

DÉPRESSION ET SUICIDE

Un bref résumé de l'ouvrage "Dépression et Suicide" sous la direction de Thérèse Lemperière, aux éditions Acanthe Masson.

En 1994, on a enregistré 12041 suicides en France parmi lesquels 8872 hommes et 3169 femmes.

En 1996, les chiffres étaient de 11279 suicides dont 8174 hommes et 3105 femmes.

L'importance relative du suicide est maximale à 30 ans et constitue 20% des décès masculins et 15% des décès féminins. Les stratégies de prévention du suicide sont de deux ordres :

- ↪ *D'ordre social visant à modifier l'environnement par la réduction de l'accessibilité aux moyens de suicide (armes à feu, médicaments, toxiques), la mise en place d'un programme d'information du grand public et des actions psychosociales ciblées sur des groupes à risque.*
- ↪ *D'ordre médical par le dépistage et le traitement des sujets à risque.*

I. ÉPIDÉMIOLOGIE ET PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE

I.1. L'épidémiologie des suicides et des tentatives de suicide

Les chiffres annoncent 12000 décès et 150000 TS (Tentatives de Suicide) en France. A noter que la sous estimation est de l'ordre de 10%. Il y eu une évolution très nette depuis le milieu des années 70 en France, comme dans tous les autres pays développés. Davantage que le chômage, c'est la diminution des liens familiaux et sociaux accentués par les changements économiques qui sont en cause !

La Prévalence des pathologies psychiatriques : 50 à 80 % des autopsies psychiatriques montrent une pathologie avant la TS. Le risque vie entière sur un déprimé est de 12 à 18%; sur un schizophrène de 15%.

On se suicide avec les moyens qui nous entourent :

- ↪ *La détoxification du gaz domestique a fait disparaître ce mode en GB ;*
- ↪ *Très présentes aux Etats-Unis, les armes à feu constituent un mode de suicide très fréquent ;*
- ↪ *Dans les autres pays, la corde est la plus utilisée.*

L'influence de l'alcoolisme et de la drogue sont nets. Les TS entraînent d'autres TS.

I.2. La prévention du risque suicidaire

En Suède sur l'île de Gotland dans les années 80, un programme d'amélioration de la reconnaissance et du traitement de la dépression par les médecins généralistes a été mis en place.

Il a abouti à une baisse des hospitalisations, de la morbidité et des dépenses de santé, une baisse de la consommation de psychotropes non spécifiques et une augmentation de la consommation des antidépresseurs. On a pu constater une TRES forte baisse du suicide des femmes mais AUCUNE modification chez les hommes (car ceux-ci ne consultent pas pour des troubles affectifs) sauf pour les hospitalisés pour dépendance.

Les médecins généralistes ayant progressivement quitté l'île au fur et à mesure des années, les taux ont remonté vers la fin des années 80.

Le rôle préventif des services d'écoute téléphonique est difficile à affirmer mais pour les personnes âgées dont la sédentarité est plus grande C'EST UN PLUS CERTAIN ET VALIDE.

II. CONDUITES SUICIDAIRES ET DEPRESSIONS: L'ASPECT PSYCHOPATHOLOGIQUE

II.1. Les aspects biologiques

Les aspects biologiques sont en faveur d'un modèle de vulnérabilité psychosociale.

On part d'un niveau génétique aboutissant à un hypofonctionnement sérotoninergique et plus ou moins un bas taux de cholestérol.

Un fonctionnement impulsif ou agressif de l'individu est souvent noté. Sous l'influence de stress psychosocial et d'une altération du système dopaminergique, la probabilité de tentatives de suicide augmente.

II.2. Psychose

Il s'agit d'un délire chronique de persécution, surtout la schizophrénie! On a remarqué que la moitié des schizophrènes était déprimés.

Le taux de suicide-vie entière est de 15% et celui de TS est de 25 à 35% chez les schizophrènes. Plus la schizophrénie est tardive dans la vie du patient plus le taux se rapproche de la population normale. Il existe des risques importants pour le schizophrène en sortie d'hôpital.

L'agression du corps est une manière de se défaire de l'autre comme présence menaçante à l'intérieur de soi.

On a observé que les neuroleptiques intervenaient en tant qu'élément dépressif.

Attention à la dépression post psychotique car on a une contrainte à la resocialisation, une conscience de la diminution de l'autonomie, et il faut accepter l'idée qu'on nécessite une aide. En effet on a beaucoup de tentatives de suicide après la sortie de l'hôpital.

II.3. Dépression

Le taux de suicide-vie entière chez les déprimés est de 15%. Les individus dépressifs sont de sexe masculin surtout et souffrent d'un isolement social et affectif actuel OU vécu dans l'adolescence.

Associées au risque suicidaire, on a constaté des dépressions délirantes avec idées de culpabilité et de persécution, la présence d'une agitation majeure ou au contraire d'un ralentissement psychomoteur, d'une intensité de la perte d'intérêt et de la sensation de plaisir, l'importance du désespoir, et la VERBALISATION d'idées suicidaires.

L'approche psychanalytique définit la dépression comme un deuil lié à la perte de l'objet d'amour et la mélancolie qui associe en plus un trouble de l'estime de soi.

La théorie de Beck permet de faire une approche cognitive :

↳ *Les individus qui risquent de développer une dépression ont acquis des schémas dysfonctionnels construits durant l'enfance qui s'adaptent à certaines expériences liées à la perte ou à l'échec.*

- ↪ *Au moment où les individus sont exposés à des situations négatives, les structures à contenu négatif sont réactivées. Le sujet déprimé montre une attention plus grande aux stimuli à caractère dépressif, il résout une situation ambiguë par une interprétation négative, de telle sorte que le sujet déprimé se perçoit comme une personne sans valeur, inadéquate, envisage le monde actuel et futur comme un monde rempli d'obstacles et sans espoir.*
- ↪ *Le schéma dysfonctionnel provoque chez le sujet un enchaînement de pensées automatiques négatives et non un raisonnement logique. Le sujet déprimé en arrive à être convaincu du caractère désespéré de sa situation, et le suicide devient la seule solution.*
- ↪ *Le désespoir est le catalyseur de la TS.*

III. DÉPRESSION, CONDUITE SUICIDAIRES ASSOCIÉS À D'AUTRES TROUBLES

III.1. Toxicomanie

Une conduite addictive est notée dans 12 % des TS. Parmi les récidiviste de TS, il y a 40 % d'addiction.

Dans certains cas de TS, on observe un effet direct des drogues (LSD, excitants...), ou lors du sevrage, voire dans l'automédication.

III.2. Alcoolisme

L'incidence de l'alcoolisme est de 2,5 % dans la population générale et se décline en :

- ↪ *44 % de dépression majeure ;*
- ↪ *6 % de troubles bipolaires ;*
- ↪ *15 % de syndrome dépressif mineur ;*
- ↪ *18 % de personnalité dépressive.*

Les TS sont très présentes chez les femmes, les gros buveurs et les alcooliques précoces.

Il y a concurrence entre l'alcool et la TS. L'alcool est en effet un désinhibiteur qui a au bout de trois heures un effet dépressogène important. Intervient aussi la façon de consommer de l'alcool qui passe de la convivialité vers la solitude, la régularité et la ritualisation.

III.3. Maladies somatiques graves

15 % Des malades somatiques graves auront un acte suicidaire.

III.3.1. Névroses

Elles ont habituellement un rôle protecteur vis-à-vis du suicide SAUF la névrose hystérique, la névrose obsessionnelle - quand elle s'ajoute à la mélancolie - et SURTOUT la névrose d'angoisse qui se traduit par des troubles paniques.

Enfin on a les névroses post-traumatiques

III.3.2. Dépression chez les personnalités non structurées ("Borderline")

La personnalité non structurée est un trouble de la personnalité se caractérisant par la survenue de conduites suicidaires et de gestes auto-agressifs, associés ou non à un facteur déclenchant. Les TS récidivants sont d'ailleurs classés par définition dans les personnalités borderline.

Borderline + dépression + alcoolisme : 40 % de mortalité par suicide.

Borderline + dépression : 18 % de mortalité par suicide.

III.3.3. Psychopathie

Le mode itératif de communication pour un psychopathe est la TS.

IV. ENQUÊTES RÉTROSPECTIVES DANS L'ÉTUDE DU SUICIDE

Les personnes mortes par suicide dans leur immense majorité souffraient de troubles psychiques. Elles ont plus souvent que la population générale avant le geste fatal eut des contacts médicaux ou psychiatriques.

D'où l'intérêt d'un DEPISTAGE systématique et du traitement des troubles psychiques.

IV.1. L'évaluation prespective du risque suicidaire chez un patient déprimé

Les patients souffrant de dépression majeure ont un risque de suicide multiplié par 36 par rapport à la population générale.

IV.1.1. Antécédents personnels

30 à 50 % des décès par suicide ont été précédés d'une ou plusieurs TS fonction de la violence de l'acte suicidaire, de la disponibilité du moyen notamment l'arme à feu, le degré de connaissance technique quant à la létalité du moyen utilisé [ce qui est un sujet de réflexion pour les fabricants de la doléance et du T61, mais il faut bien se dire que quand on n'a rien, on choisit la corde] et plus encore le fait d'avoir pris des précautions pour ne pas être découvert.

Dépression dans l'enfance.

Perte des parents avant l'âge de 11 ans.

Enfance perturbée par un foyer familial désuni, des violences familiales, un abus sexuel.

Des antécédents de traitements psychiatriques.

IV.1.2. Antécédents familiaux

Le suicide de parents majore le risque suicidaire.

IV.2. Les symptômes et les facteurs de risque de la dépression

L'idée de la mort est souvent obsédante chez les patients dépressifs, ainsi que le sentiment de perte d'espoir. Sont notés également une modification récente du comportement avec retrait social, repli sur soi, désintérêt et arrêt des activités.

Il y a aussi une inhibition de toute agressivité du patient, sinon à son égard.

Les symptômes les plus spécifiques du risque de suicide sont une insomnie, et en particulier un réveil précoce (insomnie matinale), une intensité de la perte d'intérêt, du plaisir, d'anhédonie avec abandon des activités, apragmatisme, désinvestissement du monde extérieur.

La perte d'espoir est un autre élément symptomatique important. Le désespoir est plus significativement corrélé au risque suicidaire que la dépression et est considérée comme un item clé dans la prédiction du risque suicidaire.

D'autres facteurs de risque de la dépression ont également été décrits, tels le pessimisme, l'absence de réactivité aux événements positifs, un sentiment constant d'échec, un ralentissement important, une irritabilité et des troubles de la concentration.

IV.3. L'expression des idées de suicide

80% des suicidés avaient averti leurs proches contrairement à l'idée reçue.

22 à 35 % des suicidés en avaient parlé à leur médecin.

LA VERBALISATION est un FACTEUR de risque majeur.

“ Je vais me tuer”, “La mort est la solution” , “Je voudrais que tout soit fini” “Tout oublier, dormir longtemps”, “J'ai peur de faire une bêtise, j'ai des mauvaises idées” sont autant de signaux d'alerte exprimés par le suicidaire. Indirectement ce sont des discours sur l'inutilité, le désir de fuite, d'évasion, d'espérance d'une nouvelle vie.

Il faut interroger le patient et son entourage pour en savoir plus.

IV.4. Les facteurs de risques environnementaux et sociaux

Age : 30-40 ans et >65 ans

Sexe : Homme >2 ou 3 par rapport aux femmes, mais les femmes font plus de TS

Facteur professionnel : inactivité et perte d'emploi

Facteurs sociaux et familiaux : les suicides sont plus fréquents chez les patients vivants seuls, veufs, séparés, divorcés, célibataires... et donc dans un isolement social et affectif.

Des événements de vie, événements existentiels négatifs comme le deuil, la perte d'une relation affective, un conflit conjugal ou relationnel, un changement de domicile sont retrouvés pour 65 % des patients dans les trois mois précédents, et 42 % retrouvés dans la dernière semaine. La liaison se trouve facilement pour les patients souffrants d'états dépressifs non majeurs Ce sont les adolescents et les personnes âgées qui sont très sensibles dans ce cas de figure.

Facteurs saisonniers : il y a un pic en mai, et un creux en octobre.

PSYCHOMETRIE : Échelle du désespoir de Beck à partir de 20 items : sensibilité de 0,91 et spécificité de 0,5

IV.5. Les facteurs de risques suicidaires (selon une autre étude)

IV.5.1. Facteurs sociaux et environnementaux

Isolement affectif :

- ↪ *Célibataire, séparé veuf ou divorcé ;*
- ↪ *Échec sentimental plus ou moins proche ;*
- ↪ *Absence d'enfant ou départ d'enfants ;*
- ↪ *Eloignement familial ;*
- ↪ *Perte d'amis du même âge notamment chez les personnes âgées.*

Isolement social :

- ↔ *Pas ou peu de vie sociale et de loisirs ;*
- ↔ *Un ou plusieurs déménagements ;*
- ↔ *Déracinement socioculturel (immigration) ;*
- ↔ *Environnement social désintégré ;*
- ↔ *Emprisonnement ;*
- ↔ *Hospitalisation avec éloignement familial ;*
- ↔ *Habitat socialement désorganisé ;*
- ↔ *Perte d'emploi ;*
- ↔ *Conflit professionnel, difficultés économiques, retraite ;*
- ↔ *Absence ou perte des convictions religieuses politiques ou syndicales.*

IV.5.2. Facteurs psychologiques et évènementiels

Surcharge émotionnelle : décès d'un proche ou suicide dans son entourage.

Accumulation d'évènements existentiels négatifs.

IV.5.3. Antécédents

Familiaux: troubles de l'humeur, suicide entourage, alcoolisme, foyer familial désuni dans l'enfance.

Personnels: troubles de l'humeur, TS, alcoolisme, toxicomanie.

Maladie psychiatrique : dépression, anxiété pathologique types troubles paniques, alcoolisme ou toxicomanie, psychose aiguë ou chronique, syndrome psycho-organique (épilepsie, traumatismes crâniens).

Personnalité : émotionnellement labiles de type impulsif ou borderline, personnalités histrioniques, personnalités dyssociales.

Facteurs biomédicaux : puberté, période puerpérale, phase pré-ovulatoire, le climatère (ménopause, andropause), maladie somatique grave chronique ou handicapante.

Circonstances de la TS : analyse des moyens utilisés, présence ou non de précautions pour ne pas être découvert, menaces préalables, idées récentes ou anciennes de suicide, agitation avec agressivité, tranquillité paradoxale après une phase d'anxiété (avec mise en ordre des affaires personnelles), thématique onirique éventuelle.

V. LA MOTIVATION DE L'ACTE

□ 1) Premier type : escapiste

La fuite : échapper à une situation insupportable ;

Le deuil : perte de l'élément central de la personnalité ou du plan de vie ;

Le châtement : expiation d'une faute imaginaire ou réelle.

□ 2) Deuxième type : agressif

La vengeance : provoquer le remords d'autrui soit lui infliger l'opprobre de la communauté ;

Le crime : attenter à sa vie en entraînant autrui dans la mort ;

Le chantage : faire pression sur autrui ;

Appel : sonnette d'alarme.

□ 3) Troisième type : oblatif (offert)

Le sacrifice : pour atteindre à une valeur jugée supérieure ;

Le passage : pour accéder à un état plus délectable (l'exemple des sectes).

□ 4) Quatrième type : ludique

Ordalie : pour s'éprouver soi-même ;

Le jeu : jouer avec la vie.

VI. LE SUICIDE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Dans les pays industrialisés, pour 100 000 habitants on a plus de 60 suicides (en Autriche, en Hongrie, en France en Belgique et en Suisse).

On a entre 40 et 60 suicides l'immense majorité des pays industrialisés.

On a entre 20 et 40 suicides au Pays-Bas, en Norvège et dans les Pays du Commonwealth.

On a moins de 20 suicides par 100 000 habitants en Grande-Bretagne.

La spécificité du suicide chez les personnes âgées est à relier à l'âge et proximité de la mort. Chez les hommes, le taux est très supérieur à celui des femmes. On note souvent une polypathologie somatique, voire une pathologie démentielle (du type Alzheimer) ou psychiatrique (démence sénile). La proximité d'une date anniversaire ou d'une échéance (entrée en maison de retraite) sont des causes favorisant le suicide chez les personnes âgées.

Plus généralement, on peut distinguer la perte des rôles, la perte du sens de la vie, de la famille et du lieu de vie. Les événements de vie (stress anciens ou plus récents) ont également leur importance, de même que d'éventuelles maltraitances.

Les traits de la personnalité peuvent également intervenir: impulsivité, auto-agressivité, ouverture aux autres, paranoïa, personnalité dominante...

VII. LES PSYCHOTHÉRAPIE DES SUICIDANTS

Il y a beaucoup d'études en cours de validation... À suivre...

Observance : Elle est de 37 % chez les jeunes suicidés, et 30 % viennent au deux premiers rendez-vous. Le facteur essentiel est le premier contact avec le clinicien

Centres de prévention (du type SOS Amitié) : L'orientation directive ou non de l'entretien téléphonique dépend surtout de l'appelant.

Les meilleures thérapies sont cognitivo-comportementales quand elles s'adressent à des populations bien ciblées (ex: dépressions névrotiques, femmes borderlines). Ces thérapies sont le plus souvent brèves (entre 5 et 20 séances doivent suffire) avec un décryptage du geste suicidaire à accomplir.

VIII. CONCLUSIONS APPLICABLES AUX VÉTÉRINAIRES

Améliorer la détection des troubles prémonitoires pouvant conduire à l'acte suicidaire
 "Plus il y a de détecteurs et plus on a de chances d'avoir des résultats. SANS SURTOUT nous substituer aux spécialistes, aux médecins de famille ou aux psychiatres, nous avons la chance d'avoir des connaissances techniques, médicales et humaines... Ceci est particulier aux métiers de l'altruisme type secouristes ou infirmières et je ne vois pas pourquoi nous ne pourrions pas aider à cette détection"

Diffuser une meilleure connaissance des troubles de l'humeur au niveau de la culture générale dans la profession peut permettre une meilleure détection.

Ne pas hésiter à conseiller autour de nous la fréquentation des "psys" et de donner une bonne image du traitement antidépresseur à celles et ceux qui en auraient besoin : il faut en finir avec la notion de , "j'ai rencontré un psychiatre, je suis fou" C'est lent, mais c'est nécessaire

Connaître et diffuser les coordonnées des réseaux pour orienter les dépressifs vers les diverses structures d'aide ou d'accueil et les fournir au plus vite à des appelants ou à des familles inquiètes

Parler, parler du sujet... et en finir avec les tabous !

Résumé réalisé par Thierry Jourdan