Le médecin d'unité isolé face à la crise suicidaire

P. Lafrogne[a], P. Clervoy[b/c]

a Force d'action navale – 83800 Toulon Armées.
b Service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.
c École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Pour un médecin d'unité isolé en opération, la crise suicidaire est une urgence médicale qui impose une action immédiate, qui peut se prolonger sur plusieurs jours et qui implique un ensemble d'acteurs :
– sur place : l'équipe médicale, le commandement, l'encadrement et les amis du patient ;
– en métropole : le spécialiste de psychiatrie, l'assistance sociale et la famille.

Mots-clés : Crise suicidaire. Pratique médicale isolée.

Abstract

DOCTORS OF ISOLATED MILITARY UNITS AND SUICIDAL CRISES.

For the practitioners of isolated military operations, suicidal crises constitute emergency situations that require immediate interventions, which may last a few days and involve the local medical teams, the military leaders and managerial staff, in connection with psychiatrists, social workers and family members in Metropolitan France.

Keywords: Isolated medical practice. Suicidal crisis.

Après plusieurs années d'expérience de médecin-major d'unité embarquée, il n'y a pas eu une mission au cours de laquelle la crise suicidaire n'a pas été redoutée ou vécue. Un de mes commandants me demandait : « que peut-on faire face au risque suicidaire ? ».

Tentative de pendaison à bord

La crise la plus sévère fut en mer lors d'une mission opérationnelle de longue durée. L'intéressé s'est présenté spontanément à la consultation du bord en déclarant : « Je viens de me dépendre pour la deuxième fois. » Il s'agissait d'un sous-officier ancien au caractère plutôt rigide, un cadre de haut niveau avec une solide expérience professionnelle. Il racontait qu'il s'était enfermé dans une des soutes du bâtiment en activant un dispositif de verrouillage de la porte qui rendait impossible toute intervention de secours de l'extérieur. Il avait choisi un collecteur (tuyau d'évacuation) dont il avait préalablement éprouvé la résistance. Il était monté sur une chaise puis avait passé la tête dans le nœud coulant qu'il avait préparé. Mais il voulait mourir avec, comme dernière pensée, le prénom de sa fille. Au tout dernier moment, ce prénom lui échappa. C'est cela qui l'arrêta la première fois. Il revint plus tard au même endroit en amenant avec lui la photo de sa fille. Il refit une tentative de pendaison. Son geste fut une deuxième fois interrompu : il ne se souvint toujours pas du prénom de sa fille malgré la photo placée à ses côtés.

Une prise en charge improvisée mais contrôlée

Dès le début de la prise en charge, un contact par télémédecine – une liaison téléphone par satellite – fut instauré avec le spécialiste de psychiatrie de l'hôpital de rattachement. Cette liaison fut renouvelée tous les deux/trois jours pour superviser l'action médicale entreprise à bord.

L'objectif médical immédiat était double : assurer la sédation des troubles psychiques ayant conduit le marin à la crise, et, par tous les moyens matériels et humains, diminuer le risque suicidaire à bord, notamment en desserrant l'étau de la vie embarquée ressenti par le patient.

La contrainte était d'assurer ces objectifs médicaux dans les conditions d'environnement imposées par la mission opérationnelle : l'éloignement géographique et l'isolement logistique rendaient impossible toute évacuation sanitaire immédiate. Dans ces conditions, il était impératif d'évaluer régulièrement la situation afin

P. LAFROGNE, médecin en chef, praticien certifié. P. CLERVOY, médecin chef des services, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : P. CLERVOY, Service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.
E-mail : patrick.clervoy@wanadoo.fr

d'anticiper toute dégradation, qui aurait imposé au bâtiment un déroutement pour préparer une évacuation, soit héliportée, soit à l'occasion d'une escale, soit par un transfert à la mer vers un autre bâtiment.

À bord, une sédation a été assurée par benzodiazépine. Le patient étant calme, avec une dimension impulsive peu élevée, il a pu être gardé à bord sous une surveillance permanente, 24h/24, par un personnel de l'infirmerie. Si la situation s'était dégradée, un protocole de sédation par antipsychotique avait été préparé.

Au fil des jours, le patient a été invité à partager les tâches élémentaires de service courant du service médical, ce qui a contribué à diminuer chez lui le ressenti de la contrainte de son hospitalisation et de la vie embarquée en fixant à nouveau son attention. Ce protocole a pu être ainsi maintenu pendant les trois semaines qui ont séparé la crise suicidaire de l'escale programmée du bateau, au cours de laquelle l'évacuation sanitaire du militaire a été organisée normalement.

Un des points limitant de cette prise en charge a été la fatigue du personnel du service médical face à cette crise suicidaire aiguë et la tension qu'elle a engendrée. Ce type de prise en charge mobilise l'ensemble de l'équipe médicale au profit d'un seul patient alors que la mission opérationnelle exige déjà, par son intensité et sa durée, une concentration de tous et de chaque instant.

L'action d'information et de formation des personnels mobilisés

Cette action s'appuie sur la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie (1). La crise suicidaire désigne toute crise psychique dont le risque suicidaire est majeur. C'est un temps réversible, un moment au cours duquel une personne ressent une impasse existentielle. Le plus souvent cette impasse est la conséquence d'une rupture de ce qui faisait son équilibre dans sa vie relationnelle et affective. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

D'une manière générale, il faut aider les personnels à dépasser deux idées reçues (2). La première serait de croire que les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication sur leur intention à leur entourage avant de le faire et que celles qui en parlent ne le font pas. En fait huit fois sur dix, les personnes parlent de leurs intentions suicidaires avant de passer à l'acte. Toute verbalisation d'une idée suicidaire doit faire l'objet d'une évaluation approfondie. La seconde idée reçue est la crainte que parler du suicide peut inciter quelqu'un à passer à l'acte. C'est l'inverse. Parler des pensées suicidaires à une personne en crise, c'est ouvrir la porte à un dialogue et lui permettre de s'extraire d'une situation vécue comme une impasse. Toutes les pensées qui peuvent être verbalisées, travaillées avec des mots, sont autant de peines soustraites à la charge anxieuse de la situation.

Un travail permanent d'évaluation du potentiel suicidaire (3)

Pour l'équipe médicale l'évaluation du risque suicidaire consiste à faire l'inventaire des facteurs prédisposant au passage à l'acte. Les antécédents suicidaires doivent être recherchés, antécédents personnels surtout mais aussi familiaux. Quarante pour cent des suicidants récidivent dans l'année qui suit le premier épisode et 10 % décèdent dans les dix ans qui suivent. L'interrogatoire du patient recherche la coexistence d'une pathologie psychiatrique évolutive : un trouble anxieux, des antécédents d'attaques de panique, et surtout un trouble dépressif. Un état dépressif majeur est retrouvé dans 70 % des suicides. Il faut évaluer les addictions associées, notamment la consommation impulsive ou excessive d'alcool. Une dépendance à l'alcool multiplie par 20 le risque suicidaire. Les traits de personnalité doivent être évalués : le risque suicidaire est plus élevé chez une personnalité ayant des traits d'impulsivité, d'intolérance à la frustration, d'incapacité à différer de quelques heures à quelques jours la satisfaction impérative de leur pulsion.

L'évaluation de l'urgence vise à apprécier l'imminence du passage à l'acte. Chaque membre de l'équipe de soin est amené à surveiller régulièrement une possible inflation des symptômes avec une souffrance morale qui s'amplifie d'heure en heure. Il convient de savoir rechercher un état d'achèvement des préparatifs, des lettres laissées à l'entourage, du repérage du lieu et des moyens de passer à l'acte. Chacun doit pouvoir surveiller la survenue d'un événement précipitant : une situation de perte, une situation d'abandon, un conflit qui agirait comme un événement « gâchette » susceptible de précipiter le passage à l'acte.

L'évaluation de la dangerosité est celle de la potentialité létale de la menace. Il faut apprécier le niveau d'élaboration du geste suicidaire, par exemple repérer s'il existe un scénario clairement établi d'un acte comme l'énoncé d'un repérage d'un lieu pour une précipitation. En situation ordinaire se serait le repérage d'un lieu d'où se précipiter d'une hauteur, ou sous un train. Pour un bâtiment, c'est le repérage d'un endroit d'où le marin peut se précipiter à l'eau.

C'est aussi l'évaluation de l'accessibilité des moyens de passage à l'acte comme la disponibilité d'une corde, d'une arme à feu, ou la collection d'un stock de médicaments psychotropes.

Au bilan final, est considérée comme une urgence forte la situation où une personne est décidée, lorsque la planification est claire et le passage à l'acte est annoncé comme imminent. Une personne qui est coupée de ses émotions, qui rationalise sa décision, ou au contraire qui est très troublée et agitée, une personne qui décrit sa situation comme une impasse totale, une personne qui a un accès direct et immédiat aux moyens à mettre en œuvre pour mourir, cette personne est considérée à haut risque de passage à l'acte suicidaire.

Le travail en condition d'isolement

Le médecin d'unité isolé doit appréhender sa situation avec humilité et intégrer la prévention des conduites suicidaires dans le quotidien de son travail.

En amont de son intervention, son travail vise à limiter autant que possible la contrainte psychologique qui pèse sur les personnels pour diminuer leur souffrance et, éventuellement, le risque suicidaire à bord. Il lui revient,

avec le commandement, de gérer le niveau de fatigue, le stress aigu ou chronique, de prendre en compte et de suivre des indicateurs tels que les petits accidents de la vie quotidienne, les doigts écrasés, les « petits bobos » rapportés à la vie et à la population du bâtiment par exemple. Leur incidence varie en dent de scie, proportionnellement au niveau de fatigue et/ou de tension de l'équipage. Des frémissements d'accidentologie peuvent sortir du bruit de fond, puis se confirment brutalement par un pic d'évènements incidentels ou accidentels.

En mission le médecin d'unité est dépourvu de la capacité de négocier la crise avec l'environnement habituel du sujet : sa famille, ses amis ou une structure hospitalière de ville. Le quotidien est un travail de veille sur les alertes suicidaires. Parfois le signal d'alarme vient de cet entourage : un proche indique avoir reçu un mail dans lequel le marin annonce qu'il va mourir, ou bien l'assistante sociale prévient qu'elle a reçu une épouse inquiète. Il convient alors d'approcher les camarades de l'intéressé et de chercher s'il y a eu des changements d'attitude du marin en difficulté, s'il y a eu des pleurs, s'il y a eu des attitudes d'isolement ou de repli. Les cadres de contact peuvent être aussi interrogés pour savoir s'ils ont observé des troubles de l'adaptation : de moins bons résultats dans l'emploi, un défaut de ponctualité, un défaut d'assiduité au travail, une agressivité ou un comportement inhabituels. Les infirmiers participent également à la détection de ces différentes situations. Les officiers des cultes, aumôniers, pasteurs, imams ou rabbins aux armées, pourront être aussi consultés pour savoir s'ils ont perçu un indice de crise suicidaire.

L'étape de l'intervention et des décisions médico-militaires

L'intervention se construit sur l'établissement d'un lien de confiance. Les entretiens peuvent se répéter plusieurs fois dans la journée. Ils visent à analyser aussi complètement que possible la situation du militaire en difficulté : les problèmes familiaux avec les ascendants, avec le conjoint ou avec les enfants, les problèmes professionnels avec les enjeux sur les mutations, les concours, les formations ou l'avancement. Dès cette étape, dans les cas où la dimension réactionnelle domine, on peut observer une atténuation de la souffrance morale et du risque suicidaire. Le seuil à repérer est la capacité à investir une relation affective ; au delà, quand plus rien ne peut mobiliser la capacité à ressentir une émotion, lorsque le sujet est inconsolable, non apaisé par les propos au téléphone, il faut envisager la fin de la mission et l'évacuation médicale. L'usage de la télémédecine est toujours profitable autant pour le médecin isolé, qui y trouve des conseils dans la construction de sa démarche médicale, que pour le patient qui en perçoit toujours quelque chose de positif.

Avec le commandement, il faut savoir prendre du temps pour expliquer la cohérence de la stratégie et obtenir son adhésion à la proposition médicale qui sera formulée. Il est également important de rester au contact des cadres de proximité et des camarades, se rendre disponible en allant les rencontrer et en faisant savoir qu'on est ouvert à toute demande de consultation. On peut donner des nouvelles à travers les consignes de visite : « il est soigné, il est apaisé, vous pouvez venir le voir ou nous demander à pouvoir le voir. » Il faut alors savoir rester disponible pour « débriefer » les camarades après la visite, surtout s'ils ont été impressionnés de voir leur ami sous une forte sédation.

L'action médicale doit être relayée en métropole. L'assistante sociale doit être prévenue de la situation et prête à répondre à une demande d'aide de la famille. Après en avoir informé le patient et avoir obtenu son accord, la famille, ou la personne déclarée « à prévenir » est contactée aussitôt que possible. Cet accord peut être négocié avec l'offre suivante : « voulez-vous téléphoner à votre famille, ou souhaitez-vous que je l'appelle moi. ».

Le médecin isolé peut se présenter ainsi à la famille : « Je suis le médecin de votre mari et à ce titre, vous pouvez aussi me considérer comme votre médecin pour ce problème ». Se poser ainsi comme référent dans le moment de la crise permet de désamorcer une éventuelle réaction de méfiance voire d'opposition. Il convient de donner ses coordonnées à la famille, un numéro de téléphone avec une disponibilité d'appel 24h/24. Si son état ou la situation clinique le permettent, un contact direct avec le patient pourra même être envisagé.

Au terme de ce retour d'expérience sur la gestion d'une crise suicidaire en situation d'éloignement et d'isolement, deux valeurs résument la gamme des actions médicales à entreprendre :

– travailler en permanence la relation de confiance et d'écoute, autant avec l'intéressé qu'avec son entourage professionnel à bord et avec son entourage familial à terre, et avec le commandement ;

– connaître, anticiper et savoir ajuster les différentes contraintes auxquelles sont soumis les militaires en mission embarquée de longue durée qui peuvent amener le patient à la crise suicidaire quand elles deviennent insurmontables.

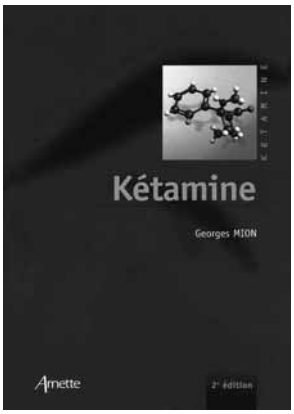
Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

DOSSIER

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus sur la crise suicidaire 19 et 20 octobre 2000.
2. Terra J-L. Prévenir le suicide : repérer et agir. ADSP 2003;45:20-4.
3. Walter M. La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. ADSP 2003;45:25-30.

VIENT DE PARAÎTRE



KÉTAMINE

Georges Mion

Préface du professeur Jean-Claude Granry

L'utilisation de la kétamine chez l'homme date de 50 ans.
Les années 1960 sont celles de la découverte des actions de la molécule tant en médecine humaine que vétérinaire. Le concept d'anesthésie dissociative était alors décrit. Les années 1970 virent l'utilisation militaire de la kétamine (guerre du Vietnam) en même temps que sa diffusion dans le monde de la drogue. Une meilleure compréhension pharmacologique de la molécule date des années 1980 : mécanisme d'action par blocage non compressif des récepteurs NMDA, concentration sériques efficaces, effets psychologiques doses dépendants. Depuis 1994, de nombreux travaux ont montré l'intérêt de la kétamine à faibles doses dans la prise en charge des douleurs chroniques, utilisée seule ou en association avec les morphiniques, les anesthésiques locaux, voire les antalgiques mineurs.
Si les années 2000 ont vu l'éclosion de l'utilisation de la kétamine dans les syndromes dépressifs graves avec des résultats parfois spectaculaires, que réservent les années 2010 ? Car le mystère de la kétamine persiste : cette drogue-médicaments n'a pas encore révélé tous ses secrets !
Cette deuxième édition reprend largement les conclusions qui avaient été évoquées et qui n'ont pas été démenties par les travaux ultérieurs.
L'auteur s'est efforcé de simplifier le plan de l'ouvrage, tout en visitant les domaines qui avaient été peu ou pas abordés :
– le point sur l'utilisation de la kétamine en PCA ou par voie orale ;
– la découverte de propriétés antidépressives qui pourraient jouer un rôle dans l'analgésie des syndromes douloureux chroniques ;
– la toxicité possible, également, notamment sur l'appareil urinaire de la kétamine utilisée au long cours dans le cadre de la douleur chronique, mais également chez les toxicomanes ;
– enfin, le fonctionnement du récepteur NMDA a été particulièrement détaillé.
Sont également fournis sous forme de courbes obtenues par simple simulation de multiples exemples des concentrations plasmiques attendues selon les doses et les modes d'administration, de façon à faire percevoir au lecteur les rapports entre l'utilisation pratique proposée et les effets attendus, tant bénéfiques qu'indésirables sur le plan psychique.

L'auteur : Georges MION, professeur agrégé du Val-de-Grâce depuis 1999, diplômé de médecine tropicale et de médecin des catastrophes. Médecin anesthésiste à l'hôpital Cochin à Paris, publie également dans le champ de la santé au travail des anesthésistes depuis une dizaine d'années.

ISBN : 978 2 7184 1297 9 – Format : 15x21cm – Pages : 304 – Prix : 40 € – ***Éditions ARNETTE-Wolters Kluwer France****, 1 rue Eugène et Armand Peugeot – 92856 Rueil-Malmaison Cedex. Tél. : 01 76 73 37 26. www.librairiesante.fr*