Formation en prévention du suicide

Evaluation du potentiel suicidaire et Orientation

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

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 récidive est fréquente (50%), 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, attaque corporelle
- **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

- Les signes d'alerte sont très souvent à valeur relationnelle:
- Symptômes et comportements révèlent **une souffrance** psychologique
- 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
- L'ensemble de ces conditions étant pourvoyeur de passage à l'acte
- **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.

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).

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 précoces et antécédents de troubles mentaux familiaux

A repérer

Le ou les événement(s) déclenchant sont à rechercher:

- Perte et blessure narcissique sont fréquents: 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 méconnaitre **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, natiowide 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 commited 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 commited 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 cogitive 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**

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

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 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 aigue 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 Systématic 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 attempetd suicide. Am J Psychiatry 1999; 156: 1276-8

GROUPEMENT D'ETUDES ET DE PREVENTION DU SUICIDE

Formation à l'évaluation du potentiel suicidaire et à l'orientation

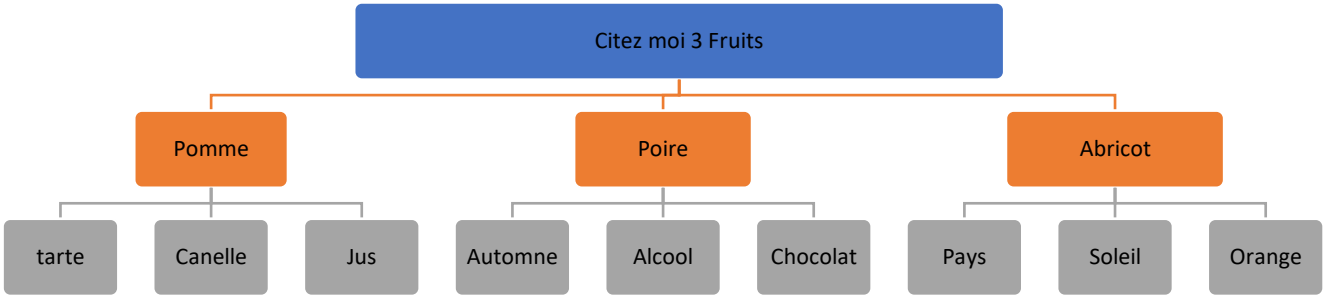
REPRESENTATIONS SOCIALES DU SUICIDE, DES SUICIDES ET DES CAUSES DE SUICIDE

Céline Kopp-Bigault, PhD et Docteur Laure Bleton, MD
Mise à jour 2019
Copyright: C. Kopp-Bigault & L. Bleton // GEPS

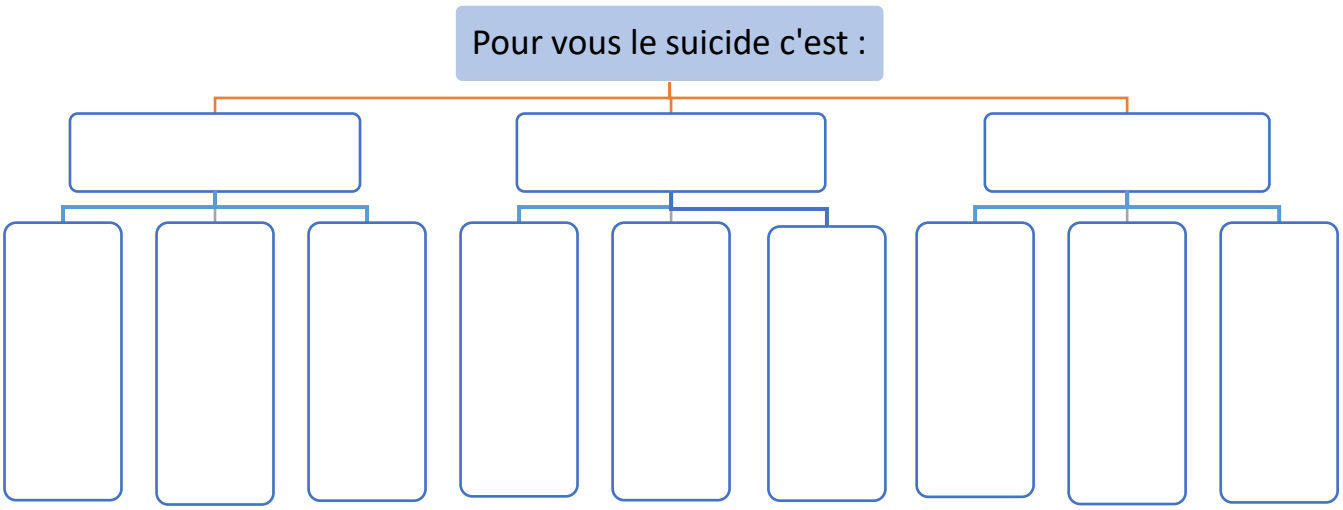
Cette partie fait partie d'un protocole de recherches sur les représentations sociales du suicide développée par Céline Kopp-Bigault dans différentes régions de France (Alsace, Bretagne, Martinique). Votre participation permettra d'aller plus loin dans cette recherche. Merci beaucoup.

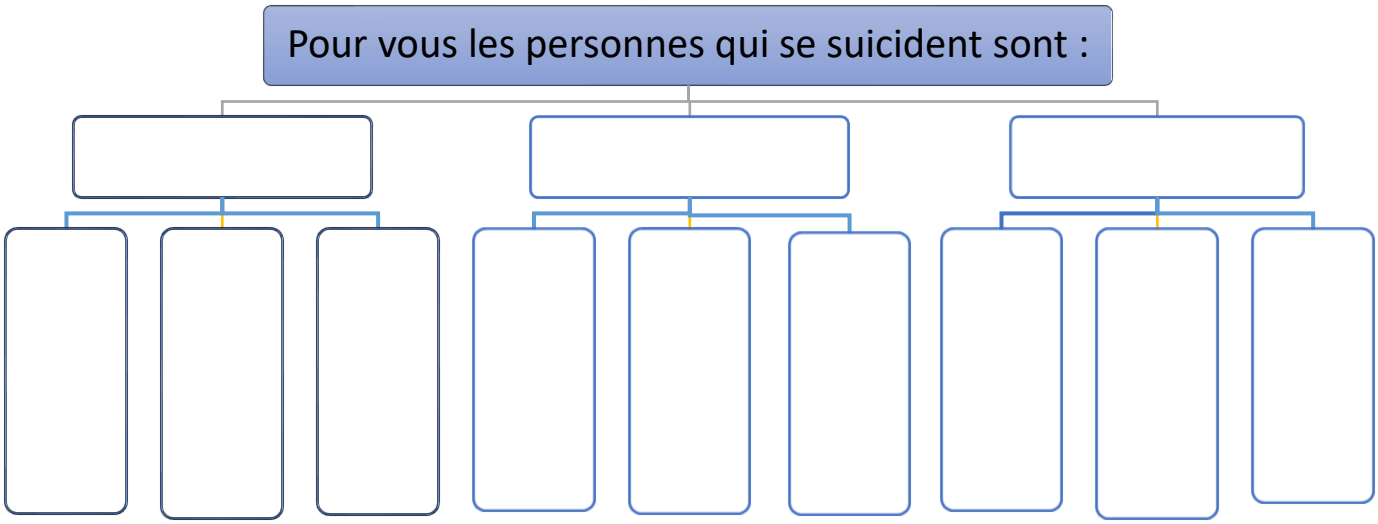
I / Parlons du suicide en général

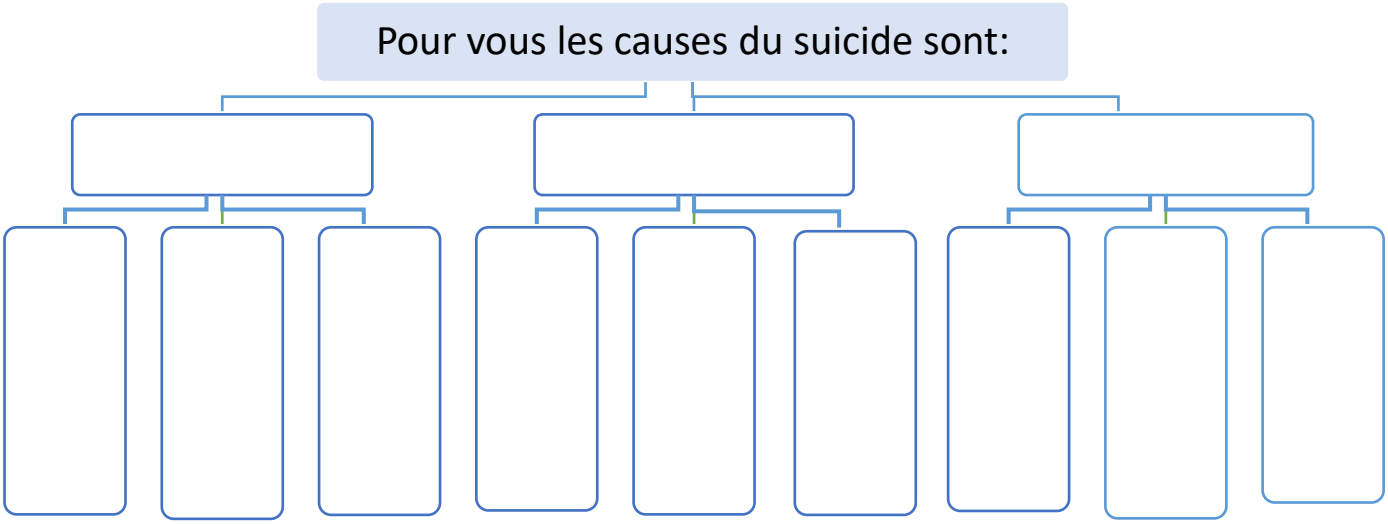
1.Voici un exemple d'association de mots :



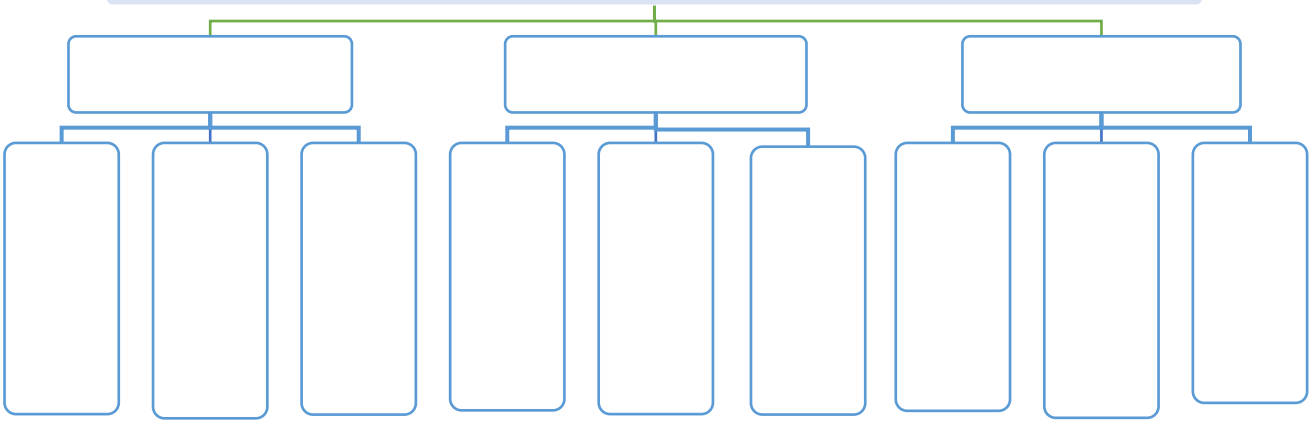
Faites la même chose à partir de la consigne suivante, en progressant **ligne par ligne** : d'abord les 3 premiers mots qui vous viennent puis dans un second temps la ligne d'en dessous.




Pour vous les personnes qui se suicident sont :


Pour vous les causes du suicide sont:

Pour vous le suicide les causes du suicide dans votre région sont :



II /Parlons du suicide en particulier

- **Connaissez-vous personnellement, directement des personnes ayant tenté de se suicider**

  Oui ☐ Non ☐

- *Citez les 3 émotions que vous avez ressenti à ce moment-là* :

  _____

  _____

  _____

- **Connaissez-vous professionnellement des personnes ayant tenté de se suicider**

  Oui ☐ Non ☐

- *Citez les 3 émotions que vous avez ressenti à ce moment-là* :

  _____

  _____

  _____

- **Connaissez-vous personnellement, directement des personnes qui <u>se sont suicidées</u> ?**

  Oui ☐ Non ☐

- *<u>Citez les 3 émotions que vous avez ressenti à ce moment-là :</u>*

  _____

  _____

  _____

- **Connaissez-vous professionnellement des personnes qui se sont suicidées ?**

  Oui ☐ Non ☐

- *<u>Citez les 3 émotions que vous avez ressenti à ce moment-là :</u>*

  _____

  _____

  _____

III / Parlons de vous

Vous êtes : un homme ☐ une femme ☐ autre ☐

Votre âge :

18-24 ☐ 25-34 ☐ 35-44 ☐ 45-54 ☐ 55-64 ☐ 65-74 ☐ 75-84 ☐ 85-94 ☐ 95 et + ☐

Statut familial : (Plusieurs réponses peuvent vous concerner)

Seul(e) ☐ Actuellement seul(e) ☐
Seul(e) n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) ☐
Veuf / Veuve ☐
Divorcé(e) ☐
En cours de séparation ☐

En couple ☐ Marié(e) ☐ Union libre ☐ PACS ☐ Famille recomposée ☐

Avez-vous des enfants : Oui ☐ Non ☐

Combien vivent-encore avec vous ?

Quel est votre niveau d'étude maximum atteint ?

College ☐ CAP/BEP ☐ Bac ☐ Bac +2 /+3 ☐ Bac +4 ☐ Bac + 5 et + ☐

Profession : _____

Avez-vous déjà été sensibilisé au problème du suicide ? Oui ☐ Non ☐

Si **oui,** par quel biais ?

Télévision ☐ Radio ☐ Conférences/journées à thème ☐

Expérience personnelle /Familiale ☐ Expérience avec proches / collègues ☐
Internet ☐ Journaux / revues ☐
Formation professionnelle ☐ (Précisez : _____)
Expérience personnelle et professionnelle ☐
Expérience personnelle et autres moyens de renseignements ☐

MESSAGE DE PREVENTION

Si vous présentez en ce moment des idées suicidaires, demandez de l'aide.

Des personnes compétentes sont disponibles et à votre écoute pour vous soutenir dans la période difficile que vous vivez et pour vous aider à soulager de votre souffrance.

Vous pouvez contacter le centre 15, votre médecin traitant ou SOS médecin, les urgences de proximité.

GROUPEMENT D'ETUDES ET DE PREVENTION DU SUICIDE

Formation Evaluation du potentiel suicidaire et à l'orientation

EPIDEMIOLOGIE

Céline Kopp-Bigault, PhD et Docteur Laure Bleton, MD

Classe inversée | Mise à jour 2019

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

Quelques éléments de définitions

EPIDEMIOLOGIE

L'OMS définit en 1968 l'épidémiologie comme étant : « l'étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines, ainsi que les influences qui déterminent cette distribution »

INCIDENCE

L'incidence est le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'un phénomène de santé apparu pendant une période de temps donné.

TAUX D'INCIDENCE

Le taux d'incidence correspond à l'incidence rapportée à un échantillon de population.

En ce qui concerne les taux de suicide, ils sont généralement exprimés pour 100 000 habitants par année.

Par exemple : En France, le taux de suicide en 2014 était de 14.9 décès par suicide pour 100 000 habitants.

PREVALENCE

La prévalence concerne le nombre de personnes touchées par une maladie ou un événement de santé à un instant t. C'est le nombre total de cas existants (anciens + nouveaux.

TAUX DE MORTALITE

Taux de mortalité = (nombre de décès pour une pathologie par année de référence) / (population moyenne de l'année de référence)

TAUX DE MORTALITE PREMATUREE

Taux de mortalité prématurée = (Nombre de décès pour une pathologie par année de référence chez des personnes âgées de moins de 65 ans) / (Population totale des moins de 65 ans pour l'année de référence)

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

Données sur le suicide

DONNEES GENERALES

Dans le monde : 804 000 décès par suicide (+ que les violences et les catastrophes) – OMS 2014

1 décès par suicide toutes les 40 secondes dans le monde et une TDS toutes les 3 secondes – OMS 2014

En France, un peu moins de 10 000 morts par suicide (3* plus que les accidents de la circulation) –

1 décès par suicide par heure en 2014 – 1 décès sur 50 en France est un suicide - ONS, 2014

Première cause de mortalité précoce évitable

Sexe à risque : hommes (3/4 d'hommes pour ¼ de femmes environ) – ONS 2016

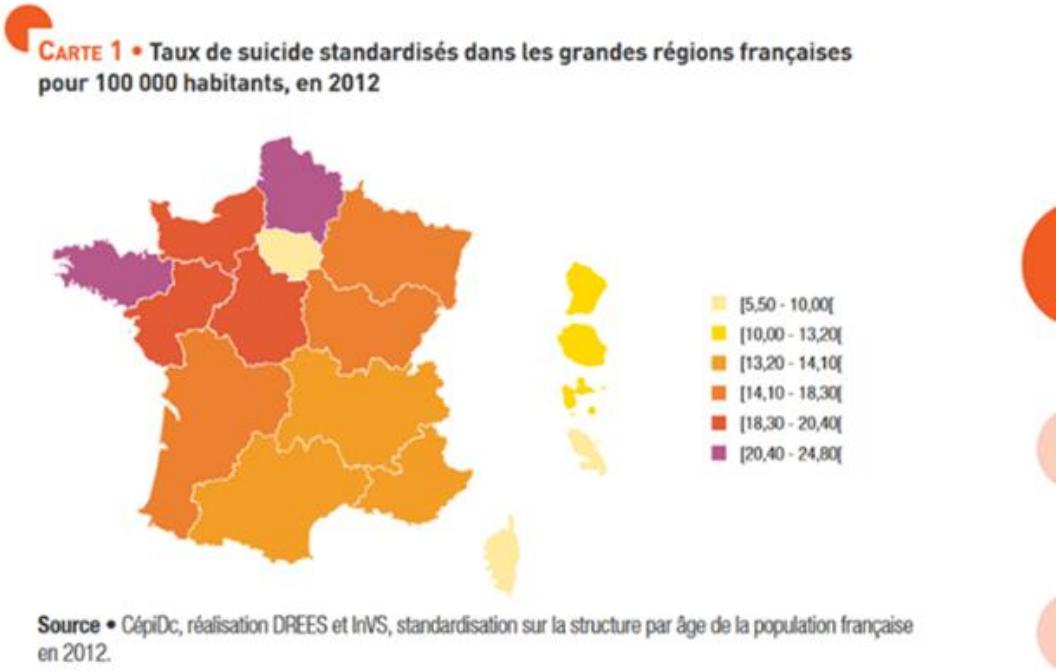
Tranches d'âge (tous sexes confondus) : 45-54 (25.1/100 000) et + de 75 ans (>30/100 000) – ONS 2016

16 % des décès de personnes de 15 à 24 ans sont des suicides (2ème cause de mortalité après les accidents de la circulation) – ONS 2014

1/3 des personnes décédées par suicide ont plus de 60 ans – ONS 2014

Les chiffres baissent (-23,6% entre 2003 et 2014)

REPARTITION GEOGRAPHIQUE EN FRANCE



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

AGE ET SEXE RATIO

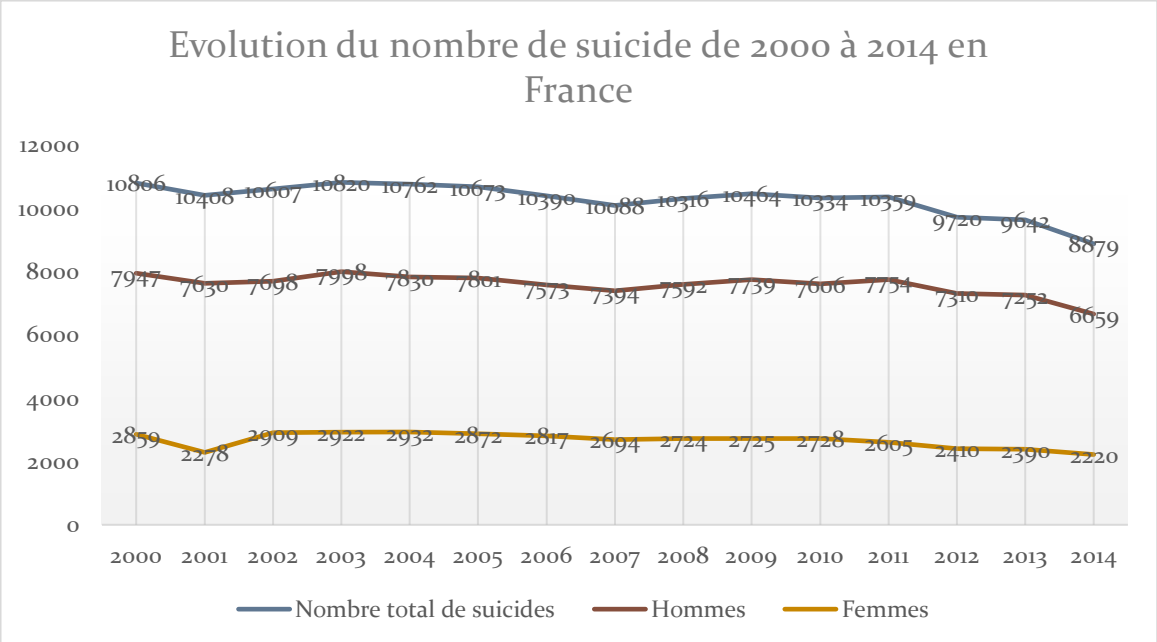
Ça baisse pour tous les âges

TABLEAU 2 • Variation des taux standardisés de mortalité par suicide selon la classe d'âge entre 2003, 2008 et 2014

	Taux standardisés[1]			% Variation du taux					
	2003	2008	2014	2003-2008[2]		2008-2014[3]		2003-2014[4]	
1-14	0,3	0,3	0,2	-16,7		-1,1		-17,6	
15-24	8,2	6,8	5,0	-16,6	*	-26,8	*	-39,0	*
25-54 ans	**23,4**	**20,8**	**16,8**	**-11,1**	*	**-19,3**	*	**-28,2**	*
25-34	16,2	13,5	10,9	-16,7	*	-18,9	*	-32,4	*
35-44	24,9	21,5	16,7	-13,8	*	-22,2	*	-33,0	*
45-54	28,4	26,7	22,2	-5,7	*	-17,1	*	-21,9	*
55-74 ans	**23,5**	**22,8**	**18,9**	**-3,3**		**-17,1**	*	**-19,9**	*
55-64	21,7	22,1	19,8	1,7		-10,5	*	-9,0	*
65-74	25,7	23,5	17,7	-8,4	*	-24,5	*	-30,9	*
75 ans ou +	**48,8**	**42,0**	**35,4**	**-14,0**	*	**-15,8**	*	**-27,5**	*
75-84	39,1	35,7	30,8	-8,8	*	-13,7	*	-21,3	*
85-94	74,8	58,9	47,9	-21,2	*	-18,7	*	-35,9	*
95 ans ou +	66,8	53,9	41,3	-19,3		-23,5		-38,2	
Total tous âges	**20,3**	**18,3**	**14,9**	**-9,9**	*	**-18,2**	*	**-26,3**	*

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.
1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA.
2 - (Taux 2008 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.
3 - (Taux 2014 - Taux 2008) * 100 / Taux 2008.
4 - (Taux 2014 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.
Lecture • En 2014, en France métropolitaine, le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. Il a diminué de 26,3 % entre 2003 et 2014.
Champ • France métropolitaine.
Source • CépiDc-Inserm.

EVOLUTION AU COURS DU TEMPS DU NOMBRE DE SUICIDE EN FRANCE



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

REMARQUE

Les chiffres sont sous-estimés d'environ 9.4 % (Aouba, Pequignot, Camelin & Jougla, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 47-48. p. 497-500) avec de grandes variations inter-régions liées aux modalités de recueil d'information sur les décès (ONS 2016).

Données sur les tentatives de suicide

1 personne / 20 déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie – ONS 2014

Il y a environ 190 000 passages aux urgences pour une tentative de suicide par an dont 110 000 femmes – ONS 2014

Les femmes font deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes et sont 3 fois moins nombreuses à mourir par suicide.

Le ratio suicide / tentative de suicide est de 1 pour 4 chez les personnes âgées et de 1 pour 200 chez les moins de 25 ans.

REMARQUE

Ces chiffres sont estimés car ils sont issus d'enquêtes déclaratives en population générale ou du recueil de données des systèmes de soins hospitaliers.

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