

Les scarifications aux urgences : quelle menace suicidaire ?

Lionel Matina¹, Claire-Lise Charrel^{2,3}

1. EPSM Val de Lys Artois, St Venant. France
2. EPSM Lille-Métropole, Armentières. France
3. Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM), Lille. France

Introduction

Nous observons une augmentation du nombre de patients pris en charge aux urgences pour auto-agressivité depuis plusieurs années (1). Parmi les moyens d'automutilation utilisés (2), la scarification des poignets est très fréquente dans notre expérience clinique, en activité de liaison aux urgences comme dans nos services ou en CMP. Ce geste peut nous mettre en difficulté par rapport au risque suicidaire associé. Par ailleurs, l'abord de la problématique des patients présentant des scarifications pris en charge aux urgences, est mal connu (3). De plus, la littérature scientifique aborde peu la problématique des scarifications prises en charge aux urgences (4). Les objectifs de cette étude ont été d'évaluer le sex-ratio, la tranche d'âge concernée, les éléments évocateurs d'impulsivité et d'un contexte réactionnel, l'intentionnalité suicidaire déclarée, les antécédents personnels et familiaux de scarifications, ainsi que l'orientation dans le parcours de soins.

Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive multicentrique du 1er mai au 30 juin 2015 dans 7 services d'urgences générales de Lille et de son agglomération. Nous avons interrogé à l'aide d'un hétéro-questionnaire les patients présentant une ou des scarifications auto-infligées datant de moins de 7 jours, isolée(s) ou associée(s) à un autre geste auto-infligé. Le délai de 7 jours a été fixé arbitrairement avec pour but de cibler les gestes récents, afin de tenter d'évaluer l'aspect réactionnel de façon fiable. Les découvertes fortuites lors de l'examen physique pour un motif d'admission différent pouvaient être incluses. Les sujets ayant réalisé une lésion auto-infligée ne visant pas spécifiquement la coupure de la peau, (c'est-à-dire les gestes de phlébotomie, les lésions auto-infligées par contact avec un objet contondant, les brûlures, les tentatives de pendaison, les tentatives d'auto-amputation d'un membre ou d'une partie du corps ou les prises de produits toxiques) et en l'absence de scarification(s) concomitante(s) n'ont pas été inclus.

Résultats

Cinquante-huit patients ont été inclus.

Concernant le sexe-ratio et l'âge :

Notre échantillon se compose de 60.3% de femmes contre 39.7% d'hommes, soit un sex-ratio féminin de 1.52. Comparé à la population générale de la même zone géographique, malgré des distributions assez écartées, la distribution par sexe de l'échantillon ne diffère pas significativement de celle de la population de la zone choisie ($p=0.20$) (5).

D'autre part, les différents âges retrouvés peuvent être répartis en quartiles : moins de 15 ans (16 inclus), entre 15 et 25 ans (13 inclus), entre 26 et 35 ans (14 inclus), et plus de 35 ans (15 inclus). Cependant, en effectuant un regroupement on s'aperçoit que 74.1 % des inclus ont moins de 36 ans. D'autre part, l'âge minimum de l'échantillon est de 12 ans, alors que la moyenne d'âge de l'échantillon est de 28 ans (figure 1).

Concernant les éléments évocateurs d'impulsivité et le contexte réactionnel :

Sur cette cohorte, 72.4 % des patients ont déclaré ne pas avoir prémédité le geste de scarification (figure 2), et 88 % des patients se sont scarifiés dans un contexte réactionnel à un deuil, une séparation, des difficultés financières, familiales, professionnelles, scolaires ou conjugales (figure 3).

Concernant l'intentionnalité suicidaire :

27.6 % des patients ont déclaré avoir eu un désir de mort, 20.7 % ont présenté une ambivalence quant à la finalité du geste et 51.7 % ont précisé ne pas vouloir mourir (figure 4).

Concernant les récurrences de scarification :

Par ailleurs, 51.7 % des personnes présentaient une récurrence de scarification contre 17.2 %, sachant que 31.1 % des données à cette question étaient manquantes ((figures 5). Parmi les patients ayant un ou des antécédents de scarifications, 63.3 % d'entre eux ont commencé à se scarifier avant l'âge de 15 ans et 10 % en ont fait un rituel quotidien.

Concernant l'orientation dans le parcours de soins :

Enfin, 63.8 % des patients ont été orientés vers une prise en charge psychiatrique, que ce soit en ambulatoire (CMP pour 31 % d'entre eux ou libéral pour 13.5 %) ou en hospitalisation (secteur psychiatrique pour 12 % des patients et structure spécialisée d'accueil de crise pour 12 % également) (figure 6).

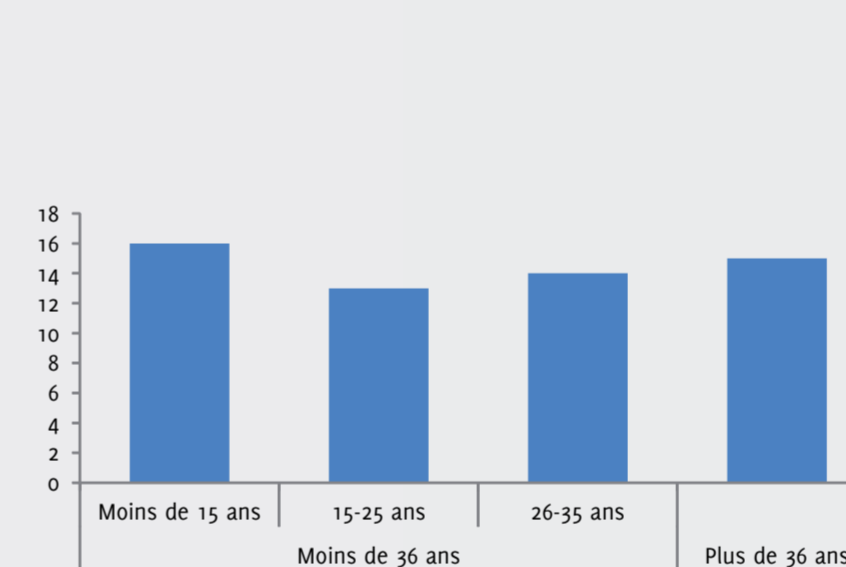


Figure 1. Répartition des patients par classe d'âges

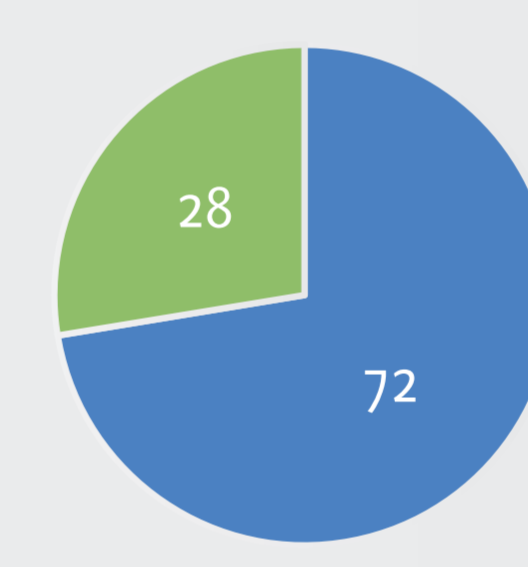


Figure 2. Préméditation du geste (en pourcentage de patients)

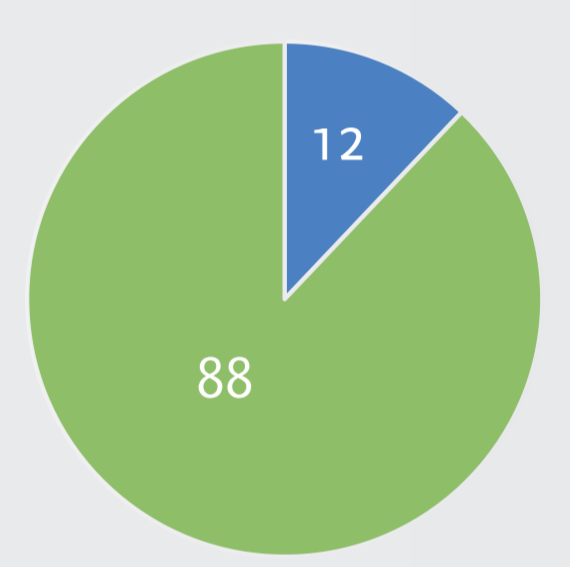


Figure 3. Scarification dans un contexte réactionnel (en pourcentage de patients)

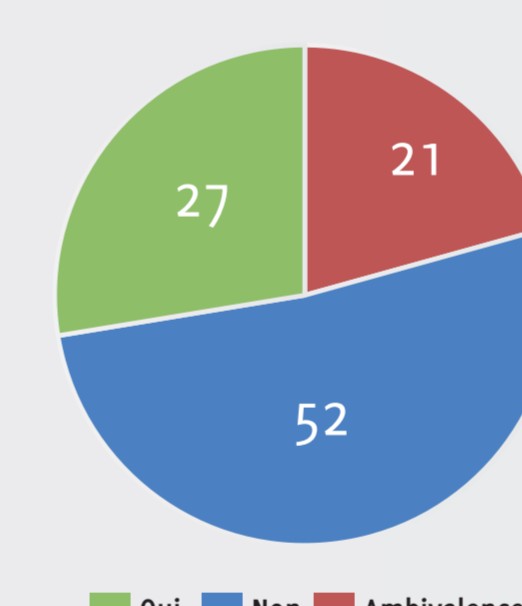


Figure 4. Intentionnalité suicidaire (en pourcentage de patients)

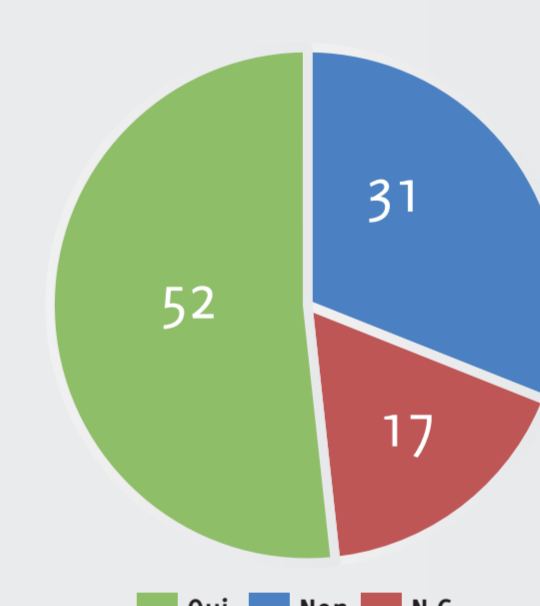


Figure 5. Récidive de scarification (en pourcentage de patients)

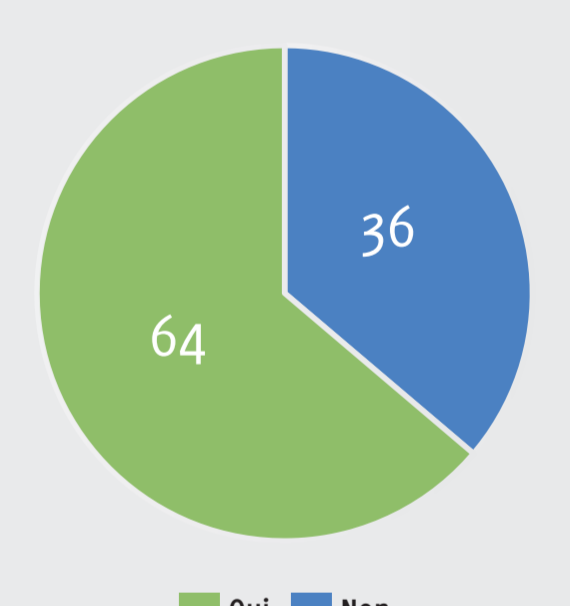


Figure 6. Orientation vers une prise en charge psychiatrique (en pourcentage de patients)

Conclusion

Ces résultats évoquent une prépondérance féminine, jeune, dont le geste de scarification apparaît réactionnel à une situation de perte symbolique, sans désir de mort significativement associé. L'attaque du corps semble questionner une forme archaïque de tentative de contenance psychique, dans un but d'auto-réassurance et d'interpellation de l'entourage (6). Elle est à considérer comme une demande d'aide en urgence. Or, le jeu symbolique avec la mort associé à un refus d'aide peut mettre en difficulté les soignants des services d'urgence face à ce paradoxe. Une orientation vers une prise en charge spécifique, du fait de la souffrance psychique inhérente de ces patients et d'un risque élevé de récurrence et d'aggravation du geste auto-lytique, paraît être indiquée (7).

Le travail d'information de nos partenaires (professionnels des urgences, médecins généralistes, institutions, collèges, milieu carcéral, etc.) est donc à privilégier afin de les sensibiliser sur la nécessité d'une orientation vers des soins spécialisés.

Mots-clés

Scarification, menace suicidaire, récurrence

Bibliographie

- 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.
- Favazza AR, Rosenthal RJ. Varieties of Pathological Self-mutilation. Behav Neurol. 1990;3(2):77-85.
- Pommereau X. Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. Enfances Psy. 16 oct 2006;32(3):58-71.
- Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Self-cutting versus intentional overdose: psychological risk factors. Med Hypotheses. août 2013;81(2):347-54.
- Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais, 2011. Disponible sur : <http://www.santementale5962.com/ressources-et-outils/article/les-indicateurs-de-sante-mentale>
- Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. Clin Psychol Rev. 1998;18(5):531-54.
- Kuehl S, Nelson K, Collings S. Back so soon: rapid re-presentations to the emergency department following intentional self-harm. N Z Med J. 14 déc 2012;125(1367):70-9.