

Mise au point

Intoxication médicamenteuse grave en réanimation, prise en charge psychiatrique

Serious medicinal self-poisoning in intensive care, psychiatric management

J.-P. Metton

EPS Erasme, 143, avenue A.-Guillebaud, 92160 Antony, France

Disponible sur internet le 04 août 2006

Résumé

Démarche pratique du psychiatre de liaison en service de réanimation pour des patients auteurs d'une intoxication médicamenteuse sévère. Cette rencontre peut être déterminante pour la prise en charge ultérieure. Le psychiatre organise avec le réanimateur la conduite à tenir, en appréciant l'état clinique, les facteurs de risque de suicide, le degré d'intentionnalité et le risque de récurrence à court terme. Il contacte l'entourage et les référents médicaux. L'orientation nécessite une bonne connaissance du réseau de soins existant. Une analyse des caractéristiques de ces tentatives de suicide graves souligne le manque d'études sur le sujet.

© 2006 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Practical process of a psychiatrist in intensive care unit for patient who did serious medical self-poisoning. Meeting them could be determinant for the ulterior care. The psychiatrist organizes with the intensive care physician the management, appreciating the clinical conditions, the risk factors of suicide, the intentional degree and the risk of short-dated recurrence. He contacts the entourage and the usual doctors. The guidance requires a good acquaintance with the local psychiatric care network. The characteristics of serious suicide attempts need more studies.

© 2006 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Gravité, ; Tentative de suicide ; Psychiatrie de liaison ; Réanimation ; Facteurs de risques de suicide ; Intentionnalité suicidaire

Keywords: Gravity; Suicide attempt; Consultation-liaison psychiatrist; Intensive care; Risk factors of suicide attempts; Suicide intent

1. Introduction

En réanimation, le psychiatre est essentiellement concerné par les auteurs d'*intoxication médicamenteuse volontaire* sévère, le plus souvent dans un but suicidaire avéré. Il s'agit parfois pour le patient de la première rencontre avec un psychiatre. Celle-ci peut s'avérer déterminante pour l'avenir de la prise en charge.

2. Psychiatrie de liaison en service de réanimation

2.1. Une évaluation psychiatrique doit être proposée

L'acte peut être revendiqué, dénié ou minimisé. Il traduit toujours une souffrance psychique aiguë. Une évaluation psychiatrique devrait pouvoir être proposée à tout auteur d'une intoxication médicamenteuse volontaire, ce d'autant plus qu'il est admis en réanimation, ce qui est un des critères de gravité d'un geste suicidaire. L'admission en réanimation répond à une situation d'urgence. Cela justifie toute mesure prise, éventuellement contre l'avis du patient, pour permettre les soins indispensables. Cela doit être régularisé rapidement (la circulaire

Adresse e-mail : jean-paul.metton@eps-erasme.fr (J.-P. Metton).

Veil fait mention de quelques heures) [1]. Ainsi, une demande de sortie contre avis médical peut être refusée dans l'attente d'un avis psychiatrique.

La mission demandée au psychiatre par les réanimateurs comporte :

- l'évaluation diagnostique ;
- l'évaluation du risque de récurrence ;
- la conduite à tenir dans un délai très court (parfois quelques heures) ;
- le début de la prise en charge spécifique dès le séjour en réanimation.

La réponse doit être à la hauteur du risque pris par le patient, et prend une certaine valeur médicolegale. Le praticien du service garde évidemment l'autorité concernant la sortie du patient. Le recours permanent aux psychiatres n'est pas toujours facile. On sait les carences en psychiatrie de liaison, en particulier, liées à la démographie médicale préoccupante dans la spécialité. Si les établissements disposant de SAU peuvent contacter le psychiatre des urgences (décrets sur les SAU de mai 95 et de mai 97), ce n'est pas le cas pour tous. Le service de réanimation doit s'assurer de liens solides avec un lieu de consultation psychiatrique éventuellement en externe.

2.2. Conditions de l'évaluation psychiatrique

Le patient doit être en état de parler. On dispose, au mieux, d'un minimum d'informations sur les circonstances du geste. L'entourage, s'il existe, est identifié, de même les correspondants médicaux. L'entretien peut être réalisé avec un minimum de confidentialité.

Au réveil du patient, dans ce contexte émotionnel riche, le premier contact médiateur est important [2] ; c'est souvent l'occasion de recueillir des propos significatifs. Ainsi, un temps d'échange entre le psychiatre et l'équipe de réanimation est-il précieux avant de voir le patient. Il permet de rassembler toutes les informations obtenues.

Souvent il y a un certain *écart entre l'attente des réanimateurs et la réponse du psychiatre*, en effet :

- davantage de temps peut être demandé par le psychiatre pour évaluer la dynamique de la crise suicidaire ou établir des contacts avec les référents connus du patient ;
- l'appréciation clinique du moment de l'examen peut être différente des troubles de la vigilance résiduels rendant aléatoire une évaluation psychiatrique sérieuse ;
- l'équipement hospitalier souhaité pour la prise en charge peut manquer (absence de lits post-réanimation, absence de lits de courte durée de psychiatrie).

Des échanges réguliers entre psychiatres et réanimateurs doivent atténuer ces difficultés.

2.3. Données surajoutées dues au contexte du service de réanimation

Les soignants du service de réanimation ont parfois des contre-attitudes excessives (éviter, surinvestissement paradoxal, voire un certain rejet), cela traduisant leur difficulté dans la prise en charge des patients « suicidants », patients atypiques dans le service. Cela risque d'ailleurs d'être favorisé par les données administratives actuelles (T2A), les patients ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire répondent, en effet, assez peu aux impératifs d'actes traceurs dans un service hautement spécialisé (faible pourcentage de patients ayant nécessité une ventilation artificielle, par exemple). Allant un peu dans ce sens, plusieurs études vont vers la restriction de l'accueil en réanimation des tentatives de suicide en cherchant à mieux cerner les critères d'admission (score de BRETT, SPASS, ...). Le risque est d'écarter certains patients susceptibles d'aggravation ultérieure en unité de surveillance d'urgence [3,4]. Le sens autodestructeur de l'acte du patient, voire les réactions fréquentes d'ingratitude au réveil mettent à l'épreuve l'engagement des professionnels de la réanimation. Les conséquences du geste ont tendance à être survalorisées en court-circuitant la dimension suicidaire [2]. Il y a bien un paradoxe imposé par le patient : il s'agit de réanimer un patient qui veut en finir. C'est dire l'importance d'une évaluation psychiatrique, pour le patient bien sûr, mais aussi en retour pour l'équipe, permettant de réaffirmer la nécessité des soins. Des données surajoutées inhérentes à l'environnement particulier du service de réanimation peuvent rendre plus complexe l'évaluation psychiatrique [5] (anxiété secondaire du patient, ou agitation secondaire). De même un syndrome de sevrage peut se manifester au réveil et compliquer le tableau. Un traitement anxiolytique modéré peut être utile. L'accompagnement par un psychologue ou par un infirmier ayant une compétence en psychiatrie peut aider au bon déroulement des soins dans l'attente d'une évaluation psychiatrique ou pendant la durée des soins dans le service.

2.4. La prise en charge psychiatrique commence en réanimation

L'entretien psychiatrique gagne à être préparé. Il n'est pas toujours facilement accepté par le patient ; l'image encore défavorable de la psychiatrie dans le public renvoie en effet à celle péjorative de la maladie mentale et à celle punitive de l'internement. La qualité de cet entretien peut être déterminante pour l'avenir de la prise en charge [6] :

- celui-ci recherche avant tout l'existence d'un *trouble psychiatrique manifeste* ;
- on évaluera *les facteurs de risque de suicide et le degré d'intentionnalité suicidaire* ;
- cette approche clinique donne des indications sur l'existence d'un *risque de récurrence à court terme*.

L'enquête anamnétique nécessite un contact avec l'entourage si possible et avec les référents médicaux. Parallèlement à cette démarche, l'entretien a déjà une visée thérapeutique partielle. Succédant à une phase des soins centrée sur un abord somatique, il aide à mettre en mots le sens du geste et l'ambivalence qui le soutient. On va tenter d'obtenir de la part du patient, le passage d'une position désespérée vers l'objectivation d'une situation de crise révélée par son acte. Cette crise a son histoire, ses raisons, ses acteurs et porte aussi en elle un aspect mobilisateur qu'on peut essayer de repérer et de soutenir. Si le patient n'est pas dans un grand isolement social, il est essentiel d'obtenir des contacts avec l'entourage. Dans de nombreux cas, l'entrée en scène de ce dernier permet de dépasser l'étape de renoncement et d'impasse dans laquelle se situait le patient et d'ouvrir la piste des soins, acceptés ou imposés.

Si le patient souhaite voir l'entourage, il abandonne ainsi l'auto-enfermement prélude à son geste. Les visites, sauf exception (idées délirantes persécutives centrées sur l'entourage), doivent être favorisées et se dérouler sous la vigilance du service.

Plusieurs entretiens psychiatriques sont parfois nécessaires pour bien cerner une situation et permettre un certain accompagnement. À terme, *une conduite à tenir* discutée avec le réanimateur doit être établie.

Schématiquement :

- *il existe des troubles psychiatriques manifestes et les conditions d'une récurrence sont prévisibles*, on met en place une hospitalisation spécialisée en service de psychiatrie en organisant une surveillance sur place le temps du transfert (sédation appropriée compte tenu du geste, contention si nécessaire, surveillance soignante, fenêtres sécurisées). En cas d'absence d'accord de la part du patient, on peut avoir recours à *la loi du 27 juin 1990 sur les hospitalisations sous contrainte*. Celles-ci s'appliquent dans les établissements psychiatriques de secteur et devraient bientôt être révisées, notamment pour répondre à la question soulevée par l'absence de tiers, et comprennent ;
 - *l'hospitalisation à la demande d'un tiers* : en cas de refus du patient et de nécessité de soins psychiatriques immédiats : deux certificats médicaux spécifiques concordants (dont en pratique, un du réanimateur) et une demande d'admission de l'entourage (à défaut, l'assistante sociale, l'administrateur de garde peuvent être sollicités mais peuvent refuser).
 - *l'hospitalisation d'office*, plus exceptionnelle : si risque de trouble grave pour l'ordre public ou la sûreté des personnes (dont celle du patient lui-même) et nécessité de soins. Un seul certificat spécifique (celui du psychiatre ou du réanimateur), adressé au maire ou au préfet.
- *Il existe des troubles psychiatriques mais rien n'affirme un risque de récurrence rapproché* ;
 - *si l'entourage existe*, une sortie est possible après s'être assuré d'un relais correct des soins en ambulatoire ;
 - *s'il n'existe pas d'entourage*, on aura tendance à proposer une hospitalisation brève en service spécialisé.

2.5. Organisation du suivi ambulatoire

Le psychiatre doit prendre le temps de mettre en place un suivi ambulatoire cohérent. Si le suivi souhaité est le plus souvent spécialisé, la coordination avec le médecin généraliste est essentielle, celui-ci peut valider et relayer efficacement une orientation avec le patient et sa famille. La sortie est décidée de préférence après qu'un rendez-vous ait été fixé et cela dans des délais courts. Si les délais sont plus longs, une consultation de post-urgence avec le psychiatre qui a réalisé l'entretien d'évaluation ou le médecin généraliste est souhaitable. Le psychiatre doit bien connaître le réseau de suivi local et notamment les *centres médicaux psychologiques des secteurs psychiatriques*. Il est préconisé que les intervenants de psychiatrie de liaison soient étroitement associés aux dispositifs de consultation, voire d'hospitalisation, proposés en relais [7]. En accord avec le réanimateur et compte tenu des effets résiduels de l'intoxication, un traitement d'attente pourra être établi à la sortie. Il doit être de courte durée et en général réduit par rapport au traitement initial du patient. Il reviendra au psychiatre traitant de rétablir le traitement adapté dans la durée. Sa délivrance au long court peut s'accompagner de mesures de précaution.

3. Données épidémiologiques

Rappelons quelques données générales :

- en France, au moins 12 000 personnes se suicident chaque année [8,9]. Le taux est de l'ordre de 21 à 23 décès pour 100 000 habitants ;
- c'est la deuxième cause de mortalité chez les 24–25 ans, après les accidents de la route, et la première chez les 25–30 ans. Cela ne doit pas écarter que ce sont les personnes âgées qui se suicident le plus. Les hommes trois fois plus que les femmes ;
- parmi les moyens utilisés, l'intoxication médicamenteuse n'arrive qu'en troisième position après la pendaison et l'usage d'arme à feu ou d'arme blanche ;
- *Les tentatives de suicide*, dix fois plus nombreuses, sont estimées de 120 à 150 000 par an. À l'inverse des suicides avérés, les femmes sont les plus représentées, soit deux femmes sur trois tentatives de suicide. Les taux les plus élevés se voient chez les jeunes (15–35 ans). En revanche, chez les personnes âgées, le taux de tentatives de suicide est faible rapporté à celui des suicides aboutis.
- l'intoxication médicamenteuse devient alors le moyen choisi en priorité ;
- la prévention du suicide représente une orientation majeure en santé publique. Le récent plan de santé mentale en fait un de ses axes prioritaires [10] ;
- *les facteurs de risque de suicide* sont dominés par l'existence de troubles mentaux ;
- concernant les suicides avérés, la majorité des autopsies psychologiques évoque un pourcentage très élevé de 90 % de *troubles mentaux*. [11,12]. Parmi ceux-ci ;

- troubles de l'humeur [13] dont trouble bipolaire, état dépressif caractérisé [14] ;
- troubles anxieux (trouble panique) ;
- troubles psychotiques aigus ou chroniques : notamment schizophrénie (à noter : 10 à 13 % de décès par suicide chez les schizophrènes et 18 à 55 % de tentative de suicide [14]) ;
- troubles de la personnalité avec une aptitude à l'impulsivité (psychopathie, personnalité borderline) ;
- conduites addictives : alcoolisme, toxicomanie, souvent en comorbidité avec des troubles de l'humeur ;
- états psycho-organiques démentiels ou confusionnels [14] ;

À cela se rajoutent des *facteurs non spécifiques* :

- sexe masculin ;
- isolement social ;
- antécédent personnel de tentatives de suicide [13] ;
- existence d'une pathologie somatique grave ou chronique ;
- rupture affective récente ;
- dégradation des relations familiales (adolescents) ;
- difficultés professionnelles ;
- antécédents familiaux de suicide ;
- sortie récente d'une hospitalisation, notamment en psychiatrie ;
- survenue d'un événement grave modifiant profondément la vie du sujet.

L'association de plusieurs facteurs augmente nettement le risque de suicide [9]. Le caractère polyfactoriel de la crise suicidaire est la plupart du temps constaté. Des facteurs précipitants en partie externes (deuil, séparation,...) viennent déstabiliser un sujet déjà fragilisé (trouble de la personnalité ou de l'humeur,...), cela faisant écho à une histoire personnelle souvent lourde de traumatismes, d'abandon, de carence affective. La situation d'ensemble est difficile à décrypter et les déterminismes restent souvent inaccessibles à la personne [7].

4. Prédicativité des récidives

Les conclusions sont décevantes. Au moins pour la prédicativité des récidives à moyen et long terme. La plupart des études montrent qu'il est impossible de prédire l'éventualité d'un suicide, même dans un groupe de patients à haut risque [12–15, 16]. Pour ce qui est de l'évaluation à court terme, *l'échelle de désespoir de Beck* a montré son intérêt. Pour l'évaluation du *risque suicidaire à court terme dans les états dépressifs majeurs*, une grille peut être ainsi résumée (« guidelines » pour le traitement des états dépressifs majeurs) [17] :

- présence d'idées, ou d'intentions, ou de projets suicidaires ou homicides ;
- disponibilité de moyens pour se suicider et dangerosité de ces moyens ;
- présence de symptômes psychotiques, ordres hallucinatoires, ou anxiété sévère ;

- abus d'alcool ou de drogue ;
- antécédent de tentatives de suicide et leur gravité ;
- histoire familiale de suicide, ou exemple récent de suicide dans l'entourage.

Il faut rajouter l'appréciation de *l'intentionnalité suicidaire* :

- préméditation, existence d'un plan suicidaire ;
- communication du projet suicidaire à des proches, oralement ou par écrit ;
- dispositions prises concernant les biens ;
- accès à des moyens létaux (arme à feu, achat de corde, médicament dangereux) ;
- scénario suicidaire avec dissimulation.

5. Caractères spécifiques des patients hospitalisés en réanimation pour intoxication médicamenteuse

Les études concernant les patients admis dans ce contexte en service de réanimation sont curieusement rares alors que celles-ci seraient relativement aisées. Leur distinction comparativement à l'ensemble des tentatives de suicide qui se présentent sur un établissement est rarement établie. Leur nombre paraît très variable suivant le recrutement des services : la moyenne se situe autour de 15 % des patients hospitalisés en réanimation [4–18]. Le passage à l'acte des patients admis en réanimation est considéré comme une tentative de suicide grave au même titre que celui qui s'accompagne de séquelles. Une étude [19] conclut logiquement que le risque de suicide avéré est significativement plus élevé pour des patients ayant fait des TS graves que pour ceux ayant fait des gestes moins sévères. Le geste grave étant défini sur le plan médical et psychiatrique par désir de mort et préméditation. La corrélation avec des troubles psychiatriques bien que fréquente, n'est pas toujours retrouvée, on évoque aussi des troubles subliminaux [20].

Une étude [2] compare des patients admis en médecine après une intoxication médicamenteuse volontaire avec ceux admis en réanimation. Elle met en évidence quelques caractères particuliers pour les patients admis en réanimation :

- variables associées au caractère de gravité ;
 - isolement social ;
 - antécédents fréquents de chirurgie lourde ;
 - patients sans enfants.
- Variables associées au caractère de récidive ;
 - éthyliisme chronique ;
 - antécédents psychiatriques personnels ;
 - suivi psychiatrique antérieur ;
 - alcoolisation au cours de la tentative d'autolyse.

De même, une étude menée à Manchester [21] sur des tentatives de suicide « presque fatales » retrouve :

- variables associées à la gravité du geste ;
 - détresse sociale ;
 - pathologie psychiatrique sévère ;

- antécédents de TS ;
- intention suicidaire.
- Variables associées à l'admission en réanimation ;
 - sexe masculin ;
 - célibataire ;
 - désir de mort ;
 - antécédents de TS.

6. Produits utilisés

Là encore très peu d'études sont réellement centrées sur le sujet de la part de psychiatres. Les données ne sont pas centralisées. On relève la fréquence des poly-intoxications et à un degré nettement moindre, l'association à l'alcool [18]. Il existe une évolution qui suit les habitudes de prescription et l'utilisation des médicaments les plus récents. Ainsi, pour les psychotropes, les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramine) sont-ils moins utilisés que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et l'utilisation des antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone, clozapine, voire amisulpride) devient-elle de plus en plus fréquente. Pour ces derniers, leur place dans la classification des neuroleptiques n'est pas toujours clairement établie. De même, les thymorégulateurs évoluent, avec un recours plus fréquent à l'acide valproïque et une utilisation du lithium plus réduite.

On observe une nette différence selon l'âge dans le choix du produit :

- chez les adolescents, il y a souvent une prise de médicaments non psychotropes (fréquence des intoxications au paracétamol potentiellement graves) ;
- les personnes âgées ont plus facilement à leur disposition des cardiotropes : anti-hypertenseurs, digitaliques, antiarythmiques, bêtabloquants [22].

Parmi les produits utilisés, les psychotropes dominent largement :

- surtout les benzodiazépines (80 % des cas), anxiolytiques ou hypnotiques, seules ou en association ;
- suivent les antidépresseurs, surtout IRS. Classiquement, l'intoxication aux tricycliques et en particulier à l'amitriptyline comporte les risques les plus graves ;
- les prises de neuroleptiques (surtout phénothiazines) peuvent se rajouter à un neuroleptique à action prolongée dont l'injection a été faite dans les jours précédents ;
- les thymorégulateurs, surtout l'acide valproïque ; les intoxications au lithium sont plus rares ;
- les carbamates (méprobamate) peuvent être source de complications graves et devraient être prescrits en tenant d'avantage compte du risque ;
- enfin classiquement les barbituriques sont utilisés mais semblent en diminution.

Parmi les produits non psychotropes, plus rarement utilisés, citons : surtout les antalgiques (paracétamol, acide acétylsali-

cylique), les inhibiteurs calciques, source d'intoxications aux conséquences redoutables, les digitaliques, l'insuline et les antipaludéens de synthèse.

En dehors des cas où le geste suicidaire est minutieusement préparé de longue date, le passage à l'acte est souvent impulsif et est donc facilité par l'existence de moyens létaux facilement disponibles. Ainsi, le conditionnement des produits a-t-il son importance, de même la durée de prescription.

7. Intoxication aux produits illicites

Ce sujet ne sera qu'évoqué. En effet, le psychiatre est exceptionnellement appelé à rencontrer en réanimation un patient auteur d'une « overdose ». L'efficacité des antidotes, spectaculaire avec l'héroïne, entraîne une restauration rapide de l'état initial dans les cas favorables. Le problème est surtout celui des nouveaux produits. L'utilisation des produits de substitution, largement répandus en dehors de toute prescription, n'est pas rare. L'intoxication revêt souvent un caractère accidentel. L'aspect suicidaire du geste est rarement présent ou fortement dénié. Il prend parfois l'aspect d'une expérience ordalique. À noter que le taux de suicide chez les héroïnomanes est 14 fois plus élevé que dans la population générale du fait de la fréquence des facteurs de risque de suicide dont la comorbidité psychiatrique [23]. La rencontre avec un psychiatre est fréquemment refusée par le patient. Une « overdose » entraîne rarement une demande de soin dans les suites immédiates, à moins d'une mobilisation de l'entourage. En revanche, c'est toujours un repère important dans le parcours d'un sujet toxicomane sur lequel il pourra s'appuyer plus tard. Soulignons l'intérêt d'une rencontre avec un soignant d'une équipe de prise en charge des patients toxicomanes, si elle existe dans l'établissement (ECIMUD). Sinon des liens peuvent être établis avec le centre spécialisé de référence.

Références

- [1] Circulaire Veil. circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 Juillet 1993. Accessible par l'URL : <http://www.ch-charcot56.fr/textes/c190793.htm>.
- [2] Vidal A, Cremades S, Ossart M, Loas G. Étude des caractéristiques des tentatives de suicide graves : comparaison avec les autres tentatives de suicide. *Ann Med Psychol (Paris)* 2001;159:128–30.
- [3] Augris P. Évaluation des critères d'admission pour intoxication médicamenteuse volontaire. Analyse de 220 dossiers de réanimation polyvalente. Thèse médecine, Amiens 1998.
- [4] Muhr S. Facteurs prédictifs à l'admission aux urgences de l'hospitalisation/ transfert en réanimation des intoxications médicamenteuses volontaires. Thèse médecine, Paris 7 Bichat 2000.
- [5] Ampelas JF, Pochard F, Consoli SM. Les troubles psychiatriques en service de réanimation. *L'encéphale (Paris)* 2002;28:191–9.
- [6] Braconnier A. Suivi, après la crise suicidaire, à moyen et long terme. In : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19, 20 Oct 2000, Paris. John Libbey Eurotext éditeur, Fédération française de psychiatrie (FFP), 2001 : 325-8. Accessible par l'URL : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/braconnier.html>.
- [7] Pommereau X. Faut-il un suivi à court terme? in : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19, 20 oct 2000, Paris. John Libbey Eurotext éditeur, FFP, 2001 :315-324. Accessible par l'URL : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/pommereau.html>.

- [8] Bourgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Epidémiologie du suicide. EMC - Psychiatrie 1997; 37: 37-397-A-10.
- [9] Dumel F. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale? in : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19, 20 Oct 2000, Paris. John Libbey Eurotext, éditeur, FFP, 2001 : 185-196. Accessible par l'URL : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/dumel.html>.
- [10] Psychiatrie et Santé Mentale. Plan 2005-2008. Accessible par l'URL : http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/33_050204pdb.htm.
- [11] Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Bonnin JM, Gonzales B, Castello MF. Facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. Encéphale 2000;26:1–7.
- [12] Hardy P. La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Références en psychiatrie. Paris: Doin Ed; 1997.
- [13] Batt A. Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur. in : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19, 20 Oct 2000, Paris. John Libbey Eurotext éditeur, FFP, 2001 : 45-65. Accessible par l'URL : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/batt.html>.
- [14] Vanelle JM. Crise suicidaire et pathologie mentale. in : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19, 20 Oct 2000, Paris. John Libbey Eurotext éditeur, FFP, 2001:77-81. Accessible par l'URL : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/vanelle.html>.
- [15] Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry 1983;40:249–57.
- [16] Goldstein RB, Black D, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1991;48:418–22.
- [17] Karasu TB, Gelenberg A, Merriam A, Wang Ph, APA, Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, American Psychiatric Press, Inc. 2000 : Accessible par URL : http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/MDD2e_05-15-06.pdf.
- [18] Marcucci JM. Tentatives de suicide chez la personne âgée. Etude prospective dans les services d'urgence et de réanimation du CHU de Nice. Thèse médecine. Nice.1996.
- [19] Rosen DH. The serious suicide attempt. Five year follow-up study of 886 patients. JAMA 1976;235:2105–9.
- [20] Lecrubier Y. Risk factors for suicide attempts: epidemiological evidence. Eur Neuropharmacol 1998;8:114.
- [21] Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. J Affect Disord 2004;79:263–8.
- [22] Mahe M. Intoxications médicamenteuses volontaires par drogues psychotropes chez les sujets âgés de 60 ans et plus hospitalisés en réanimation toxicologique de l'hôpital Fernand Widal durant l'année 1991. Thèse médecine Paris VII, Lariboisière Saint-Louis 1992.
- [23] Llorca PM, Chéreau I, Brousse G, Schawn R. Troubles psychiatriques d'origine toxique ou alimentaire. EMC – Psychiatrie 2004; 1: 188-200.