

Suicide

I-INTRODUCTION :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère le suicide comme un problème de santé publique majeur, mais en grande partie évitable.

Le suicide est actuellement à l'origine de près de la moitié de toutes les morts violentes. Il est responsable de pas moins d'un million de décès annuels dans le monde .

Selon les estimations, le nombre annuel de décès dus au suicide dans le monde pourrait passer à 1,5 million d'ici 2020.

II -DEFINITIONS:

Le suicide désigne tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par l'individu lui-même et qui savait devoir produire un tel résultat.

Le terme de conduites suicidaires, plus global, désigne un ensemble de comportements différents les uns des autres mais qui sont tous préjudiciables pour l'individu, et ayant pour risque commun la mort.

III-Épidémiologie des actes suicidaires :

1 million de suicides par an dans le monde selon l'OMS, et environ 20 fois plus de tentatives de suicide, les actes suicidaires représentent un enjeu de santé publique.

L'épidémiologie des actes suicidaires implique de considérer trois indicateurs : les suicides, les tentatives de suicide (TS) et les idées suicidaires qui, s'ils sont distincts, sont aussi liés selon le modèle de la crise suicidaire

Environ 10 % **des suicidant** décèdent par suicide et 50 à 60 % des **suicidés** meurent lors d'une unique **tentative de suicide**

le taux de décès par suicide augmente avec l'âge. Toutefois, la part du suicide dans la mortalité générale est maximale chez les 15-24 ans, chez qui il représente la deuxième cause de décès, après les accidents de la circulation.

La surmortalité masculine est connue, avec des taux standardisés 3 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

La pendaison est le premier mode suicidaire dans tous les pays. Les suicides à l'hôpital représentent 5 % des suicides, avec une prévalence en hôpital général multipliée par 5 et en hôpital psychiatrique par 140.

Dans 50 à 75 % des cas, il s'agit de suicide par pendaison. On compte en moyenne, par an, **90 000 hospitalisations pour TS en médecine et chirurgie.**

IV-des conduites suicidaires :

La manifestation essentielle du trouble conduite suicidaire est la tentative de suicide. Une tentative de suicide est un comportement que l'individu a entrepris avec une certaine intention de mourir. Le comportement peut ou non conduire à une blessure ou à des conséquences médicales sérieuses.

1-Les différentes conduites suicidaires :

A- Le suicide : est un problème majeur de santé publique. L'acte de se suicider est, selon la définition de l'OMS, un attentat contre sa propre personne, avec un degré variable dans l'intention de mourir.

Le suicide est un acte suicidaire avec une issue fatale. Le suicide est l'acte de se donner volontairement la mort.

-Le « **suicidé** » désigne le sujet décédé par suicide.

B- La tentative de suicide : est un acte à l'issue non mortelle qui, en l'absence d'intervention d'autres personnes, est dommageable.

-Le sujet « **suicidant** » : est un individu qui vient de faire une tentative de suicide.

- Le sujet « **suicidaire** » est un individu dont les pensées sont ponctuées ou envahies d'idées suicidaires sans réalisation de passage à l'acte.

- 10 à 30 fois plus fréquentes que le suicide
- Plus fréquentes chez la femme que chez l'homme
- 76% sont des adolescents et 6% récidivent
- Les TS s'inscrivent dans un contexte socioculturel de crise ; c'est une conduite d'appel visant à remanier les relations du patient avec son entourage
- Les moyens utilisés : essentiellement médicamenteux ou toxiques ; parfois traumatiques

C-Le suicide collectif :

S'accompagne de la mort d'autres personnes : soit avec leur consentement : vrai suicide collectif des sectes ; soit sans leur consentement : suicide après un homicide chez le mélancolique

D-Suicide des adolescents :

L'impulsivité propre à l'adolescence provoque des passages à l'acte imprévisibles, car aussitôt pensés aussitôt réalisés

E-Suicide des enfants :

Exceptionnels, souvent liés à l'idée de punir les parents

F-Suicide des sujets âgés :

Moins fréquent dans les cultures traditionnelles du fait d'une meilleure intégration des personnes âgées. Les taux de suicide les plus élevés sont par ailleurs, enregistrés chez les personnes de 70 ans ou plus

G-Les équivalents suicidaires ou para suicide :

Certaines conduites auto-agressives (automutilations), certains refus alimentaires et thérapeutiques, certaines conduites toxicomaniaques et alcooliques, ainsi que la prise de risque grave sans nécessité ; sont considérés comme des désirs plus ou moins conscient de mort.

V -Cadres nosographiques :

A. États dépressifs sévères

Le suicide fait partie de leur sémiologie et la recherche de la mort est constante

B. Schizophrénie

- Au début lors de l'envahissement schizophrénique très angoissant
- Lors des poussées aiguës avec hallucinations délire et troubles du comportement
- Après stabilisation lors des épisodes dépressifs post-psychotiques ou meta-thérapeutiques

C. Délires chroniques

Paranoïa sensitive : vu le délire de persécution et la fréquence des décompensations dépressive

D. Troubles de la personnalité

- Personnalité limite : représente le trouble le plus fréquent en psychiatrie et aussi le plus à risque suicidaire du fait de l'impulsivité
- Personnalité psychopathique : TS de chantage, dans un contexte conflictuel
- Personnalité histrionique : TS de chantage, dans un contexte de quête affective intolérance à la frustration ;

E. Abus de substances :

Le risque de suicide chez les alcooliques est multiplié par 6. Le rôle dépressogène de l'alcool est bien documenté, et les ivresses pathologiques dépressives sont fréquentes. L'alcool peut aussi intervenir comme facteur désinhibiteur dans les pathologies psychiatriques ou dans les troubles de personnalité.

La dépendance à l'alcool est souvent associée à des difficultés d'insertion socioprofessionnelle (désinsertion, perte d'emploi, difficultés conjugales et relationnelles), créant des impasses existentielles suicidogènes. L'alcool constitue aussi une automédication de diverses situations pathologiques (phobies sociales, états anxieux divers, angoisse psychotique).

F ; Toc

Réactions dépressives

G. Pathologie médicale chronique

Invalidante, hyperalgique ; l'acte suicidaire est une réaction auto agressive ou dépressive au sentiment d'incurabilité

VI-Conduite à tenir

A. Apprécier le risque suicidaire

- L'existence de trouble psychiatrique
- Importance de la symptomatologie dépressive
- Antécédents personnels de TS et familiaux de suicide

B. Facteurs de risque individuels

1-Troubles psychiatriques

Il est établi qu'environ 90 % des suicidés présentent un trouble mental (ou plusieurs) au moment du décès.

Il s'agit dans la moitié à deux tiers des cas de troubles de l'humeur, puis des autres troubles psychiatriques, à commencer par les usages problématiques d'alcool ou de substances ou les troubles de la personnalité. La présence de plusieurs troubles est associée à un risque plus élevé.

2-Antécédents de tentatives de suicide

Ils restent le principal facteur de risque.

3-Facteurs démographiques et psychosociaux

Outre le sexe masculin et l'âge, déjà évoqués, le chômage est un facteur de risque de suicide établi : les personnes à la recherche d'un emploi ont une probabilité 3 fois plus élevée de décéder par suicide que celles ayant une activité professionnelle

- **Facteurs psychologique**: désespoir, impulsivité, anhédonie- forte réactivité émotionnelle, agressivité, faibles capacités de résolution de problèmes.
- **Facteurs biologiques**

Les études sur les facteurs biologiques et génétiques ne sont pas concluantes à ce jour.

Autres facteurs

Douleurs chroniques, maladies chroniques, , personnes détenues, etc. ont été incriminées comme de possibles facteurs de risque.

C- Syndrome pré suicidaire:

Le point commun des comportements suicidaires est la triade d'appel, de chantage, de fuite, etc.

Ringel a décrit quant à lui un syndrome pré suicidaire caractérisé

- le rétrécissement de la sphère vitale (situation, valeurs, dynamiques, relations interindividuelles) ;
- l'agressivité refoulée et retournée contre soi-même;
- la fréquence croissante des fantasmes suicidaires lié au suicide).

VII-Conduite à tenir immédiate :

La prise en charge immédiate vise à protégerle patient, d'abord du geste réalisé, mais aussi de la survenue d'un nouveau geste :

- supprimer l'accès aux moyens létaux hospitalier

• transférer le patient en urgence en milieu hospitalier pour évaluation et prise en charge d'une complication liée au moyen utilisé par le suicidant
L'indication d'hospitalisation spécialisée en psychiatrie qui interviendra toujours après stabilisation de l'état somatique.

• **diminuer le niveau de l'angoisse si nécessaire :**

il s'agit d'abord d'établir un contact favorable à l'échange verbal, lorsqu'il est possible. La prescription médicamenteuse immédiate repose sur un traitement sédatif généralement *per os*

• **briser l'isolement** en rencontrant l'entourage, dont le soutien permet l'inscription dans un réseau social structurant ;

• **Évaluation des patients suicidants**

L'évaluation du patient suicidant s'appuie sur un avis spécialisé en psychiatrie elle s'appuie sur triple évaluation **du risque, de l'urgence et du danger :**

RUD

Dans l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité, il faut explorer six éléments :

- **Le niveau de souffrance** : désarroi ou désespoir ; repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
- **Le degré d'intentionnalité** : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
- **Les éléments d'impulsivité** : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents, usage de substance.
- **Un éventuel élément précipitant** : conflit, échec, rupture, perte...
- **La présence de moyens létaux à disposition** : armes, médicaments...
- **La qualité de soutien de l'entourage proche** : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

VIII-Prise en charge hospitalière et post-hospitalière des suicidants :

La prise en charge de la crise suicidaire est toujours une urgence.

La phase pré-hospitalière permet de **protéger**, d'**évaluer** et de **décider** de la conduite à tenir.. L'hospitalisation permet de **traiter** à la fois au sens psychothérapeutique, médicamenteux et social.

Enfin la phase post-hospitalière s'appuie sur le suivi ambulatoire des suicidants. Il s'agit d'une phase de **veille** où les entretiens classiques et plusieurs stratégies visant à maintenir un contact. Leur principe est de maintenir un lien avec le patient suicidant après sa sortie des soins, sans en vahir son existence, tout en proposant des ressources fiables en cas de nouvelle crise suicidaire. Les soignants maintiennent un contact avec les patients en utilisant différents moyens de communication

IX-Prévention :

- **Primaire** : temps idéal pour éviter le passage à l'acte
- **Secondaire** : pendant la crise, hospitalisation d'urgence contre son gré
- **Tertiaire** : celle de la récurrence

X-conclusion :

- Les conduites suicidaires sont loin d'être rares, et risquent de devenir un problème social si la prévention reste méconnue.
- Informez le praticien de son rôle primordial, sensibilisez les familles afin d'éviter les ruptures de dialogues.
- Permettre la communication dans des groupes organisés.
- Accès aux soins psychiatriques
- Sensibiliser les médecins des autres spécialités