

Dr Pascal PANNETIER

Chef de Pôle 2 CH Jury addictologie, psycho-gériatrie, urgences et liaison

Référent régional zonal des CUMP du Grand Est

Service de Psychiatrie d'Urgence et de Liaison

Hôpital de Mercy 1 Allée du Château

CS 45001 - 57085 METZ CEDEX 3

JOURNÉE DE FORMATION ANNUELLE DU RÉSEAU
LORADDICT

DOMAINE DE L'ASNÉE - VILLERS LES NANCY 14 OCTOBRE
2016

**ADDICTION ET
CRISE SUICIDAIRE**

AVIS

D'EXPERT

ADDICTION

SUICIDE « À PETIT FEU » ET PASSAGE À L'ACTE

- ▶ Tentative d'équilibre de vie
- ▶ Auto-destruction
- ▶ Intentionnalité consciente ou inconsciente
- ▶ Fonction du symptôme
- ▶ Pulsions de mort / pulsions de vie
- ▶ Comment être bienveillant avec soi quand on a besoin de se faire du mal pour aller bien

LA CRISE SUICIDAIRE

- ▶ trans-nosographique
- ▶ les facteurs de risques, prédisposants, précipitants
- ▶ pic de la crise sur la base de l'état antérieur
- ▶ l'alcool, facteur précipitant: impulsivité, surmoi soluble dans l'alcool, effet dépressogène
- ▶ les personnalités limites
- ▶ les traumatismes psychiques, facteurs de risques suicide + trauma

Modèle de JL Terra
Et M Séguin

PRÉVENTION

PRE-SUICIDAIRE

Idées

SUICIDAIRE

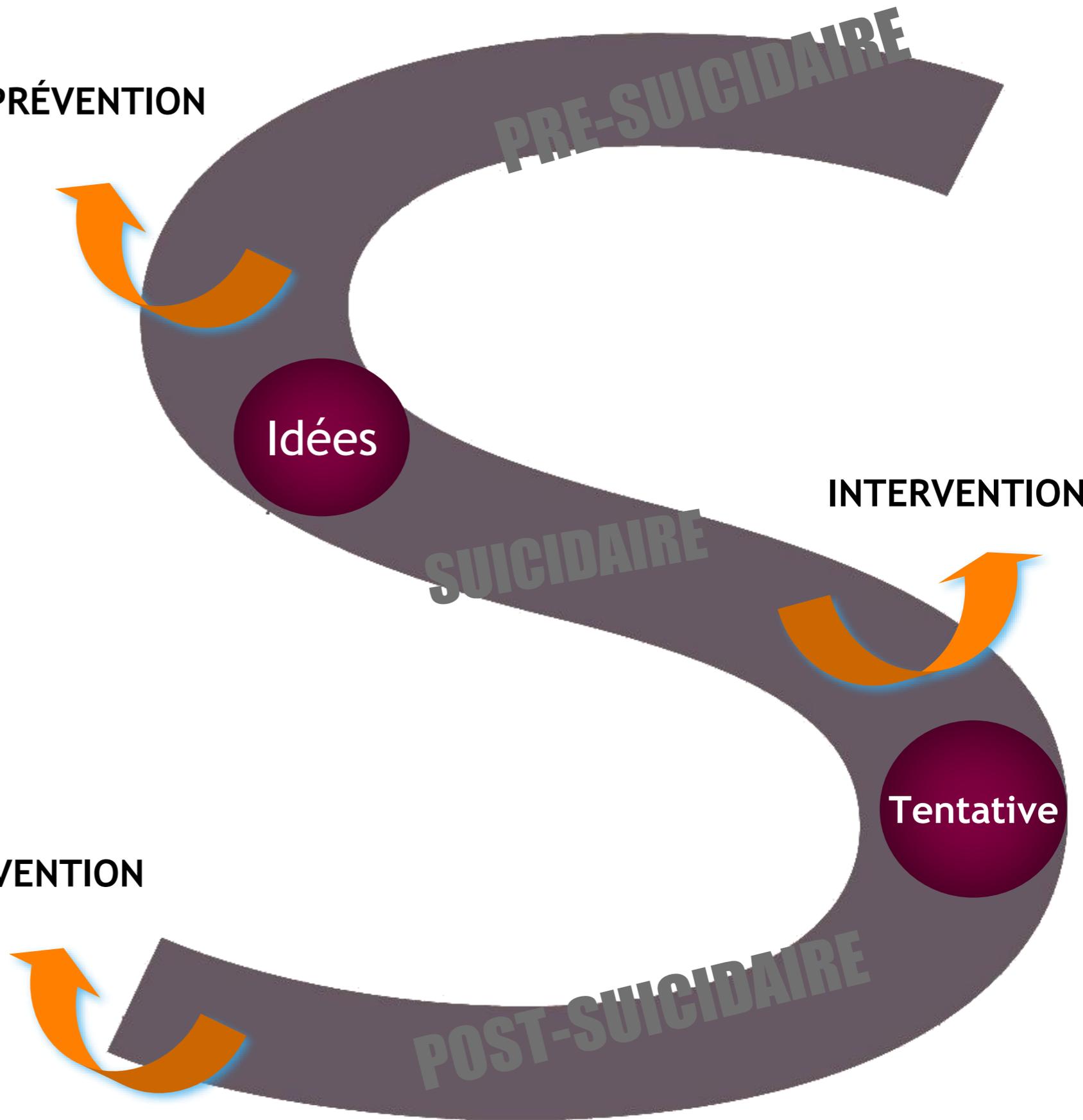
INTERVENTION

8 semaines

Tentative

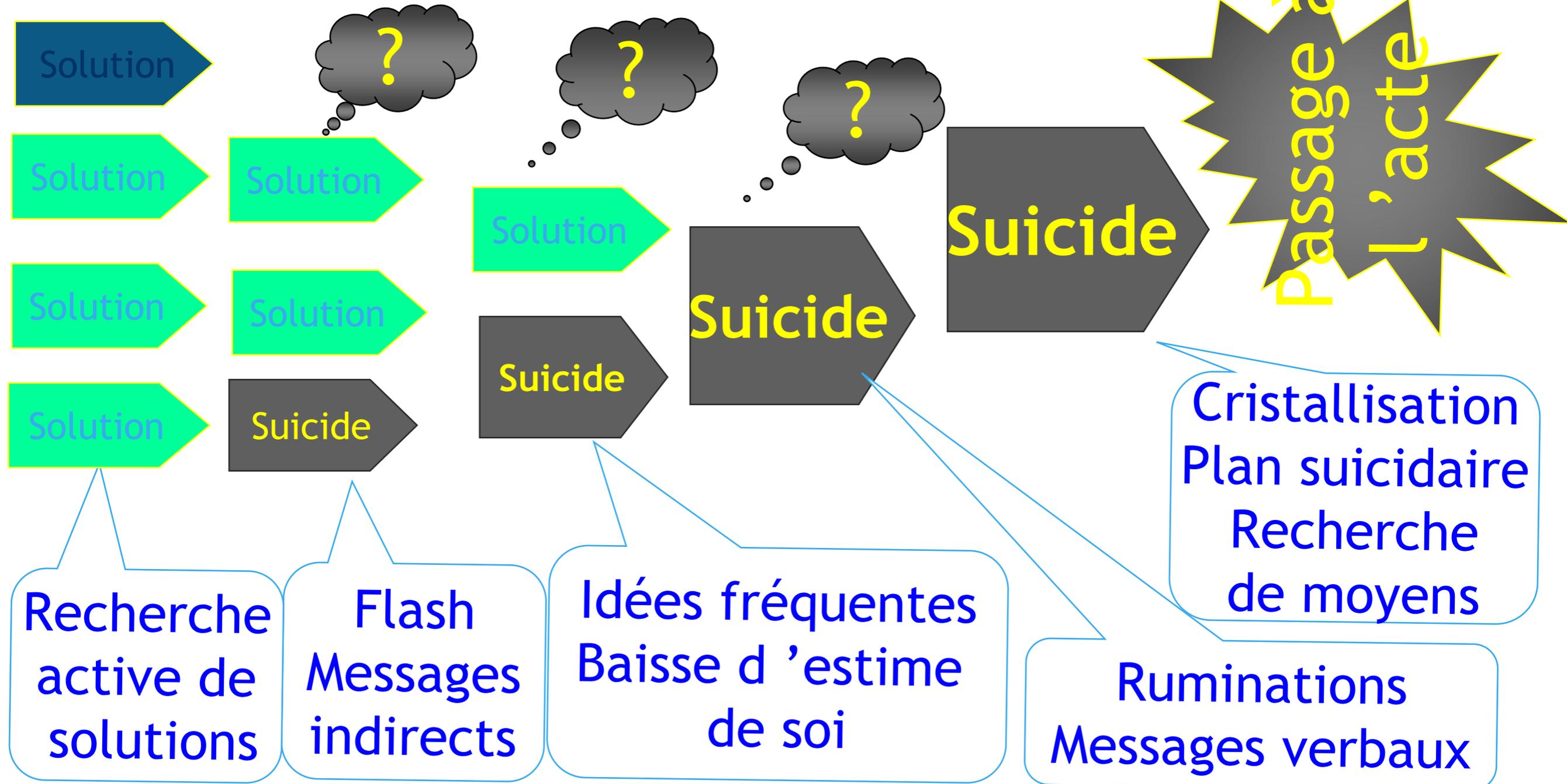
POSTVENTION

POST-SUICIDAIRE



Modélisation de la crise suicidaire

**Solutions inefficaces
ou inadéquates**



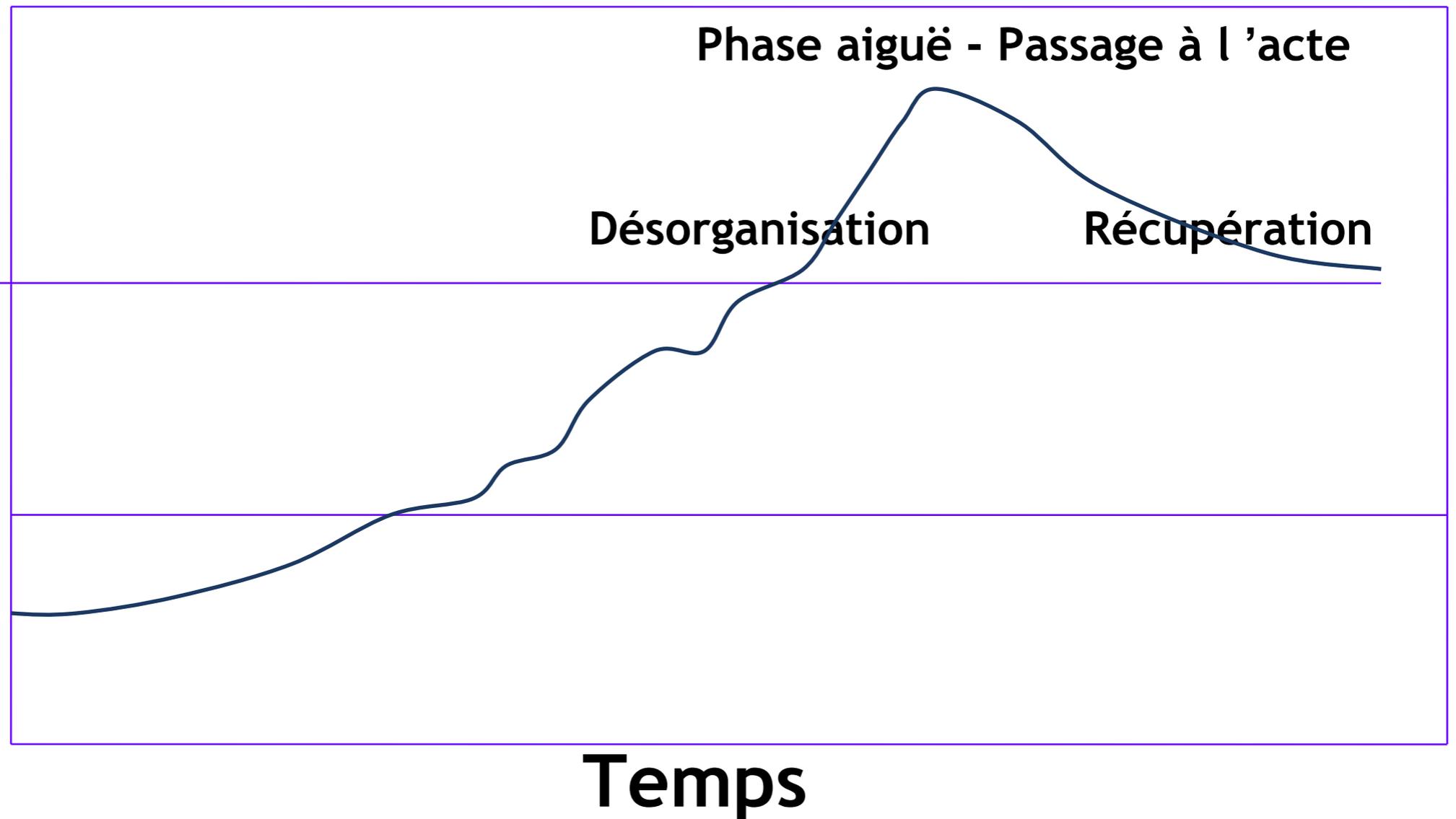
Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?

La progression de la crise :

État de crise

État de
vulnérabilité

État
d'équilibre



Crise psychosociale et crise psychiatrique

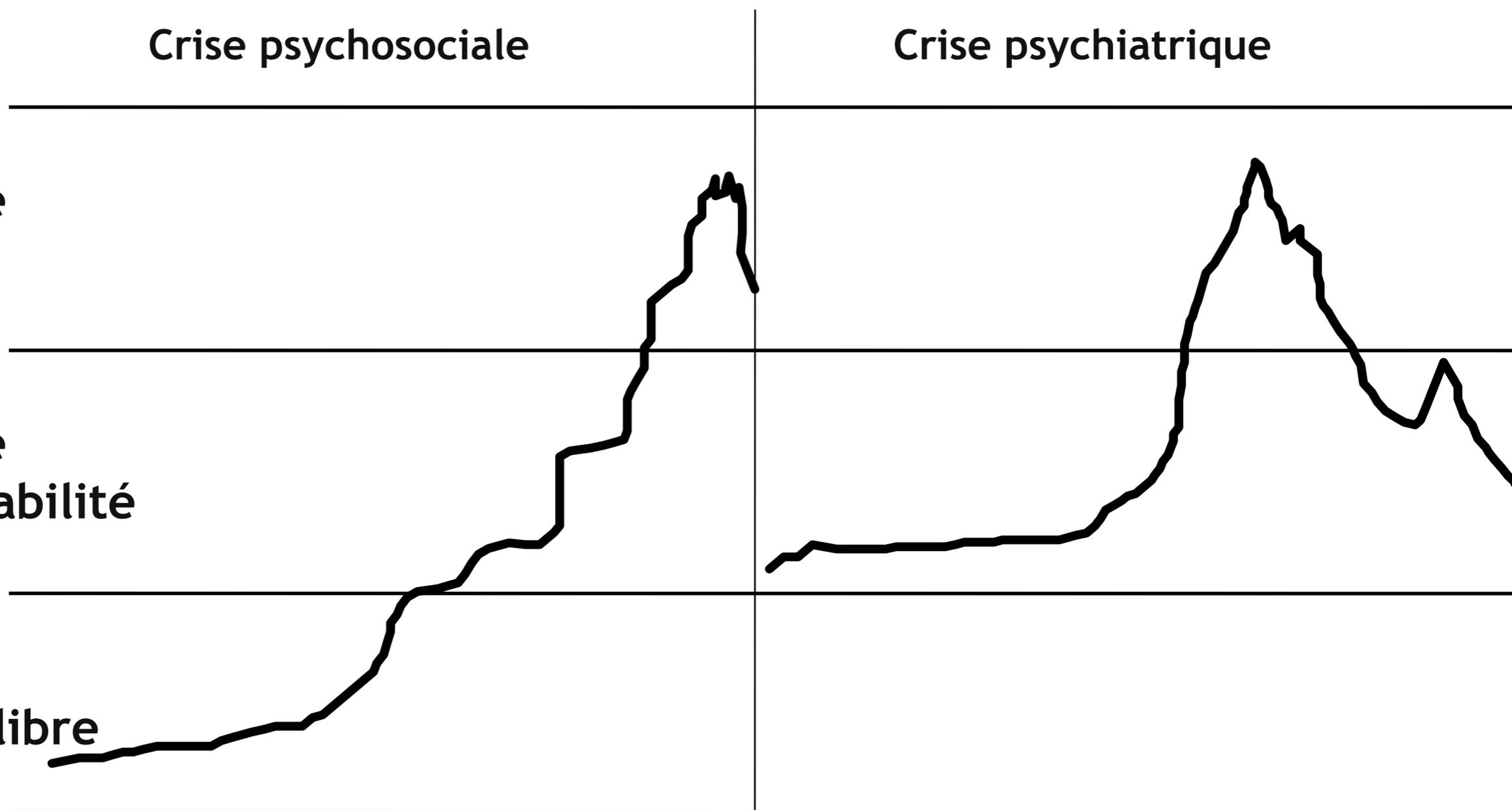
Crise psychosociale

Crise psychiatrique

État de
crise

État de
vulnérabilité

État
d'équilibre

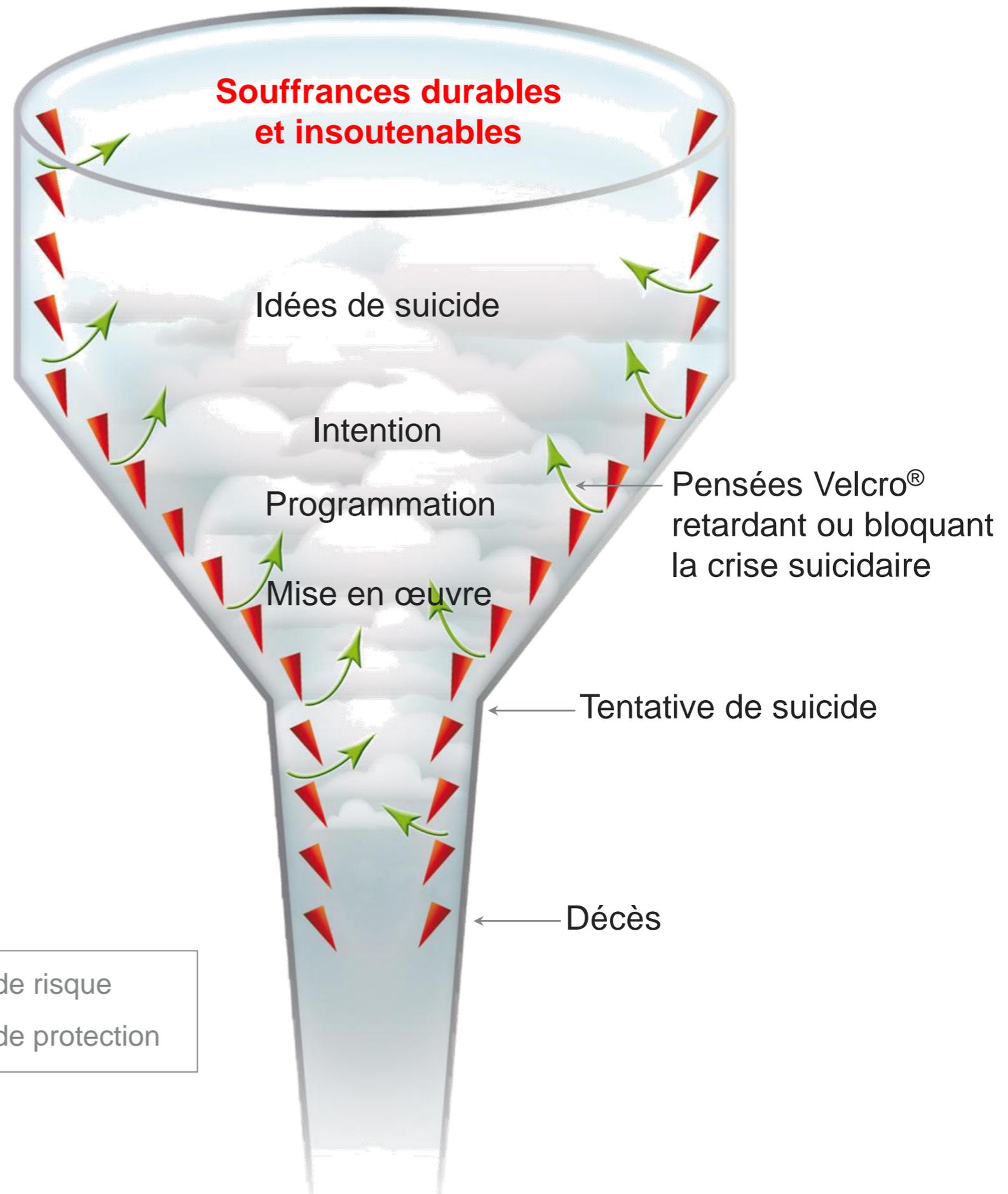
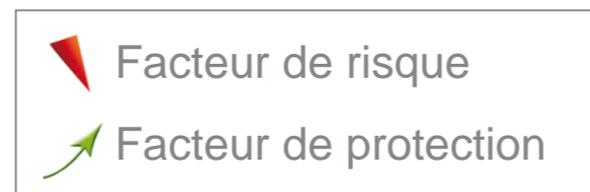


RUD:
Risque,
Urgence,
Dangerosité
faible, moyen, élevé

× Facteurs de risque

× Facteurs précipitants

× Facteurs de protection



Facteurs de risque

× 1aires: forte alerte, interaction, influence TT

troubles psy, antécédents familiaux et personnels S et TS

communication d'une intention S, Impulsivité

× 2aires: prédictivité faible, peu modifiable par TT

Pertes parentales précoces, Isolement social: séparation, veuvage, Chômage, pubs financiers, Évènements négatifs sévères

× 3aires: non modifiables, fonction des FR 1 et 2aires

Sexe masculin, Age: adolescence et senescence, Périodes de vulnérabilité: été, prémenstruelle...

Prédicteurs

Au niveau socio-culturel

- Religion - Anomie (désorganisation sociale)
- Chômage - Média - Lois

Environnement immédiat

Famille

- Violence physique/sexuelle - Abus de substances
- ATC psychiatriques - Manque de cohésion familiale

Au niveau personnel

Troubles mentaux
Tentatives de suicide
Abus d'alcool / drogues
Sexe masculin
Difficulté à gérer le stress
Impuissance/perte d'espoir
Impulsivité/agressivité
Maladie physique

Événements stressants

- Perte d'un être cher
- Séparation
- Abandon
- Difficultés financières
- Difficulté avec la loi

urgence

×Existence d'un scénario suicidaire

×Absence d'alternative

×Planification

×Date

Faible, moyenne, élevé,

dangerosité

- × Léthalité
- × Accessibilité
- × Refus d'aide

Attention:

Dénégation souriante banalisée

Amélioration et apaisement spectaculaire et rapide

SAD PERSONS: >7=hospitalisation

S sex

A age

D dépression

P previous attempt (tentative précédente)

E ethanol

R rational thinking loss (perte pensée rationnelle)

S social support lacking (soutien social manquant)

O organized plan for suicide (scenario)

N no spouse (pas de conjoint)

S sickness (maladie)

Echelles de BECK

×Dépression (BDI)

×Désespoir (BHS)

×Intentionnalité (BSS)

QUESTIONNAIRE

Prénom : Age : ans

Date : / /

Femme O / Homme O

CONSIGNES – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, **indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux**. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme..... Vrai Faux
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.. Vrai Faux
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours..... Vrai Faux
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans..... Vrai Faux
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus..... Vrai Faux
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi..... Vrai Faux
7. Mon avenir me semble plus sombre..... Vrai Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.... Vrai Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur.... Vrai Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir..... Vrai Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir..... Vrai Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus..... Vrai Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant..... Vrai Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux..... Vrai Faux
15. J'ai foi en l'avenir..... Vrai Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit..... Vrai Faux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.... Vrai Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain..... Vrai Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments..... Vrai Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas..... Vrai Faux

Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

(Traduction JB Garré) par le 19.06.2012.

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Date :

Score :

Examineur :

Intentionnalité faible : 0 à 3
Intentionnalité moyenne : 4 à 10
Intentionnalité forte : 11 à 25

I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2

2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0
- Intervention improbable : 1
- Intervention très improbable : 2

3 - Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- Aucune précaution prise : 0
- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1
- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

4 - Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
- N'a contacté ou averti personne : 2

5 - Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

- Aucune : 0
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

6 - Lettre d'adieu

- Pas de lettre : 0
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1
- Présence d'une lettre : 2

II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

1 - Appréciation de la léthalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- Etait sûr que son geste le tuerait : 2

2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

4 - Position actuelle vis-à-vis de la tentative

-
- Patient heureux de s'en être sorti : 0
 - Patient incertain ou mélange des 2 : 1
 - Patient désolé d'avoir survécu : 2

III- DANGEROUSITE

1 - Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

- Issue favorable certaine : 0
- Mort improbable : 1
- Mort probable ou certaine : 2

2 - La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

EFFET DÉPRESSOGENÈ DE L'ALCOOL

- ▶ abus chronique d'alcool = 40% de dépressifs
- ▶ après abstinence = 10%
- ▶ parfois dépression du sevrage
- ▶ 1ère prévention du suicide: Dg et TT des dépressions
- ▶ TT intégré alcool + dépression ou alcool puis dépression ?

EFFET DÉSINHIBITEUR DE L'ALCOOL

- ▶ impulsivité
- ▶ expression de l'agressivité inconsciente
- ▶ auto, hetero-agressivité
- ▶ passage l'acte souvent sans intentionnalité consciente
- ▶ renforçateur de la dangerosité suicidaire

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET ADDICTION

- ▶ Border line: passages à l'acte répétés
- ▶ Les névrose constituées protègent
- ▶ « Suicidose »
- ▶ Anxieux chroniques et épuisement dépressif
- ▶ Syndrome psycho-traumatique

ADDICTION, PSYCHO- TRAUMATISME ET SUICIDE

- ▶ Etudes initiales chez les vétérans atteints de PTSD

64% à 84% de mésusage alcool vie entière

40% à 44% de mésusage drogue

- ▶ Etudes en Population civile atteinte de PTSD

22% à 43% (H: 34.5% & F: 26.9%) de mésusage vie entière

lien entre psycho-traumatisme et comportement suicidaire :

4 fois plus de Tentative de Suicide

7 fois plus de décès par suicide

COMORBIDITÉ ADDICTIONS ET PSYCHIATRIE

Comorbidité ancienne et bien connue

D'un point de vue Addictologique:

- ▶ Abus ou Dépendance alcool: **45%** ont au moins un trouble psychiatrique
- ▶ Abus ou Dépendance drogues: **72%** ont au moins un trouble ψ

D'un point de vue Psychiatrique:

- ▶ Schizophrénie: 88% tabac, **47% alcool**, 25 % cannabis,
7% les 3
- ▶ Dépression: **20 à 60 %** de troubles addictifs
- ▶ Manie: **44%** alcool

PRISE EN CHARGE ?

- ▶ Hospitalisation ?
- ▶ Urgences ?
- ▶ Centre d'accueil et de crise ?
- ▶ Psychiatrie ?
- ▶ Centre d'addictologie ?

Aucune étude scientifique n'a pu démontrer l'influence d'une hospitalisation sur le risque suicidaire

NOUVELLES ORGANISATIONS DE SANTÉ

- S.A.U. (circulaires 95 et 97)
- Urgences Psychiatriques
- Interventions de crise, thérapies brèves
- Service « adolescents »
- Inter-sectorialité
- Réseaux, liaison

SOINS D'URGENCE AUX URGENCES

- Hospitalisation « systématique »
- Unité d'Hospitalisation Temporaire (UHT)
- Ultra-court séjour médico-psychologique (48H à 72H)

80% des TS non adressées à l'hôpital (M. CHOQUET 1994)

75% des récurrences à 3 mois n'avaient pas été hospitalisées (Pommereau 1996)

Ne banaliser aucun geste (gravité non proportionnelle à l'intentionnalité)

APPROCHE GLOBALE AUX URGENCES

- soins somatiques
- soins psychologiques
- évaluation sociale _____

Approche individuelle

Approche de la famille et de l'entourage

Liaisons téléphoniques (MG, psy, addicto, AS, Juge...)

QUAND HOSPITALISER

- ▶ Pathologies mentales (20 à 30%)
 - Dépressions majeures
 - Troubles graves de la personnalité
 - Psychoses
- ▶ Risque de récurrence immédiate
- ▶ Environnement défavorable
- ▶ Demande du suicidant (sauf hospitalisme)

OÙ HOSPITALISER

Où ? CHS ? CHG ?

Pédiatrie – Gériatrie

Proximité des urgences

Structures spécialisées (Adolescents)

Comment ? Cure libre

HDT, « Placement enfant » ?

Avis médical Suivi ou pas (« Contre Avis Médical » ?)

Privilégie l'alliance sur la contrainte

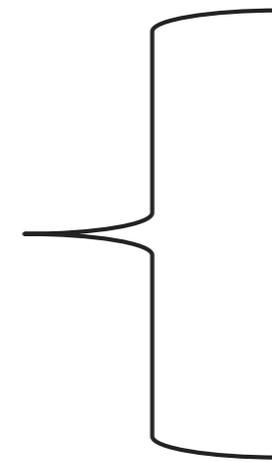
Refuge ultérieur à préserver

SOINS AMBULATOIRES

Relais : Médecin généraliste

Psychiatre libéral

Equipe de secteur



1/10 y adhère

Reconvocations (9/10) : Urgence + aval ?

Réseau : Liaisons

Référent

Rappel, relance téléphonique

RÉSEAU

Liaisons multiples

- Intervenants médicaux (MG, pédiatres, méd.scolaires, psychiatres, addicto...)
- Intervenants sociaux, judiciaires
- Équipes psychiatriques différentes (secteurs, pédo-psychiatrie, psycho-gériatrie, libéraux, publiques...)
- Famille

Favoriser les cohérences, éviter les antagonismes

Complexité, champs différents de proximité

Ethique et secret médical

DEVENIR

- Idées suicidaires dans l'année 11% des 15 – 19 ans
- Geste suicidaire 11 – 19 ans 8% des filles
5% des garçons (M. CHOQUET)
- Récidives 10 à 40%
- TS = risque de mort violente x 20
- Décès 1 à 2% à un an
10% à 10 ans
- Risques somato-psychiques accrus
- Mauvaise adaptation psychosociale

BIBLIOGRAPHIE

Walter, M., et Tokpanou, I. (2003). « Identification et évaluation de la crise suicidaire », Annales médico-psychologique

Séguin, M., et Terra, J.L. (2004). Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur, Paris, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Direction générale de la Santé, vol. 161, p. 173-178.

4ème Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie
(19 et 20 octobre 2000) ANAES **La crise suicidaire:
reconnaître et prendre en charge**

Guide d'aide à la régulation SAMU de France L. JEHEL, C. BERTRAND,
S. KANNAS risque suicidaire