

« La dépression et le suicide : les apports scientifiques »

CES. Centre d'Etudes en Santé

**Prof Dr Charles Pull
Directeur du « Laboratoire des
troubles émotionnels »**

**Dr Laurence Fond-Harmant,
Cellule « Promotion de la santé »**



« La dépression : les apports scientifiques »

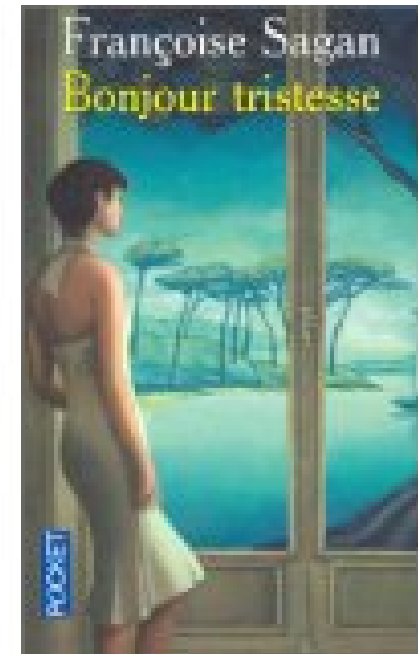
Prof Dr Charles Pull
Directeur du « Laboratoire des
troubles émotionnels »

- Déprime, Deuil, Dépression
- Épisode dépressif (majeur)
- Épidémiologie
- Causes
- Traitement
- Conséquences
- Dépression et suicide

« Bonjour tristesse »:

la tristesse qui ne nous fait pas (trop) mal

- cafard, ennui, flemme, spleen
- « mauvaise journée »
- « se lever du mauvais pied »
- déceptions, ras-le-bol



« Les choses de la vie »:

la tristesse qui nous aide à faire le deuil

- Mort d'un proche
- Séparation, divorce
- Perte du travail
- Changement d'étape de vie



« Face aux ténèbres » : la tristesse qui nous rend malade

- troubles affectifs
(maladies de l'humeur)
- autres troubles psychiques



Les maillons de la dépression

tristesse



perte de poids



pensées de mort
idées de suicide
projets de suicide
passage à l'acte

ralentissement



sentiment d'incapacité

perte d'intérêt



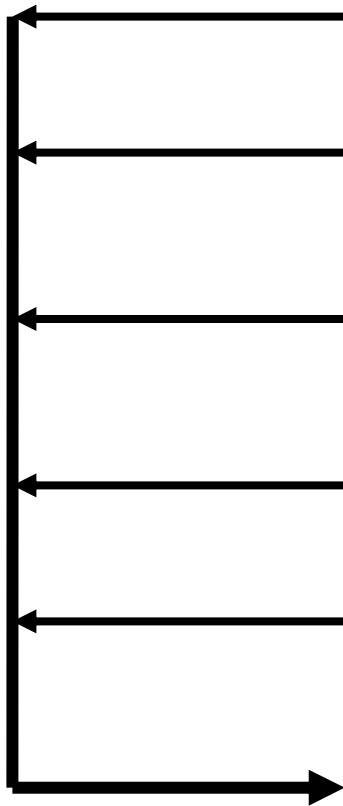
insomnie



fatigue

troubles cognitifs

Le pivot de la dépression



au moins 5 symptômes

tristesse ou/et perte d'intérêt

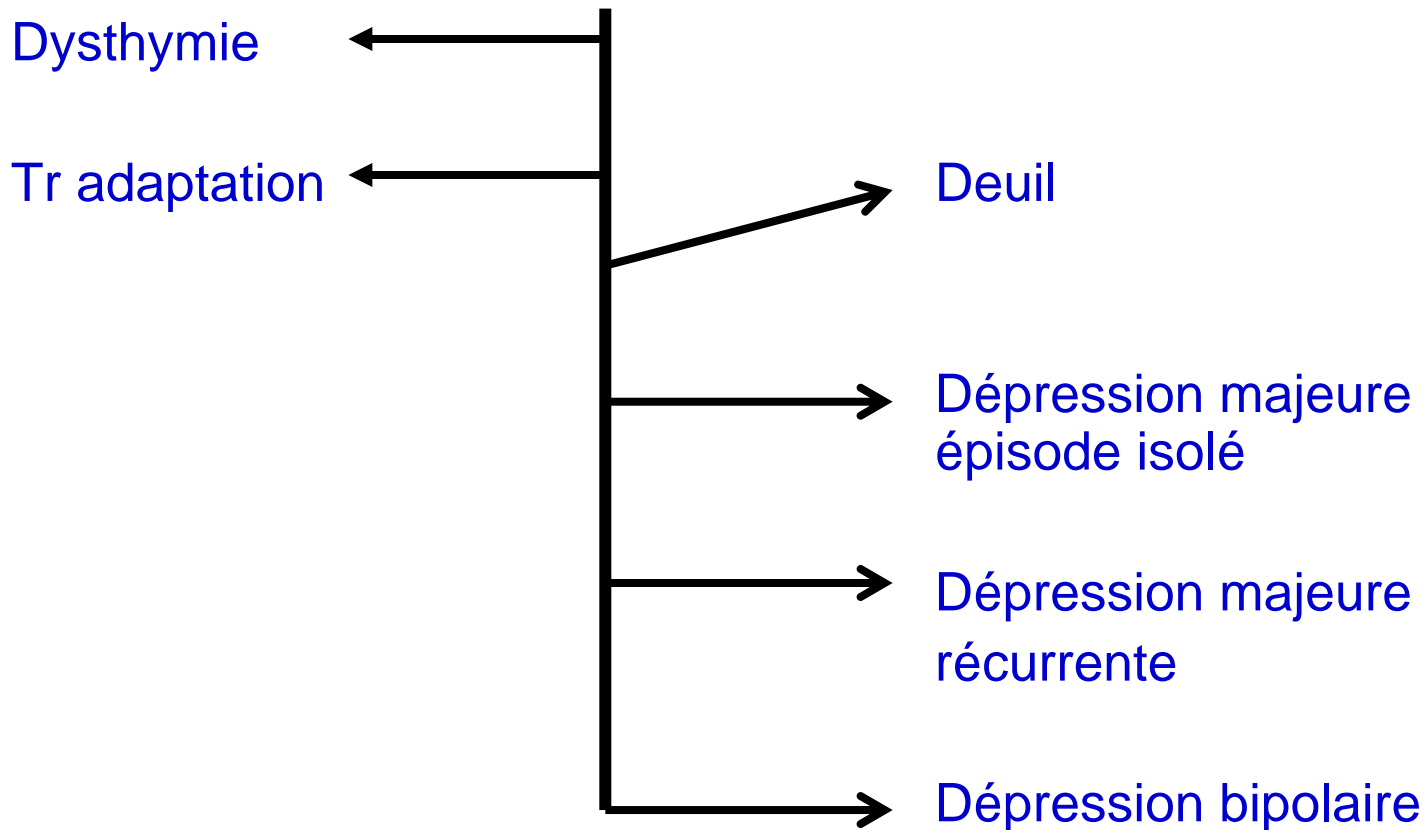
changement par rapport au
fonctionnement antérieur

pendant au moins 2 semaines

souffrance/altération du fonctionnement

Épisode dépressif (majeur)

L'aiguillage des dépressions



1 femme sur 5 et 1 homme sur 10

	F	H
Dépression majeure, épisode unique	10% - 25%	5% - 12%
Dépression majeure, récidivante		
Dépression bipolaire		1 %
Total	11% - 26%	6% - 13%
Moyenne	19%	10%

Les chemins qui mènent à la dépression

prédisposition génétique

développement et éducation

traumatismes psychiques

événements de vie (life events)

maladies psychiques (p.ex. troubles anxieux)

maladies physiques (p.ex. infarctus du myocarde)

...

Guérir la dépression

médicaments

surtout antidépresseurs
stabilisateurs de l'humeur

souvent indispensables
pas toujours indispensables

psychothérapies

cognitivo-comportementale
interpersonnelle
systémique
analytique

toujours nécessaires
rarement suffisantes

Mieux vaut prévenir que guérir

détection précoce	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaires (CPOS) Centre d'Intervention et de Prévention (CIP) Service de Détection et d'Intervention précoce (SDIP) Médecin de famille Psychiatres/psychologues
prévention	traiter les causes de la dépression p.ex. les troubles anxieux créer des conditions de vie saines et équilibrées écoles, famille, travail

Les traces de la dépression

Dépendances

alcool, drogues, médicaments

Couple

mésentente, séparation, divorce

Famille

difficultés avec les enfants

Travail

arrêts de travail, licenciement, chômage

Qualité de vie

estime de soi, confiance en soi

Vie sociale

isolement social, retrait social

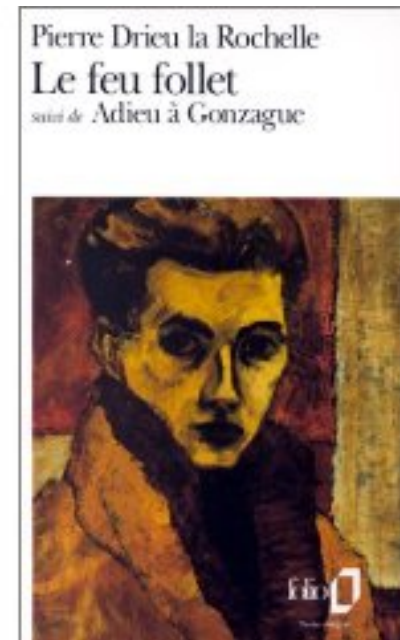
et surtout

risque de suicide

Dompter le feu follet

prévenir le suicide

50 % des suicides sont en rapport avec une dépression



« Le suicide : les apports scientifiques »

CES. Centre d'Etudes en Santé

Dr Laurence Fond-Harmant,
Cellule « Promotion de la santé »

- Le suicide un « fait social international »
 - L'épidémiologie, les chiffres,
 - Les autopsies psychologiques,
 - Les facteurs de risques,
 - Le suicide un acte individuel qui renvoie à l'action collective,
 - Des politiques de prévention...

- environ 1 million de suicides en 2002,
- 1 des dix premières causes de décès dans de nombreux pays,
- Tentatives estimées à 10 à 20 fois + élevées,
- Augmentation de 60% depuis 50 ans.



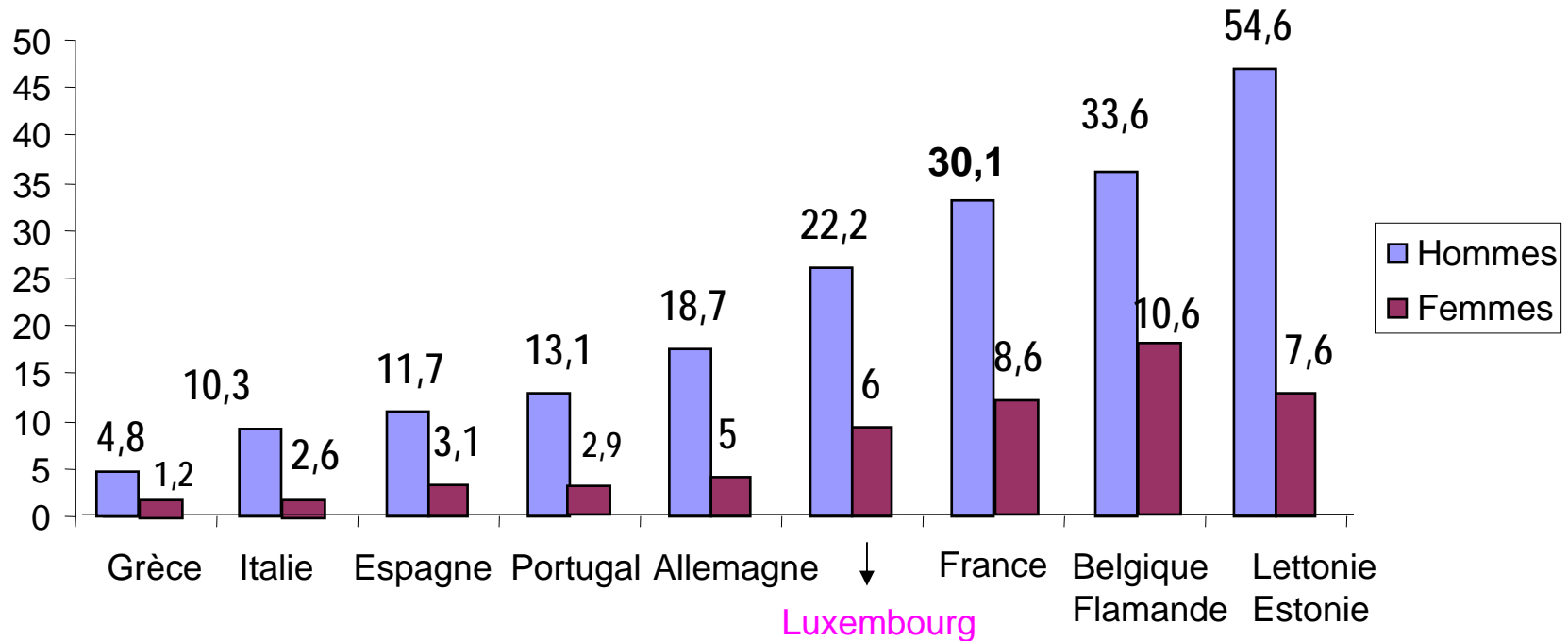
- **Les hommes de 20-44 ans** sont quatre fois plus exposés que les femmes.
- **Europe du Nord-Est + touchée :**
 - Lituanie 90 pour 100 000 hommes,
 - Estonie 55,
 - Lettonie 54
 - Finlande 43.
- **+ femmes de 20 à 44 ans**
 - Lituanie 12
 - Finlande 11.4
 - Région flamande de la Belgique 10
 - France 8,6.



Pays du Sud Europe

	H	F
Italie	10,3	2,6
Espagne	11,7	3,1
Portugal	13,1	2,9

Suicides / an / 100 000 habitants



Eurostat. 2006

- Système de validation non standardisé au niveau international.
- Sous évaluation dans le système juridique à tradition britannique,
- Pays méridionaux. Sous estimation des décès par suicide,
- Interviennent des critères :
 - religieux,
 - culturels ,
 - économiques (en lien avec les déclarations de décès aux compagnies d'assurances).



Arsenault-Lapierre et al. (2004)
 Méta-analyse 27 études (1986-2002)

Les troubles psychiatriques sont présents dans 90% des suicides, plus de 80% sont des troubles non traités au moment du décès.

	Europe	Amérique Nord	Australie	Asie	Moyenne
Troubles affectifs	48,5	33,6	32,7	51,3	43,2
Addictions	18,6	40,1	24,1	26,7	25,7
Psychose	7,5	4,2	24,3	8,4	
Tr. de la personnalité	16,8	13,4	17,7	17,7	
Au moins un diagnostic	88,8	89,7	78,9	83	87,3

Individuels

- Sexe masculin, âge jeune ou avancé,
- Troubles psychiatriques (tr thymique, alcool, drogue, tr personnalité),
- Antécédents de tentatives de suicide,
- Faible estime de soi, impulsivité, colère, agressivité,
- Maladies somatiques, handicap.

Familiaux

- Violences, abus physiques et sexuels,
- Relations conflictuelles avec les parents, conflits conjugaux majeurs,
- Pertes et abandons précoces,
- Antécédents familiaux psychiatriques, suicidaires, addictifs.

Psycho-sociaux et environnementaux

- Difficultés scolaires, économiques, isolement, séparations, deuils,
- Placement, détention,
- Effet de contagion,
- Disponibilité d'un moyen létal.

- Acte individuel, mais en lien avec les grandes caractéristiques sociales :
 - Statut professionnel,
 - Statut matrimonial,
 - Âges, sexe,
 - Saisons, jours de la semaine,
 - Rythme de vie : travail/repos
 - Environnement économique,
 - Culture religieuse.

- Croit avec l'âge, quelque soit le sexe, le statut matrimonial, le département de résidence,
- + fort chez les hommes, quelque soit l'âge, le statut matrimonial, le département de résidence,
- + fort pour les célibataires et les veufs quelque soit l'âge, le sexe, le département de résidence,
- Entre les régions d'un même pays, les écarts se maintiennent dans le temps,

- + souvent de jour que de nuit,
- Croit avec la durée de jour : maximum au printemps, puis en été, minimum en automne puis en hiver,
- + fort en début de semaine,
- lien avec la religion : protestants + que catholiques, + que juifs,
- Croit avec la taille de l'agglomération. Suicide est citadin au 19^{ème} siècle.

- Grande ville . Un facteur protecteur
- Influence du climat à relativiser : Taux –élevé aux Antilles, + élevé à la Réunion.
- Lien « consommation d'alcool et/ou dépression » et « suicide » confirmé.

- Régions à fort taux de suicide :
 - Bretagne,
 - Limousin,
 - Basse-Normandie.

- Région à faible taux de suicide :
 - Ile de France,
 - Alsace,
 - Rhône-Alpes.

- + rural, minimum à Paris.
- + fréquent au printemps, + en mai, qu'en juin, qu'en juillet, qu'en août, qu'en été, qu'en automne :
 - variation du climat social plutôt que des variations des températures,
 - août mois de repos,
 - diminution des suicides avec les congés payés,
 - en été, la société organisée différemment (mode de vie, vie économique, vie sociale, relations entre personnes plus informelles...)
- + fréquent en début de semaine, sauf les lundis chômés : Pâques, Pentecôte deviennent mardi.
- Dimanche, jour de la famille . Taux le + faible, 12% pour les mariés, 13 % veufs, divorcés, 14% célibataires

Les politiques de prévention du suicide

- Depuis 1989, l'OMS recommande aux 52 états membres de développer des programmes en lien avec programmes de santé publique,
- Budget santé mentale varie de 0 à 20%, en moyenne de 3%,
- 1/3 des pays n'ont pas de politique de santé mentale spécifique,
- 2/5 pas de programmes de santé mentale,
- 2/5 pas de programme national de prévention du suicide,
- Plus d'1/3 des pays, pas de soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, aucun traitement dans les services de soins primaires et pas de formation des personnels de soins
- 45% des pays qui ont une politique de santé publique n'ont pas de programme national concernant la santé mentale.
- Plus d'une dizaine de pays ont élaboré un programme de prévention du suicide notamment :
 - Finlande, Norvège, Suède, Estonie, Ecosse, Angleterre, Allemagne, France, Pays-Bas, Slovanie...

- Arsenault-Lapierre et al. « Suicide, Méta-analyse : 27 études » (1986-2002), 2004,
- Baudelot Ch, Establet R, « Suicide l'envers de notre monde », Ed Seuil, 2006, Paris.
- Ronald W. Maris, Alan L. Bergman et Morton M. Silverman « Comprehensive textbook of suicidology » 2000,
- Kerry L, Knox PhD, Yeates Conwell, Eric D. Caine, « If Suicide is a Public Health Problem, What are we doing to Prevent it ? », 2004, january, 94 (1) :37-45.
- John Mann J, Apter A, Bertolote J et alt « Suicide Prevention Stratégies. A systematic Review » in Jama, 26 octobre 2005, vol 294, n°16