



SUICIDE: FACTEURS PRÉDICTIFS ET PRÉVENTION EN PSYCHIATRIE

Plaidoyer pour une commission sur la réorganisation des soins en psychiatrie

Le suicide est à la psychiatrie ce que la mortalité est à la médecine.¹ Le prévenir est l'objectif premier de la psychiatrie. Les médecins ont le devoir de faire tout le nécessaire pour garder les patients en vie. Les psychiatres assument ce devoir en prenant l'entière responsabilité du traitement de la maladie psychique dans sa dimension neuro biologique et existentielle. Si le risque zéro pour le suicide n'est pas une réalité, il est nécessairement ce qui doit être visé par la psychiatrie .

En tant que médecin, le psychiatre doit donc se consacrer entièrement au traitement de la maladie dans le but de sauver des vies. Les audits ont permis de nommer les différentes conditions corrélées au suicide : dépression clinique, utilisation d'antidépresseurs, anxiété, tentative de suicide, problèmes financiers et conjugaux, abus d'alcool et drogues, sexe masculin, isolement social, âge élevé et race blanche. La nature de ses facteurs de risque n'est pas causale mais prédictive. Il ne faut pas tous les estimer comme équivalant entre eux. Pour lutter contre le suicide, il faut prendre toutefois en considération les facteurs les plus prédictifs.

Il faut préciser toutefois qu'environ la moitié des individus qui se suicident le font à leur première tentative. On ne peut donc prédire le suicide avec ce seul facteur. Par contre, lorsque ce facteur est présent, on estime à 10% ceux qui vont s'enlever la vie au cours de la décade suivante. Le facteur le plus prédictif est la présence de dépression clinique. Non seulement, on le retrouve chez la vaste majorité de ceux qui ont commis le suicide, mais 20% des personnes souffrant de dépression sévère finissent par s'enlever la vie; cela est encore plus criant en présence de bipolarité. En résumé, les conditions nécessaires mais non suffisantes pour prédire le suicide sont **la dépression sévère, la maladie bipolaire et la présence de tentative suicidaire antérieure**. Comme autre facteur de risque important, mentionnons les **conduites d'automutilation** (parasuicide). Elles sont fortement prédictives en présence des autres facteurs de risque.

¹ Traduction libre à partir d'un chapitre sur le suicide dans « Clinical psychopharmacology, principles and practice », N. Ghaemi, 2019.

La prévention du suicide passe par le dépistage et le traitement du trouble de l'humeur dont la nature est essentiellement bipolaire et dont les manifestations cliniques représentent des conditions associées qui ne sont pas autant des troubles en soi.

Le travail du psychiatre consiste en une exploration médicale et une observation clinique de l'humeur qui repose sur une sollicitude devançante, celle qui traduit l'approche compréhensive du psychiatre avec son équipe du vécu pathologique du patient

Le dépistage de la maladie ne mène à rien s'il ne se prolonge pas dans une prise en charge globale du patient par le médecin, son équipe immédiate et les autres partenaires sociaux jugés pertinents.

MOYENS À METTRE EN PLACE

L'identification de la maladie et le dispositif de soins et services :

- Dépistage précoce dans les écoles primaires, secondaires, et cégeps
- Cliniques spécialisés pour les troubles de l'humeur et anxieux chez les jeunes de 8 à 24 ans incluant le personnel infirmier, psychothérapeutes, pédopsychiatres et psychiatres avec prise en charge globale, arrimage avec les milieux scolaires, les omnipraticiens, les pharmaciens, les centres de réadaptation en dépendance.
- Psychiatres dans les groupe de médecine familiale (GMF), en lien avec les cliniques spécialisés.
- Liaison entre les centres jeunesse et les cliniques spécialisés.
- Cliniques pour jeunes psychotiques et psychiatrie communautaire avec centres de crise dans les grandes agglomérations urbaines.
- Primauté des Ressources d'hébergement sur l'hospitalisation et la judiciarisation.
- Nombre de lits d'hospitalisations suffisants et dans un milieu adapté et convivial, au service des psychiatres œuvrant à l'extérieur (ce qui complète la dés-institutionnalisation).
- Implication des proches dans la prise en charge de la maladie.

L'approche diagnostique et thérapeutique de la maladie :

- Il est impératif que les psychiatres redeviennent des médecins et modifient leur approche pour être à l'écoute du « pathos » du patient. Le pathologique ne vient pas du jugement médical, mais du malade. Le médecin peut ainsi par la suite utiliser son savoir pour mieux comprendre la pathologie et la traiter de manière hippocratique, c'est-à-dire en imitant la nature elle-même et en ne la perturbant pas davantage avec des traitements agressifs ainsi qu'une pharmacothérapie multiple ayant sur la vie du malade des effets délétères. La lutte au suicide passe par le traitement de la maladie trop obnubilée aujourd'hui encore, par l'approche des symptômes de type DSM. E. Kraepelin disait cela il y a plus de 100 ans.
- Les psychiatres et, plus spécialement leur association, doivent prendre le leadership médical de la lutte au suicide et donner leur appui à l'idée d'une commission gouvernementale portant sur la réorganisation des soins en psychiatrie et leur arrimage avec les autres services en santé mentale. La commission est un incontournable.