

Formation en prévention du suicide

Evaluation du potentiel suicidaire et Orientation

Documents : Pour aller plus loin

Laure Bleton, M.D

Psychiatre
CHRU de Brest

Céline Kopp-Bigault, Ph.D

Psychologue
CH des Pays de Morlaix
Equipe Impact du Psychotraumatisme et du Suicide Outre-Mer / Centre de recherche en Epidémiologie et Santé des
Populations / INSERM - UMR 1178

Copyright : C. Kopp-Bigault & L. Bleton // GEPS

GEPS

GRUPEMENT D'ETUDES ET
DE PREVENTION DU SUICIDE

Pour aller plus loin

Les populations spécifiques

L'adolescent(e)

Quelques données chiffrées

- Conduite pathologique fréquente chez l'adolescent
- 2ème cause de mortalité chez les 15-25 ans
- Ratio suicide/tentative de suicide est de 1/200 (Référence ONS 2014,2016)
- Le suicide concerne les jeunes hommes majoritairement
- Les tentatives de suicide les jeunes filles : sex ratio de 2/3 (près de 600/100 000 des 15-19 ans)
- La récurrence est fréquente et tout particulièrement dans les six premiers mois et l'année qui suit

Particularités adolescentes

- En lien avec des particularités physiologiques, cliniques et psychopathologiques que sont:
 - une forte propension à l'agir et à l'impulsivité
 - le surgissement du sexuel, de la pulsionnalité et des fantasmes parricides et incestueux
 - le renoncement à la toute-puissance infantile, à l'immortalité, aux idéaux de l'enfance
 - Et aboutissent à :
 - un remaniement des représentations parentales
 - une période de deuil et de perte
 - un travail de séparation et d'autonomisation
 - une quête identitaire et des limites de soi.
- Transformation physique, psychique, relationnelle, sociale : **une population vulnérable**

Comportements et signes

- Ces remaniements conditionnent **une possible symptomatologie** qui s'exprime de diverses manières:
 - **Anxieuse**: inhibition, évitement de l'action et de la pensée, crise d'angoisse, somatisation, Toc, anxiété généralisée
 - **Affects dépressifs**: colère, irritabilité, repli ...
 - **Consommation inhabituelle** et excessive de toxiques ou d'alcool...
 - **Somatisations** multiples
 - **Conduite de rupture** et passage à l'acte : Absentéisme, fugue, mise en danger, agressivité, **geste suicidaire** ...
- Source de comorbidité fréquente
- Relativement labile

Comportements et signes

- Ces symptômes et comportements révèlent **une souffrance** psychologique
- Souvent difficilement exprimable sous forme verbale
- La communication, la demande d'aide et les comportements peuvent être **paradoxaux** et ambivalents marqués par l'agressivité ou l'hostilité
- Peuvent conduire à un geste suicidaire

Comportements et signes

- Ne préjuge pas de l'existence d'une pathologie psychiatrique
- **Cependant**, comme chez l'adulte, **la dépression** de l'adolescent est insuffisamment repérée, diagnostiquée et prise en charge
 - Le trouble de l'humeur, sa persistance ou sa récurrence, est fréquemment associés au geste suicidaire
 - Éventuellement avec un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité
- Il faudra donc rechercher et traiter l'émergence d'un trouble mental (troubles de l'humeur, entrée dans une psychose).
- **Jamais banale**, la conduite suicidaire de l'adolescent doit être considérée comme une réponse dysfonctionnelle de régulation des émotions et des conflits intra-psychiques ou relationnels.

Facteurs de vulnérabilité

Proximaux et distaux:

- Le trouble de l'humeur avéré, les troubles anxieux, la personnalité limite
- Les antécédents suicidaires ou d'automutilation
- L'impulsivité
- Le manque d'insertion sociale, la déscolarisation, l'échec scolaire
- Le harcèlement par les pairs
- L'orientation sexuelle minoritaire
- Violences intra-familiales et mauvaises relations familiales
- Les abus sexuels, les négligences ...
- Les deuils et antécédents de troubles mentaux familiaux

A repérer

- **Le ou les événement(s) déclenchant** sont à rechercher:
 - Perte et blessure narcissique le plus souvent: rupture amoureuse, difficultés relationnelles, déménagement non souhaité, humiliation, agression physique ou sexuelle, mauvais résultats scolaires ...
 - **Penser au deuil**, notamment celui d'une figure d'attachement et ce particulièrement **si suicide**: phénomène de **contagion...**

Conduite à tenir et orientation

- Ne pas hésiter à aller vers l'adolescent et à **devancer** la demande
- Permettre au jeune de **s'exprimer** et l'écouter
 - Contribue à briser l'isolement et la honte, fréquents à cet âge et dans ce contexte
 - Est source d'apaisement
- L'évaluation du **contexte familial**, de même que son implication dans la prise en charge sont **indispensables**
- L'objectif : inscrire ou réinscrire le jeune dans **un maillage** social, amical et soignant et soutenir son environnement
- L'orientation se fait en fonction des ressources locales et de la nature de la crise suicidaire (multiplicité des supports)
- La prévention inclus **l'éducation** des adolescents à la santé mentale
- Ne pas méconnaître **l'impact d'un geste suicidaire** sur les pairs et la fratrie: contagiosité (postvention)

Références

Lachal J, Moro MR, Spodenkiewicz M. Un état des lieux du risque suicidaire à l'adolescence. Soins Psychiatrie 2018, Vol. 39, n° 316, 10-13

Tubiana A, Cohen RF, Kahn JP. Le suicide à l'adolescence. Soins 2017, Vol 62 n° 814, 36-38

Mirkovic B, Belloncle V, Rousseau C, Knafo A, Guilé JM, Gérardin P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence 2014, Vol. 62, numéro 1, 33-46

Ladame F, Perret-Catipovic M. Tentative de suicide à l'adolescence. EMC - Pédopsychiatrie 1999, 1-6 [Article 37-216-H-10].

Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. EMC-Psychiatrie 2006, 1-11 (Article 37-216-H-10)

King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality : a review of the littérature. Arch Suicide res. 2008,12(3) :181-96

Wasserman D, Howen CW, Wasserman C et al. School-based suicide prévention programmes : the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. Lancet 2015 ; 385 (9977) : 1536-44

Les personnes âgées

Quelques données chiffrées

- 17% des suicides dans le monde concernent les plus de 65 ans
- Chez les plus de 75 ans le taux de suicide est > à 30 décès /100 000 hab.
- Le ratio suicide/tentative de suicide est de 1 pour 4
- Dans 75 % des tentatives de suicide des personnes âgées il s'agit de la première fois

Comportements et signes

- Défaut de signalement des intentions suicidaires **et/ou** difficultés de l'entourage ou des professionnels à questionner le risque suicidaire des aînés
- Planification méticuleuse
- Moyens létaux plus systématiques : pendaison, armes, noyades



Nécessité de questionner directement – Ce n'est pas parce que la personne est âgée qu'il est « normal » qu'elle envisage sa mort. Il faut savoir s'il s'agit d'un questionnement existentiel lié à l'âge ou d'une intention suicidaire

Facteurs de risque

- **Dépression** : Présente chez 60% des + de 65 ans décédés par suicide. Majore le risque entre 4 et 7 chez les personnes âgées. Sous diagnostiquée et sous-traitée.
- Isolement social
- Facteurs somatiques : douleurs, insuffisance cardiaque, cancer, BPCO, troubles neurologiques
- Déclin et altérations fonctionnelles : mobilité, sens
- Facteurs cognitifs : difficultés cognitives, troubles exécutifs, démences (+ le diagnostic est précoce plus le risque est important / risque majoré dans les 3 mois après l'annonce de la maladie), altération des prises de décision (Prise de mauvaises décisions), biais perceptifs (vision négative ou pessimiste)
- Troubles de l'adaptation avec rigidité, méticulosité, obsessionnalité
- Comme chez l'adulte, il faudra rechercher et traiter si nécessaire un trouble mental (troubles de l'humeur, entrée dans une psychose).

Références

- Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y. Hospital-diagnosed dementia and suicide : a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2008. 16(3):220-228
- Gujral S, Dombrovski AY, Butters M, Clark L, Reynolds CF 3rd, Szanto K. Impaired Executive Function in Contemplated and Attempted Suicide in Late life, *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2014. 22(8):811-819
- Kjøseth I, Ekeberg Ø, Steighaus S. Why do they become vulnerable when face with the challenges of old age ? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *Int. Psychogeriatrics* 2009. 21(5):903-912
- Kjøseth I, Ekeberg Ø, Steighaus S. Why suicide ? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death. *Int. Psychogeriatrics* 2010. 22(2):209-218
- Kopp-Bigault C, Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDi. *L'Encéphale* 2019. Vol 45, Supplément 1. S35
- Pellerin J, Delmaire P. Troubles psychiatriques du sujet âgé. *La revue du praticien Médecine Générale* 2015, Tome 29, n°933, 21-26
- Richard-Devantoy S, Gorwood Ph, Annweiler C, Olié JP, Le Gall D, Beauchet O. Suicidal Behaviours in Affective Disorders : A deficit of cognitive inhibition ? *The Canadian Journal of Psychiatry* 2012. 57(4)
- Szücs A, Szanto K, Aubry JM, Dombrovski AY. Personality and suicidal behavior in old age : A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry* 2018. Doi : 10,3389/fpsyt,2018,00128

Les personnes atteintes de schizophrénie

Quelques données chiffrées

- La schizophrénie, une pathologie qui réduit l'espérance de vie:
 - Mortalité fois 4.5
 - Espérance de vie -20%
 - Première cause de mort prématurée dans cette population:
 - 10 à 13 % décèdent par suicide (RR=20).
 - 20 à 50% font une TS au cours de leur vie.
- Les personnes atteintes de schizophrénie constituent un **groupe à risque**

Quand ?

Le suicide peut survenir à n'importe quel moment de la maladie

- Diagnostic précoce
- Phases précoces de la maladie (1ère année)
- Épisodes aigus, surtout le premier
- Vulnérabilité maximale dans la semaine puis les 3 mois qui suivent la sortie de l'hôpital

Les signes d'alerte clinique:

- La notion de **désespoir** (attention aux comorbidités **dépressives** dans la schizophrénie)
 - Prise de conscience de la maladie et du handicap, des conséquences et des effets secondaires du traitement, de la stigmatisation, etc.

Associée:

- à l'isolement social
- à la question de l'insight:
 - Controversée selon les auteurs :
 - Bon insight: meilleure évolution mais désespoir ☒ TS
 - Mauvais insight: moins de désespoir mais évolution plus péjorative ☒ TS

- Les tentatives de suicide sont fréquemment précédées d'idéations souvent communiquées à l'entourage
- Comment ?
 - Moyens à forte létalité: saut dans le vide le plus fréquent
 - Ratio Tentative de suicide/Suicide = 4 (10 dans la population générale)
- Rechercher un évènement déclenchant :
 - Perte: deuil 25% , séparation...
 - Événements stressant 20%: examen, changement....
 - Discrimination 6% , abus psychologique ou physique

Vulnérabilité

- Les comorbidités
 - Notamment **la dépression** (50% des cas dans l'étude de Harkavy-Friedman) fréquemment associée
 - Elle peut être concomitante de la phase aiguë ou survenir à distance après rémission clinique
 - Elle est à rechercher systématiquement et à traiter
 - **L'impulsivité**
- La pathologie elle-même:
 - Les troubles schizo-affectifs plus à risque,
 - Hallucinations, persécution (de 35 à 48%)
- Ses conséquences (stigmatisation ou abus physique 6%), les effets secondaires des thérapeutiques
- Les antécédents de suicide individuels ou familiaux sont un risque majeur
- Les hommes jeunes célibataires sont les plus touchés, suivis des femmes isolées (sex ratio 2/1)

Conduite à tenir et orientation

- L'évaluation du potentiel suicidaire doit faire partie intégrante de la prise en charge au long court des sujets atteints de schizophrénie :
 - La recherche d'idéations suicidaires et de scénario se font de **manière explicite**
 - La conduite suicidaire est à considérer comme **une complication majeure de la maladie**
- Elle passe par :
 - le repérage de facteurs qui accentuent une vulnérabilité déjà présente :
 - les comorbidités, notamment la dépression
 - une attention particulière porté aux effets sur le sujet des évènements de vie introduisant du changement, de la perte (deuil), une atteinte narcissique (stigmatisation, abus)
 - leur traitement et prise en charge
- L'orientation se fait vers les soins spécialisés : intérêt des réseaux de soins et d'accès facilités

Références

Cassidy R.M, Yang F, Kapczinski F, Cavalcante Passos I. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression of 96 Studies. Schizophrenia Bulletin 2018, vol. 44, Issue 4, 787-797

Bonnet S, Lacambre M, Schandrin A, Capdevielle D, Courtet P. Insight et dangerosité psychiatrique: revue de la littérature. L'Encéphale 2017, 43, 146-153

Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, Lançon C. Approche clinique du suicide au cours de la schizophrénie (1). Identification des facteurs de risque. L'Encéphale 2009, 35, 176-181

Gavaudan G, Besnier N, Lançon C. Suicide et schizophrénie : évaluation du risque et prévention. Annales médico-psychologiques 2006, Vol 164, numéro 2, 165-175

Harkavy-Friedman JM, Restiko K, Malaspina D et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. Am J Psychiatry 1999; 156: 1276-8