



Article scientifique

Article

2018

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Prévenir le suicide aux urgences : de la « Théorie Interpersonnelle du Suicide » à la connectedness

Costanza, Alessandra; Ambrosetti, Julia; Wyss, Karine; Bondolfi, Guido; Sarasin, François;
Khan, Riaz Ahmad

How to cite

COSTANZA, Alessandra et al. Prévenir le suicide aux urgences : de la « Théorie Interpersonnelle du Suicide » à la connectedness. In: Revue médicale suisse, 2018, vol. 14, n° 593, p. 335–338.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:111013>

© The author(s). This work is licensed under a Other Open Access license

<https://www.unige.ch/biblio/aou/fr/guide/info/references/licences/>

Prévenir le suicide aux urgences: de la « Théorie Interpersonnelle du Suicide » à la *connectedness*

Drs ALESSANDRA COSTANZA^a, JULIA AMBROSETTI^b, KARINE WYSS^b, Prs GUIDO BONDOLFI^d, FRANÇOIS SARASIN^c et Dr RIAZ KHAN^{b,d}

Rev Med Suisse 2018; 14: 335-8

Les conduites suicidaires ont une signification épidémiologique et clinique dramatique en Suisse. Les rapports officiels et la littérature font de leur prévention une priorité et recommandent de nouvelles approches, inspirées des modèles psychologiques et entraînant des interventions pragmatiques. En outre, le rôle des urgences, lien crucial dans la chaîne de prévention, est encouragé. Sur la base des postulats de la « Théorie Interpersonnelle du Suicide », de la « situation impossible » et de la *connectedness*, ces interventions pourraient s'opérer aux urgences à travers des applications *m-Health*. Cependant, il convient d'adopter une vision critique et attentive, car ces applications ne doivent en aucun cas se substituer à l'évaluation clinique ni à la présence et à l'interaction humaines dans la relation thérapeutique.

Prevention of suicide at Emergency Room: from the « Interpersonal Theory of Suicide » to the *connectedness*

*Suicidal behavior (SB) has a dramatic epidemiological and clinical relevance in Switzerland. Both official reports and literature highlight SB prevention as a priority and recommend adopting new approaches, inspired by psychological models and ensuing in pragmatic interventions. Moreover, Emergency Room's (ER) role as a critical link in SB prevention chain is encouraged. Based on « Interpersonal Theory of Suicide », « impossible situation », and *connectedness* constructs, such interventions could be realized at ER through *m-Health* applications, with the main aim of reinforcing the patient's feeling of *connectedness* to his context. However, these applications have to be used with a critical view, because in no case they can be assimilated to clinical evaluation or human presence and interaction in the therapeutic relation.*

« Quand vous avez le sentiment d'être connecté à quelque chose, ce sentiment vous offre immédiatement une raison de vivre »
(Kabat-Zinn & Hanh, 2009)

LES CONDUITES SUICIDAIRES: IMPORTANCE DU PROBLÈME EN SUISSE

Les conduites suicidaires (CS) se situent tout au long d'un spectre allant de l'idéation suicidaire (IS), en passant par les tentatives de suicide (TS), jusqu'au suicide. Chaque jour en Suisse, selon le rapport de 2016 de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), deux à trois personnes se suicident, soit quatre fois plus de décès que ceux causés par les accidents de la route. Le suicide est la troisième cause de décès parmi les personnes jeunes (15-44 ans) et parmi les personnes d'âge moyen (45-64 ans).¹ Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le taux de suicides en Suisse, après une augmentation constatée dans les années 1970, a régulièrement diminué depuis 1980 (24 décès pour 100 000 habitants début 1980, 19,1 en 2005). Cette baisse s'est toutefois arrêtée en 2010, lorsque ce taux s'est stabilisé autour d'une valeur moyenne de 12,4/100 000 habitants (avec des écarts selon les cantons), restant supérieur à celui de la plupart des pays européens. En 2014, le taux de suicides des hommes était de 19,4/100 000 (progressivement croissant avec l'âge, atteignant 77,6 chez les 85+ ans), trois fois supérieur à celui des femmes, qui est de 6,4/100 000 (sans différence significative selon les tranches d'âge).² Concernant les TS (facteur de risque le plus significativement associé à un suicide), deux études menées ces dernières années dans la région métropolitaine de Berne et le canton de Bâle révèlent des taux moyens de TS entre 106,8 et 164/100 000 habitants, avec les valeurs les plus élevées chez les jeunes (16-34 ans) et les femmes (presque deux fois plus que chez les hommes).^{3,4} Chaque année, environ 10 000 TS requièrent des soins médicaux à l'échelle suisse.⁵ Le nombre de suicides et de TS est cependant très probablement sous-estimé, car ces cas ne sont pas toujours identifiés comme tels.² Une enquête suisse sur la santé menée en 2012, qui a été la première à inclure une question sur l'IS, a démontré qu'environ 1% des personnes interrogées (1,8% parmi les personnes âgées de 15 à 34 ans) ont des pensées suicidaires un jour sur deux, voire tous les jours.⁶

L'impact psychologique et social du suicide et des TS sur les individus, les familles, les communautés, les personnes qui ont fourni toute forme d'assistance est dévastateur et durable, compte tenu également du risque accru de suicide chez les personnes les plus proches du patient.⁷ Sur un plan profondément différent par rapport à la souffrance des individus, le poids économique pour les services de santé – coûts directs et indirects – est significatif. En extrapolant les données d'une

^a Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Struttura Complessa di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Nazionale «SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo», 15121 Alessandria, Italie, ^b Unité d'accueil et d'urgences psychiatriques, Service des urgences, Département de médecine communautaire et de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, ^c Service des urgences, Département de médecine communautaire et de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, ^d Service de psychiatrie de liaison, Département de santé mentale et de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14
alessandra.costanza@ospedale.al.it | julia.ambrosetti@hcuge.ch
karine.wyss@hcuge.ch | guido.bondolfi@hcuge.ch | françois.sarasin@hcuge.ch
riaz.khan@hcuge.ch

étude réalisée dans le canton de Bâle-Ville, les coûts liés aux TS sont estimés à environ CHF 200 millions par an à l'échelle suisse.⁸

LE RÔLE CRUCIAL DES URGENCES

Le rôle des urgences dans l'accueil et la prise en soins clinique des patients suicidaires (avec IS ou ayant commis un TS) est crucial, car elles servent souvent de point de contact urgent, principal ou unique avec le système de santé. Les urgences représentent également un maillon essentiel dans la chaîne de prévention du suicide, car elles sont directement confrontées au phénomène du récidivisme chez les patients qui en sortent et qui présentent, à court et long termes, un risque élevé de CS ultérieures. Jusqu'à 25% des personnes ayant fait une TS et vues aux urgences en font une autre, et 5 à 10% se suicident – beaucoup plus que les échantillons appariés selon l'âge et le genre dans la population générale. Malgré ces données, les urgences sont largement sous-utilisées pour la prévention des CS.⁹

DES MODÈLES NOUVEAUX POUR LA PRÉVENTION: UNE EXIGENCE URGENTE...

Il existe des preuves solides que les CS sont évitables et l'OMS reconnaît la prévention du suicide comme une priorité de santé publique.¹⁰ Les interventions fondées sur des preuves reposent principalement sur des connaissances pointues des facteurs de risque connus. Néanmoins, l'identification de ces derniers ne semble pas suffisante pour améliorer la prévention. Dans un récent numéro du *Lancet Psychiatry* consacré aux CS, il a été souligné qu'il est urgent de: a) comprendre les mécanismes psychologiques impliqués à la fois dans le développement de l'IS et dans la traduction de ces idées en actes suicidaires et b) promouvoir des interventions pragmatiques et innovantes pour les prévenir. Cependant, de tels modèles et de telles interventions sont encore rares.¹¹

La «Théorie Interpersonnelle du Suicide»

Un modèle considérant les composantes psychologiques dans une perspective d'idéation-à-action a été proposé dans la «Théorie Interpersonnelle du Suicide» (ITS) (figure 1) par Joiner et coll.¹² Selon l'ITS, le désir de suicide le plus dangereux est nourri par la présence simultanée de deux dimensions interpersonnelles: l'appartenance frustrée (sentiment de ne pas appartenir à son groupe social) et la lourdeur perçue (perception d'être un fardeau pour les autres). L'appartenance frustrée, en particulier, est composée de deux facettes, qui sont la solitude («Je me sens déconnecté des autres») et l'absence de relations mutuelles bienveillantes («Je n'ai personne vers qui me tourner»; «Je ne supporte pas les autres»). Une composante nécessaire pour agir sur ce désir de suicide est représentée par la capacité suicidaire acquise. Cette dernière découle de l'exposition répétée à des événements douloureux (y inclus la douleur physique) et/ou générateurs d'anxiété, dont le plus important est une TS antérieure. L'ITS a été de plus en plus étudiée ces dernières années (figure 2) et ses dimensions théoriques ont été confirmées dans diverses populations, y compris celle visitant les urgences pour IS ou TS.¹³

FIG 1 Théorie Interpersonnelle du Suicide (ITS)¹²

En accord avec l'ITS, le type le plus dangereux du désir suicidaire provient de la présence simultanée de trois composantes: l'appartenance frustrée, la lourdeur perçue et la capacité de suicide acquise. TS: tentative de suicide.

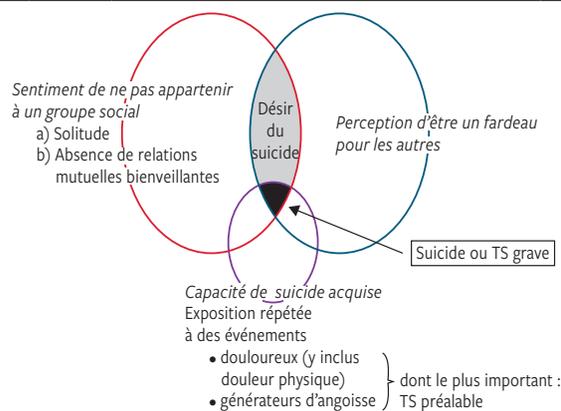
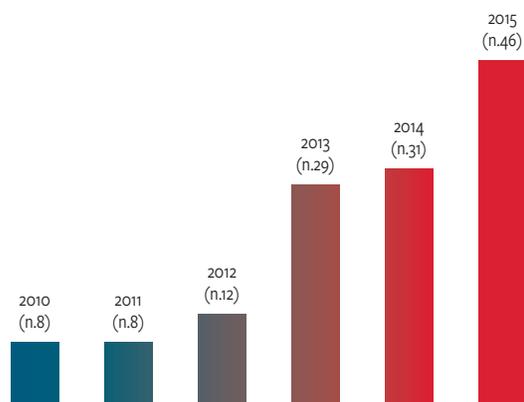


FIG 2 Nombre d'études publiées par an faisant référence à la «Théorie Interpersonnelle du Suicide» (ITS)

Articles originaux publiés en anglais et en français identifiés par une recherche dans Medline (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) de 2010 à 2015, en utilisant les mots clés «Interpersonal Theory of Suicide» dans le titre/résumé.



Une «situation impossible»

La conceptualisation récente par Levi-Belz et coll. de la «situation impossible» peut être intégrée dans l'ITS. Elle propose de distinguer les individus qui se sont suicidés et ceux qui ont commis une TS médicalement grave (MSSA: medically serious suicide attempt) des individus qui ont commis une TS non médicalement grave (MNSSA) non seulement pour un niveau d'intention suicidaire/létalité plus élevé, mais aussi pour des difficultés de communication accentuées par la solitude (qui, par ailleurs, ont été décrites en association avec une létalité plus élevée en cas de douleur morale moyenne/intense). Sur cette base, une situation devient impossible lorsqu'une personne avec douleur morale est incapable de communiquer sa détresse.¹⁴ De ce point de vue, la MSSA – en accord avec un certain nombre de travaux traditionnels précédents – peut être considérée comme un essai de communication et d'interaction extrême et dramatique.

La *connectedness*

Les postulats de l'ITS et de la «situation impossible» sont étroitement liés à ceux de la *connectedness*. Le manque de *connectedness* avec les autres a été diversement défini dans la littérature, mais il désigne généralement une mauvaise intégration dans un réseau et un manque de soutien social (et/ou de réseau et soutien social perçus) aboutissant à un sentiment d'isolement. Le rôle du manque de *connectedness*, comme facteur de risque pertinent pour les CS tout au long de la vie et donc comme cible potentiellement très utile dans des interventions de prévention, a été largement décrit au cours des dernières années. Certains programmes de prise en charge des TS utilisent des stratégies basées sur des contacts réguliers avec les patients après leur sortie des urgences (cartes de crise, cartes postales, appels téléphoniques, SMS, etc.). On a fait valoir que l'efficacité de ces programmes repose sur le fait d'offrir aux individus un sentiment d'appartenance: la perception de faire partie de quelque chose de significatif en dehors d'eux et que des gens se soucient de leur situation et entretiennent des sentiments positifs envers eux.¹⁵

UNE PLACE POUR M-HEALTH DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE AUX URGENCES?

Selon la définition de l'OMS, *m-Health* est «l'utilisation d'appareils de communication mobiles et sans fil pour soutenir les objectifs de santé». *m-Health* est basé sur des paradigmes psychosociaux de santé mentale qui visent l'individu dans son contexte. Dans le domaine de la prévention des CS, *m-Health* – qui fait référence à l'ITS, à la «situation impossible» et à la *connectedness* – semble représenter un domaine prometteur émergent. En effet, *m-Health* inspiré de ces modèles explicatifs peut être utile à la fois pour: a) implémenter une évaluation fine et personnalisée du risque suicidaire du patient dans son contexte et b) constituer une stratégie pragmatique pour maintenir et/ou renforcer son sentiment de *connectedness* à ce contexte, y compris son contexte médical.

Des expériences préliminaires ont suggéré que des applications mobiles peuvent être installées sur les appareils portables des patients (qui se sont rendus aux urgences avec des IS ou ayant commis une TS, et qui ont été jugés comme cliniquement aptes à sortir) lors de leur sortie des urgences. Ces applications peuvent être programmées pour: a) créer des contacts réguliers entre les patients et les urgences, selon les exigences spécifiques du patient, b) déterminer une évaluation détaillée de la dynamique temporelle du risque du patient à travers des algorithmes réalisés à partir d'un journal d'auto-évaluation (en considérant le type d'IS, les facteurs contributeurs/déclencheurs, ainsi que les facteurs protecteurs, le statut émotionnel, la présence et l'intensité de certaines constructions, comme celles liées à l'ITS, les difficultés de communication et la solitude, le sentiment de mauvaise connexion avec les autres, etc.) et c) permettre à l'utilisateur d'établir un plan de sécurité individualisé selon ses actuels besoins et ressources (contacts présélectionnés – via des appels, SMS, WhatsApp – avec les personnes concernées de son réseau, y compris l'accès au numéro disponible 24h/24h des urgences). Le personnel pluridisciplinaire qui caractérise les urgences facilite la faisabilité pratique. Une bonne acceptabilité de la part du patient a également été décrite.

CONCLUSION

En matière de besoins de la prévention des CS, la possibilité d'une approche *m-Health* basée sur l'ITS, la «situation impossible» et la *connectedness*, tente d'être alignée sur certaines questions cruciales énoncées dans des documents officiels, en particulier dans les deux rapports de l'OFSP de 2016 («La prévention du suicide – Contexte, mesures à prendre et plan d'action» et «Avenir de la psychiatrie en Suisse»), et dans la littérature.^{2,11} De plus, l'opportunité de fournir une prévention des CS aux urgences est prise en compte, car celles-ci jouent un rôle essentiel dans ce contexte, mais leurs avantages à cet égard sont sous-utilisés.

Cependant, les interventions de *m-Health* sur les CS soulèvent des considérations délicates. Les dispositifs connectés seront omniprésents et intégrés dans les activités quotidiennes de l'individu: d'une part, ils joueront de plus en plus le rôle de médiateur de nombreuses activités quotidiennes et, d'autre part, pourront être assimilés à une surveillance intrusive permanente. Il sera important d'avoir une approche éthique en ce qui concerne la sécurité et la confidentialité des données de l'individu ainsi qu'une approche attentive aux changements psychosociaux que de telles interventions peuvent générer. Il y a aussi un paradoxe: ces dispositifs, qui peuvent être considérés à certains égards comme véhiculant un éloignement progressif de la communication et de l'interaction «réelles» avec d'autres individus, sont proposés là avec l'objectif de faciliter ces dernières. Pour cette raison, ils devront être perçus par les patients et les soignants comme rien d'autre que des outils, qui ne pourront en aucun cas se substituer à l'évaluation clinique et à la présence humaine dans la relation thérapeutique.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les conduites suicidaires (CS) constituent une problématique clinique extrêmement pertinente en Suisse
- Le rôle des urgences dans la prise en charge des patients avec CS et dans la prévention de leurs récurrences est crucial; toutefois elles sont à présent fort sous-utilisées pour ce deuxième but
- La «Théorie Interpersonnelle du Suicide», la «situation impossible» et la *connectedness* peuvent être intégrées dans la conceptualisation et la réalisation d'applications *m-Health*, installables sur les dispositifs mobiles du patient au moment de sa sortie des urgences
- La translation de ces modèles explicatifs dans ces applications pourrait à la fois: a) implémenter une évaluation fine et personnalisée du risque suicidaire du patient dans son contexte et b) constituer une stratégie pragmatique pour maintenir et/ou renforcer son sentiment de *connectedness* à ce contexte, y compris son contexte médical
- Un regard critique et attentif doit toutefois être maintenu vis-à-vis de l'utilisation et de la représentation de ces approches, qui ne doivent rester que des outils ne constituant, en aucun cas, une alternative ni à l'évaluation clinique ni à l'interaction humaine dans la relation thérapeutique

- 1 ** Schuler D, Tuch A, Buscher N, et al. La santé psychique en Suisse. *Monitoring* 2016. Obsan Rapport 72. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2016;53-6.
- 2 OFS, Mortalité, causes de décès. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2016; www.statistique.ch. OFSP. Suicide et tentative de suicide – Faits et chiffres. La prévention du suicide – Contexte, mesures à prendre et plan d'action. *Avenir de la psychiatrie en Suisse*. Bern: Office fédéral de la santé publique, 2016; www.ofsp.admin.ch
- 3 Steffen T, Maillart A, Michel K, et al. Abschlussbericht: Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010. Bern: BAG, 2011.
- 4 Muheim F, Eichhorn M, Berger P, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly* 2013;143:1-15.
- 5 BAG. Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Sektion Gesundheit und Forschung, 2015.
- 6 Storni M, Kaeser M, Lieberherr R. Enquête suisse sur la santé 2012. *Vue d'ensemble*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2013.
- 7 Andriessen K, Kryszynska K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:24-32.
- 8 Czernin S, Vogel M, Flückiger M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly* 2012;142:1-10.
- 9 ** Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis* 2010;31:1-6.
- 10 WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.
- 11 O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry* 2014;1:73-85.
- 12 * Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press, 2005.
- 13 Baertschi M, Costanza A, Richard-Le-pouriel H, et al. The interpersonal psychological theory of suicide applied to a community-dwelling Swiss population visiting a psychiatric emergency department for a non-lethal suicidal event. *J Affect Disorder* 2017;210:323-31.
- 14 * Levi Y, Horesh N, Fischel T, et al. Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: An "impossible situation". *J Affect Disorder* 2008;111:244-50.
- 15 * Daniel SS, Goldston DB. Hopelessness and lack of connectedness to others as risk factors for suicidal behavior across the lifespan. *Cogn Behav Pract* 2012;19:288-300.

* à lire
** à lire absolument