

‘Suicide, schizophrénie et insight’

A. MESSAOUDI

Service de psychiatrie.

Faculté de Médecine Université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou

Introduction

La schizophrénie est un trouble de santé mentale grave et persistant affectant environ 1 % de la population. Dont le risque suicidaire est important.

Le suicide est la première cause de mortalité chez les schizophrènes. En effet, 10 à 13 % se suicident et environ 20 à 40 % font des tentatives de suicide. Deux tiers de ces suicides ont lieu durant les six premières années d'évolution de la maladie, ce qui fait de cette période celle où le risque est le plus grand. (EMC)

Deux moments sont particulièrement critiques à l'égard du passage à l'acte suicidaire :

- La phase inaugurale de la première décompensation psychotique (Kuo et al, 2005 ; Harkavy-Friedman et al, 1999),
- La période s'étendant du 5^{ème} jour au 3^{ème} mois au décours d'une hospitalisation, lorsque le patient, encore très fragilisé par l'expérience récente de sa décompensation psychotique, reprend contact avec la vie habituelle et ses problèmes.

Facteurs de Risque de Suicide chez les Schizophrènes :

- Antécédents de tentatives de suicide, Sexe masculin, Âge inférieur à 30ans, Célibataire ;
- Inadéquation du dosage de la médication prescrite ou la non-adhérence à celle-ci (De Hert et al, 2001 ; Harkavy-Friedman et al, 1999),
- Symptomatologie dépressive, souvent mal interprétée comme étant un symptôme négatif de la maladie. (Hëila et al, 1997 ; Kelly et al, 2005 ; Kuo et al, 2005 ; Potkin et al, 2003 ; Rossau et Mortensen, 1997 ; Tejedor et al, 1987) (Saarinen et al, 1999),
- La conscience et l'acceptation de la maladie pour lesquels le lien avec le suicide n'est pas clairement établi ;
- Certains chercheurs suggèrent que la conscience augmente le risque suicidaire (Amador et al. 1996 ; Pompili et al. 2004 ; Yen et al. 2002)
- d'autres démontrent soit une diminution (Fenton, 2000), soit aucun impact sur le risque suicidaire (Bourgeois et al. 2004 ; Hawton et al. 2005 ; Recasens et al, 2002 ; Yen et al, 2002). Cependant, il n'y a pas de consensus concernant la nature du rôle de la conscience de la maladie sur le suicide.

Plusieurs questions restent sans réponse

Est-ce que la conscience de la maladie, la capacité du patient à être conscient du fait qu'il est malade, qu'il a un diagnostic de trouble de santé mentale est nécessaire pour que la personne puisse améliorer son état de santé mentale ?

La conscience de la maladie protège-t-elle la personne contre le suicide ou au contraire augmente-t-elle le risque de suicide ?

A-L'insight

De quoi parle-t-on ?

- L'insight est un terme anglais sans équivalence en français.
- Ce terme s'est généralisé depuis plusieurs années dans la littérature anglo-saxonne pour désigner :

La perception par le patient de sa maladie, sa clairvoyance au sujet de ses troubles.

• Marc Louis Bourgeois a repris le terme comme synonyme de conscience de la maladie mentale (d'où la proposition du terme introvision ou intravision) dont la signification est « la conscience du trouble ».

Le mot insight signifie en anglais discernement, don d'observation. Dans un sens plus étendu, il dénote la connaissance que l'on a de la nature intime d'une chose, sa compréhension exacte. L'insight en psychiatrie : la conscience qu'un malade mental peut avoir du caractère pathologique de ses symptômes.

Une notion multi-dimension

• L'insight est un concept multidimensionnel essentiellement utilisé pour les pathologies psychotiques.

• Le manque d'insight est considéré comme caractéristique de la schizophrénie, à tel point que ce défaut d'insight est considéré comme un symptôme constitutif de la schizophrénie.

Cependant, certains patients atteints de schizophrénie peuvent avoir un certain niveau de prise de conscience de la maladie, et peuvent même avoir conscience d'être malade, analyser leurs symptômes et comprendre la nécessité d'un traitement.

Dimensions distinctes mais intriquées :

- Reconnaissance de la maladie mentale.
- Capacité à reconnaître certains événements comme pathologiques.
- Adhésion au traitement.

Plusieurs degrés d'insight

- Dénier complet de la maladie ;
- Conscience d'être malade et besoin d'aide mais déni en même temps
- Conscience d'être malade mais attribution de la faute aux autres, aux facteurs extérieurs ou aux médicaments
- Conscience de la maladie mais pas d'attribution de cause
- La conscience des différents symptômes ;
- La conscience de nécessiter un traitement ;
- La conscience des conséquences (en particulier psychosociales) ;
- Insight intellectuel : le patient admet qu'il est malade et ses symptômes sont dus à un sentiment irrationnel sans appliquer ce savoir aux expériences futures.
- Insight émotionnel vrai : conscience émotionnelle du patient et des gens important dans sa vie.

Les échelles

Divers instruments de psychopathologie quantitative ont été proposés.

- Les échelles :
 - ITAQ, Mc Evoy et al. (1981)
 - SAI, David (1990)
 - SUMD, Amador & Strauss (1994)
 - SRI, Markova & Berrios (1992)
 - SENS, Seltener et al. (1993)
 - Q8, Bourgeois (2002)

B-Insight et schizophrénie :

• Aujourd'hui, on explique volontiers l'échec de la prise en charge d'une schizophrénie par un "manque d'insight".

• L'insight est un rapport qui se construit progressivement avec le symptôme psychotique.

• C'est un rapport variable. Il se renforce avec le temps, l'évolution, l'expérience des conséquences du délire, les limites rencontrées dans la réalité, l'aide qui est reçue, l'apaisement que permet le traitement, la récupération psychique.

Quel rapport entre la qualité de l'insight et le suicide dans la schizophrénie ?

• Le risque suicidaire serait majoré au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic.

• La coexistence d'un trouble de l'humeur est un facteur de risque de suicide identifié dans cette population.

(ANNALES MEDICO PSYCHOLOGIQUES 2011, <http://www.em-premium.com/article/430594>)

Quelques études pour illustrer la relation entre l'insight et le suicide chez les schizophrènes

Etude : université Laval et l'université du Québec à Montréal (faite entre 1997 et 2004, publiée en 2008):

Objectifs : L'impact du rapport à la maladie sur le suicide chez les patients schizophrènes.

Méthodologie : étude rétrospective, autopsie psychologique (enfance et événement de vie)

Deux groupes :

1- le groupe suicidé : composés de 29 patients (23 hommes et 06 femmes), 27 avaient le diagnostic de schizophrénie, 02 troubles schizo-affectif.

2- le groupe témoin : composés de 33 patients non suicidaires (24 hommes, 09 femmes), 28 avaient le diagnostic de schizophrénie, 05 troubles schizo-affectif.

Instruments de mesure:

Plusieurs instruments existants mesurent le niveau de conscience de la maladie (Amador et al, 1994 ; Bourgeois et al, 2004 ; Yen et al, 2002 ; Recasens et al, 2002) mais aucun n'a été utilisé ni validé dans le cadre d'autopsies psychologiques.

Un instrument évaluant la conscience de la maladie, Son acceptation et du traitement ainsi que l'acceptation de la maladie par la famille et l'implication de la famille dans le traitement de leur proche a été développé.

Résultats

Etaient conscients de leur maladie :

79% des patients du groupe suicidé.

88 % des patients du groupe témoin.

Il n'y avait aucune différence entre le groupe suicidé et le groupe témoin sur le plan de la conscience de la maladie.

Les patients qui acceptaient leurs maladies :

71% des patients non suicidaires.

15 % seulement du groupe suicidé.

Les patients du groupe témoin accepteraient leur maladie significativement plus souvent que les patients du groupe suicidé.

Les données ont été analysées avec des tests t de Student, chi-carré de Pearson, test exact de Fisher et des régressions logistiques à l'aide du logiciel SPSS (version 11.0). Le seuil de significativité était considéré à p 0,05

Par ailleurs, 58 % (11/19) des personnes décédées par suicide qui avaient refusé leur maladie avaient indiqué que ce refus était à l'origine de pensées et comportements suicidaires contre 15 % (5/33) des patients dans le groupe témoin.

En ce qui concerne le traitement de la maladie, les patients du groupe témoin acceptaient leur traitement médicamenteux dans une proportion significativement plus importante que le groupe suicidé (82 % contre 46 %).

Discussion

Ces résultats indiquent qu'il n'y a aucun effet de la conscience de la maladie sur le suicide chez les patients atteints de schizophrénie. Cela appuie les résultats de certaines études (Hawton et al, 2005 ; Recasens, et al, 2002).

Par ailleurs, Bourgeois et collègues (2004) suggèrent que la dépression, et non la conscience de la maladie, augmente le risque de suicide.

La conscience de la maladie peut augmenter le risque de suicide mais seulement si le désespoir est présent.

Kim, Jayathilake et Meltzer (2003)

D'autres études :

Indiquent qu'un rapport négatif à la maladie augmente de façon significative le risque de suicide chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Plus précisément, le refus d'accepter sa maladie et les événements reliés à la maladie, pour la plupart des événements de vie sévères, prédisent le suicide, bien que d'autres variables telles que le refus d'accepter le traitement et la dépression, ce qui augmentent aussi le risque de suicide.

Conclusion

Le risque suicidaire en cas de schizophrénie est plus important :

Les patients qui refusent d'accepter leur maladie ;

Les patients qui refusent leur traitement médicamenteux ;

Durant les 10 premières années suivant le diagnostic ;

Une plus grande proportion des parents des patients suicidés

n'accepte pas la maladie de leur enfant, et sont moins impliqués ;

Les événements de vie seraient plus souvent associés à la maladie chez les patients décédés par suicide que chez les patients non suicidaires.

Jusqu'à présent l'impact de la conscience de la maladie sur le passage à l'acte suicidaire dans la schizophrénie, non clair.

PUB

SAARSIU

SOCIÉTÉ ALGÉRIENNE D'ANESTHÉSIE, DE RÉANIMATION,
DES SOINS INTENSIFS ET DES URGENCES

ORGANISE

**LES JOURNÉES
DU PRINTEMPS**

21 ET 22 JUIN 2019

À L'UNIVERSITÉ FERHAT ABBAS DE SÉTIF

