

Le médecin et le patient suicidaire

Partie I: Aspects fondamentaux

K. Michel

Les médecins ont-ils le droit d'empêcher les hommes de se suicider? ou bien le suicide est-il un «droit sacré» de l'individu (Jean Améry) à disposer de sa vie?

En moyenne, le médecin praticien est confronté à un suicide accompli tous les deux à trois ans et à 1 à 6 tentatives de suicide par année [1]. Les idées suicidaires sont encore beaucoup plus fréquentes. En Suisse, jusqu'à 50% des adolescents (15 à 19 ans) avouent avoir eu des idées suicidaires [2]. L'image de l'iceberg s'impose comme paradigme adéquat [3]. Les quelque 1300 décès par suicide par année (1296 en 1999) dans notre pays ne seraient que la pointe de l'iceberg; en effet en-dessous, dans la partie encore visible c'est-à-dire émergée, suivent les tentatives de suicide, estimées au nombre de 10 000 à 20 000, qui chaque année aboutissent à un traitement médical [4]. Plus bas, sous la surface de l'eau, on estime à trois à quatre fois plus grand le nombre d'actes automutilants (par exemple coupures) qui ne conduisent pas à une consultation médicale. Mais la partie la plus basse et la plus grande de l'iceberg est constituée de crises émotionnelles «habituelles», qui peuvent aboutir au suicide avec ou sans idée suicidaire. Toute crise qui dépasse les possibilités de l'individu à la surmonter peut représenter le début d'un développement suicidaire. Le paradigme de l'iceberg illustre que la prévention médicale du suicide ne concerne pas que la pointe de l'iceberg, c'est-à-dire ne s'applique pas seulement au patient en danger aigu, mais avant tout aux nombreuses formes de crises psychiques et psychosociales qui conduisent les individus à consulter le médecin – la plupart du temps en raison de troubles somatiques ou nerveux.

Problèmes de communication

Une étude rétrospective finlandaise portant sur 571 cas de suicide pour lesquels les suicidants avaient eu auparavant un contact avec une personne du monde médical, a montré qu'au cours de la dernière consultation, le thème suicide n'avait été abordé que dans 22% des cas [5]. 18% des patients étaient encore allés trouver leur médecin le jour même du suicide et dans ces consultations aussi, le thème suicide n'avait été abordé que dans un cinquième des cas. D'autres études montrent une augmentation de

la fréquence des consultations médicales avant un acte suicidaire – un signal que l'évolution vers le suicide ou la tentative de suicide se déroule souvent sur une longue période et que l'occasion de parler du thème suicide avec les patients existe sans doute.

Pour quelles raisons le thème du suicide n'est-il donc si souvent pas abordé? Apparemment, nous avons généralement tendance à sous-estimer le problème. Dans une enquête à Berne, la plupart des médecins pensaient qu'ils reconnaîtraient un risque suicidaire chez leurs patients. Mais lorsqu'on interrogeait les médecins à propos d'un suicide ou d'une tentative de suicide parmi leur patientèle, 48% de ces médecins disaient avoir été surpris [6]. Un autre problème résulte du fait que les patients suicidaires consultent leur médecin la plupart du temps non pas en raison d'«idées noires», mais pour des troubles somatiques. Ce sont surtout les patients de sexe masculin qui éprouvent de la difficulté à parler de problèmes émotionnels, que ce soit par honte ou par peur d'être incompris (et d'être éventuellement adressés à une clinique psychiatrique). Dans ce sens, Rutz [7] parle d'un syndrome dépressif spécifiquement masculin – souvent masqué – avec moins de baisse d'humeur dépressive manifeste mais en revanche avec plus de problèmes de comportement, comme abus d'alcool par exemple.

Un fait laisse songeur: selon une étude auprès des patients d'une clinique, ceux-ci ont affirmé qu'ils s'étaient sentis mieux aidés par les soignants non médecins ou les travailleurs sociaux que par les médecins, et qu'ils préféreraient avoir un suivi auprès d'un soignant non médecin [8]. Cela pourrait être en relation avec le fait que les médecins sont souvent de mauvais communicateurs et qu'ils restent souvent emprisonnés dans la forme de pensée essentiellement causale à laquelle on les éduque pendant leur formation. Un certain nombre de travaux anglais [p.ex. 9] ont fait une comparaison entre les explications des psychiatres et celles des patients au sujet de tentatives de suicide médicamenteuses. Parmi les explications proposées, les psychiatres choisissaient le plus fréquemment ce qu'on appelle des motifs de manipulation («influencer une personne importante»), tandis que les patients portaient leur choix sur des motifs avant tout intra-psychiques (p.ex. «mes idées étaient à ce point insupportables

Correspondance:
Pr Konrad Michel
Universitäre Psychiatrische
Dienste (UPD)
Direktion Sozial- und
Gemeindepsychiatrie
Murtenstrasse 21
CH-3010 Berne

konrad.michel@spk.unibe.ch

que je ne voyais pas d'autre possibilité que le suicide»), auxquels les psychiatres n'attachaient de leur côté pas beaucoup d'importance. Dans ce sens, il n'est donc pas étonnant que les médecins sous-estiment l'importance de l'angoisse dans la crise suicidaire [10]. Nous devons admettre qu'un manque de compréhension des mobiles du suicide, c'est-à-dire la différence des modèles d'explication du comportement suicidaire, compromet fortement la relation médecin-malade et, partant, également la communication.

Facteurs de risque

D'une manière générale, plus un individu est semblable – pour les caractéristiques typiques – à un individu qui a commis un suicide, plus le risque est grand. Les maladies psychiatriques constituent les plus importants facteurs de risque. De nombreuses études rétrospectives dans divers pays montrent depuis des années que plus de 90% des individus qui commettent un suicide sont atteints d'une maladie psychique [11]. Les diagnostics les plus fréquents sont les dépressions, la dépendance à l'alcool et aux drogues, la schizophrénie et les troubles de la personnalité. Il est possible que plusieurs diagnostics soient présents en même temps (p.ex. dépression et dépendance).

La dépression est le facteur de risque le plus important. Parmi les patients en traitement médical qui commettent un suicide, jusqu'à 75% présentent une symptomatologie dépressive claire [12]. Les troubles dépressifs sont liés à une fréquence de suicide 20 fois plus élevée. Malheureusement, il arrive encore souvent que les états dépressifs ne soient pas reconnus [13] et que les patients dépressifs ne reçoivent aucun traitement antidépresseur ou un traitement insuffisant [12,14]. Isacson et al. [15] ont même découvert qu'on avait trouvé des antidépresseurs dans le sang de seulement 16% de 3400 patients qui s'étaient suicidés. Une explication possible à cet état de fait serait que les symptômes dépressifs ne sont souvent pas reconnaissables durant la consultation s'ils ne sont pas explorés spécifiquement. Les patients dépressifs chez qui le diagnostic a été négligé n'avaient probablement eux-mêmes que peu de discernement de la nature psychique de leurs troubles. Chez ces patients, les plaintes somatiques sont souvent au premier plan: problèmes du tractus gastro-intestinal, perte d'appétit, fatigue, troubles du système nerveux végétatif, douleurs, etc.

La répartition aujourd'hui surannée des états dépressifs en dépressions réactionnelle, névrotique et endogène a eu pour conséquence que les dépressions dites réactionnelles n'étaient pas ou que peu traitées de manière consé-

quente par des médicaments antidépresseurs, même lorsque la symptomatologie et l'atteinte étaient étendues. Fawcett [16] écrivait en 1972: «The presence of a reason for depression does not constitute a reason for ignoring its presence». Notre enquête auprès des médecins de premier recours a confirmé qu'il existait la tendance à considérer comme moins sévères les dépressions qualifiées de réactionnelles et que, la plupart du temps, les antidépresseurs n'étaient pas prescrits. Les systèmes de classification modernes (ICD-10, DSM-IV) qui sont descriptifs et répartissent les états dépressifs selon l'extension de la symptomatologie (épisode léger, modéré, sévère) ont dans ce sens apporté une amélioration.

A court terme, le risque suicidaire est plus grand lorsque la symptomatologie dépressive se manifeste avec de l'agitation, de l'angoisse ou des attaques de panique. Les traits psychopathologiques liés à un risque suicidaire élevé sont: idées à contenu dépressif, désespoir et estimation péjorative de l'avenir. Pour le médecin de famille, il est important de savoir que le risque de suicide est particulièrement élevé à l'issue d'un traitement psychiatrique hospitalier. A leur sortie de l'hôpital, les patients sont souvent à nouveau confrontés à leur ancienne situation de vie et tombent dans un nouvel état de démoralisation. Il est donc faux de considérer qu'après un séjour hospitalier, le patient pourrait être guéri du risque suicidaire.

En plus des facteurs de risque cliniques, il existe toute une liste de facteurs de risque personnels et sociaux: l'appartenance au sexe masculin, un âge supérieur à 45 ans, des tentatives de suicide antérieures. On ne prête jamais assez d'attention à ce dernier point lors de l'anamnèse. Questionner le patient au sujet d'éventuelles crises émotionnelles ou tentatives de suicide antérieures devrait faire partie de la routine. Chez les patients qui commettent un acte suicidaire, l'anamnèse antérieure révèle une ou plusieurs tentatives de suicide dans une grande proportion: jusqu'à 50% des cas.

Mais d'une manière tout à fait générale, il faut admettre que chaque cas est individuel et qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions ou de faire une estimation sûre du risque. Les facteurs de risque ne constituent donc pas une base de décision absolument fiable pour d'éventuelles mesures ultérieures telles que par exemple une hospitalisation d'office (non volontaire). Les facteurs de risque suicidaire représentent un élément d'appréciation qui n'a de sens que dans le cadre d'une réflexion basée sur l'impression clinique globale. Les aspects pratiques de l'exploration du patient suicidaire seront discutés dans la deuxième partie de cette série d'articles.

Formation continue

Les attitudes face au suicide sont en corrélation avec les connaissances théoriques: Domino et Swain [18] ont montré que les professionnels munis d'une meilleure connaissance du problème considéraient plus rarement le suicide comme une manipulation.

Les séminaires de formation continue peuvent occasionner une modification significative des connaissances et de l'attitude des médecins de premier recours [19]. Sur la base de cette expérience, les séminaires «crise et suicide» ont été développés et mis sur pied dans diverses régions suisses dans le cadre de la campagne de prévention de la FMH et de l'OFSP.

La principale étude qui ait jusqu'ici montré l'importance de la formation continue et du développement de la compétence des médecins pour la prévention du suicide est celle de Rutz et collaborateurs [20]. Sur l'île de Gotland en Mer Baltique, un groupe de psychiatres fit une expérience naturelle en offrant deux fois dans l'hiver des cours et des séminaires aux médecins de premier recours, sur le thème Reconnaître et traiter les dépressions. Comme on craignait que les médecins ne se surévaluent dans le traitement des patients dépressifs, l'examen de divers paramètres furent inclus dans l'enquête (p.ex. certificats pour l'employeur, habitudes de prescription de psychotropiques, taux de suicide, etc.). On s'attendait d'abord à ce que ces changements dans les rapports avec les patients dépressifs puissent entraîner une augmentation des taux de suicide. Or, on constata le contraire: après le deuxième séminaire, le taux de suicide était significativement plus bas. En même temps, les prescriptions d'antidépresseurs avaient augmenté, tandis que celles d'anxiolytiques diminuaient. Étonnamment, le nombre de traitements en milieu psychiatrique stationnaire avait aussi diminué de plus de 50%, ainsi que la durée moyenne d'incapacité de travail. En d'autres

termes: après la formation continue, les médecins de premier recours reconnaissaient plus fréquemment les états dépressifs, les traitaient eux-mêmes (correctement) plus fréquemment et, parallèlement, le taux de suicide diminuait. Malheureusement, les taux de suicide s'élevèrent à nouveau lentement au cours des années suivantes, peut-être en raison du fait que de nombreux médecins ne travaillaient sur l'île de Gotland que temporairement, dans le cadre du service de santé publique de l'Etat.

Il faut remarquer que jusqu'ici, on n'a pas pu montrer que les traitements psychiatriques institués après une tentative de suicide diminuent de manière significative la fréquence d'actes suicidaires ultérieurs. Ceci souligne l'importance du rôle du médecin de premier recours dans la prévention du suicide.

Le rôle des antidépresseurs dans la prévention du suicide

En présence d'une symptomatologie dépressive, la mesure antisuicidaire la plus importante est une médication antidépressive adéquate. Isacson a établi un rapport entre l'augmentation (de cinq fois) des prescriptions d'antidépresseurs et une diminution de 25% de la fréquence des suicides au cours de ces dernières années en Suède. La même relation a été découverte en Finlande, au Danemark et en Norvège, et même aussi en Hongrie où la fréquence du suicide était traditionnellement la plus élevée d'Europe. Ces observations sont en harmonie avec celles de Rutz et al., et concordent logiquement avec la constatation renouvelée depuis des années, que seuls une minorité de patients dépressifs ayant commis un acte suicidaire avaient auparavant bénéficié d'un traitement médicamenteux antidépresseur à doses suffisantes.

Mais avec les antidépresseurs, nous sommes confrontés au paradoxe que ce sont avant tout

Tableau 1.
Comportement suicidaire en chiffres – Suisse.

Nombre de décès par suicide, 1999 (source: Office fédéral de la statistique, section santé)	
Femmes	367
Hommes	929
Total	1296
Taux de suicide/100 000 habitants (1997)	16,3
Tentatives de suicide par année, ayant occasionné un traitement, estimé [4]	8000–10 000
Taux de tentatives de suicides/100 000 habitants [4]	
Femmes	177,1
Hommes	128,6

Quintessence

- Le médecin devrait être conscient de la disposition à sous-estimer la tendance suicidaire au cabinet médical. Cette disposition peut notamment être en rapport avec notre modèle de pensée biomédical qui, dans l'appréhension d'une maladie, ne nous aide pas toujours à rester ouvert aux idées et états d'âme de nos patients.
- Les enquêtes montrent que les patients pensent au suicide comme une issue possible à une situation insupportable, sans que cela ne vienne à la surface dans la conversation au cours de la consultation.
- Mais le rôle de bon communicateur et d'auditeur attentif et intéressé n'est pas seul constitutif de la compétence du médecin. Des connaissances théoriques sur le comportement suicidaire et les facteurs de risque sont également nécessaires.
- Une symptomatologie dépressive est le facteur de risque suicidaire le plus important et ne peut souvent être révélée que par une interrogation ciblée. Les patients dépressifs consultent fréquemment le médecin en raison de troubles physiques non spécifiques.
- Une médication antidépressive efficace et suffisamment dosée peut sauver la vie. La condition première d'un traitement efficace de la tendance suicidaire est cependant une bonne relation médecin-patient et l'observance thérapeutique du patient. Ces deux éléments peuvent être améliorés à l'occasion de séminaires de formation continue pour les médecins.

les anciennes substances tricycliques – qui réduisent le risque suicidaire en vertu de leur effet antidépresseur – qui constituent un moyen de

suicide approprié en vertu de leur toxicité. L'index de toxicité (nombre de cas de décès consécutifs à un surdosage intentionnel par million de prescriptions d'une substance [17]) montre que les antidépresseurs sont nettement différents les uns des autres du point de vue de la fréquence d'issues fatales consécutives à un surdosage. Les nouvelles substances (avant tout les ISRS = inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont nettement moins toxiques que les antidépresseurs tricycliques. Mais si l'on considère tous les suicides (c'est-à-dire également d'autres méthodes) qui surviennent sous traitement avec diverses substances antidépressives, il n'y a pratiquement pas de différence entre ces substances quant à la fréquence des suicides. Il semble qu'il ne soit donc pas justifié de ne prescrire que les nouveaux antidépresseurs. Les experts s'accordent à dire que, pour une prévention efficace du suicide, ce n'est pas la toxicité de l'antidépresseur qui est décisive en premier lieu, mais bien au contraire un traitement efficace et compétent des états dépressifs. Or, l'efficacité du traitement de l'état dépressif et du risque suicidaire ne dépend pas que du choix du médicament antidépresseur, mais tout autant de l'observance thérapeutique du patient. Par ailleurs, en cas de tendances suicidaires, il faudrait éviter de délivrer de gros emballages.

Références

- Walther F, Noack H. Suizid und Suizidversuch in der ärztlichen Praxis. Dissertation, Bern 1993.
- Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:28-33.
- Ladame F, Jeanneret O. Suicide in adolescents: some comments on epidemiology and prevention. *Journal of Adolescence* 1982;5:355-66.
- Michel K, Knecht Ch, Kohler I, Sturzenegger M. Suizidversuche in der Agglomération Bern. *Schweiz Med Wochenschr* 1991;121:1133-40.
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry* 1995;152:919-92.
- Michel K. Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? *Schweizerische Med Wochenschr* 1986;116:770-4.
- Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Philgren H. Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1997;1:39-46.
- Treolar AJ, Pinfold TJ. Deliberate self-harm: An assessment of patients' attitudes to the care they receive. *Crisis* 1993;14:83-9.
- Bancroft J, Hawton K, Simkin S, Kingston B, Cumming C, Whitwell D. The reasons people give for taking overdoses: a further enquiry. *British Journal of Medical Psychology* 1979;52:353-65.
- Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted suicide: Do we understand the patients' reasons? *General Hospital Psychiatry* 1999; 21:62-9.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:1001-9.
- Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. Suicide in bipolar disorder in Finland. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:1020-4.
- Freeling P, Rao BM, Paykel ES. Unrecognized depression in general practice. *British Medical Journal* 1985;290,1880-3.
- Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Stajic M, Hartwell N, Portera L. Use of prescription of psychotropic drugs among suicide victims in New York City. *American Journal of Psychiatry* 1995;152: 1520-2.
- Isacsson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *British Medical Journal* 1994;308:506-9.
- Fawcett J. Suicidal depression and physical illness. *JAMA* 1972;219: 1303-6.
- Cassidy J, Henry S. Fatal toxicity of antidepressant drugs in overdose. *British Medical Journal* 1987;295: 1021-4.
- Domino G, Swain BJ. Recognition of suicide lethality and attitudes toward suicide in mental health professionals. *OMEGA* 1985;16: 301-8.
- Michel K, Valach L. Suicide Prevention: Spreading the Gospel to General Practitioners. *British Journal of Psychiatry* 1992;160:757-60.
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;80: 151-4.