

État dépressif et évaluation du risque suicidaire: quelle prise en charge par le médecin interniste et quand référer au psychiatre ?

Dre Lamyae Benzakour

Médecin adjointe

Service de psychiatrie de Liaison et d'Intervention de Crise

Plan

- Dépression en médecine de premier recours
- Rappels généraux sur la dépression
- Diagnostics différentiels de dépression unipolaire
- Recommandations pour la prise en charge de la dépression
- Évaluation du risque suicidaire

Plan

- ***Dépression en médecine de premier recours***
- Rappels généraux sur la dépression
- Diagnostics différentiels de dépression unipolaire
- Recommandations pour la prise en charge de la dépression
- Évaluation du risque suicidaire

Atouts et rôle clé du médecin de premier recours dans la prise en charge de la dépression

- Premier contact médical
- MPR moins stigmatisant que le psychiatre
- Diagnostic et mise en route du traitement antidépresseur
- Adressage vers un psychiatre des situations complexes

Troubles dépressifs et pathologies somatiques

- Représentation fréquente : «normal» d'être déprimé si l'on souffre d'une maladie somatique grave
- Dans la plupart des maladies somatiques, le pronostic fonctionnel, voire vital est négativement impacté si la dépression est associée
- Prévalence 2-4 fois plus élevée si pathologie somatique chronique
- 25 % des patients hospitalisés à l'hôpital général
 - 12-27 % maladies cardiovasculaires
 - 11-37 % insuffisance rénale
 - 11-31 % diabète
 - 13-31 % infection VIH

Le sous-diagnostic et les sur-diagnostic de dépression

- Sous-diagnostic
 - 50% des ED ne sont pas diagnostiqués à l'hôpital général
- Causes
 - Evitement du médecin (manque de temps, non compétent, etc.)
 - Evitement du patient (déni, honte, crainte du diagnostic, du TTT, etc.)

Surdiagnostic

- Adaptation émotionnelle transitoire aux deuils multiples (invulnérabilité, projets de vie, etc.) ...risque de médicaliser une réaction adaptative
 - DD
 - • évaluation sémiologique, critères diachroniques (p.ex. symptômes présents tous les jours, pendant 2 semaines au moins, etc.), retentissement fonctionnel

La dépression est sous-diagnostiquée

- 50 à 70 % des déprimés ne sont pas reconnus comme tels par leur médecin lors de la première consultation
- **Qui sont-ils ?**
 - Hommes
 - Jeunes
 - Bon niveau d'études
 - Dépression modérée
 - Sans antécédent de dépression
 - Se plaignant d'un problème somatique (mal de dos, douleur à l'estomac...)

Plan

- Dépression en médecine de premier recours
- ***Clinique de la dépression***
- Diagnostic de dépression versus réactions dépressives
- Recommandations pour la prise en charge de la dépression
- Évaluation du risque suicidaire

La dépression (1)

- Particularités de l'épisode dépressif caractérisé
 - Durée variable (quelques semaines ou mois)
 - Symptômes caractéristiques (troubles du sommeil, fatigue, tristesse, perte d'intérêts, etc.)
 - Efficacité des traitements
 - Cause inconnue (multifactorielle : biologique et psychologique)
- 50 à 70 % des suicidants sont déprimés

La dépression (2)

- ❖ 20 % de la population présentera **au moins** un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours de sa vie
- ❖ L'EDC **multiplie par 30** le risque de suicide
- ❖ Actuellement, maladie au 4^{ème} rang des années de vies perdue et de l'incapacité (OMS)
- ❖ Au **second rang d'ici à 2020** (après les maladies cardio-vasculaires)

Sémiologie de la dépression (1)

- Altération de l'humeur
 - tristesse → → douleur morale
 - perte de la capacité à se réjouir/à ressentir
 - préservée → → hyperesthésie affective
 - altérée → → anesthésie affective
 - irritabilité
 - variations diurnes
- Perte de goût et d'intérêt
 - activités: travail / loisirs
 - relationnelle

Sémiologie de la dépression (2)

- Perte d'énergie:
 - difficulté de mise en route
 - → asthénie intense (membres en plomb)
- Ralentissement psychomoteur:
 - psychique:
 - lenteur réponses
 - difficulté concentration
 - difficulté mémoire
 - moteur: voix / visage / attitude / gestuelle
 - stupeur
- Anxiété (tension anxieuse)
 - formes spécifiques: AP, Phobies, TOC
 - → agitation: globale / extrémités

Sémiologie de la dépression (3)

- Pessimisme: → → dimension psychotique (possibilité d'hallucinations)
 - futur → → idées de ruines ou d'incurabilité délirantes
 - sa propre valeur → → idées d'inutilité délirantes
 - sa propre responsabilité → → culpabilité délirante
 - attitudes d'autrui → → idées de persécution
 - auto-apitoiement
- Idées de suicide:
 - souhait passif → → passage à l'acte prémédité
- Troubles de la libido:
 - désintérêt-dysfonctionnement
 - (plus rare): augmentation / exacerbation

Sémiologie de la dépression (4)

- Troubles du sommeil:
 - insomnie: précoce / milieu de nuit / fin de nuit
 - hypersomnie
- Troubles de l'appétit et du poids:
 - perte de l'appétit → → anorexie totale
 - hyperphagie
- Troubles somatiques:
 - préoccupations hypochondriaques (anxiété)
→ → idées délirantes (COTARD)
 - plaintes algiques (aspects culturels)

Formes cliniques (1)

Syndrome mélancolique

- douleur morale
 - diminution d'intérêt ou plaisir généralisée
 - perte de réactivité émotionnelle (anesthésie)
 - réveil matinal précoce
 - aggravation matinale
 - ralentissement / agitation psychomoteurs
 - anorexie ou perte de poids marquée (5%)
 - (baisse marquée de libido)
- Proche du syndrome somatique de la CIM-10

Formes cliniques (2)

Avec symptômes psychotiques

- idées délirantes (+/- hallucinations):
 - **congruentes à l'humeur:**
 - culpabilité
 - péché / punition méritée
 - catastrophe imminente
 - **non congruentes à l'humeur:**
 - neutres ou de persécutions
 - concept occidental-centriste

Formes cliniques (3)

Avec caractéristiques catatoniques

- Immobilité: catalepsie, stupeur
- Activité motrice excessive
- Négativisme extrême ou mutisme
- Bizzareries motrices: postures bizarres, mouvements stéréotypés, maniérisme, grimaces
- Echolalie / échopraxie

Formes cliniques (5)

Dépression récurrente brève

- Symptômes d'épisode dépressif:
- Durée < 2 semaines
en général 2 à 3 jours avec rémission complète
- Environ 1 fois / mois au cours de l'année précédente
- Diagnostic différentiel: syndrome prémenstruel

Formes cliniques (4)

Trouble dysthymique

- La plupart du temps fatigués et déprimés mais habituellement font face aux exigences de la vie quotidienne:
 - tout coûte / rien n'est agréable
 - ruminations / plaintes : manque de confiance en soi mauvais sommeil
- durée : >2 ans
- début : précoce ou tardif
- Peut se compliquer d'épisodes majeurs (dépression double)

Formes cliniques (6)

Formes somatoformes

- Dépression masquée
 - plaintes somatiques au premier plan
 - plaintes physiques concernant la tête fréquentes dans certains contextes culturels (Afrique)
- Neurasthénie
 - prédominance de fatigabilité psychique et physique et de sensations physiques désagréables
 - tableau plus fréquent dans certains contextes culturels (Asie)

Formes cliniques (7)

Formes spécifiques

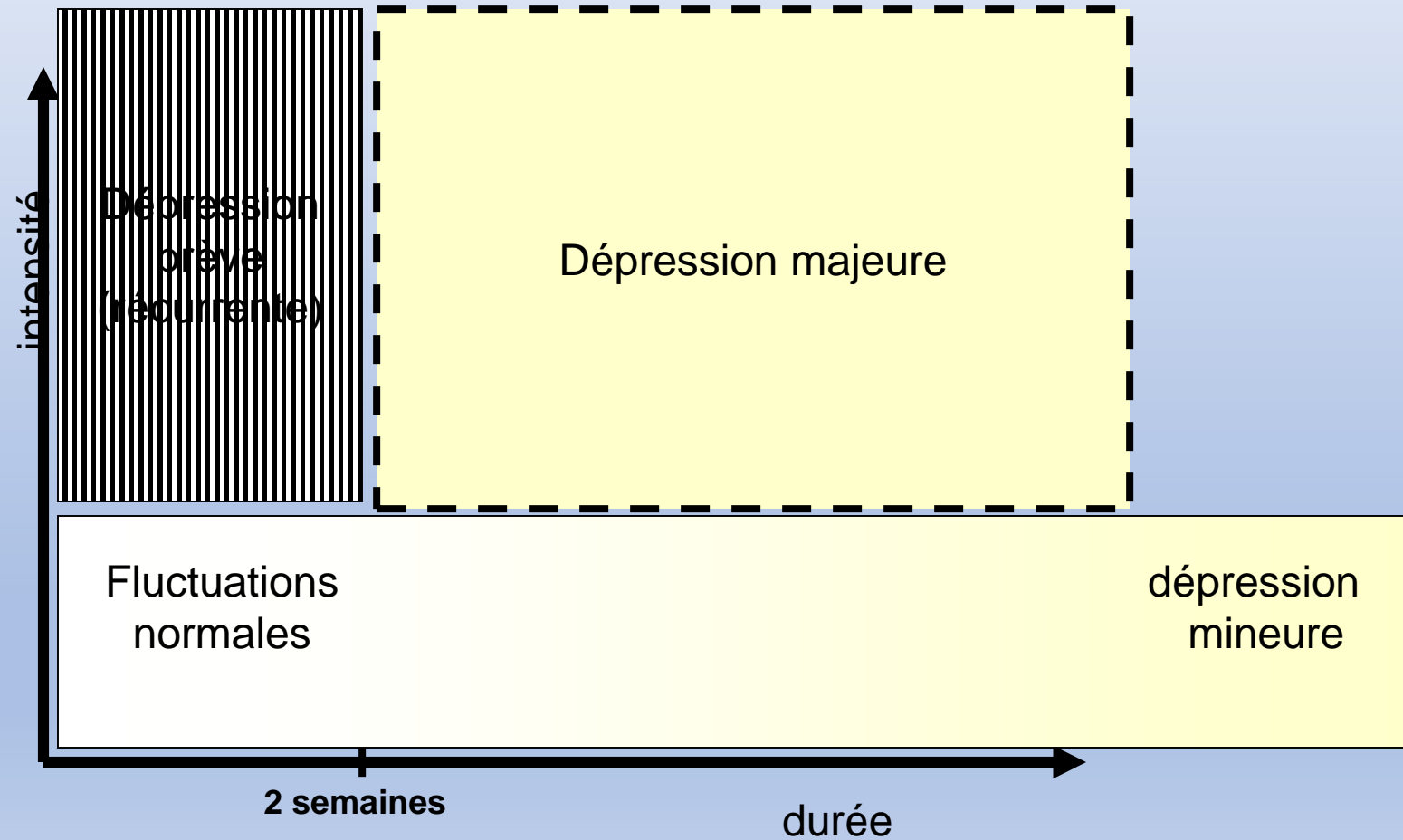
- Dépression névrotique (dite d'allure)
 - anxiété / hypochondrie
 - auto-apitoiement / agressivité
 - insomnie début et milieu de nuit
 - rôle possible d'un trouble de personnalité
- Dépression atypique (concept américain)
 - asthénie hyperphagie hypersomnie avec humeur réactive
 - typique de la dépression saisonnière
 - surreprésentation chez les bipolaires et **les adolescents**

Formes cliniques (8)

Formes selon l'âge

- **Personne âgée:** tendance à plus de
 - troubles cognitifs (pseudodémence)
 - plaintes somatiques (hypochondrie)
 - anxiété, agitation
 - culpabilité
- **Enfant:** plus difficile à repérer
 - incapacité à prendre du plaisir dans les activités de jeu
 - baisse du rendement scolaire
 - agitation
 - anxiété (de séparation)

Formes cliniques: intensité et temporalité



Enseignement post-gradué de psychiatrie SMPR du 13.02.2019

DIAGNOSTIC D'EDC

Critères diagnostiques de la CIM-10	Critères diagnostiques du DSM-5
<p>Symptômes principaux</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt, absence de joie 3. Elan vital réduit, fatigabilité élevée <p>Symptômes secondaires</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Concentration et attention diminuées 2. Estime de soi et confiance en soi réduits 3. Sentiments de culpabilité ou dévalorisation 4. Perspectives d'avenir négatives et pessimistes 5. Pensées suicidaires ou actes suicidaires 6. Troubles du sommeil 7. Appétit réduit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Humeur dépressive 2. Perte d'intérêt, absence de joie <p>} un des deux symptômes obligatoire</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fatigue ou perte d'énergie 4. Réduction de la capacité à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions 5. Sentiments de nullité ou sentiments de culpabilité démesurés 6. Pensées de mort ou de suicide, tentative de suicide ou planification de suicide 7. Perte de sommeil ou sommeil accru 8. Importante perte ou prise de poids, perte ou augmentation de l'appétit 9. Agitation psychomotrice ou ralentissement
<p>Au moins deux symptômes principaux et deux symptômes secondaires présents pendant au moins deux semaines</p>	<p>Au moins cinq des symptômes listés (incluant un symptôme obligatoire) présents pendant au moins deux semaines</p>

Évaluation de la sévérité de l'épisode dépressif

- Échelles psychométriques de sévérité (Attention: non diagnostiques)
 - Auto-évaluation
 - Quick inventory of depressive symptomatology-self rating (QIDS-SR16)
 - Hétéro-évaluation
 - Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS)
 - Inventaire de symptomatologie dépressive – évaluation par le clinicien (IDS-C30)

Plan

- Dépression en médecine de premier recours
- Clinique de la dépression
- ***Diagnostics différentiels de dépression unipolaire***
- Recommandations pour la prise en charge de la dépression
- Évaluation du risque suicidaire

Principaux diagnostics différentiels

- ED attribuables à une pathologie somatique
- Sickness behaviour
- Troubles de l'adaptation
- Autres troubles psychiatriques
 - Dépression bipolaire
 - Trouble schizoaffectif
 - Schizophrénie déficitaire
 - Trouble anxieux
 - ...

ED attribuables à une pathologie somatique

- Indices

- Présentation clinique atypique
 - Absence d'antécédent dépressif personnel et/ou familial
 - Absence de facteurs déclenchants
 - ED résistant
-
- Ex: hypothyroïdie, AVC thalamique, insuffisance surrénalienne...

ED et «sickness behaviour»

- Modifications comportementales associées à un état infectieux aigu
- Physiologie sickness behaviour :
 - Voie nerveuse (nerf vague/infections viscérales ; nerf trijumeaux / infections de la face)
 - Voie humorale (cytokines pro-inflammatoires)
 - Bases cérébrales (insula)

ED et «sickness behaviour»

• État dépressif	Sickness behaviour
L'activité diminue l'asthénie	L'effort augmente l'asthénie
Hypoalgésie	Hyperalgésie
Insomnie + anorexie ou Hypersomnie+ hyperphagie	Hypersomnie+anorexie
Ralentissement ou agitation	Ralentissement constant
Vision négative de soi, du monde, de l'avenir (=triade cognitive dépressive de Beck), culpabilité, idées suicidaires	Rarement des cognitions dépressives et des idées suicidaires
Apparition généralement progressive	Apparition brutale en relation à la cause sous-jacente

Et le trouble de l'adaptation ...

Critères DSM-5 du trouble de l'adaptation (1)

- A. Survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables **dans les 3 mois suivant** l'exposition au(x) facteur(s) de stress.
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne **un ou les deux éléments suivants** :
 - **1.** Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.
 - **2.** Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critères DSM-5 du trouble de l'adaptation (2)

C. La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental(ex.:EDC) et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D. Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.

E. Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de **6 mois**.

Critères DSM-5 du trouble de l'adaptation (2)

- **Spécifier le type :**

- 309.0 (F43.21) **Avec humeur dépressive** : Baisse de l'humeur, larmoiement ou sentiment de désespoir sont au premier plan.
- 309.24 (F43.22) **Avec anxiété** : Nervosité, inquiétude, énervement ou anxiété de séparation sont au premier plan.
- 309.28 (F43.23) **Mixte avec anxiété et humeur dépressive** : Une combinaison de dépression et d'anxiété est au premier plan.

Dépression versus réaction dépressive: quelles différences ?

- Différence sur 3 niveaux
 - Étiologie
 - Événement de vie stressant : critère obligatoire pour le trouble de l'adaptation mais pas pour l'EDC (problèmes de santé+++> stress professionnel>conflit familial et conjugal)
 - Modèle bio-psychosocial de la dépression
 - Symptomatologie
 - Cf. Critères DSM-5
 - Traitement
 - Pharmacothérapie Inefficace dans le trouble de l'adaptation et efficace dans l'EDC
 - Psychothérapie efficace pour EDC et trouble de l'adaptation

Appart, Lange, Sivert, Bihain, Tordeurs. *Le trouble de l'adaptation et le DSM-5: une revue de la littérature*, Encéphale, 2017. 43(1):41-46.

Plan

- Dépression en médecine de premier recours
- Clinique de la dépression
- Diagnostics différentiels de dépression unipolaire
- ***Recommandations pour la prise en charge de la dépression***
- Évaluation du risque suicidaire

Rechercher une étiologie somatique

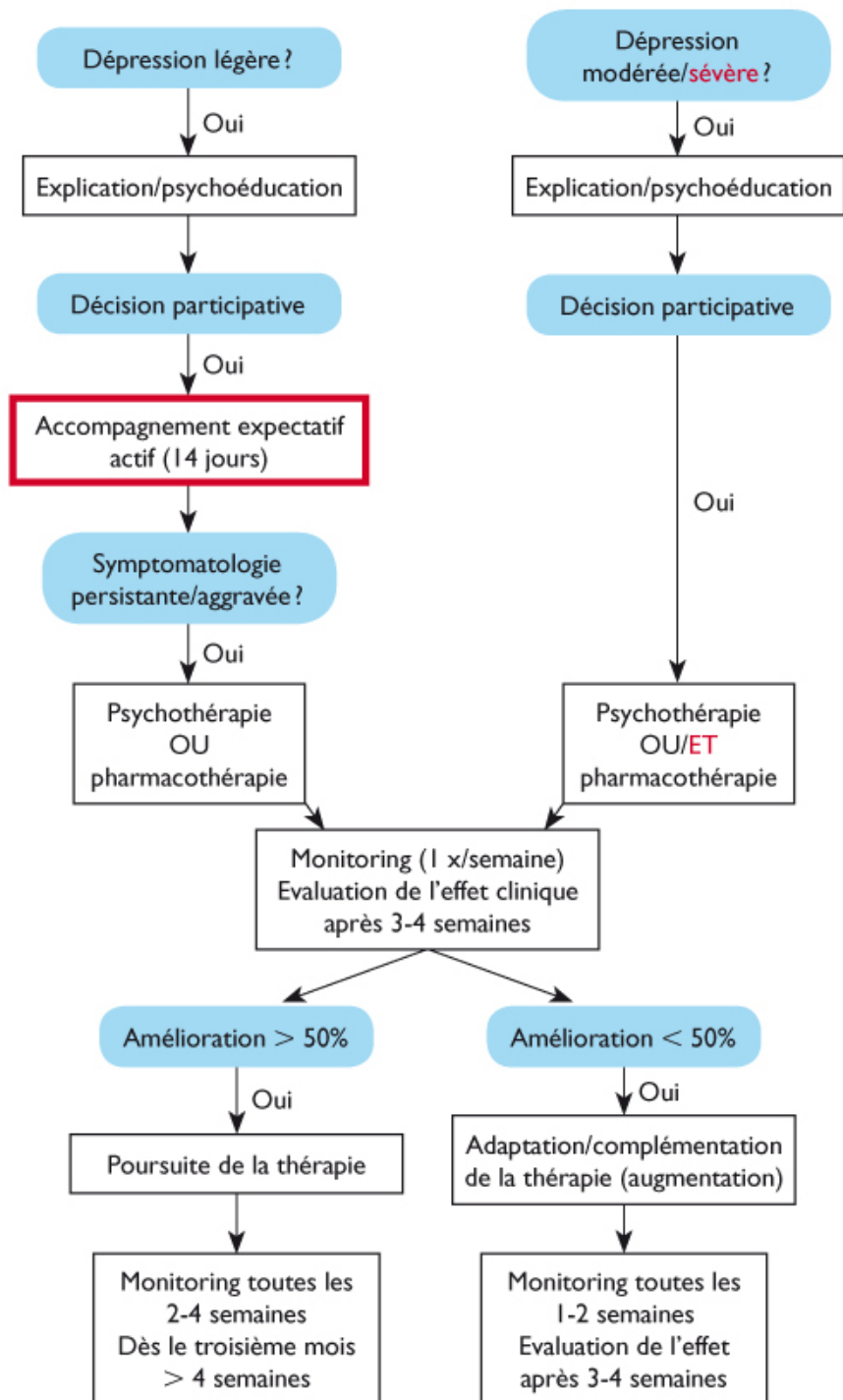
- Plusieurs situations possibles d'ED lié au contexte somatique
 - Via stress engendré par la crainte de devoir faire face à l'affection somatique elle-même (par exemple : cancer, diabète, intervention chirurgicale ou investigations invasives) ;
 - Effets de l'affection somatique elle-même (par exemple : troubles thyroïdiens, anémie) ;
 - Conséquences des médicaments prescrits pour traiter l'affection somatique ;
 - Simple coexistence avec le trouble somatique.

Bilan standard

- NFS
- VS ou CRP
- vitamine B12, folates
- Urée, créatininémie, ionogramme sanguin
- ASAT, ALAT, GGT, PAL
- TSHus
- Glycémie à jeun
- Calcémie

Selon orientation diagnostique

- Toxiques urinaires
- Ac thyroïdiens ;
- Ac antinucléaires ;
- TPHA/VDRL
- CT/IRM cérébrale
- Ponction lombaire (VDRL, anticorps à la recherche d'une borréliose, cellules, chimie, protéines, électrophorèse) ;
- sérologie VIH/VHB/VHC
- Test de suppression à la dexaméthasone ;
- Test à la cosyntropine à la recherche d'une maladie d'Addison
- ...



- Recommandations de la société suisse pour les troubles anxieux et dépressifs de la Société suisse de psychiatrie biologique et de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie

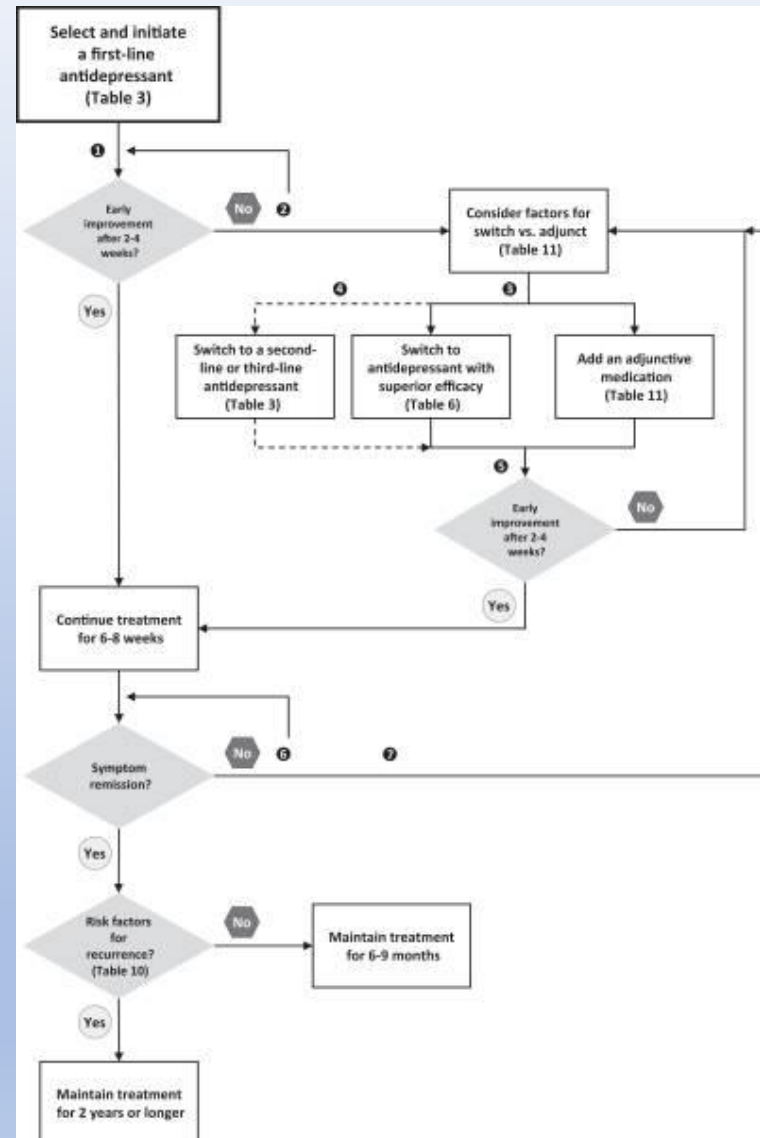
Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J, et al. Traitement somatique des troubles dépressifs unipolaires. 1partie. Forum Med Suisse 2010;10:802-9.

Pharmacothérapie

- Indications à un antidépresseur
 - Épisode dépressif unipolaire d'intensité moyenne ou sévère
 - En association à une psychothérapie
 - Diminution significative du fonctionnement et/ou de la qualité de vie
- Molécule à choisir en fonction
 - la préférence du patient
 - la réponse antérieure éventuelle à un AD
 - la sécurité, la tolérance et les effets secondaires anticipés
 - les troubles psychiatriques ou somatiques comorbides
 - les interactions potentielles
 - la demi-vie
 - les coûts

Que prescrire ?

- En 1^{ère} intention
 - ISRS, ISRN, mirtazapine (antagoniste alpha2/pro5HT1/antiH1), IRND
- Résistance
 - si absence de réponse thérapeutique après 2 AD de classes distinctes, à dosage maximal/ toléré pendant au moins 6-12 semaines.
 - À adresser au psychiatre

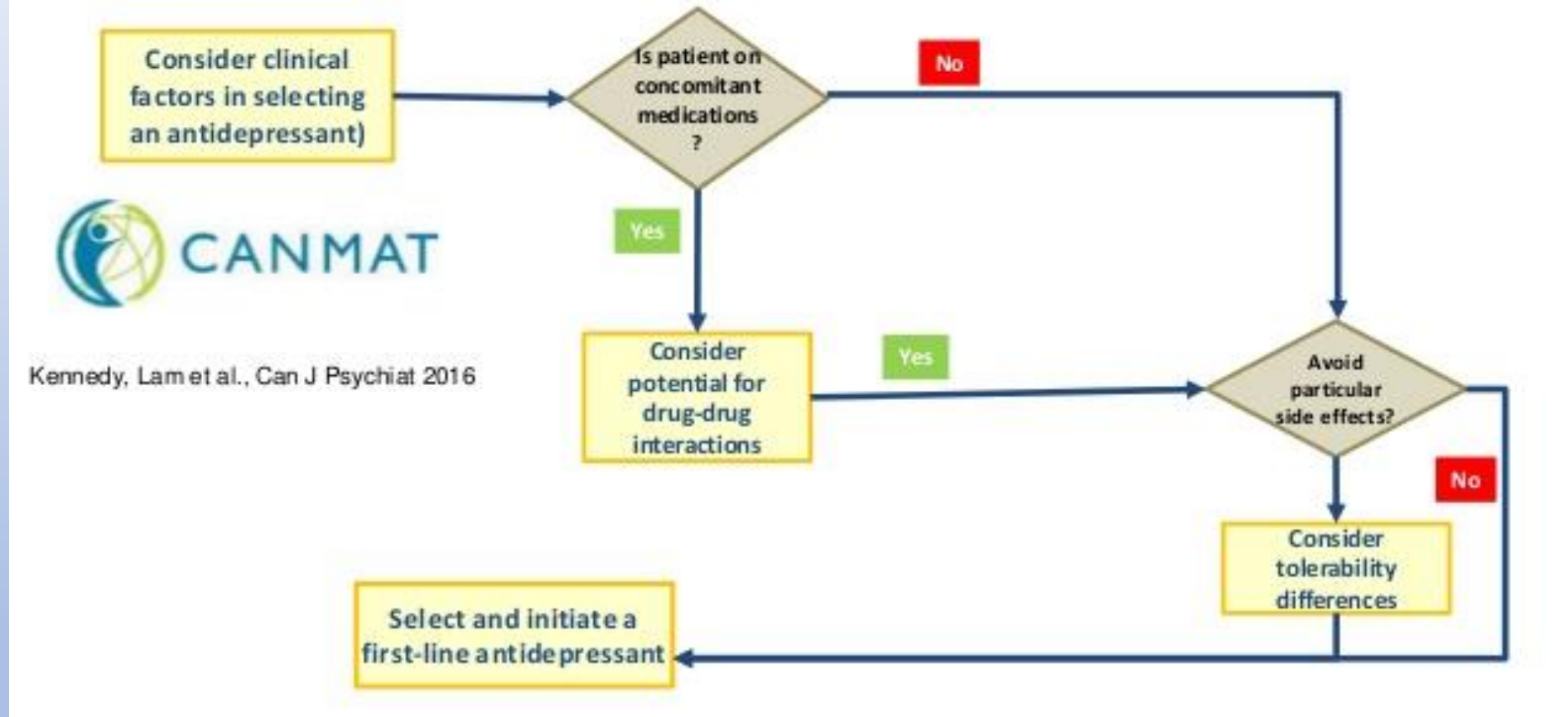


Summary algorithm for managing inadequate response to an antidepressant.

- 1) Monitor outcomes using measurement-based care.
- (2) Depending on tolerability, first optimize antidepressant by increasing dose.
- (3) For early treatment resistance, consider adjunctive use of psychological and neurostimulation treatments.
- (4) After failure of 1 or more antidepressants, consider switch to a second-line or third-line antidepressant.
- (5) For more resistant depressions, consider longer evaluation periods for improvement.
- (6) Depending on tolerability, increase dose if not at maximal doses.
- (7) For more chronic and resistant depressions, consider a chronic disease management approach, with less emphasis on symptom remission and more emphasis on improvement in functioning and quality of life.

CANMAT, 2016

CANMAT Guidelines for the Management of MDD: Pharmacotherapy Treatment Algorithm



CANMAT depression guidelines 2016

Antidepressants with evidence of superior efficacy based on met-analyses

Antidepressant	Level of Evidence	Comparator Medications
Escitalopram	Level 1	Citalopram, duloxetine, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine
Mirtazapine	Level 1	Duloxetine, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, venlafaxine
Sertraline	Level 1	Duloxetine, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine
Venlafaxine	Level 1	Duloxetine, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine
Agomelatine	Level 2	Fluoxetine, sertraline
Citalopram	Level 2	Paroxetine



Kennedy, Lam et al. Can J Psychiat. 2016

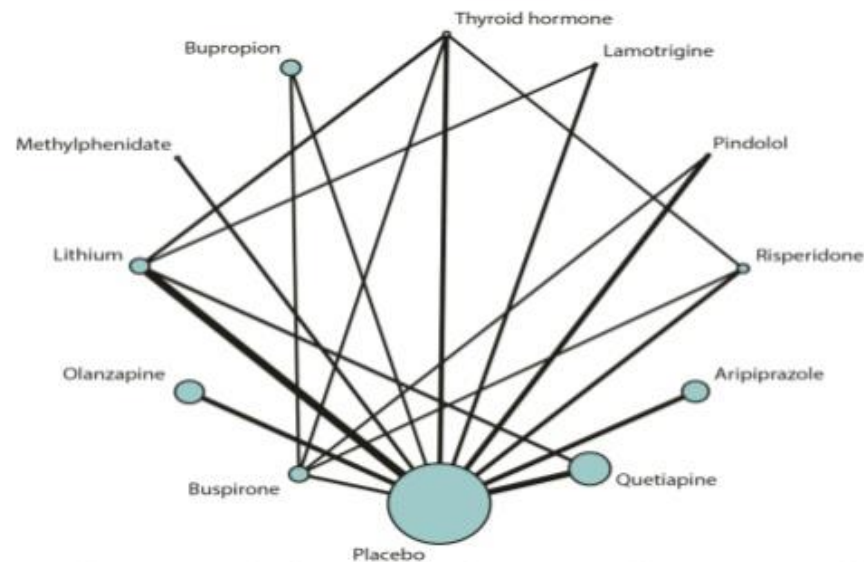
Adjunctive agents: First and Second Line

	Adjunctive Agent	Level of Evidence
First Line	Aripiprazole	Level 1
	Quetiapine	Level 1
	Risperidone	Level 1
Second Line	Brexpiprazole	Level 1
	Bupropion	Level 2
	Lithium	Level 2
	Mirtazapine/ mianserin	Level 2
	Modafinil	Level 2
	Olanzapine	Level 1
	Triiodothyronine	Level 2

Kennedy, Lam et al. Can J Psychiat 2016

Rankogram shows 1st best, 2nd best probabilities.

Figure 2. Network Plot of Eligible Comparisons for Primary Efficacy^a



^aLine width is proportional to the number of trials comparing each treatment pair. Nodal size is proportional to the number of randomized participants (sample size).

Zhou, Ravindran et al. J Clin Psychiat 2015

Recommandations pour la mise en route du traitement antidépresseur

- En association avec anxiolytique si
 - anxiété, excitation, insomnie
- Monitoring plasmatique
 - Pas en routine
 - Surtout pour les antidépresseurs tricycliques (effet dose-réponse)
 - Si réponse insuffisante malgré dose et durée réputées efficaces

Tableau 4. Principaux effets indésirables des antidépresseurs enregistrés en Suisse (Adapté de réf. 37).

Nom générique	Anticholinergiques	Nausées/troubles gastro-intestinaux	Sédation	Insomnie/excitation	Dysfonction sexuelle	Hypotension orthostatique	Prise de poids	Effets indésirables spécifiques	Mortalité en cas de surdosage
Agomélatine	-	+	-	-	-	-	-		Minime
Amitriptyline	+++	-	+++	-	+	+++	+++	a)	Elevée
Bupropion	+	+	-	+	-	-	-	b)	Minime
Citalopram	-	++	-	++	++	-	-		Minime
Clomipramine	+++	+	+	+	++	++	++	a)	Moyenne
Dibenzépine	+	-	+	-	+	+	+	a)	Moyenne
Doxépine	+++	-	+++	-	++	+++	++	a)	Elevée
Duloxétine	-	++	-	++	+	-	-		Minime
Escitalopram	-	++	-	++	++	-	-		Minime
Fluoxétine		++		+					Minime
Fluvoxamine	+	+++		+	+				Minime
Imipramine	++	-	+	++	+	++	++	a)	Elevée
Maprotiline	++	-	++	-	+	++	++	c)	Elevée
Miansérine	+	-	++	-	-	+	+	d)	Minime
Mirtazapine	-	-	++	-	-	+	++		Minime
Moclobémide	+	+	-	+	-	-	-		Minime
Nortriptyline	+	-	+	+	+	+	+	a)	Elevée
Paroxétine	+	++	-	++	++	-	+	e)	Minime
Réboxétine	-	+	-	++	+	++	-		Minime
Sertraline	-	++	-	++	++	-	-		Minime
Trazodone	-	+	++	-	++	+	+	f)	Minime
Trimipramine	++	-	+++	-	+	++	++	a)	Elevée
Venlafaxine	-	++	-	++	++	-	-	g)	Minime

Importance des effets indésirables: +++ = forte; ++ = moyenne; + = faible/minime; - = nulle/quasi nulle. a) Anomalies de l'ECG, peut abaisser le seuil épileptogène; b) Peut abaisser le seuil épileptogène; c) Risque épileptique accru; d) Dyscrasie du CYP2D6; f) Priapisme (rare); g) Hypertension.1 Symptômes habituellement provoqués par un blocage des récepteurs muscariniques, notamment xérostomie, sudations, vision floue, constipation et rétention d'urine.2 Seuls les effets cliniquement mentionnés ici.

Effets indésirables des antidépresseurs communs aux classes

- Syndrome sérotoninergique
 - Risque si co-prescription avec ttt agissant sur le sys séroto (autre AD, antimigraineux,...)
 - agitation ;sudation profuse ;diarrhées ; fièvre ; hyperréflexie ; ataxie; confusion; hypomanie;myoclonies ;frissons ;tremor.
 - Urgence médicale
- Syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique SIADH
 - chez le sujet âgé+++
 - Hyponatrémie
 - Surveillance régulière du ionogramme sanguin

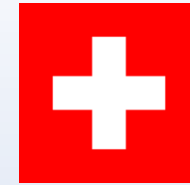
Plan

- Dépression en médecine de premier recours
- Clinique de la dépression
- Diagnostics différentiels de dépression unipolaire
- Recommandations pour la prise en charge de la dépression
- ***Évaluation du risque suicidaire***

Quelques idées reçues sur le suicide...

- « Ceux qui en parlent ne passent pas à l'acte »
 - « En parler risque de provoquer le suicide »
 - « Si le patient veut vraiment se tuer, il y arrivera »
 - « Les gens qui prennent des médicaments ne veulent pas vraiment mourir ; c'est un appel à l'aide »
 - « Le suicide est un acte autonome »
- ≈ 50 % des patients suicidés ont parlé de leur projet
 - Former à l'évaluation du risque suicidaire diminue ce risque
 - Impact du retrait des moyens létaux
 - 10 % des suicidants se suicident ; un appel à l'aide doit être entendu
 - 90% des suicidés avaient un trouble mental évolutif

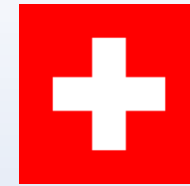
TENTATIVES DE SUICIDE



(source OFS)

- 50% pensées suicidaires
- 10% \geq 1 TS durant la vie
- 15'000 à 25'000 TS par an
- Env. 2x plus fréquentes chez la femme

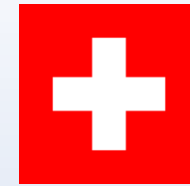
TENTATIVES DE SUICIDE



(source OFS)

- Au moins 20 à 30 tentatives par jour
- Quelques 10 000 tentatives font l'objet d'une prise en charge médicale en suisse (Muheim et al. 2013; Steffen et al. 2011)
- En moyenne, chaque tentative de suicide entraîne des frais médicaux pour un montant de 19'000 francs (Czernin et al. 2012)

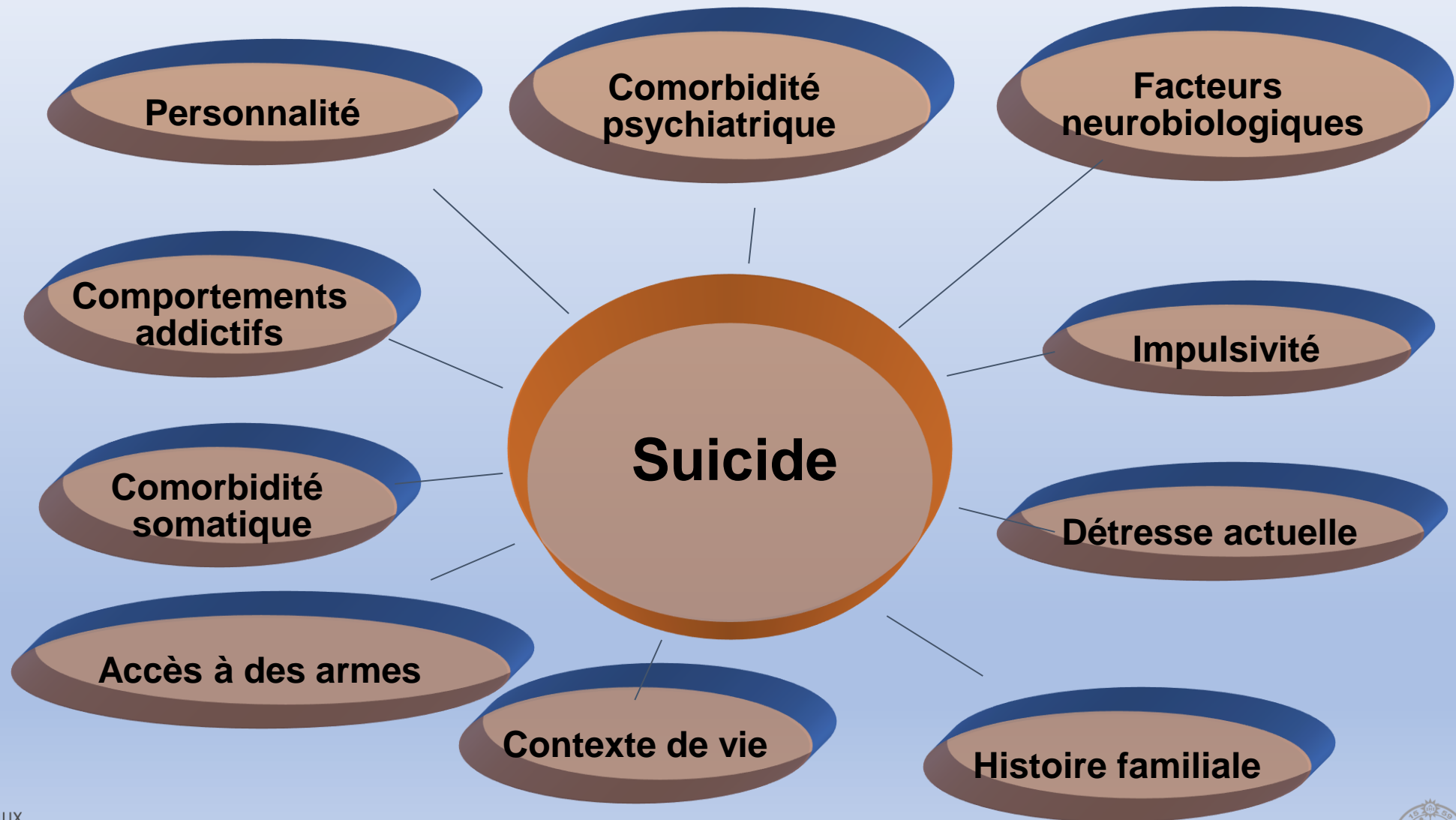
DÉCÈS PAR SUICIDE



(source OFS)

- Cause de 1-2% des décès
- 4^e cause de décès après cancer, maladies cardiovasculaires et accidents
- 2^e cause de mortalité des 15-44 ans, après accidents chez homme et cancer chez femme
- 3x plus de victimes que les accidents de la route
- 4 à 6 membres de la famille ou proches sont touchés, cela peut aller jusqu'à 20 personnes

Le suicide : un événement multifactoriel



Le suicide: un événement multifactoriel

- Des facteurs psychologiques
- Impulsivité, agressivité
- Importance du sentiment de **désespoir**
- Présence d'une symptomatologie dépressive

Le suicide un événement multifactoriel :

- Des facteurs d'environnement
- Alcool, toxiques, tabac
- Événements de vie stressants : problèmes conjugaux, difficultés socio-professionnelles
- Antécédent d'abus physiques et/ou sexuels dans l'enfance
- La présence d'une maladie (cancer, maladies neurologiques...)
- L'accessibilité à des moyens létaux (arme à feu, médicaments...)

Identification du risque suicidaire (1)

- Facteurs de risque généraux:
 - ATCD personnels de tentative de suicide 30 à 40 % des suicidants récidivent.
 - Antécédent familiaux de tentative de suicide ou de suicide
 - Âge : 15-24 ans et > 60 ans.
 - Précarité de l'insertion sociale.
 - Situation géographique
 - Maladie chronique : diabète, cancer, connectivite...
 - Antécédents de maltraitance, d'abus sexuel.

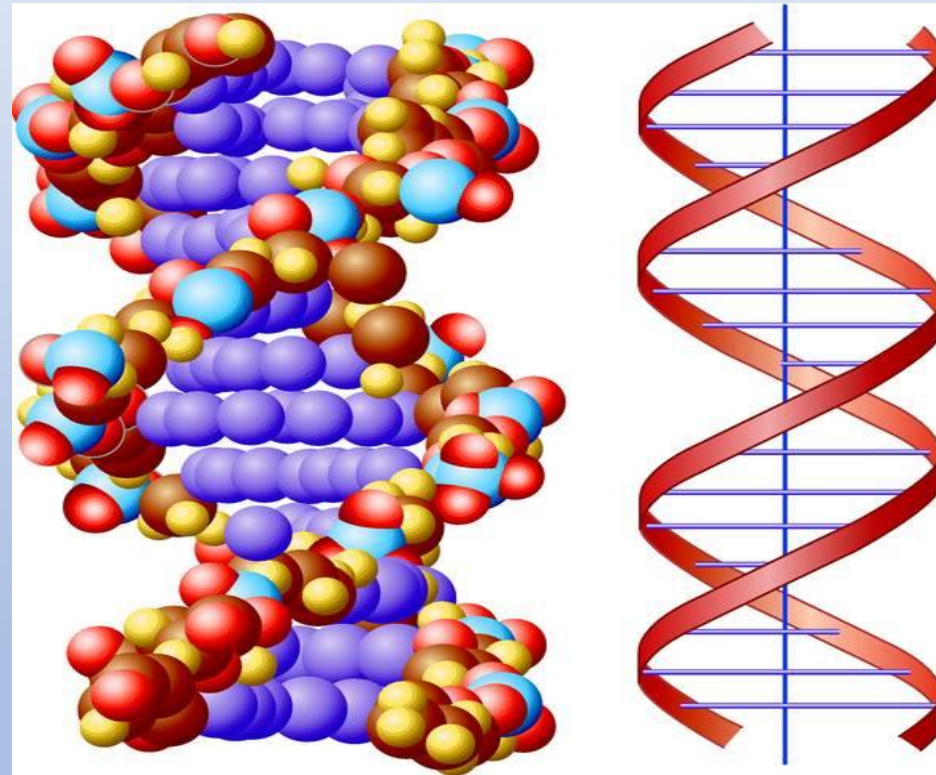
Identification du risque suicidaire (2)

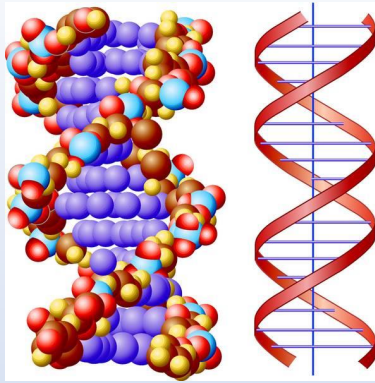
- **Facteurs de risque psychiatriques:**
 - **Troubles de l'humeur (dépression-manie)**
 - Risque suicidaire x **25** population générale
 - **Alcoolisme et toxicomanie**
 - L'alcool est le deuxième facteur de comorbidité en cas de suicide
 - Risque suicidaire sur la vie : environ 15 %
 - **Psychoses chroniques**
 - **Schizophrénie:** 10 % des schizophrènes décèdent par suicide
 - **Névroses:** Hystérie > anxiété > phobie > TOC
 - **Personnalité pathologique** : psychopathie et état limite

Tentative de suicide et impulsivité

- L'**impulsivité** joue un rôle majeur dans le passage à l'acte suicidaire
- Chez des personnes commettant une tentative de suicide
 - ❑ 75 % mettent moins d'une heure à prendre la décision,
 - ❑ 25 % moins de cinq minutes,
 - ❑ seuls 7 % y pensent pendant plus de 24 heures.
- En cas de prise d'alcool, l'impulsivité augmente et les idées suicidaires surviennent dans la demi-heure qui précède la tentative de suicide
- Dans 75 % des cas, le désir de se tuer disparaît en 24 heures
- *D'où l'importance que les patients n'aient pas à leur disposition les moyens de commettre un suicide*
 - Simon Bridge, *Australian Family Physician*, 2006 ; 35, 335-337.

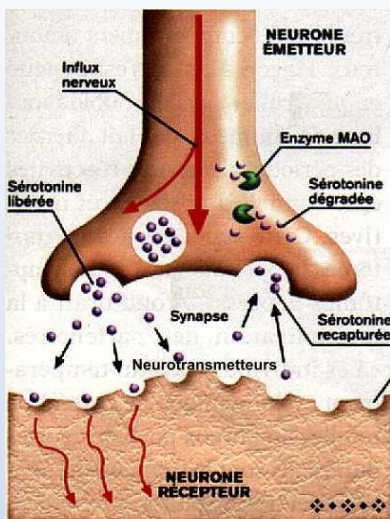
Suicide et Génétique : Existe-t-il vraiment un lien ?





Encore du domaine de la recherche mais les résultats des études actuelles montrent :

- Une augmentation du risque suicidaire (**x 4 à 10**) chez les personnes ayant un parent du 1^{er} degré qui a déjà fait un passage à l'acte suicidaire
- Une **vulnérabilité génétique spécifique** aux conduites suicidaires, indépendante d'autres troubles psychiatriques
- La transmission des **conduites suicidaires** semble en rapport avec la transmission de **traits agressifs** dans les familles



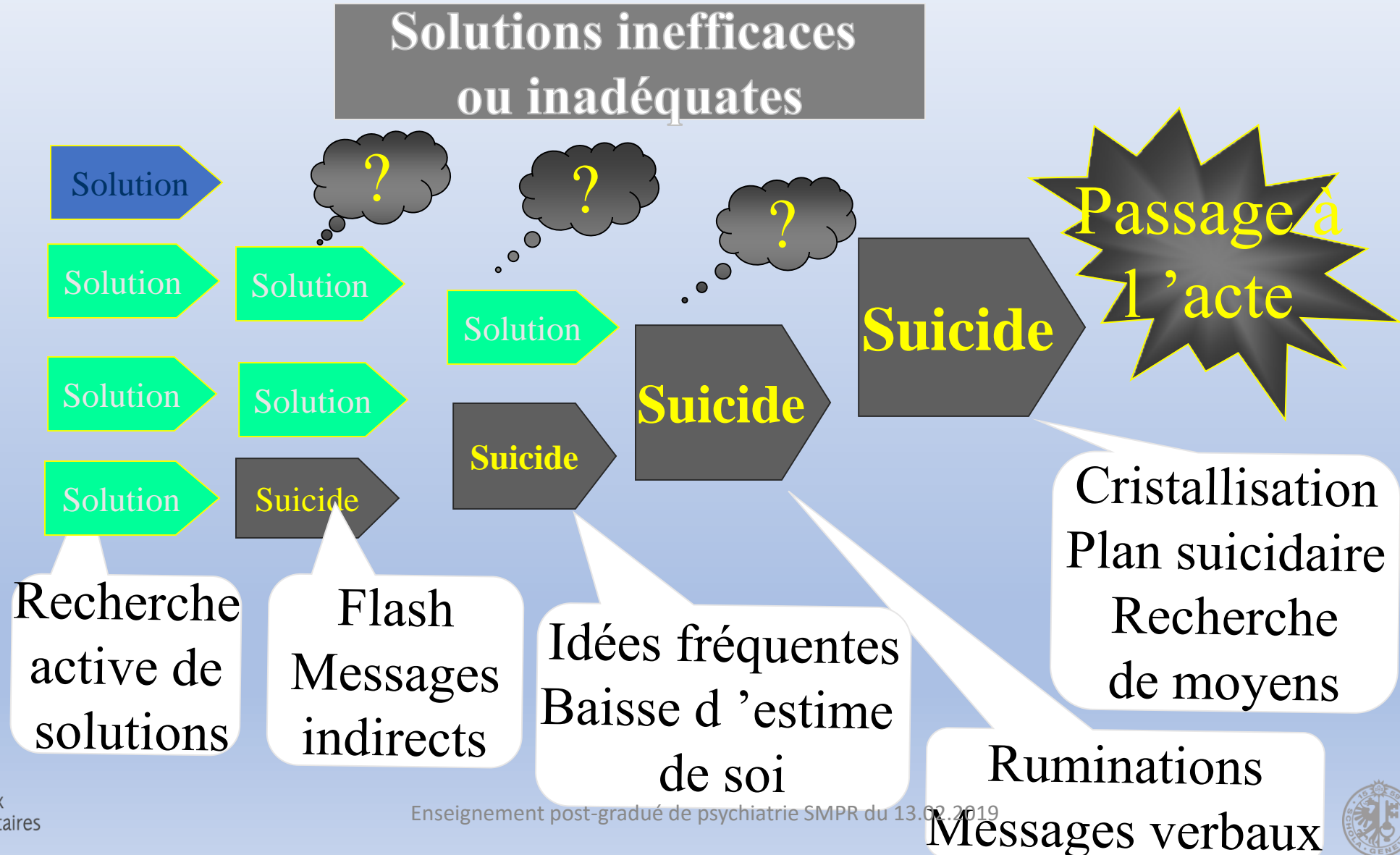
Encore du domaine de la recherche mais les résultats des études actuelles montrent :

- Les études post-mortem retrouvent une diminution de la transmission sérotoninergique
- Les gènes actuellement étudiés sont ceux du système sérotoninergique
 - **Gène Tryptophane hydroxylase (TPH1)**
 - Enzyme permettant la synthèse de la sérotonine
 - Localisé sur le chromosome 11
 - **Gène du transporteur de la Sérotonine (5-HTT)**
 - Responsable de la recapture de la sérotonine depuis la synapse
 - Localisé sur le chromosome 17

Quand des idées suicidaires deviennent-elles inquiétantes ?

- Quand elles se répètent
(ruminations obsédantes)
 - Quand il existe un scénario pour le geste
- Interroger la personne sur l'existence
d'un **scénario suicidaire**

Modèle de la crise suicidaire



Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?

La progression de la crise (Kirk, 1993) :

État de crise

État de
vulnérabilité

État
d'équilibre



Equivalents suicidaires

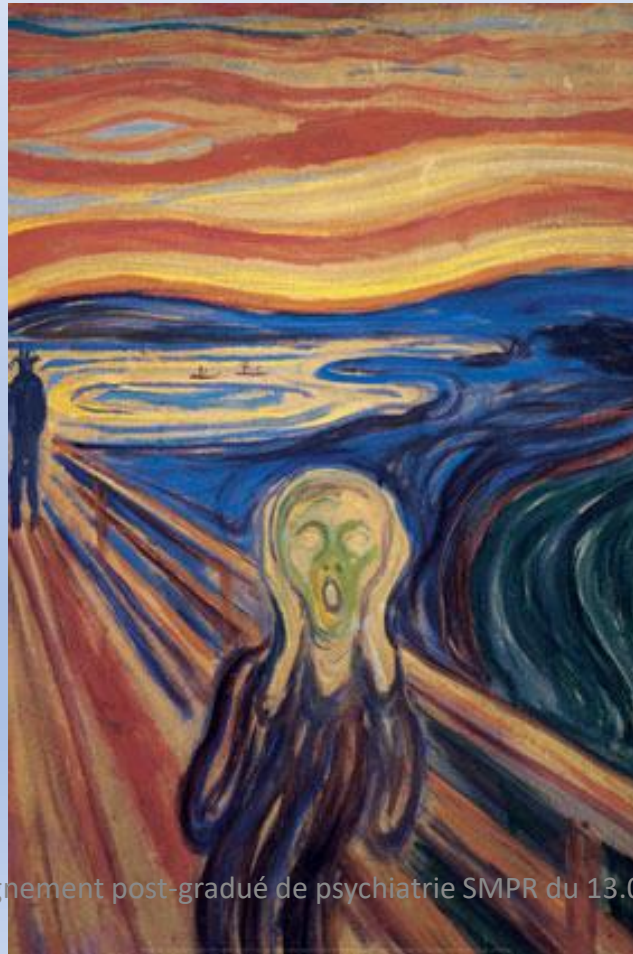
- Conduites à risque :
 - Prise de risque inconsidérée au volant
 - Sports à risque (base jump, saut à l'élastique...)
 - Consommation massive de toxiques (alcool, cannabis...)



Equivalents suicidaires

- Mais aussi...
 - ✓ refus de soins dans les maladies chroniques (asthme, diabète, cancer)
 - ✓ refus alimentaire
 - ✓ chez l'enfant:
 - certains "accidents" (intoxication accidentelle, traverser la rue sans regarder)

Comment évaluer le risque de passage à l'acte en présence d'idées suicidaires?

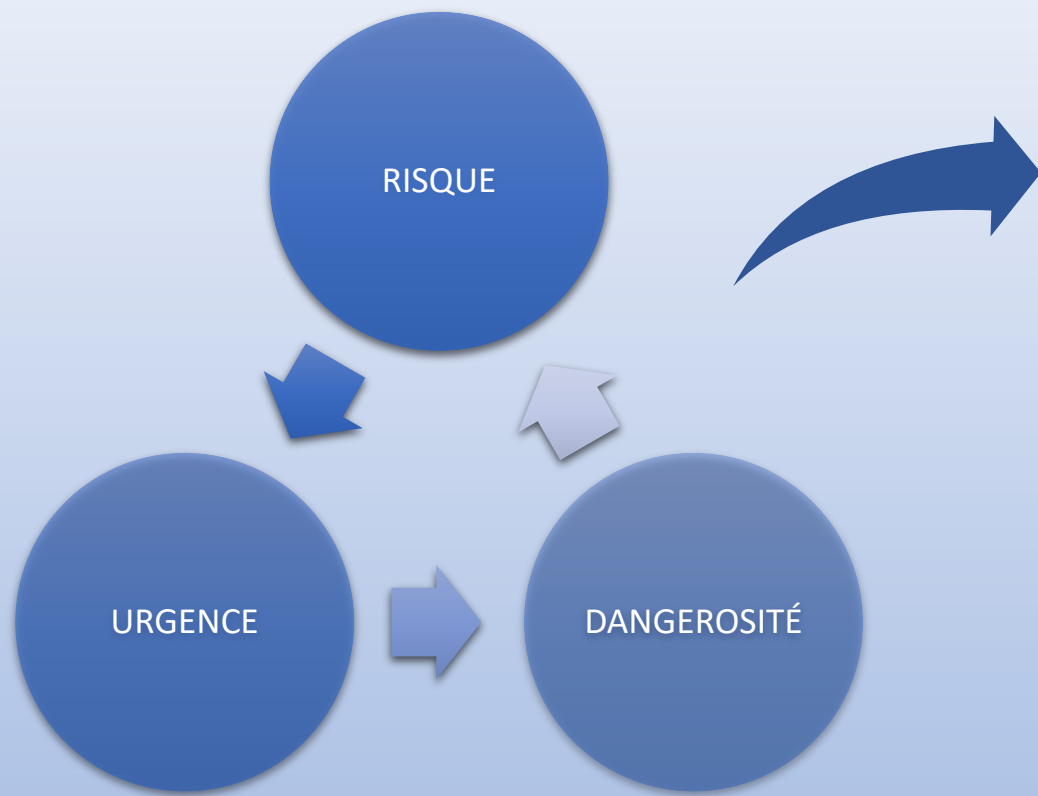


Enseignement post-gradué de psychiatrie SMPR du 13.02.2019

En Pratique: Evaluation du patient suicidaire

- **R**isque (facteurs de risque)
- **U**rgence
- **D**anger

→ Règle RUD



	FAIBLE	MOYEN	ÉLEVÉ
R			
U			
D			

RISQUE GLOBAL

RISQUE

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psycho sociaux	Facteurs judiciaires	Facteurs pénitentiaires
<p>Antécédent personnel de TS</p> <p>Troubles de la personnalité avec impulsivité, réaction de colère, rigidité de la pensée, agressivité</p> <p>Existence de conflits avec les proches</p> <p>Dépendance à l'alcool et/ou aux drogues</p> <p>Dépression, psychose</p>	<p>Sévices physiques et/ou sexuels durant l'enfance</p> <p>Abandon et ou placement</p> <p>Antécédents familiaux de suicide</p>	<p>Isolement social et affectif</p> <p>Position sociale</p> <p>Pertes et séparations</p> <p>Deuil Endeuillé par suicide</p> <p>Contexte de contagion de suicide</p>	<p>Faits reprochés de nature criminelle</p> <p>Prévenu</p> <p>Confrontation aux victimes</p> <p>Reconstitution</p> <p>Procès</p> <p>Sentence</p> <p>Refus de libération conditionnelle</p> <p>Nouvelle affaire</p>	<p>Primo incarcération</p> <p>Placement en prévention au QD Placement au QD</p> <p>Se sent menacé</p> <p>Transfert pour motif disciplinaire</p> <p>Eloignement familial dû à un transfert</p> <p>Peine supérieure à 20 ans</p>

RISQUE

Facteurs de protection

- Ouverture à la nouveauté, capacité de s'adapter aux changements, de faire face aux difficultés
- Se sentir utile, percevoir que sa vie a du sens
- Religion
- Hobbys, participation active à des organisations
- Qualité des liens familiaux
- Curiosité, humour

RUD

2- Urgence

- Quand le passage à l'acte est imminent (48 ou 72 heures)
- Probabilité de mourir dans les 48h
- Elle se fonde sur :
 - la persistance des idées suicidaires (fréquence, intensité)
 - l'absence d'alternative autre que le suicide (degré de désespoir)
 - le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte
 - le niveau de soutien, mobilisation du groupe

URGENCE

URGENCE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N E
CONTENU	Idées diffuses	Idées fréquentes	Idées fréquentes et quotidiennes	Seule ou principale solution	Projet > 48h	Projet < 48h	Projet immédiat	Tentative en cours ou stoppée	Décès	
E1	→									
E2			→							
E3			←							
E4		←								



URGENCE

FAIBLE

Pense au suicide, pas de scénario précis

MOYEN

Scénario envisagé mais reporté

ELEVE

planification claire, passage à l'acte prévu pour les prochains jours (48-72h)

RUD

3- Dangerosité

- Niveau de souffrance (désespoir ; repli sur soi, isolement relationnel, dévalorisation ou culpabilité)
- Degré d'intentionnalité (ruminations, plan, scénario)
- Éléments d'impulsivité (tension psychique, instabilité comportementale ; agitation, antécédent de passage à l'acte...)
- Eventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.
- Présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.
- Qualité du soutien de l'entourage proche

DANGEROUSITÉ

LÉTALITÉ ET ACCESSIBILITÉ DU SCÉNARIO SUICIDAIRE



Cas clinique

Merci de votre attention...