre oriente au plus vite le patient, mais que l'équipe de liaison aide celle de MCO dans sa prise en charge du patient confus. Il a pu être transmis au service de traumatologie que Mme C. était algique, lors de la première consultation de psychiatrie, où elle présentait également un syndrome confusionnel suite à sa tentative de suicide par défenestration. L'équipe de psychiatrie a également accompagné, Mme H. tout au long de sa prise en charge, pour maintenir un lien thérapeutique et aider les équipes de réanimation, notamment lors des transferts de service de réanimation médicale à un service de réanimation chirurgicale.

2)- Influence des troubles neurologiques sur la prise en charge

29,8% des patients de notre étude présentent une altération de la conscience et 32,8% sont dans le coma suite à leur tentative de suicide. Pour tous ces patients, l'entretien psychiatrique est différé jusqu'à ce que leur état neurologique soit stabilisé (51). C'est la raison pour laquelle dans notre étude un délai moyen de 6,6 jours est retrouvé entre le début de l'hospitalisation et la première consultation de psychiatrie de liaison.

Dans le cas de Mr F. (cas clinique numéro 1), ce délai est de 106 jours. Pour ce patient qui se réveille suite à un coma, c'est comme si le geste avait eu lieu la veille. Pour son entourage, la situation est différente. Une partie de l'intervention de psychiatrie de liaison est de faciliter le fait que le patient et ses proches se retrouvent dans une temporalité similaire. Le patient présente une crise suicidaire, mais les facteurs précipitants de la crise ont changé pendant que le patient était dans le coma. L'équipe de psychiatrie de liaison va accompagner le patient vers un changement de ces stratégies d'adaptation.

Certains troubles neurologiques vont persister. Ils sont répartis en deux catégories les amnésies des passages à l'acte et les troubles cognitifs persistants (syndrome frontal).

a)- Amnésie du passage à l'acte et critique de celui-ci

Dans notre étude, 16,6% des patients ont une amnésie du passage à l'acte. Dans la littérature, l'amnésie constitue un des biais de l'évaluation psychiatrique du

risque suicidaire (101). Nous avons constaté que les patients avec une amnésie du geste autolytique ne parvenaient pas le critiquer.

En pratique courante, la critique du passage à l'acte est jugée comme protectrice vis-à-vis de la récurrence d'une tentative de suicide (110). Lorsque les patients présentent une amnésie du passage à l'acte, la critique de celui-ci cesse d'être un critère de jugement valide. Le psychiatre de liaison doit adapter les critères d'évaluation à l'état neurologique de son patient. D'autres critères comme la présence ou non d'idées suicidaires, la projection dans le futur seront plus pertinents.

b)- Persistance de troubles cognitifs et stratégies psychothérapeutiques

Concernant la persistance de troubles cognitifs, 8,5% des patients de notre étude en sont atteints.

Les patients suicidants présentent lors d'une crise suicidaire une altération des fonctionnements cognitifs (38). A cette altération vont s'ajouter les troubles neurologiques séquellaires des tentatives de suicide.

Dans un premier temps les patients sont orientés vers des structures proposant des soins de rééducation neurologique. Les soins psychothérapeutiques proposés dépendent entre autres de la récupération cognitive.

En effet, les troubles cognitifs entraînent une fragilité psychique dont il est important de tenir compte (111). Nombre de thérapies, comme la thérapie cognitivo-comportementale, reposent sur les capacités cognitives du patient. Leur usage n'est pas pertinent pour des patients dont les processus cognitifs sont altérés (112). Les thérapies proposées doivent s'adapter au patient

Une étude, menée auprès de patients cérébrolésés, prouvait que 53% des patients s'appuient sur les ressources qui leur ont permis de surmonter les situations difficiles, leurs proches font de même (demande d'aide, croyances religieuses...) (113). Cela signifie que les patients vont utiliser les mêmes types de stratégies d'adaptation que celles qu'ils avaient avant le passage à l'acte. Tenir compte de cela permet de guider la prise en charge initiale de la psychiatrie de liaison. Favoriser les stratégies d'adaptation dites positives, augmente la résilience du patient et de ces proches. Ainsi les interventions précoces des équipes de psychiatrie de liaison aident aux psychothérapies futures.

IV- Troubles de la communication

Les troubles de la communication sont liés à plusieurs étiologies parmi lesquels figurent les troubles neurologiques et les lésions des cordes vocales.

Dans notre étude, nous constatons que 8,1% des patients sont atteints de ce type de trouble, majoritairement suite à des lésions physiques de l'appareil de phonation.

1)- Impact des troubles de la communication pendant l'hospitalisation

a)- Impact des troubles de la communication sur la prise en charge psychiatrique

Ces troubles demandent aux équipes de s'adapter, notamment en menant des entretiens via d'autres supports comme des ardoises (23). Une attention particulière est donnée à la communication non verbale (gestuelles, mimiques, regards) (114).

Bien que nous ayons vu dans le cas de Mr. F. (cas clinique numéro 1) que celle-ci pouvait également être limitée. Ce patient présentait en effet des pansements occlusifs sur l'ensemble du corps du fait des brûlures multiples causées par la tentative d'autolyse.

Dans ce contexte, de nombreux éléments de la sémiologie psychiatrique ne peuvent pas être explorés comme la fluence verbale, l'existence de troubles du cours de la pensée. L'entretien lui-même est modifié avec des questions plus fermées et donc biaisé par le professionnel. Ainsi une question très ouverte telle que « comment imaginez-vous votre futur ? » devient des questions plus fermées comme « pouvez-vous imaginer ce que vous ferez dans deux jours, une semaine, un mois ? » , « avez-vous des projets qui vous tiennent à cœur ? » , si oui, « concernent-ils votre famille ? votre travail ? votre lieu de vie ?... » ,

L'entretien psychiatrique doit donc être repensé pour les patients qui présentent des troubles de la communication. Pour cela les équipes de psychiatrie de liaison doivent faire preuve d'adaptabilité et d'inventivité. D'autres outils sont recherchés notamment via des supports concrets (115).

Un des premiers outils, qui peut être utilisé, est l'échelle visuelle analogique (EVA) des idées suicidaires (0= pas d'idée suicidaire, 10=idées suicidaires scénarisées envahissantes). Cet outil simple a prouvé qu'il avait une bonne capacité à aider à l'évaluation du risque suicidaire, s'il est utilisé en auto-évaluation (116). En effet les échelles visuelles analogiques sont des outils qui ont prouvé leur validités dans plusieurs domaines d'évaluation (117). L'avantage est que le score de l'EVA est obtenu lorsque le patient déplace le curseur sur l'échelle. Celui-ci n'a donc pas besoin de parler. D'autres outils tels que des listes d'émotions ou des cartes

représentant ces émotions pourraient être utilisés. Des concepts plus globaux pourraient ainsi être décrits par le patient et les équipes.

Utiliser des outils adaptés et prendre le temps auprès de ces patients est capital. L'objectif est que les patients, malgré le handicap qu'ils présentent lors de l'entretien, puissent vivre celui-ci de manière satisfaisante. Les troubles de la communication isolent, ne pas pouvoir communiquer autour de son vécu est anxiogène et le sentiment d'être incompris favorise un effondrement thymique (114,118). Pouvoir avoir des expériences de communication positives nous semble primordial aussi bien pour l'alliance thérapeutique entre le patient et le psychiatre, que pour favoriser la projection positive dans l'avenir du patient. L'entretien psychiatrique ne doit pas être vécu ni comme frustrant ni comme un échec du fait des troubles de la communication. Les équipes de psychiatrie de liaison doivent donc se former à utiliser de nouveaux supports.

b)- Impact des troubles de la communication sur la prise en charge par l'équipe de MCO.

Mr G. (cas clinique numéro 8) est le seul patient pour lequel, nous avons retrouvé un impact des troubles de la communication sur la prise en charge de l'équipe de MCO, qui a été mentionné dans le dossier de psychiatrie de liaison.

Mr G. est hospitalisé dans un service de chirurgie maxillofaciale. Les équipes de ce service ont l'habitude de s'adapter aux troubles de la voix de leurs patients. Pour ce patient, les troubles de la communication proviennent plus du contexte de prise en charge du patient (au décours d'une tentative de suicide) avec peu d'adhésion de celui-ci aux soins que des troubles de la phonation.

Ce cas clinique met en exergue un des rôles de la psychiatrie de liaison qui est de favoriser la compréhension entre le patient et le service qui l'accueille. Les missions de liens développées dans l'introduction sont aussi importantes que les missions de soins dans la prise en charge des patients suicidaires (9). Les séquelles physiques des tentatives de suicide impactent donc également sur la mission de lien de la psychiatrie de liaison.

2)- Impact des troubles de la communication sur le devenir du patient

La prise en charge de l'équipe de psychiatrie de liaison se fait uniquement sur le temps de l'hospitalisation au sein du CHU de Lille, aussi nous ignorons quelles sont les conséquences des troubles de la communication pour nos patients.

Cependant, ces interventions ont pour objectifs de préparer le retour au domicile du patient (119). Les études menées sur la qualité de vie des patients ayant des troubles de la communication prouvent que ceux-ci entraînent une diminution de la qualité de vie (diminution des loisirs, de l'activité socio-professionnelle) et ont un retentissement négatif sur le couple (120). Les troubles de la communication favorisent également l'émergence de troubles dépressifs (121).

Les troubles de la communication dépendent de la communication verbale et non verbale mais également de l'interaction entre l'émetteur et le receveur (122). Favoriser l'interaction entre le patient et ses proches permettrait donc d'améliorer la qualité de la communication, indépendamment des lésions physiques. Une approche

systémique permet d'améliorer les relations entre le patient et son entourage. En pratique courante, il s'agit d'accompagner la rééducation (118), en permettant au patient et à ses proches d'améliorer la qualité de celle-ci. En effet, en matière de communication, la qualité de celle-ci et le vécu de satisfaction autour de celle-ci vont pouvoir être des facteurs protecteurs sur le plan psychique.

V- Biais et limites de l'étude

Notre étude a été menée de manière rétrospective, sur les dossiers de patients dont les courriers de sortie. Il y a donc pu y avoir des données manquantes, comme des épisodes confusionnels ou des complications physiques non mentionnés, entraînant une sous-évaluation des lésions.

De plus, peu de séquelles psychiatriques étant retrouvées, la puissance de notre étude est insuffisante pour une extrapolation des données.

On retrouve plusieurs biais de sélection :

Le premier biais de sélection est lié à l'organisation particulière des soins psychiatriques du CHU de Lille et la répartition des patients ayant fait une tentative de suicide. En effet seuls les patients hospitalisés plus de 48h suite à une ingestion médicamenteuse sont rencontrés (ceux dont l'hospitalisation est inférieure à 48h sont rencontrés par une autre équipe de psychiatrie).

De plus, contrairement à beaucoup d'équipes, l'activité des urgences ne dépend pas de l'équipe de psychiatrie de liaison. Une équipe est dédiée au service des urgences. Enfin, une convention a été mise en place entre le CHU de Lille et une structure privée concernant les traumatismes du membre supérieur (incluant les phlébotomies

nécessitant un geste opératoire). Ces patients ne sont donc pas pris en charge au CHU de Lille. Ces particularités organisationnelles diminuent la comparabilité de l'étude à d'autres population de patients suicidants. Elles augmentent également la durée d'hospitalisation retrouvée dans notre étude. Cela explique l'importante fréquence et gravité des séquelles physiques.

Nous pouvons noter un autre biais de sélection : aucun patient suicidant rencontré n'est mort suite aux complications physiques de la tentative de suicide. C'est contraire à toutes les données de la littérature (53,61,73). Cela montre que les équipes de MCO n'appellent le service de psychiatrie de liaison, qu'une fois que le patient est stabilisé sur le plan clinique. L'inconvénient étant que cela empêche le service de psychiatrie de liaison d'intervenir auprès des proches.

Enfin, il y a également des biais de classement dans le recueil des données : Les données retrouvées dans le dossier ont dû être interprétées, c'est peut-être une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas retrouvé de trouble de l'adaptation. De même les troubles cognitifs persistants n'ont pas été définis à partir d'échelles (comme le Montreal Cognitiv Assessment (123)) mais en fonction d'éléments cliniques dans le dossier. Cela a pu entraîner une sous-évaluation de ce diagnostic, puisque seuls les patients avec des symptômes manifestes ont été inclus. L'évaluation des troubles de la communication a été faite de la même manière donc a pu être sous-évaluée également.

CONCLUSION

A travers cette étude, nous avons vu que les séquelles physiques et psychiques au décours des tentatives de suicide impactent aussi bien sur la mission de lien de la psychiatrie de liaison que sur sa mission de soins.

La mission de lien doit être renforcée lors de la prise en charge de patients présentant des séquelles physiques et psychiques. La collaboration entre le service de psychiatrie et de MCO occupe une place centrale pour permettre une prise en charge globale (du choix des traitements à la surveillance du risque suicidaire). Ainsi des patients avec des troubles psychiatriques décompensés peuvent recevoir des soins appropriés dans des services de MCO, l'équipe de psychiatrie de liaison est alors particulièrement disponible pour accompagner ces équipes. Le lien avec les proches est nécessaire pour mener des actions de prévention, la gravité des lésions de leur proche étant susceptibles d'entraîner d'importantes séquelles (effet de contagion, impact traumatique). Le lien avec le médecin traitant favorise la prévention d'une récurrence suicidaire et également d'un syndrome post-réanimation.

Concernant la mission de soin, le cadre de la prise en charge diagnostique et thérapeutique est modifié par les séquelles apparaissant au décours des tentatives de suicide. Des entretiens plus courts seront parfois à privilégier du fait d'une plus grande fatigabilité des patients.

Les équipes de psychiatrie de liaison adaptent leurs entretiens aux troubles de la communication, et l'utilisation d'outils tels que les échelles visuelles analogiques permettent de pallier à certaines difficultés. Les troubles neurologiques modifient la validité de l'entretien psychiatrique, notamment en cas de confusion. Remplir la mission de diagnostic de la psychiatrie de liaison est difficile à remplir du fait de

l'intrication de certains symptômes psychiatriques, de la douleur et de plaintes fonctionnelles.

Néanmoins, dépister les complications psychiatriques permet de les prendre en charge plus rapidement et d'être plus efficace sur le plan thérapeutique. Le risque suicidaire est la première complication qui doit être évaluée et surveillée afin de la prévenir. Les autres complications peuvent entraîner de graves séquelles sur le plan fonctionnel (en charge chirurgicales retardées, apathie dans les services de SSR, refus de soins) et nécessitent également d'être traitées.

Les stratégies thérapeutiques vont être limitées sur le plan chimiothérapeutique par les atteintes viscérales des patients, sur le plan psychothérapeutique par les troubles neurologiques et les troubles de la communication des patients. Chaque stratégie thérapeutique va s'adapter au patient à qui elle est destinée, en s'appuyant sur l'équipe du service de MCO, les ressources du patient et de ses proches.

L'orientation du patient ne peut se faire qu'une fois les complications physiques des suicidants traitées et que l'état clinique du patient est compatible avec un retour au domicile ou un transfert dans un service de psychiatrie. Cependant, parfois le patient devra être transféré dans un service de soins de suite et réadaptation. Le rôle de la psychiatrie de liaison est alors d'accompagner ce transfert, par exemple, via des transmissions ciblées sur le risque suicidaire. L'interruption du suivi psychiatrique lorsque le SSR ne bénéficie pas d'un temps de consultation psychiatrique, pose question. Effectivement, les patients suicidants transférés dans des services de psychiatrie présentent de nombreuses comorbidités psychiatriques et ont un risque suicidaire parfois élevé. Peut-être faudrait-il privilégier

pour ces patients des transferts vers des SSR bénéficiant de service de psychiatrie de liaison.

Les impacts des séquelles psychiatriques et physiques au décours des tentatives de suicide sur la prise en charge de l'équipe de liaison sont de natures variés, mais tous ont trait aux spécificités de la psychiatrie de liaison au CHU de Lille.

BIBLIOGRAPHIE

1. Consoli SM. Psychiatrie à l'hôpital général. *Encycl Méd-Chir Elsevier Paris Psychiatr* 37 958 A. 1998;10(11).
2. Cottencin O, Versaevel C, Goudemand M. Pour une vision systémique de la psychiatrie de liaison. *L'Encéphale*. 1 juin 2006;32(3, Part 1):305- 14.
3. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
4. Fieux F, Chirica M, Villa A, Lossier M-R, Cattan P. Ingestion de produits caustiques chez l'adulte. *Réanimation*. 1 oct 2009;18(7):606- 16.
5. Chatelain S, Serror K, Chaouat M, Mimoun M, Boccara D. Immolation dans notre centre de traitement des brûlés de 2011 à 2016. *Ann Chir Plast Esthét*. 1 févr 2018;63(1):41- 6.
6. Herve C, Gaillard M. Mortalité et morbidité des tentatives de suicide par arme à feu. *Presse Médicale*. 1985;14(38):1970-1971.
7. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison: Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 oct 2005;163(8):691- 6.
8. Lipowski Z. Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview. *Am J Psychiatry*. juin 1974;131(6):623- 30.
9. Cremades S. Le psychiatre de liaison : un interprète qui joue sa théorie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2005;163(7):604- 6.
10. Maccaferri GE, Calamand D. Applicabilité des thérapies comportementales et cognitives en psychiatrie de consultation-liaison. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 nov 2016;26(4):180- 6.
11. Zumbach S, Salamin V, Gasser A-I. Consultation-liaison de psychiatrie de la personne âgée en institution : une expérience suisse. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 21 sept 2017;
12. Morasz L, Dalery J. De l'intégration du psychiatre de liaison. In: *Annales de psychiatrie*. Expansion scientifique publications; 1999. p. 81-84.
13. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Intervention de crise et dispositifs de secteur. In: *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Simep Paris; 1986. p. 97- 107. (Biologie et psychologie).
14. Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez L-A, Frangeuil A, et al. Détection par le médecin généraliste des troubles psychiatriques courants selon l'auto-questionnaire diagnostique le Patient Health Questionnaire : dix ans après, le dispositif du médecin traitant a-t-il modifié la donne ? *L'Encéphale*. 1 févr 2018;44(1):22- 31.
15. Legoff E, Thiltges I, Taillandier L, Di Patrizio P. Besoins des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en soins oncologiques de support. *Médecine Palliat*. 1 déc 2017;16(6):302- 10.

16. Kim Y, Cheon S-M, Youm C, Son M, Kim JW. Depression and posture in patients with Parkinson's disease. *Gait Posture*. 1 mars 2018;61:81- 5.
17. Consoli SM. La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2010;168(3):202- 4.
18. Flannery J, David J. Bonnes pratiques de réadaptation. In: *Fractures de l'extrémité proximale du fémur*. Elsevier Masson; 2012. p. 293- 306.
19. Hardy P. Troubles somatoformes et intrications médicopsychiatriques. In: *Manuel de psychiatrie*. 3^e éd. Elsevier Masson; 2017. p. 351- 78.
20. Bécache A. 13 - Malades psychosomatiques. In: Bergeret J, éditeur. *Psychologie Pathologique (11e édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2012 [cité 15 mars 2018]. p. 215- 21. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294714832000136>
21. Siegel A, Bleier H. The Role of Negotiation in Consultation-Liaison Psychiatry-. *Psychosomatics*. 1 mars 2017;58(2):187- 90.
22. Vautier V, Gorin C. L'approche systémique en psychiatrie de liaison à l'hôpital général : une autre manière d'aborder les situations de catastrophe. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2015;173(10):872- 6.
23. Raffray P, Colas M-D, Seyeux A-L, de Montleau F. Les soins psychiques aux patients « grands brûlés » : spécificité et diversité des approches. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2010;168(3):234- 9.
24. SanjeevSockalingamM.D., M.H.P.E.abAhmadAlzahraniM.B.B.S.abChristopherMeaneyM.Sc.cRimaStyraM.D., M.Ed.abAdrienneTanM.D.abRaedHawaM.D.abSusan E.AbbeyM.D. Time to Consultation-Liaison Psychiatry Service Referral as a Predictor of Length of Stay -. *Psychosomatics*. juin 2016;57(3):264- 72.
25. Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E, et al. Voluntary self-poisoning as a cause of admission to a tertiary hospital internal medicine clinic in Piraeus, Greece within a year. *BMC Psychiatry*. 2 oct 2001;1:4.
26. Pichené C, Schwan R. Réanimation : Prise en charge d'un suicidant en réanimation-. Elsevier Masson. Vol. ., 2016. Chap 269, p1-5.
27. Daher B, Slimani G, Kisra H, Bourkadi J. Évaluation de l'état de stress post-traumatique dans les bronchopneumopathies chronique obstructive (BPCO). *Rev Mal Respir*. 1 janv 2018;35:A205.
28. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*. *Crit Care Med*. févr 2012;40(2):502.
29. Green JD, Kearns JC, Rosen RC, Keane TM, Marx BP. Evaluating the Effectiveness of Safety Plans for Military Veterans: Do Safety Plans Tailored to Veteran Characteristics Decrease Suicide Risk? *Behav Ther*. 22 nov 2017;

30. Yager J, Feinstein R. General Psychiatric Management for Suicidal Patients, With Remarks on Chronicity: Contending With the Angel of Death. *J Nerv Ment Disease*. 2017;205(6):419- 26.
31. Brown, G. K., Henriques, G. R., Sosdjan, D., & Beck, A. T. Suicide Intent and Accurate Expectations of Lethality: Predictors of Medical Lethality of Suicide Attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,. 2004;1170- 4.
32. CHU Lille. Réseau CHU: Tentative de suicide : Vigilans en soutien, une innovation lilloise [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/tentative-de-suicide-vigilans-en-soutien-une-innovation-lilloise/>
33. Consoli SM. Organisation de l'offre de soins : la psychiatrie de liaison. In: *Manuel de psychiatrie*. 3^e éd. Elsevier Masson; 2017. p. 751- 84.
34. WHO. OMS | Suicide [Internet]. WHO. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
35. Lemoine NC, Bossis ML, Giffaud S, Guitteny M, Bulteau S, Vanelle J-M, et al. Rôle de l'infirmière de psychiatrie de liaison dans la prévention du risque suicidaire. */data/revues/02416972/v35i294/S0241697214000978/*. 30 août 2014;
36. Vaiva G, Younes N. Comportements suicidaires. In: *Manuel de psychiatrie*. 3^e édition. 2017. p. 561- 85. (Elsevier Mason).
37. Vaiva G. N'oublions pas les survivants ! Impact psycho-économique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant. *Eur Psychiatry*. 1 nov 2013;28(8, Supplement):46- 7.
38. Porte A. Evaluation des fonctions cognitives dans la crise suicidaire, intérêt du MoCA test [Psychiatrie]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2017.
39. Pham TN, King JR, Palmieri TL, Greenhalgh DG. Predisposing Factors for Self-inflicted Burns. *J Burn Care Rehabil*. 1 juill 2003;24(4):223- 7.
40. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 1 nov 2008;30(1):133- 54.
41. Olié E, Courtet P. La douleur au cœur du suicide. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 févr 2017;18(1):9- 14.
42. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KRR, et al. Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biol Psychiatry*. 1 août 2005;58(3):175- 89.
43. Cottencin O, Warembourg F. Les patients souffrant d'affections somatiques. In: *Les patients souffrant d'affections somatiques*. Flammarion. 2009. p. S272 - 8. (Médecine-Sciences; vol. 35).
44. Barrimi M, Elghazouani F, Aarab C, Tliji A, Rharrabti S, Lahlou F, et al. Une expérience de psychiatrie de liaison au Maroc : étude transversale sur 24 mois. *L'Encéphale*. 1 oct 2014;40(5):373- 9.
45. Schweitzer MG. Psychiatrie de liaison. À propos de douze ans d'activité au sein de l'AP-HP. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2001;159(3):167- 72.

46. Spadone C. Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 avr 2010;168(3):205- 9.
47. CONSOLI SM. Aider à penser, aider à faire face: exigences et défi pour la psychologie médicale. *Rev Fr Psychiatr Psychol Médicale.* 1997;5(1.0):11-16.
48. Anzieu D. *Le Moi-peau*, Coll. Psychismes Paris Éditions Dunod. 1985;
49. Dorogi Y, Campiotti C, Gebhard S. Infirmier en psychiatrie de liaison : développement de la supervision en milieu somatique. *L'Encéphale.* 1 juin 2013;39(3):232- 6.
50. Simon N, Verdoux H. Impact de la formation théorique et clinique sur les attitudes de stigmatisation des étudiants en médecine envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique. *L'Encéphale.* 9 juin 2017;
51. Vaiva G. Pour le respect d'une période de réveil psychologique des suicidants. In: *Clinique du suicide.* ERES; 2004. p. 169- 79.
52. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry.* 1 déc 2011;168(12):1266- 77.
53. Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 1 déc 2014;62(6):351- 60.
54. Chan Chee C, Paget L-M. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 1 sept 2017;65(5):349- 59.
55. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* mai 1996;93(5):327- 38.
56. Humeau M, Senon J-L. Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu : étude clinique à partir de 161 cas. *L'Encéphale.* 34(5):459- 66.
57. Chérin P. Muscle, fatigue, sport et infection. *Rev Médecine Interne.* 1 sept 1999;20(9):794- 803.
58. Aloy B, Desplanques P-Y, Gurgel S, Deray G, Launay-Vacher V. Médicaments et insuffisance rénale. *Actual Pharm.* 1 janv 2018;57(572):33- 6.
59. Perlemuter L, Perlemuter G. Anxiolytiques. In: *Guide de thérapeutique Perlemuter.* 9^e éd. Elsevier Masson; 2017. p. 1999- 2013.
60. Ichai P. Insuffisance hépatique aiguë sévère et hépatite fulminante. *Traité Médecine AKOS.* 1 janv 2018;13(1):1- 7.
61. Eudier F, Ledu T, Gault S, Vialleton C. La précipitation comme 1er mode suicidaire : étude épidémiologique et psychopathologique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2003;161(4):283- 8.

62. Katz K, Gonen N, Goldberg I, Mizrahi J, Radwan M, Yosipovitch Z. Injuries in attempted suicide by jumping from a height. *Injury*. 1 nov 1988;19(6):371-4.
63. Galifet M, Eloy F, Nominé C, Azziz S, Delagoutte J-P. Les lésions du pied et du pilon tibial au cours des chutes d'un lieu élevé et des défenestrations. *Médecine Chir Pied*. 1 mars 2012;28(1):33-6.
64. Meyer-Rosberg K, Kvarnström A, Kinnman E, Gordh T, Nordfors L-O, Kristofferson A. Peripheral neuropathic pain—a multidimensional burden for patients. *Eur J Pain*. 1 déc 2001;5(4):379-89.
65. Muselle A, Louis F. L'évaluation psychiatrique pour la pose d'un neurostimulateur médullaire. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 juin 2017;18(3):152-7.
66. Sogno-Berat S, Fossati P, Allilaire JF. Troubles psychiques post-opératoires en service de chirurgie générale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2001;159(7):515-21.
67. Duverger P, Chocard A-S, Malka J, Ninus A, éditeurs. Chapitre 6 - Spécificités de l'équipe de liaison. In: *Psychopathologie en service de pédiatrie*. Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 23-5.
68. Kapur N. Self-harm in the general hospital. *Psychiatry*. 1 mars 2006;5(3):76-80.
69. Gardère JJ, Lasfar A, Forzan S, Cherifi H, Faure I, Fiévet E, et al. 015 Devenir à 6 mois de 235 tentatives de suicide (TS) par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV). *J Eur Urgences*. 1 mars 2004;17:12-3.
70. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med*. sept 2003;33(6):969-76.
71. Chirica M, de Chaisemartin C, Munoz-Bongrand N, Halimi B, Celerier M, Cattan P, et al. Reconstruction œsophagienne pour séquelles de brûlure caustique : coloplasties, mode d'emploi. *J Chir (Paris)*. 1 juin 2009;146(3):240-9.
72. Chirica M, de Chaisemartin C, Goasguen N, Munoz-Bongrand N, Zohar S, Cattan P, et al. Colopharyngoplasty for the Treatment of Severe Pharyngoesophageal Caustic Injuries: An Audit of 58 Patients. *Ann Surg*. nov 2007;246(5):721.
73. Fieux F, Chirica M, Villa A, Losser M-R, Cattan P. Ingestion de produits caustiques chez l'adulte. *Réanimation*. 1 oct 2009;18(7):606-16.
74. Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé : données épidémiologiques et prévention. *L'Encéphale*. 1 juin 2010;36:D83-91.
75. Bryant RA. Trouble stress aigu. In: *Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress*. Elsevier Masson; 2018. p. 81-99.
76. El hamaoui Y, Yaalaoui S, Chihabeddine K, Boukind E, Moussaoui D. Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*. nov 2002;28(7):647-50.
77. Pöldinger W. Suizid Prophylaxie bei Depressiven Syndromen. *Neuropsychiat Clin*. 1982;1:87.
78. Ringel E. The Presuicidal Syndrome. *Suicide Life Threat Behav*. 1 sept 1976;6(3):131-49.

79. Bouyssy M. Psychotraumatisme : interventions précoces. In: Psychiatrie légale et criminologie clinique. Elsevier Masson; 2013. p. 455 - 60.
80. OMS | Suicide [Internet]. WHO. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
81. Knafo A, Marechal V, Loas G. Tako-tsubo et comorbidités psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juin 2012;170(5):334 - 7.
82. Fontaine A, Barraine P, Dewilde J, Le Gueut M. Un syndrome à connaître.... Rev Médecine Légale. 1 sept 2013;4(3):139 - 42.
83. Mansencal N, Dubourg O. Cardiomyopathie de Tako-Tsubo. Presse Médicale. 1 juin 2013;42(6, Part 1):1050 - 7.
84. Champion S, Spagnoli V, Deye N, Mégarbane B, Baud F. Anomalies cardiaques après tentative de pendaison : étude descriptive préliminaire. Ann Cardiol Angéiologie. 1 août 2013;62(4):259 - 64.
85. Stora J-B. Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations : l'approche de la psychosomatique intégrative. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 févr 2012;170(1):26 - 31.
86. Misdrahi D. Expériences traumatiques et état de stress post traumatique dans la schizophrénie. L'Encéphale. 1 juin 2016;42(3, Supplément 1):S7 - 12.
87. Appart A, Lange A-K, Sievert I, Bihain F, Tordeurs D. Le trouble de l'adaptation et le DSM-5 : une revue de la littérature. L'Encéphale. 1 févr 2017;43(1):41 - 6.
88. Pascal A, Frécon Valentin É. Adaptation : tolérance au stress: Motivation à Améliorer Ses Stratégies D'adaptation. In: Diagnostics Infirmiers, Interventions et Résultats (5e édition). Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 468 - 70.
89. Postec C. Apathie : point sur un syndrome psychogériatrique incontournable. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 juin 2013;13(75):159 - 65.
90. Dujardin K. Apathie et pathologies neuro-dégénératives : physiopathologie, évaluation diagnostique et traitement. Rev Neurol (Paris). 1 mai 2007;163(5):513 - 21.
91. Guetemme G. Kinésithérapie et dépression. Kinésithérapie Rev. 1 févr 2009;9(85):7 - 15.
92. de Vaumas C, Bronchard R, Montravers P. Traitements non médicamenteux des infections cutanées graves : oxygénothérapie hyperbare, pansements et thérapeutiques locales. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 sept 2006;25(9):986 - 9.
93. A F. Oxygénothérapie hyperbare pour plaie ischémique : où en est-on ? Médecine Mal Métaboliques. 1 févr 2018;12(1):91.
94. Ampelas J-F, Pochard F, Consoli S-M. Les troubles psychiatriques en service de réanimation. L'Encéphale. 2002;28(3):191-199.
95. Renault A, Garrouste M, Boles J-M. Prise en charge psychologique du patient et de son entourage. In: Réanimation. 3^e éd. Elsevier Masson; 2016. p. Chap 389, 1-9.

96. Pochard F, Kentish-Barnes N, Azoulay E. Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. *Réanimation*. 1 oct 2007;16(6):533-7.
97. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Needham DM, Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 1 sept 2008;30(5):421-34.
98. Chahraoui K, Laurent A. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care*. 2015;30(3):599-605.
99. Mouquet M-C, Bellamy V, Carrasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Etudes Résultats DRESS*. 2006;(488).
100. Vaiva G, Lestavel P, Ducrocq F. Quand traiter le psychotraumatisme ? *Presse Médicale*. 1 mai 2008;37(5, Part 2):894-901.
101. Vandevoorde J, Baudoin T, Chabert B, Baudoin E, Sanchez Valero A. Évaluation de l'activité suicidaire aux urgences psychiatriques : un entretien d'exploration (SE-EC) et sa grille de report (ASA). *Presse Médicale*. 1 sept 2015;44(9):898-906.
102. Huff S. Confusion. In: *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9^e éd. Elsevier Health Sciences; 2018. p. 132-7.
103. Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie et l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie [Internet]*. 2^e éd. Presses Universitaires François Rabelais; 2018. 64 p. Disponible sur: <https://cnup.unistra.fr/enseignement/ecn/>
104. Santos A, Botega NJ. P01-307 - Levothyroxine, mental confusion and attempted suicide. *Eur Psychiatry*. 1 janv 2010;25:520.
105. Benoit M, Bonin-Guillaume S. Les états psychiatriques. In: *Psychothérapies du sujet âgé*. 2016. p. 46-57.
106. Hussain I. Fiche 148 - Prise en charge de la crise suicidaire¹⁵². In: *Guide infirmier des urgences (2e édition)*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 876-81.
107. Millet B, Vanelle J-M, Benyaya J. Confusion mentale. In: *Prescrire les psychotropes*. 2^e éd. Elsevier Masson; 2014. p. 266-8. (Abrégés).
108. Dantchev N. Suicidant. *Médecine Urgence*. 1 janv 2011;6(2):1-8.
109. Spadone C. Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2010;168(3):205-9.
110. Hajji K, Marrag I, Bouanene I, Ben Mohamed B, Younes S, Hadj Ammar M, et al. Facteurs associés aux tentatives de suicide. *Toxicol Anal Clin*. 1 juin 2016;28(2):158-63.
111. Bruguière P, Picq C, Pradat-Diehl P. Évaluation neuropsychologique et psychologique à plus d'un an d'un traumatisme crânien léger. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014;Supplement 1(57):e76-7.

112. Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. *Presse Médicale*. 1 déc 2016;45(12, Part 1):1124- 32.
113. Oppenheim-Glucckman H, Collasson PD. Perception par les patients cérébro-lésés et leur famille des liens entre l'histoire familiale et le vécu de la maladie. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014;Supplement 1(57):e77.
114. Prades J-M. Les contextes particuliers. In: *La douleur en ORL*. Elsevier Masson; 2014.
115. Vandevoorde J, Le Borgne P. Prise en charge des patients en situation de crise suicidaire : le protocole GERE. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2014;172(10):851- 7.
116. Morage S, Paul F, Milan C, Gignoux-Froment F, Henry J-M, Pilard M, et al. Idées suicidaires aux urgences psychiatriques : étude prospective comparant auto- et hétéro-évaluation. *L'Encéphale*. 1 oct 2014;40(5):359- 65.
117. Boer AGEM de, Lanschot JJB van, Stalmeier PFM, Sandick JW van, Hulscher JBF, Haes JCJM de, et al. Is a single-item visual analogue scale as valid, reliable and responsive as multi-item scales in measuring quality of life? *Qual Life Res*. 1 mars 2004;13(2):311- 20.
118. Navez M. Douleur des cancers ORL au stade des séquelles. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 1 avr 2009;10(2):90- 5.
119. Vaiva G. Les suicidants et leur entourage familial, The persons who attempt suicide and their family. *Perspect Psy*. 2008;47(4):330- 4.
120. Kozlowski-Moreau O, Allart E, Gall ML, Stephann L, Deicas P, Rousseaux M. Compétences sociales et qualité de vie après traumatisme crânien léger ou modéré : influence des troubles cognitifs et de la communication. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014;Supplement 1(57):e76.
121. Lagadec T, Zongo D, Asselineau J, Douce E, Trias J, Delair MF, et al. Communication dans la vie quotidienne des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. </data/revues/18770657/v54s1/S1877065711004726/>. 4 sept 2011;
122. Robin A, Kiefer C, Cochapin-Martins K. Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères. *EMC Psychiatr*. 2008;5(4):1- 10.
123. Nasreddine Ziad S., Phillips Natalie A., Bédirian Valérie, Charbonneau Simon, Whitehead Victor, Collin Isabelle, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 30 mars 2005;53(4):695- 9.

AUTEUR : Nom : LE CORRE

Prénom : Estelle

Date de Soutenance : 05 avril 2018

Titre de la Thèse : Impact des séquelles physiques et psychiques des tentatives de suicide sur la prise en charge des suicidants, par l'équipe de psychiatrie de liaison, au CHU de Lille.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : Suicide, Tentative de suicide, Psychiatrie de liaison, Séquelles psychiques

Résumé : *Introduction* : A Lille, en 2016, 32% de l'activité de psychiatrie de liaison du CHU concernait la prise en charge d'un patient suicidant. S'assurer que celle-ci se fait dans les meilleures conditions possibles est un enjeu important pour la pratique courante de l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de Lille. Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés sur le retentissement que peuvent engendrer les séquelles psychiques et physiques d'une tentative de suicide sur la prise en charge psychiatrique des patients. L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'impact des complications physiques sur la prise en charge psychiatrique. *Matériel et méthode* : A partir des dossiers médicaux de tous les suicidants vus par l'équipe de psychiatrie de liaison du CHU de Lille, au cours de l'année 2016, nous avons étudié les complications physiques des patients, détaillé les complications psychiatriques, recherché les complications neurologiques, et abordé les troubles de la communication. *Résultats* : 57% des patients présentent des atteintes physiques graves voire très graves au décours du passage à l'acte suicidaire. Celles-ci sont sources de contraintes pour la psychiatrie de liaison. Les troubles neurologiques, qui sont les complications physiques les plus retrouvées, modifient et biaisent l'examen psychiatrique. Les autres complications les plus fréquentes sont les atteintes viscérales, suivies par les impotences fonctionnelles. Du fait de séquelles physiques importantes, plusieurs patients sont transférés vers un service de SSR malgré un risque suicidaire élevé. Néanmoins, peu de passage à l'acte ont lieu en intra-hospitalier, en effet une seule récurrence suicidaire a eu lieu dans un service de MCO. De même, les autres complications psychiatriques observées sont rares. *Conclusion* : Les complications physiques au décours des tentatives de suicide entraînent une nécessaire adaptation des interventions de la psychiatrie de liaison. Pour pallier à l'impact des séquelles des tentatives de suicide, les équipes de psychiatrie de liaison peuvent utiliser de nouveaux outils, comme une échelle visuelle analogique des idées suicidaires ; renforcer la contribution des services accueillant le patient aux soins psychiques, adapter l'entretien psychiatrique et les critères d'évaluation aux difficultés du patient.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Professeur Olivier COTTENCIN

Professeur Guillaume VAIVA

Docteur Pierre GRANDGENEVRE