

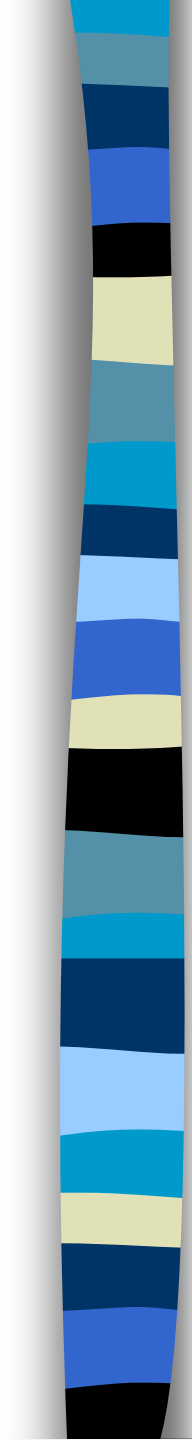


www.u2peanantes.org
olivier.bonnot@chu-nantes.fr
@BonnotOlivier



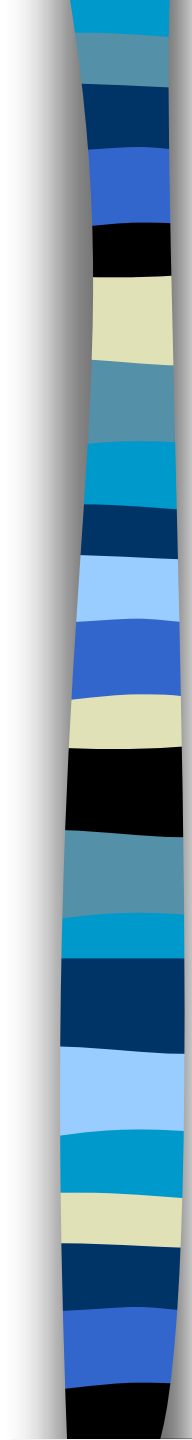
TS et suicide en PEA

Olivier Bonnot



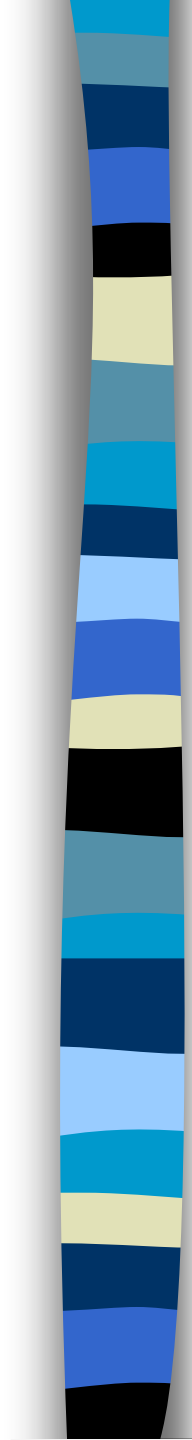
Chez l'enfant

- Définition de la mort en fonction de l'âge de l'enfant
 - À 8 ans : la mort est perçue comme irréversible irrévocable et pouvant
- Entre 5 et 8 ans : est vivant tout ce qui bouge, qui se nourrit, et par opposition est mort tout ce qui est immobile, insensible et ne respire pas
- Avant 5 ans : la mort équivaut à une absence temporaire et réversible • Suicide et enfance
- • Question : peut-on pendant l'enfance se tuer volontairement et délibérément ? Un enfant qui se tue se donne t-il vraiment la mort ?
- Données médico-légales des autopsies psychologiques : il faut avoir 10 ans pour évoquer le suicide
- Phénomène rare voire « monstrueuse exception »



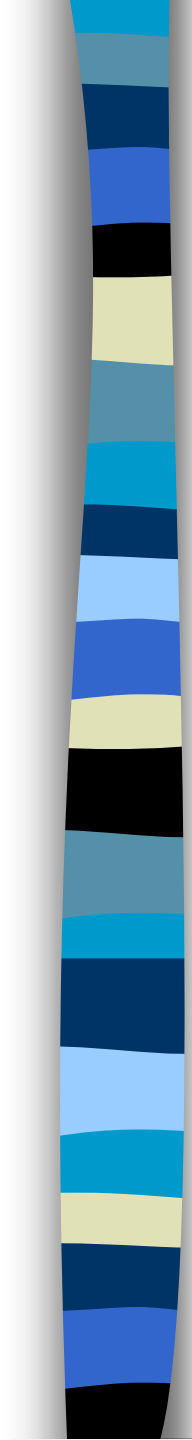
NOTIONS EPIDEMIOLOGIQUES

- Bien que rares, les suicides de l'enfant sont probablement sous- estimés du fait des errances définitoires, générateurs d'erreurs de classification
- - Situation française : données rares
 - En 2007 : 22 cas de suicide soit 3% des décès chez les 5-14 ans
 - En 2010 : 40 cas de suicide à cette même tranche d'âge
 - 23 garçons pour 17 filles
 - Les garçons emploieraient d'avantage de techniques directement létales



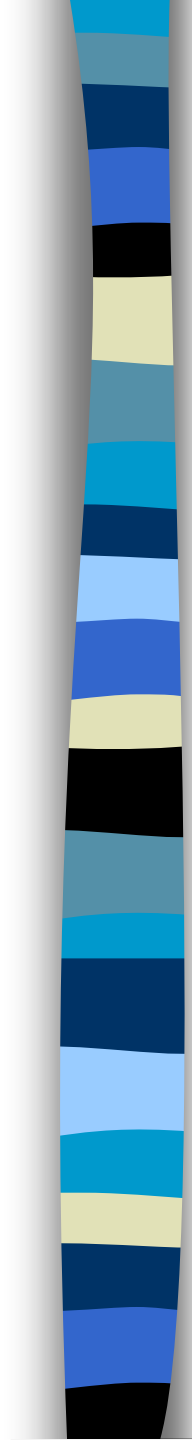
Facteurs de risques

- Facteurs prédisposant
 - • Antécédents personnels
 - • Antécédent de comportements suicidaires
 - • Enfants suivis en hospitalisation psychiatrique
 - • Troubles psychiatriques : troubles de l'humeur (épisode dépressif), trouble des conduites, association trouble anxieux et dépression, pathologies limites
 - • Antécédents psychiatriques familiaux • TS ou suicide dans la famille
 - • Dépression parentale
- • Environnement : défaillances parentales précoces, traumatismes, pertes, séparation → Importance de l'épigénétique dans la régulation émotionnelle et l'impulsivité
 - Phénomène pubertaire et pulsionnalité hormonale
 - Harcèlement scolaire, cyber-harcèlement



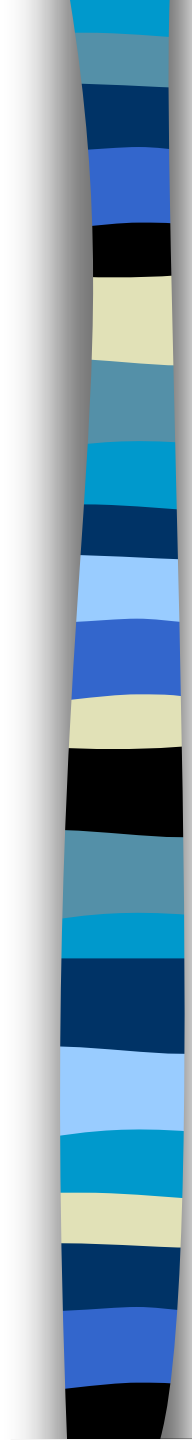
Aspects cliniques

- Les passages à l'acte ne sont que rarement prémédités, la phase prémonitoire est imperceptible
- La fonction respiratoire est la première à être atteinte dans les suicides d'enfants
 - • Fonction particulièrement investie dans sa fonction vitale pendant l'enfance
 - • Pendaison : moyen létal le plus fréquent
 - • Intrication avec certains jeux de suffocation (comme le jeu du foulard ou le jeu de la tomate) compliquant la qualification en suicide de certains actes
- Après la pendaison, ce sont les suicides par armes à feu qui reviennent le plus fréquemment dans la littérature mais attention car données issues d'études américaines où la diffusion d'armes à feu est plus fréquente dans les foyers
- Autres moyens létaux retrouvés dans les données internationales : armes blanches, écrasement (défenestration, précipitation sous un véhicule)
- Plus l'enfant est jeune, plus les moyens employés seraient violents (notamment chez le garçon)



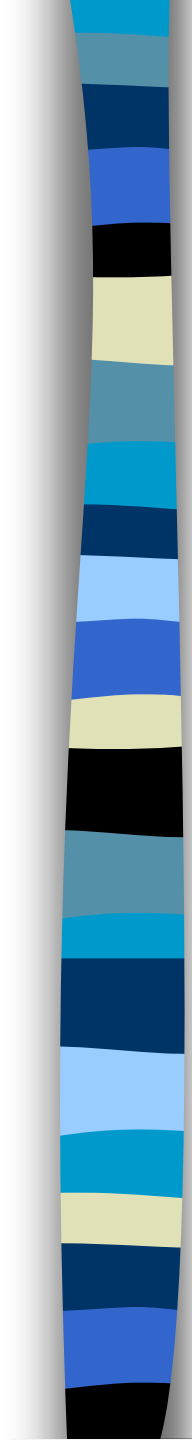
Aspects cliniques

- ❑ Critères rétrospectifs permettant de statuer de la nature suicidaire de la mort de l'enfant :
- ❑ Mots ou courriers laissés
- ❑ Histoire de suicidalité
- ❑ Stresseurs psychosociaux
- ❑ Antécédents : abus de drogue ou d'alcool, troubles psychiatriques, décès intrafamiliaux, abus sexuels
- ❑ Difficultés scolaires
- ❑ Participation aux jeux de suffocation



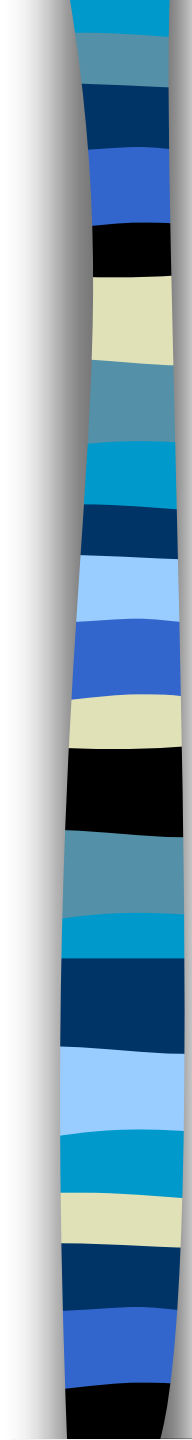
Modèle de Compréhensions

- Modèle interpersonnel psychologique du suicide
 - Le désir de mort surviendrait dès que le sujet expérimenterait une sensation de déconnexion
- sociale ou d'échec d'appartenance ou perception d'être un poids pour les autres • Suicide: désir de mort x capacité de passer à l'acte
- • Modèle de vulnérabilité à la menace
 - Profil de vulnérabilité maladaptatif marqué par une tendance à percevoir de multiples
- menaces, dangers et ainsi conduire à une escalade anxieuse
- • Débordement des capacités à faire face à cette escalade induisant un sentiment de désespoir dont le suicide paraît être la seule échappatoire
- • Modèle de fuite
 - Tentative de déconnexion des affects négatifs
- • Modèle biomédical
- • Trouble psychologique + événement stressant + vulnérabilité individuelle + altération soudaine de l'humeur → passage à l'acte suicidaire

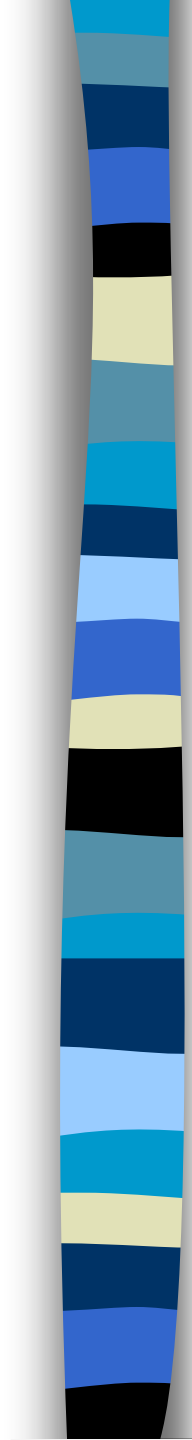


Modèle de Compréhensions

- Les facteurs descriptifs impliqués et les modèles de compréhension doivent être pensés dans une perspective diachronique et intégrative
- La nature et les moments de leurs agencements sont déterminants
- Impossible d'identifier un élément individuel d'un ensemble
- développemental complexe chez des enfants vulnérables et vulnérabilisés
- → équation complexe : immaturité cognitive + facteurs émotionnels (dépression) + éléments comportementaux (impulsivité) x facteurs environnementaux contextuels
- Trajectoire traumatique souvent centrale dans la compréhension du suicide de l'enfant

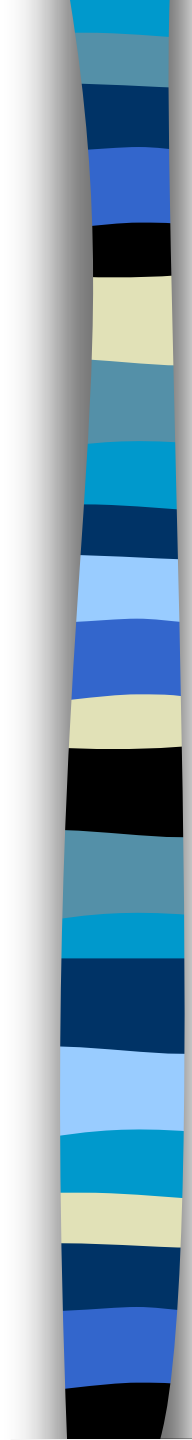


Adolescent



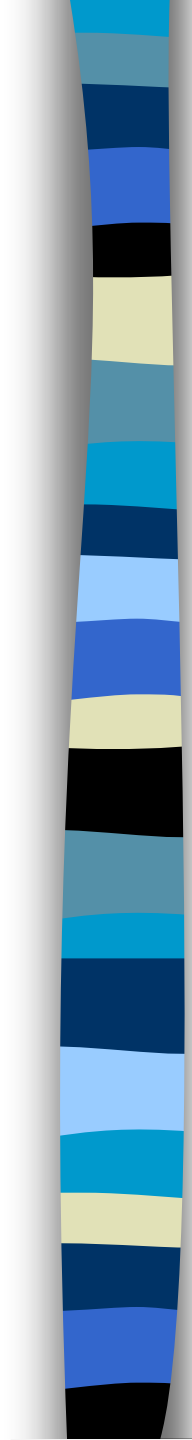
Introduction

- Le suicide l'adolescent renvoie aux questions existentielles que se pose tout adolescent confronté au monde extérieur
- Il soulève le problème fondamental de la prédominance à l'adolescence des conduites agies sur les conduites mentalisées
- Le geste suicidaire représente à cet âge un échec du travail de deuil, de déplacement des investissements internes
- •La tentative de suicide doit être comprise comme un mode de communication, un geste ultime et désespérer pour maintenir ou établir une relation aux autres, souvent malmenée jusque là
- Continuum : prise de risque → conduite dangereuse → équivalents suicidaires (intentionnalité suicidaire déniée) → tentative de suicide
- Un jeune qui fait une TS est un jeune qui veut vivre... mais autrement !
Le travail thérapeutique sera de créer les conditions de ce changement



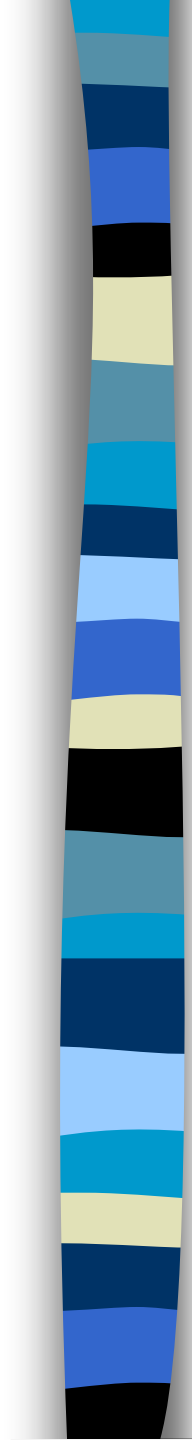
Clinique

- Compréhension du geste suicidaire à travers l'étude de la crise suicidaire et ce de manière transnosographique
- Quelle que soit l'approche théorique, trois points essentiels sont à connaître :
 - La confrontation à une crise existentielle, expérience introspective insupportable et
- inacceptable d'affects déplaisants
 - Crise naissant de l'interaction entre événements négatifs et vulnérabilité individuelle
 - Avec l'idée du suicide comme solution à ses problèmes (idée + scénario + intention)
- L'acte suicidaire est compris comme une tentative désespérée d'autorégulation et il convient d'évaluer trois grandes questions :
- • Quelle est la dangerosité du geste : où ? quand ? comment ?
 - Quel est le degré d'urgence : degré d'intentionnalité suicidaire, préparation du geste,
 - existence d'un syndrome de tension présuicidaire ?
 - Quels sont les facteurs d'adversité et psychopathologiques sous-jacents ?



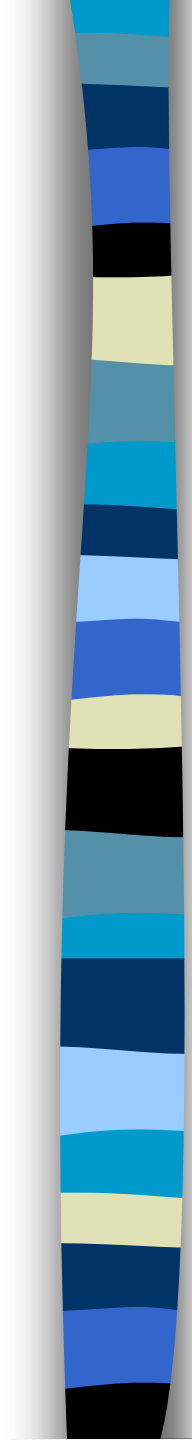
Clinique

- Dangersité du geste : où, quand, comment ?
 - • Lieux et moment
 - • Domicile:lieuxleplusfréquent
 - • Le choix du retrait dans un lieu isolé à un moment où l'entourage est absent signe une forte intentionnalité
- • Moyens et accessibilité
 - • Chez les 15-24 ans, le décès par suicide est souvent la conséquence du recours à des moyens à
- fort potentiel létal
- • Garçons : pendaison, armes à feu puis projection d'un lieu élevé, IMV, plus rarement noyade et armes blanches
- • Filles : IMV, pendaisons puis armes à feu, projection d'un lieu élevé et beaucoup plus rarement noyade et armes blanches
- Chez les 15-24 ans, la TS est le plus souvent la conséquence d'une IMV, puis vient la phlébotomie (limite entre automutilation et geste suicidaire)
- La sévérité du tableau psychopathologique n'est pas nécessairement proportionnelle à la létalité du moyen utilisé



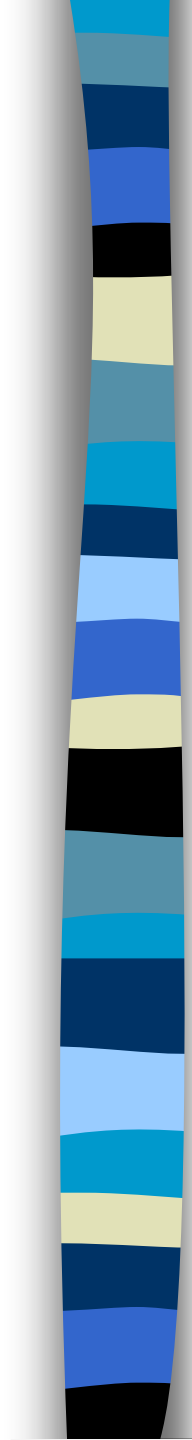
Clinique

- Intentionnalité suicidaire
 - Degré de l'intentionnalité suicidaire
- La suicidalité peut être conceptualisée selon un continuum comprenant, du risque suicidaire modéré au risque le plus élevé, 4 étapes :
 - Les idées de mort
 - L'idéation suicidaire
 - L'intention ou projet suicidaire accompagné de l'élaboration d'un scénario
 - Le passage à l'acte suicidaire et éventuellement sa répétition
- Hiérarchisation des degrés d'urgence en distinguant les situations presque ubiquitaires à l'adolescence (pensées sur la mort) des situations beaucoup plus rares qui doivent alarmer (fantasmes suicidaires obsédants) et justifie leur exploration
- Mais attention : suicide et TS peuvent survenir à n'importe quel stade de ce continuum, il n'y a pas qu'une seule voie qui mène au suicide
- En ce qui concerne le scénario et sa précipitation, certains facteurs témoignent d'une forte intentionnalité suicidaire : préméditation, dissimulation du geste, absence de facteur déclenchant explicite, conscience du caractère du moyen utilisé



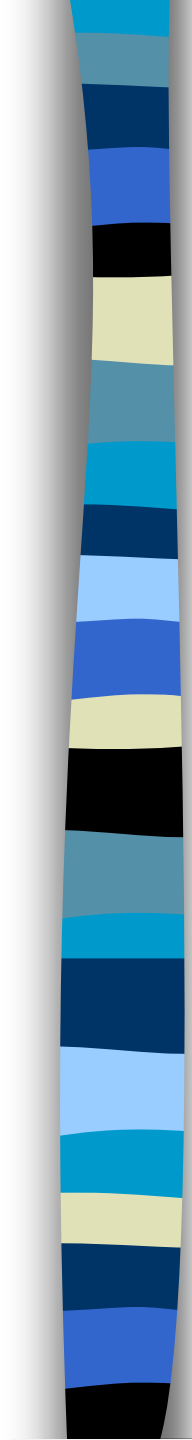
Clinique

- Intentionnalité suicidaire
 - Syndrome de tension pré-suicidaire
- Montée d'angoisse dans les jours précédents la TS : l'adolescent craint « de ne pas tenir le coup », a peur de « craquer » et montre des difficultés à résoudre cette montée tensionnelle par des moyens plus symbolisés ou mentalisés risquant alors de passer à l'acte sur son corps
- Triade du syndrome de tension pré-suicidaire:
 - Constriction croissante de la personnalité à trois niveaux : situationnel (repli sur soi), psychodynamique (restriction des émotions et des défenses : désespoir, auto-reproches, ruminations) et des idéaux (réduction des sens des valeurs)
 - Inhibition de l'agressivité soit par refoulement, soit par retournement sur soi, témoignant d'un intense contrôle de la tension intérieure et associée à une dysphorie, des troubles somatiques et intellectuels
 - Envahissement fantasmatique par les idées et la planification suicidaires qui occupent toute la vie imaginaire



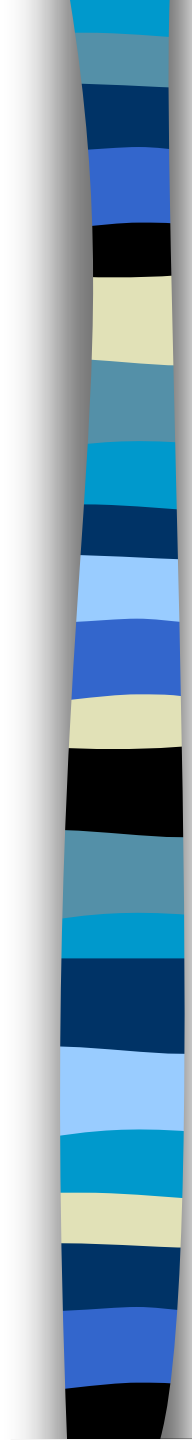
Clinique

- Nature de l'attaque portée au corps
- Le rapport au corps à l'adolescence est rendu compliqué par les bouleversements
- pubertaires
- La nature de l'attaque portée à l'intégrité du corps témoigne des rapports entretenus par l'adolescent avec ce dernier et peut éclairer la psychopathologie
 - Attaque portée à la tête (arme à feu, asphyxie (pendaison) ou endormie (IMV)) → représentant de la pensée → conflit psychique en partie mentalisé
 - Attaque du corps liée à une prise de risque inconsidérée → la recherche de sensation remplace la pensée
 - Méthode traumatique violente et désorganisante via un anéantissement ou une mutilation du corps (projection, armes blanches) → schéma corporel et constitution de l'individualité en défaut
- Dans tous les cas, l'attaque du corps représente une stratégie autodestructrice qui permet de reprendre la maîtrise de la souffrance et d'inverser le sentiment d'impuissance provoqué par le corps insatisfaisant, incontrôlable voire persécuteur



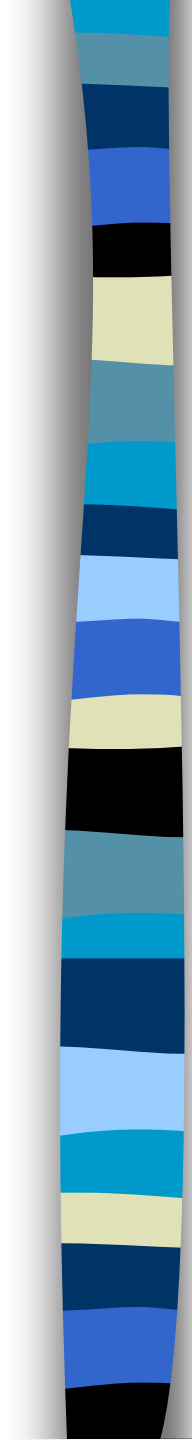
Clinique

- Équivalents suicidaires et spectre de l'autodestruction
- • Prise de risque avec conscience du risque encouru = conduite ordalique
- • Équivalents suicidaires + comportements autodestructeurs = spectre de la suicidalité
- Recherche de la maîtrise de la conflictualité et des affects, de l'extinction ou de l'appauvrissement des pensées et sensations à travers la restriction alimentaire (anorexie restrictive), l'hyperinvestissement obsessionnel de certaines activités stéréotypées (jeux vidéo), intellectuelles ou sportives ainsi que l'inhibition (phobie scolaire)
- Recherche de l'évacuation du conflit par les conduites agies, le sentiment d'omnipotence et la négligence du corps à travers la fugue, l'opposition, les provocations, l'hétéro-agressivité, le négativisme, le refus d'apprendre ou de se confronter aux autres, la recherche de défonce et auto-suffisance à travers le produit, le défaut de soin
- Lutte contre le sentiment de désorganisation à travers des automutilations parfois majeures (énucléation, castration, amputation) ou plus modérées (scarifications)



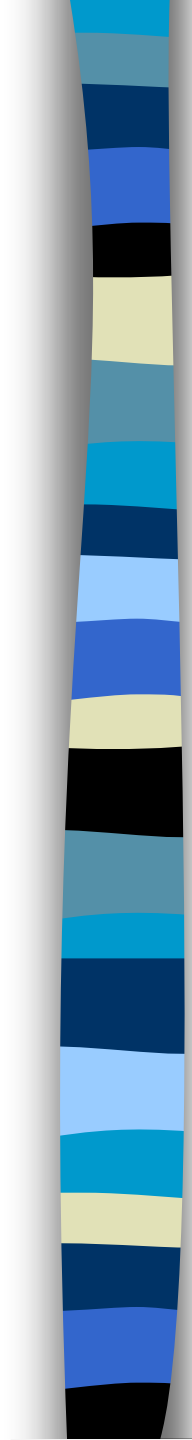
Facteurs de risques

- Facteurs de vulnérabilité et facteurs précipitants
- • Facteurs individuels
 - Antécédent de TS et récurrence suicidaire
 - Pathologies psychiatriques
- Troubles dépressifs
- Consommation d'alcool ou de toxiques
- Impulsivité et troubles des conduites
- Troubles de la personnalité (pathologie limite++ ou fonctionnement limite)
- Troubles anxieux et autres troubles internalisés (données moindres)
- Schizophrénie et épisodes psychotiques aigus (attention en cas d'association à une symptomatologie dépressive)
- • Orientation sexuelle
 - Facteurs somatiques et image corporelle



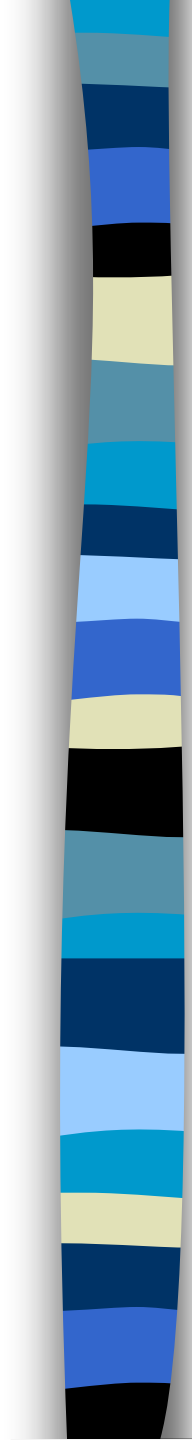
Facteurs de risques

- Facteurs familiaux
 - Antécédents familiaux de suicide ou de TS
 - Psychopathologie parentale (dépression, abus de substances) • Événements négatifs familiaux et relations intrafamiliales
- • Facteurs environnementaux
 - Exposition au suicide ou aux TS (contagiosité, effet Werther) • Événements de vie négatifs et traumatiques
- • Facteurs d'adversité situationnels : difficultés scolaires, échecs relationnels, problèmes avec la justice, conflits avec les proches
- • Facteurs traumatiques : carences, violences physiques, maltraitance, abus sexuels • Qualité de la relation avec les pairs et capacités de communication
 - Facteurs socio-économiques
 - Accès aux moyens létaux
 - Structure sociale et culturelle



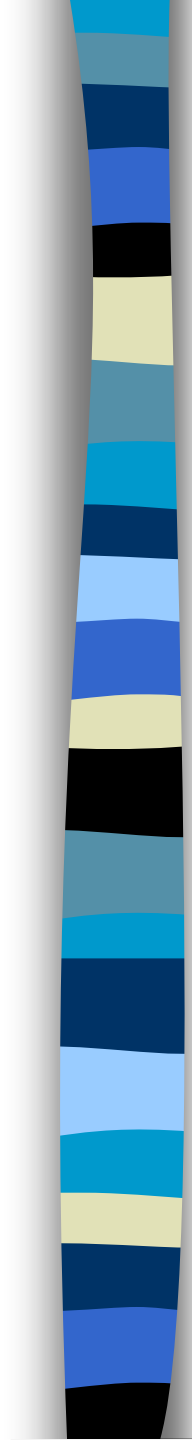
Facteurs de risques

- Facteurs de protection • Estime de soi
- • Cognitions positives
 - Soutien social et capacités de communication



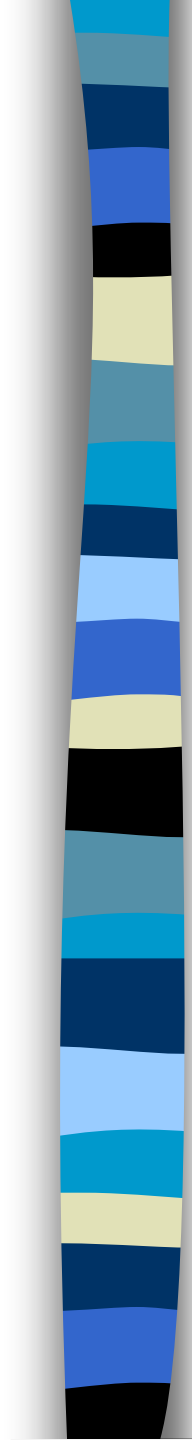
Facteurs de risques

- ❑ Adolescence et pensées sur la mort
- ❑ • Questionnement autour du sens de la vie en général, du sens de sa propre vie et par conséquent sur la mort voire sa propre mort (sauf si aveuglement par un sentiment d'omnipotence infantile)
- ❑ • Confrontés à la souffrance de ne pas trouver de signification à leur existence, certains adolescents s'engagent dans des conduites à risque, comme pour tester leur légitimité à exister ou découvrir une nouvelle dimension du goût de vivre
- ❑ • Conduites ordaliques suivies d'un sentiment de soulagement voire de triomphe
Phénomène social : multiplication de ces conduites et pratiques parfois
- ❑ violentes au sein d'un groupe (jeu du foulard, *Jackass*)
- ❑ Mais absence de reconnaissance sociale et de restructuration durable du sentiment d'identité conduisant à une escale dans le risque (conduites à risque → conduites ordaliques) et à une répétition (exploration simple → exploration compulsive)
- ❑ eDistinction parfois complexe entre prise de risque, conduite de dépendance et conduite suicidaire répétée
- ❑ Sentiment d'autosuffisance procuré par le jeu avec la mort (ou l'autodestruction) peut être source de fascination voire devenir une véritable drogue pour les plus vulnérables



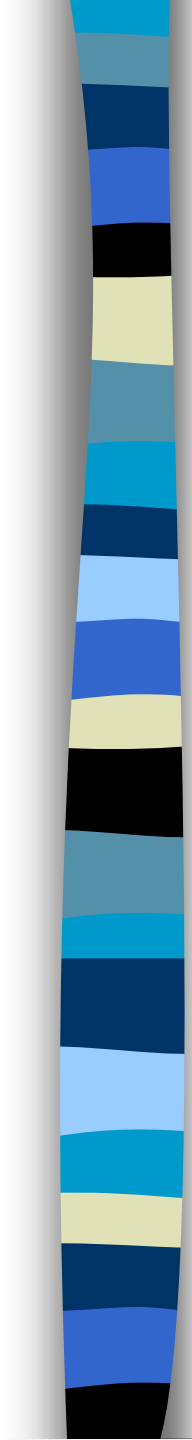
Facteurs de risques

- Vulnérabilité aux passages à l'acte : impulsivité et capacités de symbolisation
- • Double dimension de l'impulsivité à travers le PAA à l'adolescence :
 - • Absence de réflexion
 - • Préférence pour la résolution immédiate du conflit au mépris de la gravité des conséquences pour soi-même et autrui
- Impulsivité ne signifie pas absence d'intentionnalité mais prédisposition aux réactions rapides et non planifiées aux stimuli internes et externes sans considération pour les conséquences
- Diminution du recours aux conduites mentalisées : pauvreté des processus de sublimation, défaillance de la capacité de symbolisation nécessaires pourtant au travail de deuil induit par l'adolescence
- Pulsions génitales contraignant l'individu à renoncer à ces objets d'investissement infantiles
- L'adolescent doit, de manière autonome, supporter le temps de l'attente, choisir de regarder l'avenir, les bénéfices à long terme plutôt que les satisfactions immédiates



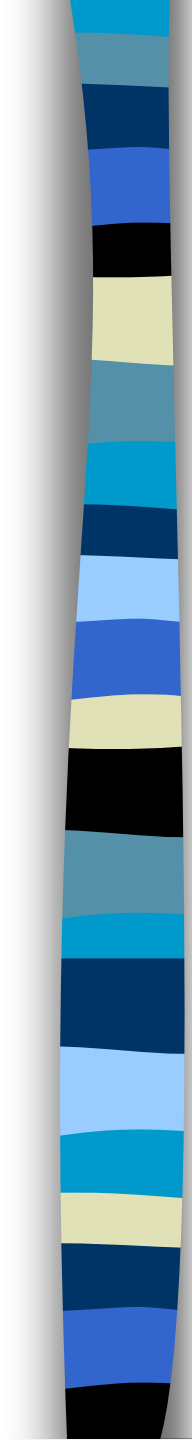
Facteurs de risques

- Vulnérabilité relationnelle
- Préservation du sentiment de sécurité (et de manière sous-jacente d'identité)
- en prenant appui sur des objets externes de réassurance
- D'où une incapacité à supporter les pertes ou les séparations avec dépendance excessive aussi bien à l'égard des proches que des objets matériels investis
- Paradoxe de l'adolescence
 - Trop grande distanciation = menace d'abandon
 - Trop grande proximité = menace d'intrusion ou d'indifférenciation
- Dans tous les cas MENACE IDENTITAIRE



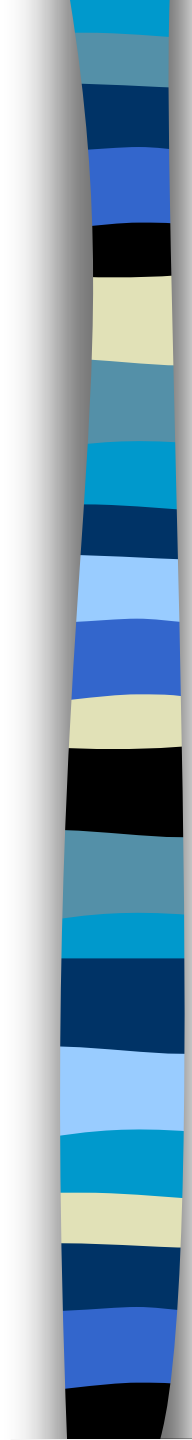
Facteurs de risques

- La dynamique familiale ou environnementale
- La perturbation de la qualité du soutien familial et la perturbation de l'environnement vont venir se heurter aux vulnérabilités individuelles
- Des observations familiales chez des adolescents ayant fait une TS ont pu permettre le dégagement de trois séries de faits :
 - L'adolescent y est souvent le lieu d'une projection parentale excessive (identification projection agressive)
 - La barrière entre les générations y est souvent confuses avec coalitions entre des membres appartenant à des générations différentes contre un tiers de la famille
 - Une série d'événements traumatiques est repérable avant la TS : décès, départ, rejet, rupture
- Évaluer la dynamique familiale est indispensable pour l'alliance de soins à mettre en place après une TS



COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

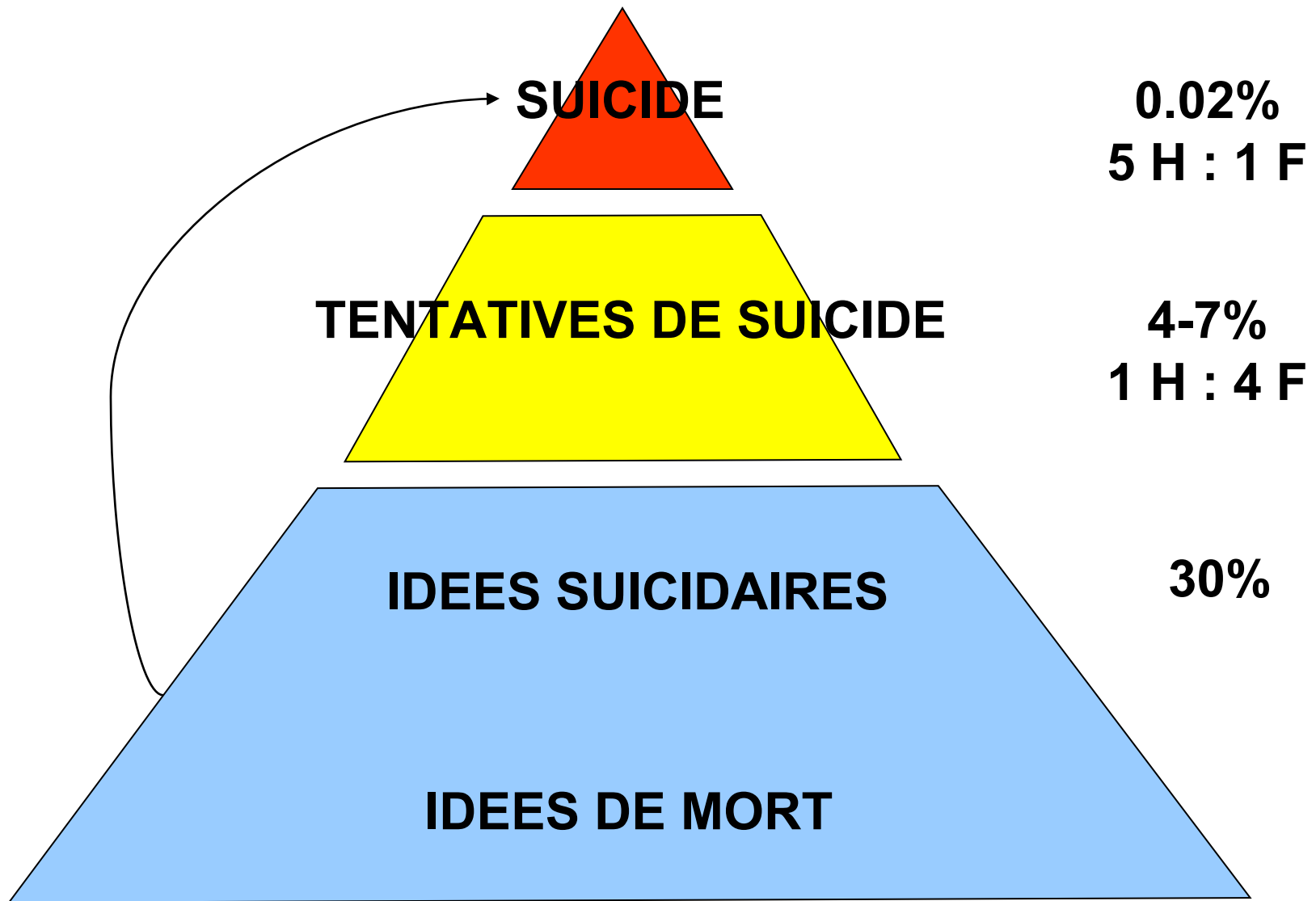
- **Suicide** : mort volontaire
- **Suicidé** : individu qui s'est donné volontairement la mort
- **Tentative de suicide (TS)** : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir
- **Suicidant** : individu ayant réalisé une TS
- **Menace de suicide** : conduite faisant craindre à court terme la réalisation d'une TS



TYPOLOGIES DE COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

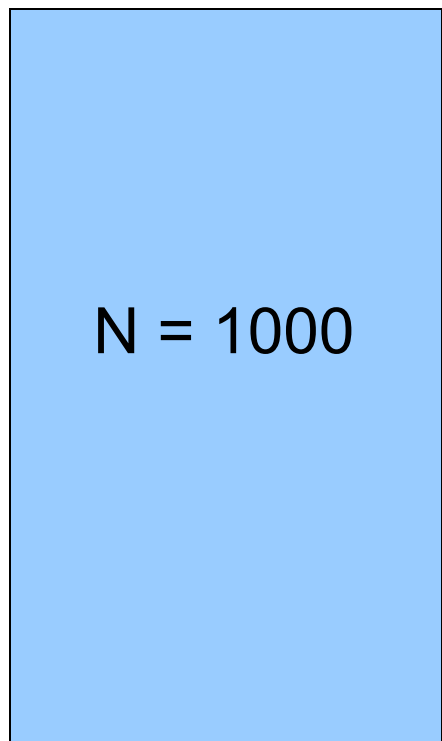
- **Escapiste**
 - Fuite / Deuil / Châtiment
- **Agressif**
 - Vengeance / Crime / Chantage
- **Oblatif**
 - Sacrifice / Passage
- **Ludique**
 - L'ordalie / le jeu

LA PYRAMIDE DU SUICIDE A L'ADOLESCENCE (11-19 ans)

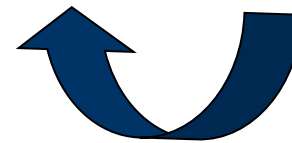
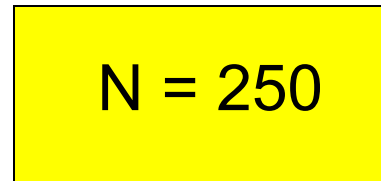


DES IDEES SUICIDAIRES AU SUICIDE A L'ADOLESCENCE

IDEES SUICIDAIRES



**TENTATIVES
DE SUICIDE**



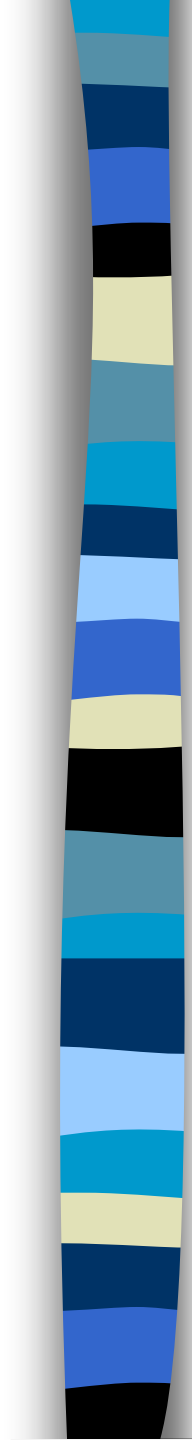
(1 sur 4
récidive)



N = 8

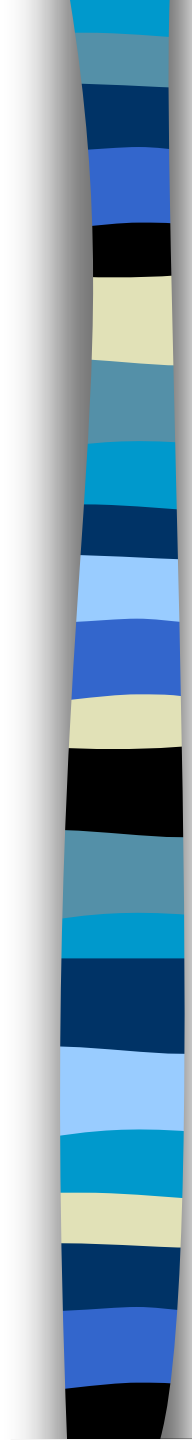
SUICIDE





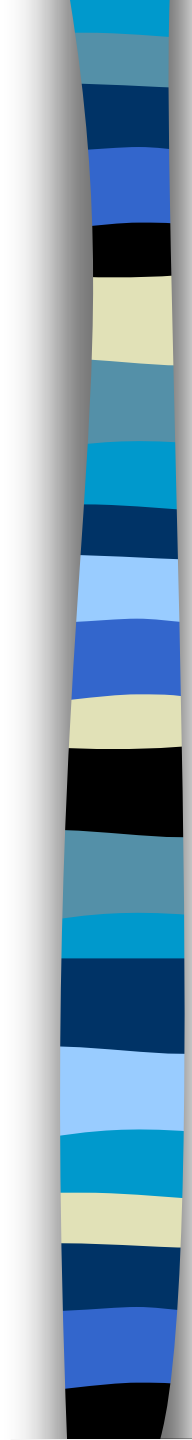
NOTIONS EPIDEMIOLOGIQUES

- 30% des suicidants récidivent dans l'année qui suit la tentative de suicide
- <10% des suicidants se suicideront
- **Mais:** >50% des suicides ne sont pas précédés par des tentatives de suicide
- La prédiction du suicide est difficile, le jugement clinique est essentiel



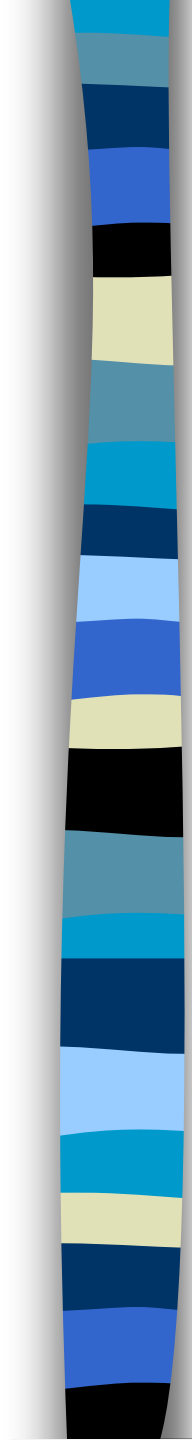
LE SYNDROME PRESUICIDAIRE

- Le geste suicidaire est l'aboutissement d'un processus
- Changements psychologiques (Triade)
 - **Constriction croissante de la vie psychique**
 - repli sur soi / limitation des relations
 - restriction des émotions / réduction du sens
 - **Inhibition de l'agressivité**
 - **Envahissement psychique par idées suicidaires**
- Intervention possible à chaque niveau



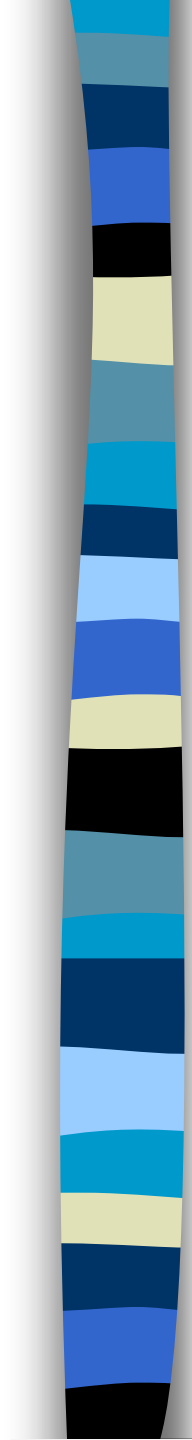
FACTEURS DE RISQUE

- ❑ Les facteurs de risque du suicide et des TS sont similaires mais non identiques
- ❑ 4 facteurs de risque majeurs du suicide = dépression, garçon, antécédents de TS, impasse dans le contexte familial
- ❑ + Facteurs psychiatriques associés et facteurs facilitateurs



L'ADOLESCENCE

- Problème de la dépendance et de l'autonomie
- Place du corps
- Fragilité narcissique et hypersensibilité aux pertes
- Impulsivité
- Moyen d'expression des conflits / « dialogue » avec l'entourage



TROUBLES PSYCHIATRIQUES

□ Dépression +++

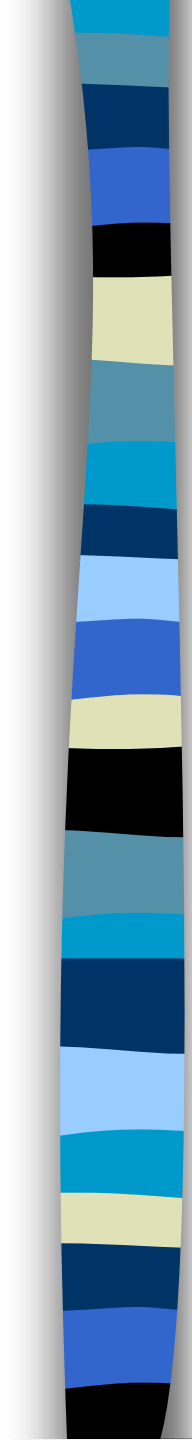
- retrait émotionnel / repli sur soi
- désinvestissements / rupture
- irritabilité
- couple hopelessness / helplessness

□ Troubles des conduites / personnalité

- agressivité ++
- comportements à risque

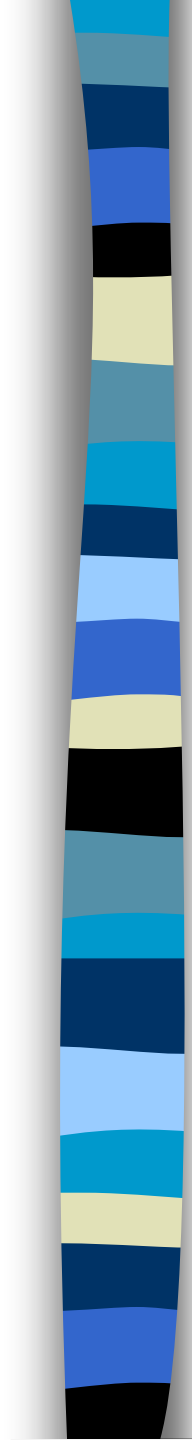
□ Symptômes anxieux associés

□ Consommation de substances



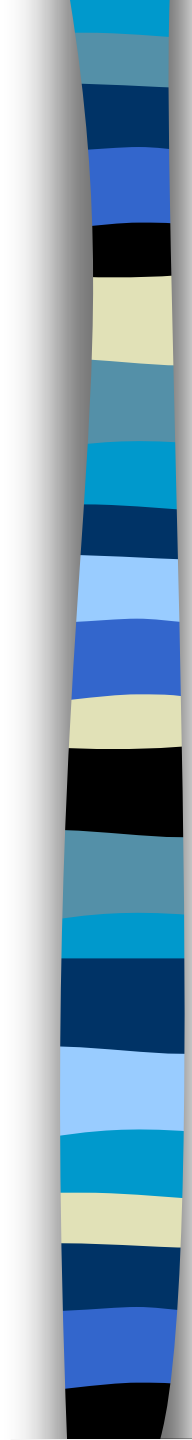
FACTEURS FACILITANTS

- Évènements stressants récents
 - Pertes significatives
- Psychopathologie parentale
 - Comportements suicidaires
 - Troubles de l'humeur
 - Abus de substances
- Facteurs familiaux et environnementaux
 - Conflictualité familiale
 - Maltraitance
 - Isolement social et affectif
 - Disponibilité de moyens



AUTRES FACTEURS A PRENDRE EN COMPTE

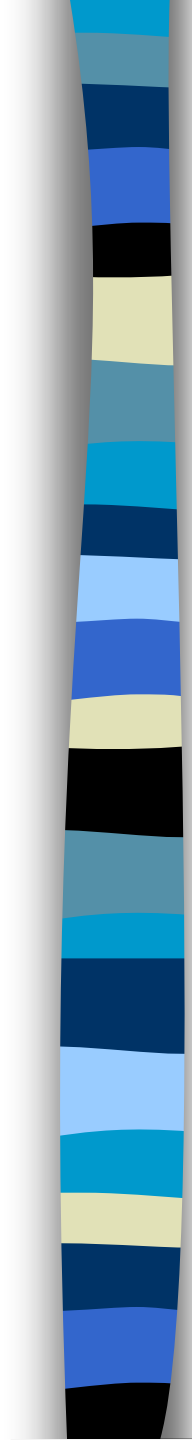
- Effet « Werther »
- Croyance / culture
- En cas d'hospitalisation: période de sortie
- Résilience / supports affectifs



EVALUATION DE L'ADOLESCENT SUICIDANT

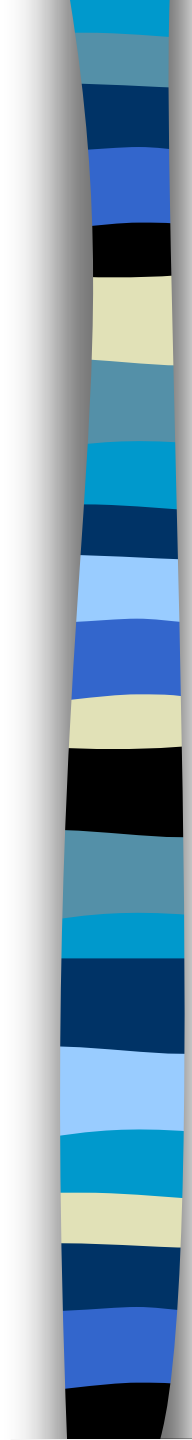
Principe de la triple évaluation

- Somatique
- Psychologique
 - Individuelle
 - Intentionnalité suicidaire
 - Facteurs de risque
 - Familiale
- Sociale



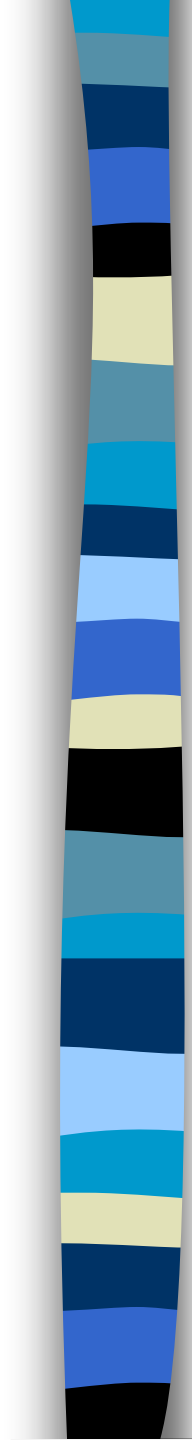
EVALUATION DE L'INTENTIONNALITE SUICIDAIRE

- Circonstances objectives de la TS
 - Isolement
 - Gestion du temps
 - Précautions prises
 - Dissimulation
 - Actes réalisés en prévision de la mort
 - Préparation de la TS
 - Intention écrite de TS
 - Communication verbale
 - But de la tentative



EVALUATION DE L'INTENTIONNALITE SUICIDAIRE

- Propos rapportés par le patient
 - Attentes par rapport à la létalité du geste
 - Appréciation de la létalité de la méthode
 - Gravité perçue du geste suicidaire
 - Attitude par rapport à la vie
 - Perception de l'irréversibilité de l'acte
 - Degré de préméditation
 - Réaction à l'issue de la prise en charge
 - Représentation de la mort
 - Nombre de TS antérieures



QUELLES QUESTIONS POSER? COMMENT LES POSER?

- Nouer un contact avec l'adolescent
 - Conditions de confiance

- Poser facilement des questions directes :
 - Vous arrive-t-il de penser à la mort?
 - Avez-vous des idées de suicide?
 - Avez-vous élaboré un plan suicidaire?
(moyens, lettres, échéances)
 - Avez-vous déjà réalisé une tentative?

Outil pour évaluation du risque suicidaire : version pour l'adolescent
Tool for Assessment of Suicide Risk : Adolescent Version (TASR-A)

Nom : _____

Fiche N° _____

Facteurs individuels de risque	oui	non
Sexe masculin		
Histoire familiale de suicide		
Maladie psychiatrique		
Usage de drogue		
Milieu social défavorisé/environnement défavorable		

Facteurs symptomatiques de risque	oui	non
Symptômes de dépression		
Symptômes psychotiques		
Sentiment de sans espoir/dévalorisation		
Anhédonie		
Colère/impulsivité		

Facteurs de risque tirés de l'entretien	oui	non
Idée suicidaire		
Intention suicidaire		
Plan suicidaire		
Accès à des moyens matériels de passage à l'acte		
Antécédent de comportement suicidaire		
Sentiment d'insolvabilité des problèmes actuels		
Sujet à des hallucinations de commandement (suicide/homicide)		
Usage récent de drogue		

Résultat du KADS à 6 items : _____

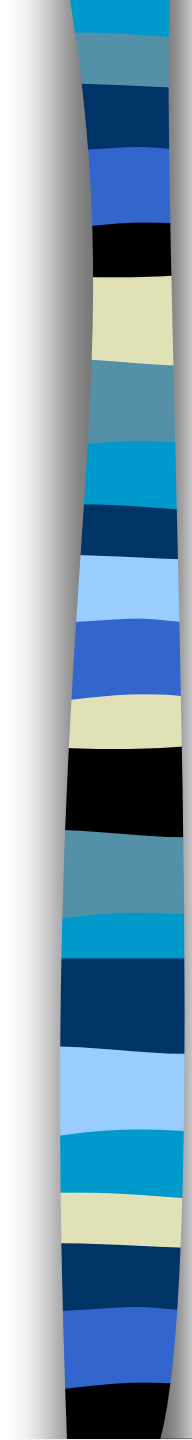
Niveau de risque suicidaire immédiat :

Haut _____

Modéré _____

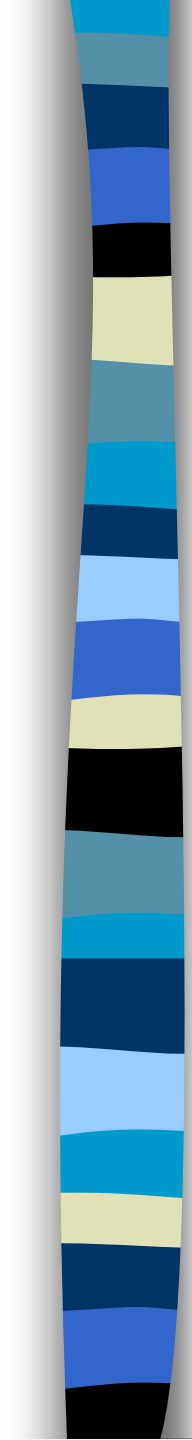
Bas _____

Disposition d'humeur _____



CONDUITE A TENIR

- ❑ Ne pas hésiter à interroger sur des idées suicidaires et à en parler ouvertement
- ❑ Réduire les facteurs de risque identifiés
 - dépression / toxiques / impasse familiale
- ❑ Mobiliser l'entourage, éviter les pièges du secret, aider à trouver des interlocuteurs
- ❑ Faire confiance au jugement clinique
- ❑ Proposer des démarches actives
 - RDV précis / Adresses ciblées ou un n° de téléphone d'urgence
- ❑ Identifier des correspondants 'psy' si besoin



HOSPITALISER?

- Il ne s'agit pas d'une obligation
 - Mais un certain temps est nécessaire pour évaluer
 - Possibilité de construire un projet
- Être clairs sur les raisons de l'hospitalisation
- Engagement de l'adolescent / de l'équipe
- Alternative en consultation si filières connues