

RISQUE SUICIDAIRE DE L'ADULTE Q44

Dr Nathalie Papet, Dr Nicolas Lafay, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie. » CAMUS. Le mythe de Sisyphe

A. DEFINITIONS	1
B. EPIDEMIOLOGIE	2
I. Données épidémiologiques sur le suicide et les tentatives de suicide	2
a. Suicide	2
Facteurs environnementaux	2
b. Tentatives de suicide	2
Facteurs individuels	2
II. Poids de la dépression dans le suicide	3
III. Facteurs de risque	3
IV. Modalités de suicide et de tentatives de suicide	3
Modes de passages à l'acte suicidaires	3
Modes des tentatives de suicide	4
C. CLINIQUE	4
I. Aspects cliniques généraux du suicide dépressif	4
II. Suicide et pathologies psychiatriques	4
1. Suicide mélancolique	4
2. Suicide névrotique	5
3. Suicide chez le psychotique	5
4. Suicide et états limites	5
5. Alcool et toxicomanies	5
III. Suicide et personnes âgées	6
IV. Suicide et adolescence	6
D. PREVENTION DU SUICIDE	6
I. Le temps de l'évaluation	6
a. Les idées de suicide	6
b. Appréciation du risque suicidaire	6
3. Comportements suicidaires	7
II. Conduites à tenir	7
1. Quand le risque suicidaire paraît grand	7
2. Au décours d'une tentative de suicide	7

A. DEFINITIONS

Le suicide se définit comme l'acte de se donner la mort. Il s'agit du décès obtenu par une action personnelle volontaire dirigée contre soi ou encore le meurtre de soi.

Les tentatives de suicide sont des actes suicidaires non fatals.

Les idées suicidaires apparaissent comme le moyen de mettre un terme à la souffrance inexorable, puisqu'il n'y a plus aucun espoir pour le patient. Ces idées peuvent rester fugaces ou bien devenir durables et envahissantes jusqu'à réaliser une ébauche de passage à l'acte..

B. EPIDEMIOLOGIE

I. Données épidémiologiques sur le suicide et les tentatives de suicide

a. Suicide

Le nombre de suicides en France est de 12 000 par an. Le nombre de morts par suicide a dépassé celui des accidents de la route. Ces 12 000 suicides concernent en priorité des hommes : il existerait plus de deux fois plus de suicides masculins.

Une augmentation du taux de suicide a été observée ces dix dernières années dans les pays européens. Cette augmentation concerne surtout les adolescents et adultes jeunes : dans la classe des 25-34 ans il représente la première cause de mortalité. Si on en croit certaines données, il aurait augmenté de 70% chez les hommes de 15 à 29 ans entre 1970 et 1986 et de 40% chez les femmes. La plupart des nations occidentales déplore la forte progression du suicide chez les jeunes.

Facteurs de risques individuels

- ◆ sexe : 2 à 3 hommes pour une femme .
- ◆ âge : deux pics 15-24 ans et les sujets âgés en particulier en ce qui concerne les hommes
- ◆ statut marital : les célibataires jamais mariés sont les sujets ayant le taux de suicide le plus élevé, puis viennent les veufs, les séparés et divorcés, sujets mariés sans enfant, et les mariés avec enfants

niveau social : le niveau socio-économique est inversement corrélé à la fréquence du suicide. En France, les taux les plus élevés se retrouvent dans les catégories socioprofessionnelles les plus démunies : salariés agricoles, ouvriers, personnels de service. Dans les catégories socioprofessionnelles élevées, les médecins sont exposés (3% de suicide avant 40 ans).

- ◆ lieu de résidence : les régions les plus rurales et isolées sont les plus touchées
- ◆ religion et ethnie : plus fréquent chez les protestants, puis juifs, puis catholiques . Taux plus élevé chez les immigrés que chez les nationaux

Attention aux statistiques : dans certaines contrées des facteurs sociaux ou religieux font que le suicide n'est pas déclaré comme tel par l'entourage.

Facteurs environnementaux

- ◆ saisons et rythmes sociaux : plus fréquent au printemps et en été, en début de semaine
- ◆ souvent précédé d'un événement de vie pénible (difficultés conjugales, maladies chroniques, décès etc...). La perte d'un parent dans l'enfance serait prédisposant
- ◆ intégration sociale : favorisé par des relations familiales de mauvaise qualité, des médiocres satisfactions professionnelles, des contacts sociaux insuffisants
- ◆ Facteurs familiaux et biologiques : antécédents de suicide familiaux surtout chez les hommes (22%)

b. Tentatives de suicide

On compte 120 000 tentatives de suicide par an en France. Ces chiffres qui étaient en augmentation dans les années 1970 semblent relativement stables depuis les années 1980.

Facteurs individuels

- ◆ sexe : 260 femmes contre 140 hommes pour 100 000 habitants en 1981.
- ◆ Les adolescents et les jeunes adultes sont la population la plus concernée.
- ◆ Statut marital : célibataires, séparés, divorcés
- ◆ Le décès récent de proches serait un facteur de risque

- ◆ Niveau d'études bas
- ◆ Les antécédents familiaux de suicide constituent un facteur de risque.
- ◆ Les tentatives de suicide constituent un indicateur du risque suicidaire : 30 à 60% des suicides ont été précédés d'une TS.
- ◆ 10 à 14% des patients ayant fait une tentative de suicide vont mourir des suites d'un suicide ce qui multiplie par 100 le risque suicidaire par rapport à la population générale.

II. Poids de la dépression dans le suicide

30 à 70% des suicides seraient liés à un état dépressif.

80% des déprimés feraient part à un moment ou à un autre de leur projet à leur entourage ou à leur médecin.

La première année d'évolution comporte un risque maximal, plus on s'en éloigne, plus les indices diminuent.

Quelques données permettant de mesurer le risque suicidaire chez les déprimés :

- taux annuel de suicide : 3%
- environ 15% des sujets souffrant de dépression décéderont par suicide.

III. Facteurs de risque

Le suicide est particulièrement à craindre si on retrouve :

dans la symptomatologie clinique :

- l'expression précise du désir de mourir
- la présence d'idées délirantes mélancoliques, la sévérité de la dépression
- une agitation anxieuse

dans les caractéristiques biographiques :

- une notion d'impulsivité
- un isolement social et affectif
- âge 15-24 ans et après 70 ans
- célibat ou veuvage
- appartenance au sexe masculin
- des tentatives de suicide
- des antécédents familiaux de suicide (x3. Intérêt de l'anamnèse)
- alcoolisme

IV. Modalités de suicide et de tentatives de suicide

Modes de passages à l'acte suicidaires

Modes	HOMMES	FEMMES
Pendaison	1	1
Armes à feu	2	5
Noyade	4	3
Empoisonnement	3	2
Précipitation	5	4
Gaz	6	6

Modes des tentatives de suicide

Les méthodes sont peu diversifiées : surtout ingestion de toxiques médicamenteux et phlébotomies

C. CLINIQUE

I. Aspects cliniques généraux du suicide dépressif

Il est tantôt **inaugural**, tantôt **successif** à une longue évolution.

Entre le moment de l'idée suicidaire et le passage à l'acte, on individualise un **syndrome pré-suicidaire** de durée variable décrit en triade symptomatique :

- ◆ idées suicidaires au caractère plus ou moins obsédant
- ◆ repli sur soi avec isolement progressif
- ◆ inhibition de l'hétéro-agressivité avec désinvestissement de la réalité.

Dans certains cas, l'intensité de l'anxiété rend perceptible le risque d'un passage à l'acte sous forme d'un **raptus** anxieux, impulsion autodestructrice souvent déclenchée par un événement : pendaison, arme à feu, défenestration, noyade.

D'autres sont minutieusement **préparés** et exécutés de sang froid.

Parfois, le suicide est **altruiste** et familial. Par ce geste, le sujet pense éviter à sa famille les conséquences de sa ruine et de sa culpabilité.

Il existe aussi des **équivalents suicidaires** par refus alimentaire ou refus de traitement. De même, dans certaines conditions, certaines conduites à risque (automobiles, alcool, toxiques) sont appelés équivalents suicidaires.

Le suicide est à craindre à tout moment de l'évolution, lors d'un relâchement de l'attention de l'entourage. Le patient peut néanmoins masquer au thérapeute l'existence de telles idées et masquer son auto agressivité par un sourire rassurant.

Dans tout entretien avec un patient dépressif, la thématique des idées suicidaires doit être abordée **PRUDEMMENT**. Toute réticence à évoquer un tel sujet peut masquer un projet bien préparé.

II. Suicide et pathologies psychiatriques

Il existe une très nette corrélation entre suicide et maladie mentale.

40% des suicides sont le fait de sujets psychotiques.

30 à 40% relèvent de troubles graves de la personnalité de type névrotique ou limite.

Cependant, 10 à 15% des cas de suicide se situent en dehors d'un contexte pathologique notable.

Le taux de suicide des malades en institution psychiatrique est 2 à 3 fois supérieur à celui de la population générale.

Le risque suicidaire varie d'une maladie à l'autre

1. Suicide mélancolique

Le risque suicidaire est considérable chez le mélancolique, qu'il s'agisse de patients unipolaires ou bipolaires.

Le geste suicidaire est dénué d'ambiguïté et s'inscrit dans un vécu de culpabilité et de profonde souffrance morale. Il apparaît comme le mode ultime de résolution d'un intense sentiment de faute ou l'unique moyen d'échapper à une intolérable souffrance psychique.

Il est souvent dissimulé, minutieusement préparé, perpétré dans la solitude et avec une violence dans le choix des moyens qui authentifie le désir de mort.

Lorsque le malade est fortement inhibé, il est incapable de passer à l'acte, mais cette inhibition peut céder brutalement. Ainsi le suicide va plutôt avoir lieu au début de l'évolution de la maladie, ou à la sortie de l'hôpital. Sous traitement, la levée d'inhibition est parfois dangereuse si le patient a des idées de suicide très prononcées.

Le risque suicidaire de ces patients impose une hospitalisation systématique.

2. Suicide névrotique

Le risque suicidaire est là aussi bien présent mais le passage à l'acte est souvent incomplet ou maladroit et fait parler, à tort, d'insincérité. Le geste suicidaire est ambigu, prend valeur d'appel à l'autre, de quête affective où le désir d'être aimé conduit à jouer sa mort comme un défi.

C'est un appel mais aussi une faillite des moyens défensifs de la personnalité.

Il s'inscrit comme un comportement régressif, peu culpabilisé par la société, officialisé par la médecine, plus associé à l'idée de sommeil et d'oubli que de mort. Elle tend à devenir une porte de sortie face à des conflits ou à des frustrations qu'elle résout momentanément.

Elle entraîne un maternage médical, favorise une réassurance narcissique temporaire et un changement d'attitude de l'entourage.

Ce bien-être transitoire ne résout rien et risque de pérenniser le recours au suicide.

3. Suicide chez le psychotique

Dans la schizophrénie

Il existe un risque élevé de réalisation suicidaire (4% des suicides)

Il s'inscrit parfois dans un contexte dépressif, lors de phases d'extinction du délire (dépression post-psychotique), chez des patients apparemment améliorés mais confrontés à leur sortie de l'hôpital aux réalités familiales et socioprofessionnelles.

Il peut être le fait d'une paradoxale et imprévisible impulsion auto-agressive.

Il peut survenir au cours d'une panique anxieuse liée à un vécu de morcellement de la personnalité.

L'exécution du passage à l'acte est froide, détachée, bizarre et violente.

Dans la paranoïa

Le suicide est plus rare.

Le paranoïaque se suicide le plus souvent :

- soit à titre d'accident dépressif par le fait de l'aboutissement de la rancœur et de la revendication
- soit par association à des conduites alcooliques

Il utilise en revanche souvent la menace suicidaire, revendication contre le monde extérieur dont le but n'est pas de s'auto-agresser mais d'agresser l'autre.

4. Suicide et états limites

La grande fragilité narcissique, la crainte de l'abandon exposent ces sujets aux conduites suicidaires.

Les passages à l'acte sont impulsifs.

L'intolérance aux fluctuations du niveau d'anxiété, des dépressions brutales et réversibles, « à l'emporte-pièce », des conduites d'alcoolisations ou de prises de toxiques favorisent le passage à l'acte suicidaire.

5. Alcool et toxicomanies

Les passages à l'acte suicidaires sont fréquents au cours de l'évolution des conduites d'alcoolisation notamment en cas de :

- alcoolisme aigu, ivresses

- alcoolisations chroniques
- déchéance psychosociale associée.

De la même manière, les toxicomanes, surtout s'il existe une comorbidité dépressive ou psychotique, sont particulièrement exposés au risque suicidaire, notamment par overdose.

III. Suicide et personnes âgées

Le taux de suicide réussis augmente avec l'âge.

Il est très important après 80 ans.

Il est plus important chez les hommes.

Le risque le plus élevé se situe dans l'année suivant le veuvage.

La dépression est souvent rencontrée, avec une expression souvent masquée.

La prise de conscience de l'isolement de la vieillesse sont souvent retrouvés.

IV. Suicide et adolescence

Il s'agit de la 2° cause de décès à l'adolescence.

On compte 2 garçons pour 1 fille pour les suicides réussis et, à l'inverse, 10 à 15 fois plus de filles pour les tentatives de suicide.

Il existerait une augmentation de 300% entre 1970 et 1980

On retrouve souvent une problématique familiale.

D. PREVENTION DU SUICIDE

I. Le temps de l'évaluation

a. Les idées de suicide

Plus de 70% des suicidés auraient d'une manière plus ou moins explicite averti leurs proches de leurs projets.

La plupart des tentatives de suicide ont une valeur d'appel.

Nombre de suicidants consultent avant le passage à l'acte.

b. Appréciation du risque suicidaire

Il n'existe pas de critère rigoureux ou scientifique

Toute intention suicidaire exprimée doit être prise au sérieux et il faut toujours tenter d'en éclairer la signification.

On tiendra compte en particulier de la profondeur et de la nature du conflit :

- ◆ conflit intrapsychique (mélancolie, schizophrénie) :risque élevé
- ◆ conflit interpersonnel : le geste suicidaire peut impliquer tout autant une détresse personnelle qu'un souci d'agresser l'autre à travers la menace de sa propre mort. La modification de circonstances extérieures, un changement d'attitude de l'entourage peut tout modifier.

Le conflit est généralement complexe : conflits personnels, éléments situationnels sont intriqués.

Le geste sera mis à exécution à la faveur d'une précipitation souvent imprévisible de ces deux types de facteurs.

Il est également nécessaire de tenir compte :

- des caractéristiques psychosociologiques du sujet
- des ressources de l'entourage

3. Comportements suicidaires

Sont souvent relevés à ce titre les automutilations, les refus alimentaires, refus de traitement, certaines conduites addictives, certaines conduites à risque.

II. Conduites à tenir

1. Quand le risque suicidaire paraît grand

L'hospitalisation doit être discutée avec la famille et le patient. Elle a pour but d'éviter le passage à l'acte, de permettre de résoudre la crise suicidaire dans un milieu protégé, d'instaurer une relation d'aide et de confiance inaugurant une prise en charge avec chimiothérapie et/ou psychothérapie

L'hospitalisation peut avoir lieu soit en milieu psychiatrique, soit en hôpital général, soit en clinique privée.

Dans d'autres cas, l'hospitalisation peut être évitée ou différée : la qualité affective de l'entourage, sa présence réelle auprès du patient, l'instauration d'une thérapeutique chimique ou psychologique dans une ambiance quelque peu dédramatisée peut permettre le passage de la crise suicidaire et la résolution des conflits.

2. Au décours d'une tentative de suicide

Après l'évaluation du médecin généraliste ou du service hospitalier, l'avis psychiatrique apparaît indispensable.

Au cours du premier entretien, il s'agit d'évaluer :

- ◆ les caractéristiques psychosociologiques du sujet
- ◆ la structure de personnalité
- ◆ l'existence d'une pathologie sous-jacente
- ◆ l'existence de symptômes dépressifs, impulsifs
- ◆ la qualité de l'entourage

Il s'agit ensuite d'assurer la prophylaxie des récives et d'envisager la valeur symptomatique du geste suicidaire.

La réalisation du geste longtemps ruminé de façon obsédante, un sentiment de renaissance, associé aux gratifications de l'entourage peut être responsable d'une très nette diminution de l'anxiété.

Il existe alors plusieurs décisions possibles :

- ◆ sortie rapide avec consultations ambulatoires
- ◆ hospitalisation en milieu psychiatrique
- ◆ action plus ponctuelle sur l'entourage familial ou socioprofessionnel

La décision, lorsque l'état psychique du patient le permet, est prise en accord avec le malade.

a. le suivi ambulatoire

Il est proposé si l'entourage paraît de bonne qualité et peut représenter une présence réelle auprès du patient. La prise en charge chimiothérapique et psychothérapique s'effectue dans le même temps. La création d'un espace d'écoute permet souvent d'éloigner le risque suicidaire.

b. L'hospitalisation

Elle a pour but :

- ◆ D'éviter le passage à l'acte suicidaire
- ◆ De permettre la résolution de la crise en milieu protégé
- ◆ D'instaurer une relation d'aide
- ◆ De mettre en route un traitement spécifique (mélancolie, psychose)

Elle représente une solution en cas d'échec du traitement ambulatoire, de risque suicidaire grave, de pathologie psychiatrique grave associée. La surveillance en hospitalisation est étroite.