



9èmes Journées AP-HP de l'addictologie hospitalière et des ELSA
« Accueil des jeunes consommateurs »

HEGP, Paris, 21/11/2013

Dr Jean-Michel Delile, psychiatre, CEID Bordeaux

www.ceid-addiction.com

SUICIDALITÉ ET ADDICTIONS À L'ADOLESCENCE

Introduction

- Lien entre conduites addictives et suicidaires
- Cooccurrences chronologiques chez les adolescents aux plans individuel et sociétal
- Conduites de risques à l'adolescence
- Impact santé publique
- Corrélations croisées : addiction, suicide, traits psychologiques, pathologies mentales
- Vulnérabilités communes (génétiques *Gershon 2007*, psychologiques, familiales, socio-environnementales...)
- Impulsivité



Épidémiologie clinique

Toxicomanie et suicide



Évolutions des suicides

- 11 000 décès (2%), 160 000 tentatives/an
- 28/100 000 hommes (3/4) ; 9,5 femmes
- L'incidence augmente avec l'âge
- Augmentation fréquence entre 1970 et 1985
- Evolution générationnelle (augmentation dans les générations nées après-guerre)
- Rajeunissement relatif
- Importance relative/mortalité max à 30 ans
- Conduites de risques : 1^{ère} cause de mortalité 15-24 ans
- Évolution conjointe des usages associés
(« rajeunissement » : drogues illicites, *binge drinking* : lien plus fort dans les *dry cultures*, Ramstedt, 2001)

Addiction chez les suicidés

- Dans son étude d'autopsie psychologique, Conwell (AJP, 1996) a montré que dans 90 % des cas, les victimes présentaient un trouble psychiatrique et que
- les diagnostics DSM les plus fréquemment associés avec les suicides accomplis évoluaient avec l'âge : abus ou dépendance de substances chez les plus jeunes : 60 à 70 % des cas ; troubles de l'humeur chez les plus âgés.
- Tentative d'auto-régulation maladaptative

Suicide chez les addicts

- Les addicts présentent des taux élevés de mortalité par suicide, une méta-analyse (Harris & Barraclough, 1997) indiquait même que c'était un des troubles psychiatriques présentant le risque le plus élevé :
- Drogues illicites + sédatifs : X 40 le risque de suicide ; polytoxicomanies : X 17
- Opiacés seuls : X 14
- Alcool : X 8 à 10

Hypothèses

- « L'augmentation marquée des usages de drogues illégales les 3 dernières décennies pourrait rendre compte des 300 % d'augmentation des taux de suicide chez les adolescents et les adultes jeunes pendant la même période » (Conwell, 1996)
- Et/ou répondre à des causalités socio-environnementales communes (Delile, 1987)
- Sir Michael Rutter
- « Des facteurs environnementaux et de style de vie, la disponibilité des drogues notamment, sont aussi liés à l'évolution du suicide » (A. Philippe, 2007)



Relation addiction/suicidalité

Fonction, vulnérabilités communes, interactions



Nature de la relation entre addiction et suicidalité

- Méthodes d'évitement d'une situation insupportable, douloureuse
- Vulnérabilités communes et facteurs de risque communs en amont
- Effets indirects de l'addiction sur la suicidalité (perte de motivation, dépression, conflits familiaux, désinhibition)
- La proximité des produits offre un accès facilité à des moyens de TS (mdc, alcool...)

Facteurs de risque chez les addicts

- Genre : hommes
- Impulsivité/agressivité
- Abus sexuel
- Psychopathologie :, dépression, TDA/H , troubles des conduites
- Dysfonctionnement social, problèmes scolaires, faible niveau de formation, désinsertion...
- Dysfonctionnement familial, abandon, séparation, maltraitance
- Polyconsommations (alcool, cannabis, bzd...)
- Donc chez les addicts, les mêmes facteurs de risque qu'en population générale mais... dans une bien plus forte proportion !

Risques spécifiques

- Les usages d'opiacés, de cannabis, d'alcool ou de benzodiazépines (mais pas de cocaïne ni d'amphétamines) sont en soi un facteur de risque indépendant de TS (revue in Darke & Ross)
- Les polyconsommations sont un facteur aggravant majeur : le nombre de classes de substances utilisées est un prédicteur de comportement suicidaire supérieur à l'usage de n'importe quelle classe particulière (Borges, 2000)

Modalités d'action

- Amplification émotionnelle mais anhédonie
- Désinhibition, levée des inhibitions corticales de réponse
- Accroissement de l'impulsivité et des passages à l'acte
- Impact majeur chez les jeunes.
- Désocialisation, isolement
- Stigmatisation, culpabilisation



Impulsivité et adolescence



Cortex préfrontal et fonctions exécutives

- Les régions préfrontales sont impliquées dans des mécanismes essentiels de contrôle et d'inhibition
- Ces mécanismes sont affectés par une exposition importante et prolongée aux drogues
- Ces dysfonctions cognitives provoquent notamment une incapacité à inhiber des réponses immédiates, non planifiées et dommageables pour soi ou d'autres (*Potenza, 2007*)
- Réponses impulsives-compulsives

Cortex préfrontal et contrôle inhibiteur

- Le dérèglement fonctionnel du cortex préfrontal serait à l'origine des conduites impulsives-compulsives
- Vulnérabilité(s) ? (Jentsch & Taylor, *Psychopharmacology*, 1999)
- Liens entre TS précoces et impulsivité, agressivité familiales (*AJP, Brent, 2003 ; Melhem, 2007*)
- *Risk taking and the adolescent reward system : a potential common link to substance abuse (Schneider et al, Am J Psychiatry, 2012, 169 : 1, 39-46)*

Adolescence et addiction

- Lien entre addictions et anomalies du fonctionnement des cortex préfrontal et cingulaire
- Difficultés au niveau du contrôle inhibiteur et des prises de décision, choix sans cesse répété des récompenses immédiates, perte d'intérêt pour tout le reste
- Incapacité à différer une conduite
- L'adolescence est une période clef du développement des circuits neuronaux de la motivation et du contrôle des impulsions : vulnérabilité majeure aux addictions et aux conduites impulsives à risques. (*Chambers, 2003*)
- Rôle de l'éducation, des parents

Conduites de risques



Communauté de sens

- Au-delà des vulnérabilités communes faisant le lit de telles conduites, notamment les comorbidités psychiatriques, au-delà également de leurs renforcements croisés (automédication, désinhibition...), d'autres liens fondamentaux existent entre elles qui renvoient au sens et à la fonction de ces conduites.
- Toutes deux expriment une souffrance mais aussi, souvent, une perte d'évidence du sentiment d'appartenance au monde, la conscience douloureuse d'être différent, de ne pas (plus) y avoir de place ou même de ne pas le vouloir...
- Toutes deux permettent, de manière plus ou moins radicale ou définitive, de se mettre à distance, de le fuir ou le quitter.

Paradoxes ?

- Mais les addictions ont aussi un lien au plaisir, au souhait de vivre mieux (ou moins mal), ce qui semble constituer une différence radicale avec la question du suicide...
- Néanmoins, comme nous le soulignons en 1987, beaucoup de jeunes suicidants, par leur geste, expriment également une volonté de trouver le repos, d'apaiser une souffrance mais aussi l'espoir de vivre mieux, d'accéder à un avenir meilleur en mettant en jeu leur propre vie !
- Appel à l'aide, tentative de mobiliser l'entourage, d'obtenir des réaménagements affectifs, etc.
- Place des conduites de risques et des conduites ordaliques.

Oldies but goldies...

« Psychologie Médicale » 1987, 19, 5 : 663-666
© Copyright S.P.E.I. médical, Paris

XVIII^e Réunion du G.E.P.S.
Groupement d'Étude et de Prévention du Suicide
Président : Professeur J. VEDRINNE (Lyon)
Bordeaux, 6-7 juin 1986
Symposium : **Suicide et Institution**
Organisateur : Professeur M. BOURGEOIS (Bordeaux)

Suicides et toxicomanies à l'adolescence

J.-M. DELILE *, M. DAMADE **, X. POMMEREAU ***, M. BOURGEOIS **** (Bordeaux)

SUMMARY :

SUICIDE AND DRUG DEPENDENCE IN ADOLESCENCE

Many clinicians have pointed out the relationship between addictive and suicidal behaviours in adolescence : often repeated life staking behaviours, giving up discussion for action, frequent presence of depression. These relationships have been corroborated by controlled epidemiological studies, which have also shown that these deviant behaviours began to appear concomitantly in young people in the nineteen seventies.

In order to understand this association, it is useful to consider the adolescent crisis itself, increasingly hazardous today being long and often without a structured environment.

In the absence of accepted rituals which ensure order and integration in society, the individual remains alone in this critical period ; he is forced to invent for himself his own, often dangerous, rituals in order to establish a new identity and status.

KEYWORDS : Suicide - Attempted suicide - Adolescence - Cultural psychiatry - Epidemiology.

Le thème de ces journées, Suicide et Institution, nous invite à nous éloigner de notre champ habituel de réflexion, centré sur l'individu, pour nous avancer sur le terrain moins familier des phénomènes collectifs. C'est pourquoi il sera souvent question, dans ce travail, d'épidémiologie et d'approche culturelle ; que l'on n'en infère pas pour autant qu'elles puissent être exclusives de tout autre abord.

Les toxicomanies font peur. Le mystère de produits plus ou moins exotiques renforce encore les craintes du grand public qui leur accorde une toute-puissance maléfique capable d'entraîner ses enfants vers la déchéance, la folie ou la mort.

Plus discret, le suicide est pourtant à l'origine d'une mortalité autrement importante chez les jeunes. De plus, tentatives de suicide et équivalents se multiplient de façon préoccupante. Or ces deux phénomènes, suicide et toxicomanie, se sont développés chez les adolescents de façon concomitante aux alentours des années 70 et semblent liés à plus d'un titre.

Le problème des tentatives de suicide faites sous l'influence de produits psychodysléptiques ne sera pas abordé dans ce travail qui s'intéresse plutôt aux relations structurelles entre ces deux types de conduites qui ont

augmenter avec l'âge pour atteindre leurs maxima au-delà de 65 ans. Toutefois c'est chez les jeunes que l'augmentation de ces taux a été la plus forte avec un doublement en un peu moins de 20 ans alors que pour les 45-64 ans par exemple, il n'y a pratiquement pas eu d'évolution entre 1964 et 1982 (Tableau I).

TABLEAU I
Taux de suicide par âge
(pour 100 000 habitants)

		1964	1982
15-24 ans	Hommes	6,9	15,2
	Femmes	3,8	5,4
45-64 ans	Hommes	44,8	44,5
	Femmes	13,4	17,3




Conclusions...





Conclusions

- Des liens multiples rendent compte de la très forte corrélation entre toxicomanies et suicides : vulnérabilités communes, renforcements croisés, communauté de sens...
 - Cette double problématique continue à se développer notamment chez les jeunes (adolescents et adultes jeunes) où elle constitue un enjeu majeur de santé publique (part importante de la mortalité prématurée) et de société
- 

Pourquoi doit-on intégrer ?



Approche intégrée

- L'addiction est si fréquente chez les patients atteints de troubles psychiques et tout particulièrement chez les suicidants,
- Le risque de suicide est si élevé chez les addicts,
- La présence d'un de ces troubles conditionne tellement le pronostic de l'autre qu'il faut remettre en cause toute approche séparée (Appleby, 2000) :
- Nécessité impérative d'un décloisonnement et d'une réelle intégration des approches de prévention, de repérage précoce, d'évaluation et de soins en
- Santé mentale, suicidologie et addictologie.
- CJC-pôles ado CHU par exemple
- À l'hôpital : rôle essentiel des équipes de liaison