



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les outils de prévention du risque suicidaire chez les patients ayant
un trouble lié à l'usage de substance**

Présentée et soutenue publiquement le 27 Septembre 2021 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Marie CHRISTIAENS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur :

Madame le Docteur Laurane LE PEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

RESUME	6
I- INTRODUCTION	7
1) Epidémiologie des comportements suicidaires	7
a) Dans le monde.....	7
b) En France	7
2) Définitions et méthodes utilisées.....	10
a) Définitions	10
b) Les différentes modalités suicidaires	12
c) L'usage des substances lors des TS.....	13
d) Facteur de risque majeur de suicide : le TLUS	14
3) La prévention du suicide	15
a) Définition et concepts.....	15
b) Les stratégies de prévention du suicide en France.....	17
II- ADDICTION ET SUICIDE : EPIDEMIOLOGIE ET MECANISMES	
BIOPSYCHOSOCIAUX	20
1) Le trouble lié à l'usage de substance (TLUS).....	20
a) Définitions	20
b) Quelques données épidémiologiques	23
c) Le risque suicidaire et les diverses substances	26
2) Facteurs de risque du suicide et du trouble de l'usage de substance.....	31
a) Les facteurs de risque de développer un trouble lié à l'usage	31

b) Les facteurs de risque du suicide.....	34
c) Des facteurs spécifiques liés au TLUS.....	36
3) Les mécanismes biopsychosociaux contribuant à l'augmentation du risque suicidaire lors d'un TLUS	38
a) L'apparition de conséquences négatives lors de la consommation chronique	38
b) L'altération cognitive et comportementale lors des consommations	39
c) L'existence de facteurs de vulnérabilité communs	40
III - LES OUTILS DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE	42
1) Les outils de prévention du suicide en population générale.....	42
2) Applications des outils de prévention du suicide chez les consommateurs de toxiques.....	44
a) Les différentes interventions psychosociales auprès des consommateurs :..	44
b) Un traitement spécifique : une dose unique de Buprénorphine à haute dose pour traiter les IDS chez les consommateurs d'opiacés.....	45
c) La restriction d'accès aux substances.....	45
d) Favoriser la prévention sur les conduites à risque de manière générale	46
e) Favoriser le repérage des troubles de l'usage dans toutes les populations...	47
f) Les interventions sur internet et nouvelles technologies d'information	49
g) Améliorer les offres de soins pour la prévention du risque suicidaire dans les différents pays.....	49
IV- DISCUSSION.....	51
1) Rappels des principaux résultats	51

2) En pratique : la prise en charge d'un patient consommateur ayant des IDS ou un comportement suicidaire.	53
V- CONCLUSION	57
VI- BIBLIOGRAPHIE	59

RESUME

INTRODUCTION : La coexistence de consommation de substance et de comportement suicidaire est un phénomène extrêmement fréquent. Le risque de décès par suicide est approximativement 5 à 10 fois plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de substance. Certains facteurs de risque et de vulnérabilité sont communs au suicide et à l'addiction. S'intéresser à ce lien suicide – addiction permettra de cibler les actions de prévention.

METHODE : Une revue narrative de la littérature sera réalisée afin d'identifier les facteurs de risque de comportements suicidaires chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage de substance et d'identifier les outils de prévention existants.

RESULTATS : Le repérage et la prévention des conduites addictives, les interventions psychosociales auprès des consommateurs, la prise en charge pharmacologique de la dépendance aux opiacés, favoriser l'accès aux soins sont les outils de prévention du suicide existants à intégrer dans les stratégies multimodales.

CONCLUSION : Dans la littérature, les recherches et outils de prévention spécifiques du risque suicidaire chez les personnes ayant un TLUS sont plutôt faibles et limités. Il persiste la difficulté d'évaluer l'impact et l'efficacité de ces quelques outils pour venir en aide de manière la plus adaptée à ces personnes souffrant à la fois d'un TLUS et à risque de comportement suicidaire.

I- INTRODUCTION

1) Epidémiologie des comportements suicidaires

a) Dans le monde

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 1 personne se suicide toutes les 40 secondes dans le monde, ce qui représente plus de 800 000 décès chaque année. C'est bien plus de décès que les victimes de guerre (230 000) et les homicides (500 000) réunis.(1)

Il s'agit de la 14ème cause de mortalité dans le monde, ce nombre important de décès pourrait même se majorer de 50% d'ici 2030.(2) Le suicide est bel et bien un problème majeur de santé publique. Il touche au niveau mondial 2 hommes pour 1 femme.

Le nombre de tentatives de suicide (TS) est estimé à 20 fois plus dans le monde.(3) Cependant, le suicide et les tentatives de suicides sont des gestes illégaux dans une vingtaine de pays (essentiellement les pays à culture islamiques, Bahamas, Chypre ...) et répréhensibles de peine d'emprisonnement dans une vingtaine d'autres pays.(4) Les TS sont donc surement sous déclarées dans ces pays.

b) En France

Parmi les pays européens, la France a un des taux de suicide les plus élevés avec 1 décès sur 50. On compte environ 25 suicides par jour en France. (5)

L'exploitation des certificats de décès par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) permet de donner une indication sur le nombre de décès par suicide. Cependant, certains décès par suicide ne sont pas comptabilisés par cette

méthode statistique lorsqu'il s'agit par exemple de décès de cause inconnue. Dans son étude, publiée en 2011, Aouaba et al. suggèrent une sous-évaluation d'environ 10%. (6)

Le 4eme rapport de l'ONS 2020, rapportait ainsi 8 435 décès par suicide en 2016 en France métropolitaine ce qui correspond à un taux global de 14.1 pour 100 000 habitants (7). 9279 décès par suicide en France en 2016 seraient alors comptabilisés avec l'hypothèse d'une sous-estimation de 10%. (7)

Le nombre de décès par suicide varie selon :

- Le sexe : les décès sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes avec des taux de décès respectivement de 22 et 5.9 décès pour 100 000 habitants soit 3.7 hommes pour 1 femme.
- L'âge : bien que le suicide survienne à tous les âges, on note une surreprésentation dans la tranche d'âge de 45-54ans et les taux sont doublés chez les plus de 75ans.

Mais le suicide est la 1ere cause de mortalité chez les jeunes de 25-34ans et la 2^{ème} cause chez les 15-24ans (derrière les Accidents de la Voie Publique).

- La région : En fonction de la région, le taux peut varier du simple au double. Par exemple, la Normandie enregistre un des taux les plus élevé de suicide avec une surmortalité de +23% par rapport à France métropolitaine. (8)
- Les professions : Des disparités sont observées au sein de certaines catégories professionnelles où les taux de suicide sont majeurs et plus élevés qu'en population générale. Il s'agit par exemple des exploitants agricoles, des professions autour de la santé et de l'action sociale, des surveillants pénitentiaires ou encore des policiers. (9)

- Le statut matrimonial : Les taux de décès suicide varient : 58.8 pour 100 000 chez les veufs, 37.3 pour 100 000 chez les divorcés, 20.4 pour 100 000 chez les célibataires et 16.8 pour 100 000 chez les personnes mariées. (10)

En 2017, l'agence nationale de santé publique estime qu'environ 5% de la population générale des 18-75ans a eu des idées suicidaires (IDS) au cours des 12 derniers mois et plus de 7% ont réalisé une TS au cours de leur vie. (11) Les tentatives de suicides sont estimées aux alentours de 200 000 par an en France avec environ 80 000 hospitalisations annuelles.

L'impact tout d'abord humain est effroyable, 1 suicide plonge environ 7 proches dans le deuil et plus de 20 personnes sont impactées. (famille, collègues, amis....)(12) cet évènement traumatique augmente ainsi significativement le risque suicidaire dans l'entourage. De cette observation, est né le concept de contagion suicidaire.

Lors de l'analyse de ces hospitalisations par Santé Publique France, on observe une diminution entre 2008 et 2017 avec plus de 100 000 hospitalisations par an pour les TS à 89 000 hospitalisations en 2017. (8) A l'inverse des suicides accomplis (approximativement 3 hommes pour 1 femme), les femmes font davantage de TS, elles représentent 60% des hospitalisations pour TS.

Dans les certificats de décès par suicide, la majorité des personnes décédées présentaient des maladies psychiatriques sous-jacentes notamment la dépression, les troubles anxieux...

Le suicide et les TS restent un enjeu de santé publique primordial en France. Il est donc essentiel de pouvoir comprendre les mécanismes sous-jacents afin de pouvoir évaluer et repérer cet état de crise suicidaire.

2) Définitions et méthodes utilisées

a) Définitions

Le terme de suicide provient du latin « sui » soi-même et de « -cide » du verbe caedere en latin qui signifie tuer. Le suicide peut être défini comme l'action de se tuer volontairement soi-même, une action délibérée d'autodestruction vers la mort.

La définition la plus utilisée reste celle proposée par Emile Durkheim : « on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat »

Cependant, au moment de l'acte le discernement et la conscience sont souvent altérés.

On parle de sujet suicidé lorsque la personne est décédée.

On parle de sujet suicidant lorsque la personne a réalisé une tentative de suicide.

On parle de sujet suicidaire lorsque la personne présente des idées suicidaires.

En 2000, l'ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (actuelle HAS Haute Autorité de Santé), définit la crise suicidaire comme une « crise psychique dont le risque majeur est le suicide, un moment d'échappement, un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité » et « place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire. » Elle peut être représentée comme « la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à

l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. »(13)

La crise suicidaire est un processus dynamique qui peut être décomposé en 3 phases :

- Une phase pré suicidaire
- Une phase aigüe avec passage à l'acte, on retrouve souvent un évènement déclencheur
- Une phase de récupération

Repérer la crise suicidaire est donc essentielle et nécessite une évaluation du risque suicidaire. L'ANAES recommande à tous les professionnels de santé d'évaluer ce risque suicidaire par l'intermédiaire d'entretiens semi directifs. Trois composantes : les facteurs de risque suicidaire, l'urgence de la menace suicidaire et la dangerosité du moyen suicidaire sont à explorer.

L'évaluation du risque suicidaire repose sur cette triade appelée RUD Risque, Urgence, Dangerosité. Ce risque est ensuite classé en faible, moyen, élevé afin de pouvoir guider le patient vers la prise en charge la plus adaptée.

D'autres outils d'évaluation du risque suicidaire notamment les questionnaires (tests et échelles psychométriques) existent mais sont très peu utilisés dans la pratique car ils ont une faible spécificité et ne permettent pas de prédire le passage à l'acte. On peut citer par exemple : la columbia suicide severity rating scale CSSRS, suicide probability scale SPS, l'échelle de Beck : BSS Beck scale of suicide ideation, SAD persons scale...(14)

b) Les différentes modalités suicidaires

Dans le Monde, les moyens suicidaires les plus utilisés sont : les pesticides, la pendaison et les armes à feu. Ces modes varient en fonction du sexe, de l'âge et de la région.

En France en 2016, les modes de décès les plus fréquents sont (15) :

- la pendaison (58%)
- l'utilisation des armes à feu (13%)
- les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) et autres substances (10%)
- les sauts d'un lieu élevé (8%)

Les régions du Nord-Ouest ont davantage de suicides par pendaison, le Sud par armes à feu et l'île de France et PACA par ingestion de médicaments. Globalement, on note une surmortalité par suicide dans le Nord-ouest par rapport à l'Est et au Sud.

Chez les hommes, le premier moyen utilisé est la pendaison (62% des cas) puis en second les armes à feu (16% des cas). Chez les femmes, on retrouve la pendaison qui représente 44% des suicides suivie des IMV et autres substances avec 21% des suicides. (7)

Les sauts dans le vide sont le premier moyen utilisé chez les jeunes de moins de 25 ans et chez les plus de 85ans.

Lors de tentatives de suicide, l'intoxication médicamenteuse et autres substances constitue le premier moyen suicidaire chez les hommes comme chez les femmes. La phlébotomie arrive en seconde position selon les données du baromètre de santé publique France de 2017.

c) L'usage des substances lors des TS

L'utilisation de substances peut être le moyen suicidaire choisi par le sujet ou être seulement pris en complément ou à l'origine d'un effet désinhibiteur favorisant le passage à l'acte.

Premièrement, en population générale, la consommation de substances lors d'un passage à l'acte est extrêmement fréquente. En effet, dans une revue de la littérature portant sur la consommation d'alcool et le comportement suicidaire, on retrouve en moyenne une consommation d'alcool dans 37% des suicides aboutis et dans 40% des TS. (16) De plus, dans leur étude menée en 2004 Karch et al. ont tenté de déterminer la part de la consommation de substances dans le suicide. Ils ont analysé les résultats toxicologiques post mortem des sujets décédés par suicide, dans 13 états américains, reportés dans le registre national de signalement des décès avec violence. 33.3% étaient positifs à l'alcool, 16.4% positifs aux opiacés, 9.4% à la cocaïne, 7.7% au THC et 3.9% aux amphétamines. (17)

Deuxièmement, les TS les plus graves sont associées à l'usage de substances. Dans leur étude, au CHU de Bordeaux, Tournier et al. ont mis en évidence que les IMV avec consommations de toxiques (analyse d'urine positive) étaient 2 fois plus susceptibles (OR =1.9, IC à 95% 1.3-2.8) d'être des hospitalisations nécessitant des soins intensifs, notamment chez les consommateurs de LSD, buprénorphine et opiacés. La TS était considérée grave si elle était associée à un décès, à un massage cardiaque, à une hospitalisation en réanimation, à une assistance respiratoire, à des médicaments vasopresseurs ou au recours à la dialyse.(18) Dans une autre étude en 2015 chez 315 Sud-coréens décédés par suicide, les taux moyens d'alcoolémie étaient associés à des moyens de létalité plus élevés. La consommation aigue d'alcool influence probablement le choix du moyen utilisé et sa létalité. (19)

d) Facteur de risque majeur de suicide : le TLUS

Les facteurs de risque suicidaire sont nombreux et divers. Ils ont été largement décrits par les études épidémiologiques. Depuis ces 20 dernières années, permettant ainsi de diminuer la mortalité et morbidité suicidaire. La présence d'IDS et d'antécédent de TS figurent parmi les facteurs de risque de suicide les plus importants. La dépression, contexte de trouble psychiatrique, est souvent retrouvée sous-jacente à la TS. La somme de ces facteurs de risque constitue un risque théorique, global.

Dans un article publié en 2020 par Fazel et al., les principaux facteurs de risque de décès par suicide identifiés étaient le mésusage d'alcool ou de drogues, les troubles neuropsychiatriques et l'antécédent familial de décès par suicide. (20)

En effet, chez les patients souffrant de troubles liés à l'usage de substance (TLUS), le risque de suicide à vie est approximativement **5 à 10 fois plus élevé** que celui en population générale. (21) De nombreuses études épidémiologiques se sont intéressées à la consommation de substances et des conduites suicidaires. Avoir un TLUS augmente drastiquement le risque de TS ou de suicide. Tiet et al. mettent en évidence dans leur étude qu'environ 3 à 4% des personnes souffrant de trouble addictif ont déjà réalisé une TS dans le mois précédant leur étude. En étudiant les caractéristiques des suicidants, 87.4% ont un trouble lié à la consommation de substances. (22) Dans leur étude Borges et al. soulignent l'importance et la forte prévalence des conduites suicidaires chez les sujets souffrants de trouble lié à l'usage de substance. Parmi les suicidants, 29.5% présentaient une dépendance et 5.7% un abus. (23)

De plus, plus les substances consommées sont nombreuses, plus le risque suicidaire se majore. En effet, lorsque 2 substances sont consommées, le risque de TS se situe aux alentours de 4.2% (IC à 95% : 1.4 - 5) alors que ce risque se majore

à 27.4% (IC à 95% : 6.5 – 116.3) quand il y a 6 voire 7 substances consommées.(23)
(24)

3) La prévention du suicide

L'ampleur de cette problématique de santé publique a été rendue visible par les données épidémiologiques. Il est primordial de favoriser le développement d'initiatives et de stratégies de prévention visant à réduire le suicide.

Longtemps le suicide a été considéré comme un acte éthiquement irréalisable. La France était bercée par la religion chrétienne dans laquelle le caractère sacrée de la vie était mis en avant. Il faut attendre 1810 pour que l'acte suicidaire soit dépénalisé dans le code pénal napoléonien. Le suicide restera pendant de longues années un tabou sociétal historiquement constitué.

En 1969, l'OMS va mettre la prévention du suicide dans le monde au cœur des débats en publiant un document consacré à la prévention et en mettant en évidence les chiffres et statistiques du nombre de décès. L'OMS invite tous les pays à créer des instances nationales pour coordonner les services existants de prévention du suicide.

a) Définition et concepts

Le mot prévention provient du latin « praeventio » qui signifie l'action de devancer. Le verbe à l'infinitif « praevenire » signifie venir avant, prendre les devants, prévenir. Dans le domaine de la santé, le terme de Prévention est complexe à appréhender et englobe différents aspects et définitions. Deux concepts de prévention existent : le concept de prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que le concept de prévention universelle, sélective ou choisie et indiquée.

En 1948, l'OMS définit la prévention comme : « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps".(25)

Elle se décline alors en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire correspond à l'ensemble des actions permettant de diminuer l'incidence, c'est-à-dire l'apparition, d'une maladie dans une population. Les conduites individuelles à risque sont donc prises en compte.
- La prévention secondaire concerne toutes les actions permettant de diminuer la prévalence d'une pathologie ou ses conséquences. Ces actions permettent de détecter et de traiter précocement une maladie. Elle intervient dès le début d'apparition de la maladie et s'oppose à son évolution, limite les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire intervient à un stade plus tardif de la pathologie, elle regroupe les actions qui diminuent, réduisent les conséquences, la progression et les complications, les rechutes liées à la maladie.

Semblant peu adaptée à l'épidémiologie du suicide, en 1994, l'Institut de médecine de Washington présente une nouvelle classification de la prévention qui se réfère non plus directement sur l'évènement à prévenir mais sur les groupes sur lesquels on peut agir. (26)

- La prévention universelle : est destinée à la population générale ou certains groupes (école...) sans prendre en compte les facteurs de risques individuels. La population générale partage un même risque face à un problème.
- La prévention sélective ou choisie : va être destinée aux populations, aux groupes les plus à risque. Ils ont un ou plusieurs facteurs de risque connus et

sont donc plus à risque que la population générale. Par exemple, les consommateurs de toxiques sont un groupe à risque face au suicide.

- La prévention indiquée ou ciblée : vise l'individu à risque ayant déjà manifesté un comportement à risque. Elle s'intéresse directement aux facteurs de risques individuels.

b) Les stratégies de prévention du suicide en France.

Le postulat de la stratégie de prévention est que le suicide est une cause de mortalité évitable. En effet, le modèle de la prévention repose sur le modèle de la crise suicidaire. Ce processus dynamique est donc accessible au repérage, à l'intervention et l'évaluation du risque suicidaire, de l'urgence et de la dangerosité. La prévention est variée et englobe l'ensemble des actions visant à diminuer le suicide.

Devenue un enjeu majeur de santé publique en France, la politique de prévention du suicide est évolutive, encadrée par le ministère des solidarités et de la santé. Les principales actions constituant la stratégie nationale en 2000-2005 étaient axées sur (10) :

- *l'amélioration de la prévention du suicide* par le développement d'associations d'accueil et d'écoute téléphonique autour de l'UNPS, par le renforcement d'action d'éducation de la santé.

- *limiter l'accès aux moyens létaux* en s'intéressant davantage aux circonstances du suicide (armes à feu, métro parisien...).

- *la prise en charge des personnes en mal être ainsi que les familles ou proches des suicidés.*

- *les connaissances de la situation épidémiologique* avec la mise en place d'un observatoire national du suicide en 2000.

En 2016, la DGS par l'intermédiaire de son groupe de travail « Prévention du suicide » a ciblé les personnes les plus à risques et mis en avant des actions notamment :

- La limitation des accès aux moyens létaux
- Créer ou maintenir le lien avec les populations vulnérables
- Prévenir les contagions suicidaires de proximité et médiatique
- Former les professionnels de santé, sensibiliser le grand public au repérage

Les outils de prévention efficaces ont été identifiés, l'enjeu est désormais de les implanter sur l'ensemble du territoire.

Actuellement, la politique de prévention du suicide en France a pour objectif principal de coordonner sur l'ensemble du territoire français les différentes actions de prévention. La feuille de route de « Santé mentale et psychiatrie » de 2018 ainsi que « l'instruction du 10 septembre 2019 de la Direction Générale de la Santé relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide » regroupe ces actions identifiées comme efficaces dans la littérature scientifique. (27) (28).

Il s'agit de :

- Maintenir le contact avec les personnes ayant réalisées une TS (par exemple par le dispositif Vigilans)
- Former les professionnels de santé, les intervenants au repérage, à l'évaluation, à l'intervention de crise suicidaire
- Prévenir la contagion suicidaire

- Mettre en place un Numéro National de Prévention du Suicide (2NPS). Ce numéro national de prévention du suicide est en cours de projet et devrait être mis en place en 2022.(29)
- Informer davantage le public.

L'identification des personnes à risque afin de cibler ces actions de prévention est donc essentielle. C'est l'une des clés de la réussite d'une politique de prévention. Les personnes ayant une addiction aux substances sont particulièrement vulnérables face au risque suicidaire. L'addiction est reconnue comme facteur de risque majeur du suicide.

L'objectif de ce travail de thèse sera de nous intéresser à ce lien si particulier entre le suicide et l'addiction pour pouvoir se concentrer sur les outils spécifiques de prévention du suicide chez les personnes souffrant d'un TLUS.

II- ADDICTION ET SUICIDE : EPIDEMIOLOGIE ET MECANISMES BIOPSYCHOSOCIAUX

1) Le trouble lié à l'usage de substance (TLUS)

a) Définitions

Le terme **addiction** vient du latin « ad-dicere » qui signifie « dire à » c'est-à-dire assigner quelque chose à quelqu'un. Dépourvus de nom propre, dans la civilisation romaine, les esclaves étaient dits à leur maître. Aujourd'hui, dans le langage populaire le terme addiction a pour sens d'être « accro à quelque chose ». (30)

Selon la Société Française d'Addictologie (**SFA**), les différents usages de substances peuvent être classés en 5 catégories :

- **le non usage** : appelé encore abstinence, le non usage se définit par l'absence de consommation. Il est qualifié de primaire lorsque le non usage est initial ou qualifié de secondaire quand il survient après une période de consommation.
- **l'usage simple** : se définit par une consommation asymptotique, sans dommage ni dépendance. Il s'agit d'une consommation ponctuelle pouvant rester unique ou devenir occasionnelle en petite quantité.
- **l'usage à risque** : va exposer le sujet à des risques de complications de la consommation aiguë ou chronique. Ces risques peuvent se développer ou non.
- **l'usage nocif** : est caractérisé par la consommation répétée induisant des dommages physiques ou psychiques pour l'individu ou son environnement.
- **l'usage avec dépendance** : est une consommation avec perte de contrôle, une impossibilité à s'abstenir, quels que soient le niveau ou la fréquence de consommation, avec ou sans dommages.

Dans la CIM -10 de l'OMS, la dépendance est définie sous le terme de syndrome de dépendance qui correspond à une altération d'un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lequel l'utilisation d'une substance psychoactive entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités.

(31)

Dans le DSM-V de l'American Psychiatric Association, le terme de dépendance est englobé sous le terme de trouble de l'usage. Ce diagnostic avec ses 11 critères, se décline en 3 degrés de sévérité selon le nombre de critères sur 12 mois : léger (2 à 3 critères), modéré (4 à 5 critères) et sévère (à partir de 6 critères). (32)

1- des difficultés à répondre aux obligations professionnelles, familiales du fait de l'usage récurrent d'alcool

2- mise en danger et situations à risque physique du fait de la consommation (conduite de véhicule ...)

3- poursuite de la consommation en dépit des problèmes relationnels ou sociaux persistants liés à la substance

4- poursuite de la consommation en dépit des répercussions physiques ou psychiques liées à la substance

5- une tolérance, c'est-à-dire un besoin d'augmenter les doses de la substance consommée pour atteindre l'effet recherché

6- manifestations de sevrage, c'est-à-dire la survenue de signes de manque physiques et psychiques lors de l'arrêt ou de la diminution de la consommation

7- la perte de contrôle : substance prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu

8- efforts infructueux du sujet pour diminuer ou contrôler l'utilisation

9- beaucoup de temps consacré par le sujet à la consommation y compris la préparation et la procuration du produit

10- l'abandon d'activités importantes sociales, professionnelles, de loisirs... au profit de la consommation

11- présence d'une envie (craving) ou besoin impérieux de consommer

L'addiction est caractérisée par une impossibilité répétée de contrôler (perte de contrôle) un comportement entraînant la poursuite quel que soient les conséquences. Un besoin, une envie (craving) répétée et irrésistible de consommer un produit ou un comportement malgré les efforts et la motivation du sujet pour s'y soustraire.

L'addiction comporte systématiquement une dépendance psychique et dans certains cas une dépendance physique. Cette dépendance psychologique est le moteur de l'addiction. Ce n'est pas le produit qui fait l'addiction mais l'usage qui en est fait. En effet, l'usage de quelque chose va apporter une gratification qui favorisera sa répétition et qui s'accompagnera alors de modifications du sujet. In fine, l'individu ne sait plus s'adapter sans le produit. L'absence de produit (état de manque) procurera un mal être psychique voire physique et favorisera la répétition des consommations. L'individu s'enferme alors dans un cercle vicieux où les comportements sont automatisés et dirigés par les émotions.

Ces nouveaux comportements vont s'effectuer à travers des renforcements positifs (recherche de plaisir, euphorie, bien être...). La relation de l'individu avec le produit va se modifier et ses propriétés motivationnelles aussi. On assiste alors à la poursuite des consommations malgré les conséquences négatives. Les consommations vont alors être entretenues par des renforcements négatifs. Le fonctionnement de l'individu se déplace du plaisir vers le besoin.

Au niveau cérébral apparaît alors des modifications structurales et fonctionnelles des circuits impliqués dans la régulation des émotions, de la motivation, des cognitions, dans les apprentissages et automatisation des comportements. Le système dopaminergique est au cœur du circuit de la récompense.

b) Quelques données épidémiologiques

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) en France, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées.

L'alcool :

En France, on estime qu'environ 5 millions de personnes ont des difficultés médicales, sociales ou psychologiques liées à la consommation d'alcool. (33) Depuis les années 1950, cette consommation d'alcool diminue régulièrement. En effet, elle a été divisée de moitié passant de 26 à 11.7 litres d'alcool pur par an et par habitant en 1961 à 2017 respectivement. (34) Cette baisse est surtout liée à la diminution de l'usage de vin à table. Chez les consommateurs, l'usage contrôlé de l'alcool est majoritaire, cependant environ 1 consommateur sur 10 peut être considéré comme ayant un usage problématique.

Aujourd'hui, la consommation occasionnelle d'alcool est la pratique la plus courante. En effet, le nombre de consommateurs quotidiens chez les 15-75ans a été divisé par 2 en vingt ans (de 24% en 1992 à 10% en 2014). En fonction de l'âge, on observe plutôt une consommation mensuelle chez les 15-24ans et hebdomadaire au-delà de 45ans. Néanmoins, chez les jeunes les comportements de binge drinking (consommation forte et ponctuelle) conduisant à l'ivresse, sont de plus en plus fréquents (35).

Le cannabis :

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée. Les effets récréatifs recherchés sont diverses : euphorie, hilarité, relaxation, désinhibition, associations d'idées créatives, sommeil, sensations et perceptions amplifiées...

En France, 4 personnes sur 10 parmi les 18-64 ans ont expérimenté le cannabis, soit 17 millions d'expérimentateurs (environ le quart de la population française).

On estime à environ 1.4 million d'utilisateurs réguliers (au moins 10 fois au cours du mois) de THC en France. (36)

La cocaïne :

Seconde substance illicite la plus consommée en France après le cannabis, elle est expérimentée par 2.2 millions de personnes en 2017. Elle se présente sous forme de poudre blanche (chlorhydrate de cocaïne) ou sous forme basée avec du bicarbonate de soude, le crack, ou avec de l'ammoniaque appelée freebase.

Les complications cardiovasculaires, neurologiques, infectieuses, respiratoires, ORL, dermatologiques, psychiatriques... sont nombreuses.

Les amphétamines :

Essentiellement consommées de façon expérimentale chez les jeunes, les consommations restent plutôt faibles en France. Les expérimentations sont aux alentours de 2 à 3% chez les jeunes de 18 à 34ans. 0.3% de la population française âgée de 18-64ans en a consommé au cours de l'année.

Les amphétamines et leurs dérivés sont des drogues de synthèse. La plus connue est la MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine) qui existe sous plusieurs formes: en poudre, en « crystal » ou sa forme comprimée appelée ecstasy.

Leurs effets psychoactifs aigus, essentiellement stimulant et empathique, surviennent rapidement dans les 30 minutes après l'usage pendant 3 à 6 heures. On retrouve une désinhibition, une amélioration subjective de la communication, une sensation de bien-être, une diminution de la perception de la fatigue, une meilleure estime de soi, des modifications de la perception visuelle...Des complications aiguës existent également notamment neurovégétatives (sueurs, tachycardie, sécheresse buccale...), neurologiques (confusion, vertiges, tremblements...), psychiatrique (attaque de panique, épisode délirant aigu...), des hépatites fulminantes ou des syndromes hyperthermie rhabdomyolyse entraînant le décès.

Les symptômes de sevrage sont aspécifiques mais la consommation régulière entraîne des complications sur le long terme avec une majoration de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'asthénie, une instabilité émotionnelle, un risque de bruxisme, d'hépatite, des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs.

L'héroïne et opiacés:

En population générale, l'expérimentation (vie entière) de l'héroïne est faible, environ 1.5% des 18-64ans. Le nombre d'expérimentateurs est estimé à 600 000 personnes en France.

TABLEAU 21-I ESTIMATION DU NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE PARMIS LES 11-75 ANS.

	<i>Alcool</i>	<i>Tabac</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Cocaïne</i>	<i>Ecstasy</i>	<i>Héroïne</i>
Expérimentateurs	46,9 M	38,2 M	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000
Dont usagers dans l'année	42,8 M	16,0 M	4,6 M	450 000	400 000	//
Dont usagers réguliers	8,7 M	13,3 M	1,4 M	//	//	//
Dont usagers quotidiens	4,6 M	13,3 M	700 000	//	//	//

Sources : Baromètre santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse).

// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.

Définitions :

– expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population) ;

– usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année ; pour le tabac, cela inclut les personnes déclarant fumer actuellement, ne serait-ce que de temps en temps ;

– usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien, et consommation de cannabis d'au moins 10 fois au cours du mois.

NB : la population française âgée de 11-75 ans est d'environ 50 millions.

Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16 et 18 millions.

c) Le risque suicidaire et les diverses substances

On observe quelques spécificités en fonction de la substance :

- *l'alcool* :

L'alcool multiplierait par 8 le risque de TS chez les personnes ayant une dépendance avec l'alcool. (37) La consommation chronique d'alcool et le comportement suicidaire a été étudié dans de nombreuses études. Toute consommation aiguë d'alcool, notamment à des doses élevées, est associée à un risque accru de TS. (38)

- le cannabis :

Environ 20% des jeunes français ont déjà essayé de fumer du cannabis, ils sont les plus gros consommateurs d'Europe. Le cannabis est la substance la plus consommée dans le monde.

De nombreux effets de la consommation de cannabis sur la santé ont été mis en évidence. (39) Le cannabis multiplierait par 3 le risque de TS chez les consommateurs réguliers.(40) Une étude longitudinale chez 2033 jeunes norvégiens suivis pendant 13ans, a examiné la relation entre les consommations de THC et la survenue d'idées suicidaires et de TS. L'exposition au cannabis à des âges précoces, c'est-à-dire dès le début de l'adolescence, peut être associée à des pensées et des comportements suicidaires ultérieurs. (41)

Dans une méta-analyse, publiée récemment en 2019, Gobbi et al. ont étudié le risque de dépression, d'anxiété, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide en fonction de la consommation de cannabis. Le risque relatif de développer de l'anxiété n'était pas significatif. Par contre, le risque relatif de développer une dépression est de 1,37 (IC à 95%, 1,16-1,62), de développer des idées suicidaires de 1,50 (IC à 95%, 1,11-2,03) et de faire une tentative de suicide de 3,46 (IC à 95%, 1,53-7,84) chez les consommateurs de THC. Un nombre important de jeunes pourraient ainsi développer des comportements suicidaires attribuables à la consommation de THC. (42)

- La cocaïne :

Cette substance est aujourd'hui reconnue pour avoir le **plus grand potentiel suicidogène devant l'alcool**. On note une prévalence du suicide chez les consommateurs réguliers de cocaïne qui oscille entre 9.4 et 20%. Les passages à

l'acte, qui interviennent à toutes les étapes du cycle addictif, sont fréquents. La prévalence de TS lors de la dépendance à la cocaïne est de 10 à 38%. (43)

Dans leur étude, Marzuk et al. ont étudié la prévalence de consommateurs de cocaïne chez les habitants de New York décédés par suicide sur une période d'un an. L'étude post mortem retrouve une consommation de cocaïne dans les jours précédant chez 20% des suicidés. L'utilisation des armes à feu comme moyen suicidaire était également 2 fois plus utilisé chez les cocaïnomanes.(44)

La façon de consommer la cocaïne aurait également un impact sur la prévalence des TS. En effet, dans l'étude de Darke et Kaye, chez 183 consommateurs australiens de cocaïne, les injecteurs étaient significativement plus susceptibles que les non injecteurs (38% versus 10%) d'avoir tenté de se suicider et de l'avoir fait à plus d'une occasion (23% contre 3%, respectivement). Le moyen suicidaire le plus utilisé était l'intoxication volontaire chez les injecteurs comme chez les non injecteurs. Cependant, les injecteurs avaient recours à des moyens suicidaires plus violents en général. (45)

Dans leur étude Santis et al. comparent l'utilisation de la pâte de cocaïne et le chlorhydrate de cocaïne. Les utilisateurs de pâte de cocaïne ont davantage de comportements à risque, de TS et d'auto mutilations que les consommateurs de sel de cocaïne. (46) Il existe ainsi, une grande vulnérabilité de ce sous-groupe de consommateurs de cocaïne. Au sein des consommateurs de cocaïne, l'utilisation des différentes formes de cocaïne n'a donc pas non plus le même impact sur les comportements suicidaires.

- Les amphétamines :

Publiée en 2019, une revue et méta analyse systématique de la littérature étudie l'impact de la consommation de méthamphétamines ou amphétamines sur la santé mentale. De manière générale, toute consommation d'amphétamines (allant du simple usage récréatif à la dépendance) est associée à une probabilité plus élevée du risque suicidaire, de dépression, de violence et de psychose. Le fait d'avoir un trouble lié à l'usage d'amphétamines multiplie par 2 le risque suicidaire, par 3 le risque de psychose et par 6 d'avoir recours à la violence.(47)

- Les opiacés :

Selon l'observatoire national du suicide (2016), le risque de décès par suicide serait 13 fois plus important chez les personnes dépendantes aux opioïdes qu'en population générale, 14 fois plus important lors d'utilisation de drogues par voie intraveineuse et 17 fois plus important lorsqu'il y a poly consommations.

Ainsi, prendre en charge ses troubles liés à l'usage de substance permettrait de diminuer le risque suicidaire. C'est ce que montre l'étude d'Ilgén et al. réalisée sur un échantillon de 8 807 patients suivis et traités pendant 1an, pour des troubles de consommation. La plus grande implication dans le suivi addictologique permettrait de diminuer la probabilité d'une future TS de 5 à 10% chez les patients ayant un haut risque suicidaire. (48)

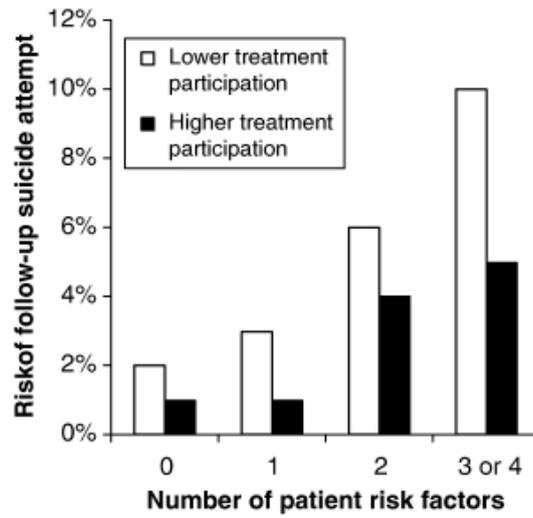


Figure. Role of treatment participation in predicting future suicide attempt in patients with differing levels of baseline risk. (48)

2) Facteurs de risque du suicide et du trouble de l'usage de substance.

a) Les facteurs de risque de développer un trouble lié à l'usage

Des facteurs de risque et de vulnérabilité sont communs à l'ensemble des troubles addictifs. Certains facteurs peuvent être à la fois prédisposant, précipitant ou de maintien.

L'histoire naturelle du trouble addictif va se construire progressivement par étapes. Avant de devenir un sujet addict, le sujet présente des facteurs prédisposant encore appelés facteurs de vulnérabilité. Il n'aura pas forcément une trajectoire vers la maladie addictive. Il peut ne pas s'engager vers ce processus addictif. La bascule vers ce processus va alors être favorisée par des facteurs précipitant comme par exemple un décès d'un proche, un événement de vie négatif... Puis sous l'influence de facteur de maintien, le trouble va persister.

Selon le modèle tri varié défini par le docteur Claude Olievenstein, les troubles addictifs résultent de la rencontre d'un sujet avec un produit dans un environnement donné. Autrement dit, l'interaction de nombreux facteurs de risque et de vulnérabilité concernent à la fois : l'individu, l'objet de l'addiction et le contexte socio culturel du sujet. Ces facteurs peuvent être, le plus souvent, communs ou spécifiques à un trouble.

- Les facteurs liés à l'individu :

Ils sont les plus nombreux.

- *une vulnérabilité génétique.* Aucun gène codant pour l'addiction n'a été identifié, l'hérédité de type mendélien ne semble pas au premier plan. Mais les hypothèses d'un polymorphisme des gènes codant les récepteurs dopaminergiques sont de plus en plus probables.

- *des facteurs neurobiologiques*. Ce sont les systèmes dopaminergiques, sérotoninergique et noradrénergique et leurs interactions qui vont être impliqués dans le circuit de la récompense. Ce système permet de récompenser les fonctions vitales comme se nourrir, se reproduire par une sensation de plaisir.

-*des facteurs neurocognitifs*. Chez le sujet addict, le cortex préfrontal va être dysfonctionnel. On pourra observer une difficulté à différer une récompense. En effet, le sujet préférera une réponse immédiate mais néfaste à long terme qu'une récompense plus tardive demandant plus efforts. Le manque de flexibilité, de planification, d'organisation, d'attention sont les principales fonctions cognitives altérées.

-*des facteurs psychologiques*. L'impulsivité est un des traits de personnalité les plus fréquents. La recherche de sensations fortes, de nouveautés, d'expérimentations est souvent décrite par les consommateurs. Une mauvaise estime de soi, une timidité, un manque de confiance en soi révèle le souvent une certaine fragilité narcissique du sujet addict. La gestion des émotions et la résolution des problèmes sont complexes et laborieux pour les sujets souffrant de trouble lié à l'usage

- On retrouve un nombre important *de comorbidités psychiatriques* : le TDAH, des troubles des conduites, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles psychotiques et des troubles de personnalité. Ces comorbidités peuvent être à la fois des facteurs de risque de devenir un sujet souffrant d'addiction ou être secondaire au trouble lié à l'usage de substance.

- *le sexe masculin*. Les troubles liés à l'usage de substance concernent davantage les hommes. Cependant depuis quelques années la tendance se dirige vers une égalisation du sexe ratio.

- *les modalités de consommations*. D'un usage récréatif et occasionnel, le sujet se dirige vers un usage impulsif pour finir vers un usage compulsif habituel. S'installe alors la répétition des consommations malgré la survenue de conséquences négatives sur les divers plans psychique, physiques, familiaux, professionnels.

- Les facteurs liés à l'environnement:

Trois niveaux sont explorés. La famille puis secondairement les pairs et amis qui entourent le sujet. Ils peuvent jouer un rôle dans l'initiation des consommations ou le maintien du trouble. L'apprentissage des conduites par imitation des pairs, l'expérimentation avec les amis... sont très fréquentes. Mais, ils peuvent aussi être à l'inverse des personnes ressources et étayantes face aux consommations. Enfin, la société peut jouer un rôle protecteur grâce à l'insertion sociale, scolaire, professionnelle. Cependant, elle peut également par son individualisme de plus en plus omniprésent ou par ses injonctions à être heureux, mettre le sujet en difficulté.

- Les facteurs liés au produit:

Tous les produits ne possèdent pas le même pouvoir addictogène. Lors de consommation tabagique (la nicotine), d'héroïne, ou de cocaïne, 50 à 60% des usagers sont dépendants. Alors que chez les consommateurs d'alcool, de cannabis ou d'amphétamines, on estime 10% de consommateurs dépendants. Les complications vont être également diverses en fonction du produit et des modalités de prises. Le risque viral (VIH, VHB, VHC...) va être accentué lorsque les produits sont injectés ou sniffés.

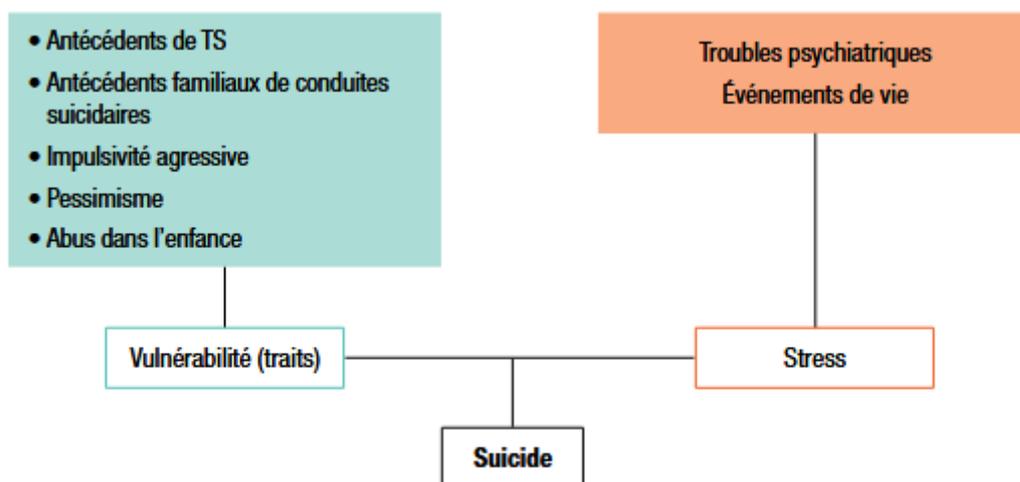
De même que l'addiction, la crise suicidaire, sous l'influence de divers facteurs de risque, est un processus dynamique qui évolue dans le temps. Ces 2 pathologies se construisent de façon similaire.

b) Les facteurs de risque du suicide

Les comportements suicidaires ont une dynamique sous-jacente extrêmement complexe qui repose sur divers facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux.

Le risque de conduite suicidaire varie de façon très importante d'un individu à l'autre et cela à situation de stress égale. Dans le modèle « stress – vulnérabilité », le risque suicidaire va dépendre d'une certaine vulnérabilité déterminée par la combinaison de facteurs de risque (les antécédents de TS, traits de personnalité, des abus dans l'enfance...). L'ensemble de ces facteurs de risque va alors accroître le risque d'un geste suicidaire chez ces sujets vulnérables. (49)

La résilience, c'est-à-dire la capacité à faire face au stress, à réagir à l'adversité et la vulnérabilité varient d'une personne à l'autre.



Source • Mann *et al.*, *Am J Psychiatry*, 1999 ; Oquendo *et al.*, *Am J Psychiatry*, 2004.

L'OMS a proposé une classification de ces facteurs de risque et des facteurs de protection. Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'un individu tente de se suicider. A l'opposé, les facteurs de protection génèrent des comportements adaptatifs qui servent d'appui dans la résolution de la crise suicidaire et diminuent l'impact négatif des facteurs de risque.

Selon l'OMS, on peut ainsi les classer :

- Les facteurs de risque liés à l'individu : ils sont les plus nombreux.

- *les facteurs démographiques et psychosociaux* : être de sexe masculin ou âgé, sont plus à risque de décès par suicide. Les individus au chômage ou en recherche d'emploi ont des probabilités multipliées par 3 de décéder par suicide. Certaines catégories socio professionnelles (employés, ouvriers) ou des secteurs d'activité (l'agriculture, la santé, la police) ont des probabilités accrues. Les séparations, la perte d'emploi ou financière sont des évènements de vie négatifs.

- *les antécédents de TS* : est un des facteurs de risque majeur de suicide.

- *les troubles psychiatriques* : environ 90% des suicidés ont au moins un trouble lors du décès. Souvent ce sont les troubles de l'humeur dans 50% à 66% des cas, puis les troubles liés à l'alcool ou aux substances et les troubles de personnalité. (50)

- *des traits de personnalité* : impulsivité, le pessimisme, les fortes réactions émotionnelles, l'agressivité ...

- *des facteurs génétiques, biologiques et familiaux* : ce sont essentiellement les antécédents de comportements suicidaires dans la famille.

- *autres* : les minorités sexuelles, des douleurs ou maladies chroniques, les détenus...

- Les facteurs de protection :

La religion, l'appartenance à une communauté, à un groupe, le soutien et le lien social sont des facteurs de protection.

- Les facteurs de risque liés aux relations :

On peut citer par exemple : les ruptures sentimentales, les pertes et décès de proches, les relations conflictuelles, l'isolement, le manque de soutien...

- Les facteurs de risque liés à la communauté :

Ce sont les guerres, les catastrophes climatiques, les conflits, la discrimination, les traumatismes, la violence... Les zones de pauvreté ou d'instabilité économique sont associées à des taux de suicide plus élevés. (51)

- Les facteurs de risque liés à la société et au système de santé en général :

La difficulté d'accès aux soins, une médiatisation inappropriée du suicide, une stigmatisation des soins psychiatriques, l'accès aux moyens suicidaires contribuent à majorer le risque suicidaire.

c) Des facteurs spécifiques liés au TLUS

Certains facteurs liés au trouble de l'usage de substance vont moduler ce risque suicidaire :

- *le type de substance consommée*

En effet, nous avons vu précédemment que le risque suicidaire varie en fonction du type de substance consommée.

- *L'intensité du TLUS*

Le risque suicidaire se majore lorsque l'intensité du trouble est forte. La longue durée de consommation, l'existence de complications dues au produit, un âge précoce de début de consommation ... participent à majorer l'intensité du trouble. Par exemple chez les héroïnomanes, des facteurs spécifiques à cette population ont été décrits. Plus la durée de consommation est longue, plus le risque de suicide est important. Il en est de même lorsqu'il y a poly consommations de toxiques. L'utilisation du produit en intra veineux majore également ce risque. Ils auront recours plus fréquemment à l'IMV, tandis que les moyens violents comme la pendaison ou l'arme à feu seront moins utilisés.(52). D'autres facteurs de risque sont surreprésentés. On peut citer des troubles de personnalité, des syndromes de stress post traumatique et la bipolarité.(53) La dépendance aux opiacés n'est donc pas le seul facteur contribuant à l'augmentation des conduites suicidaires.

- *L'état d'intoxication*

Le risque suicidaire va fluctuer au cours du temps chez le patient addict en fonction de l'état d'intoxication dans lequel le sujet se trouve. L'intoxication aigue et les périodes de sevrage sont les 2 périodes les plus à risques de comportement suicidaire. (54)

3) Les mécanismes biopsychosociaux contribuant à l'augmentation du risque suicidaire lors d'un TLUS

La consommation chronique de produit va faire le lit des comorbidités psychiatriques et des difficultés sociales. Ces consommations, aigüe ou chronique de produit, altèrent les cognitions et le comportement de l'individu. Enfin, des facteurs de vulnérabilité communs au risque suicidaire et au TLUS ont été identifiés. Ces divers mécanismes favorisent et tentent d'expliquer l'association TLUS et suicide.

a) L'apparition de conséquences négatives lors de la consommation chronique

=>Les comorbidités psychiatriques :

La consommation chronique de substance aggrave le risque suicidaire. En effet celle-ci majore l'apparition de comorbidités psychiatriques, notamment l'alcool qui à long terme est dépressogène.

Plus de la moitié des patients présentant un TLUS, ont également une comorbidité psychiatrique associée.(55) Or, ces comorbidités psychiatriques comme un trouble de l'humeur, un syndrome dépressif, un trouble bipolaire, un trouble hyperactif avec déficit attentionnel, un trouble de stress post traumatique... accentuent l'association entre TLUS et comportement suicidaire. Dépister et gérer ces doubles diagnostics est une des mesures phares et des plus efficaces dans la prévention du suicide selon l'étude de While et al. en 2012 qui étudie l'efficacité d'un programme de prévention chez les patients en contact avec les soins. (56)

=> Des difficultés sociales dans un contexte psychosocial

Les sujets ayant un TLUS ont davantage de difficultés professionnelles (licenciement, chômage...) et familiales (divorce, enfants placés...). La poursuite de la consommation de substance peut amener vers des problèmes interpersonnels, sociaux de plus en plus majeurs, de l'isolement social jusqu'à la marginalisation de la société. Ces facteurs de stress psychosociaux sont des événements potentiellement favorisants ou déclencheurs à l'apparition d'une crise suicidaire.

La société et le contexte socioculturel dans lequel évolue l'individu ont également un rôle sur la prévalence des conduites suicidaires. Une augmentation du nombre de suicide en Europe lors de la crise économique en 2010 a été mise en évidence. (57) Les habitudes culturelles de consommation, le regard de la société vis-à-vis des toxiques, évoluent au fil des années et impactent sur les modalités de consommation et indirectement sur les conduites suicidaires. Par exemple, les pays d'Europe du Nord ont des consommations plus importantes de binge drinking par rapport aux pays du sud. Ils ont aussi des taux de suicide plus élevés. Ce qui laisse suggérer l'impact de cette consommation aigue d'alcool sur les conduites suicidaires.

L'accès aux toxiques dans la société peut être modulé par les politiques de santé publique. Le rôle de ces politiques de santé peut ainsi tendre vers une diminution des risques.

b) L'altération cognitive et comportementale lors des consommations

La consommation aigue de substance lors d'une TS peut simplement être un effet précipitant et jouer un rôle désinhibiteur en favorisant le passage à l'acte. Mais,

cette consommation aigue de toxiques peut être aussi utilisée comme moyen suicidaire et montrer toute la velléité suicidaire.

Lors d'idéation suicidaires, ces consommations aigues de toxiques favorisent l'impulsivité et les conduites agressives. La neuro toxicité des substances aboutit à un moins bon contrôle comportemental. L'intoxication aigue majore alors le risque de passage à l'acte que ce soit chez les consommateurs très occasionnels ou chez les personnes souffrant d'un TLUS. (54)

De même, les états de sevrage de toxiques sont à risque de conduite suicidaire. Lors de ces périodes, il n'est pas rare de noter une recrudescence anxieuse, une exacerbation de trait de personnalité comme l'impulsivité, la colère... des variations d'humeur... pouvant s'accompagner d'ids et de comportement suicidaire.

Cette consommation de substance, chronique ou aigue, peut également revêtir une fonction auto-thérapeutique, une tentative d'automédication à la recherche d'un nouvel équilibre avec la substance. La consommation d'alcool à visée anxiolytique illustre parfaitement cette automédication. Certains auteurs suggèrent l'existence « d'addiction aux conduites suicidaires ». Ces comportements suicidaires pourraient favoriser le maintien de consommation de substances à visée auto thérapeutique. (54)

c) L'existence de facteurs de vulnérabilité communs.

Dans les différentes études sur l'association TLUS et suicide, des facteurs communs se dégagent. On peut évoquer l'existence de trait de personnalité. L'impulsivité et le neuroticisme c'est-à-dire la difficulté à gérer les situations de stress et l'anxiété, sont fréquemment retrouvés chez les personnes réalisant des conduites suicidaire et chez les personnes ayant un TLUS. Ces traits de personnalité sont des

facteurs pré morbides de développer indépendamment un TLUS et/ou des comportements suicidaires.

Des altérations cognitives semblent être associées à la vulnérabilité addictive et suicidaire. On peut citer la difficulté à prendre des décisions dans les situations d'incertitude ou encore le manque de flexibilité, d'attention.

Les antécédents de traumatisme, de violence dans l'enfance sont des facteurs majeurs de vulnérabilité suicidaire et aux addictions. (54)

III - LES OUTILS DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE

1) Les outils de prévention du suicide en population générale

Dans la littérature scientifique, les interventions efficaces de prévention ont été mises en avant. En 2012 dans leur analyse de la littérature, Roscoat et al. analysent 7 grandes catégories d'intervention : la restriction des moyens létaux, le maintien du contact avec les patients, les lignes et centres d'appels, la formation des médecins généralistes, les interventions en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge suite au TS et les campagnes d'informations du public.

Parmi ces catégories, 3 d'entre elles apportent les preuves de leur efficacité. Il s'agit de :

- la limitation des accès aux moyens létaux
- du maintien de contact avec les patients sortis de l'hôpital après une tentative de suicide
- de l'implantation de lignes d'appel.(58)

Les actions de prévention du suicide doivent donc être évaluées, interrogées sur leur efficacité et leur fiabilité. La mortalité et la morbidité liées au suicide permettra de renforcer les stratégies de prévention.

Dans un consensus publié en 2017 sur la prévention du suicide en Europe, Zalsman et al. divisent les stratégies de prévention du suicide, ayant des niveaux de preuves élevées, en 2 approches différentes (59) :

- les stratégies de politique de santé publique avec la restriction de l'accès aux moyens létaux, la prévention universelle en milieu scolaire, la formation des personnes ressources dans certains milieux, la formation des médias, les interventions sur

internet et nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC), les lignes téléphoniques d'assistance.

- et les stratégies de soins santé avec le traitement de la dépression et la prise en charge des troubles psychiatriques, assurer la chaîne de soins et la prise en charge des patients, la formation des médecins généralistes et le dépistage en soins primaires.

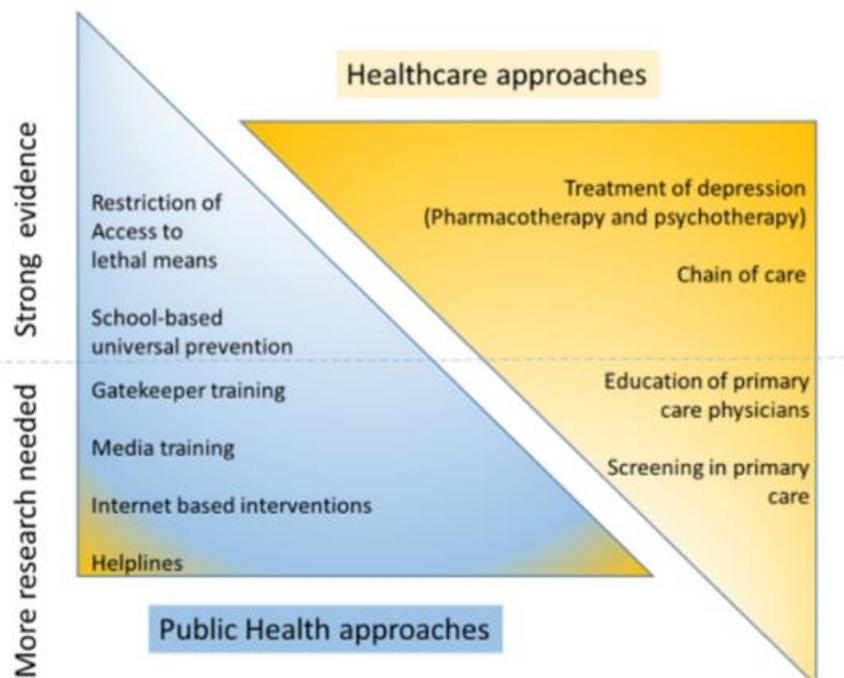


Figure 1 Evidence-based strategies of suicide prevention in mental health care and in public health approaches. (59)

2) Applications des outils de prévention du suicide chez les consommateurs de toxiques

L'objectif est d'identifier, à travers les articles, les différents outils utilisés dans la prévention du suicide chez les personnes consommant des toxiques afin de déterminer si ces outils utilisés ont un impact dans la diminution des gestes suicidaires.

a) Les différentes interventions psychosociales auprès des consommateurs :

Récemment en 2020, Padmanathan et al. ont publié une revue systématique de la littérature d'essais contrôlés randomisés portant sur la prévention du suicide et la réduction des automutilations chez les personnes ayant un trouble lié à la consommation de substance. L'objectif était d'identifier et évaluer les interventions de prévention. Dans leur analyse, 6 essais randomisés contrôlés ont été inclus. 5 études portaient sur les interventions psychosociales. Cependant, dans toutes les études, il y avait de faibles preuves d'un petit effet positif des interventions sur les résultats du suicide ou de l'automutilation ($d = -0,20$, IC à 95% = $-0,39-0,00$). Dans ces études les populations, les substances, l'intervention, le contrôle et les résultats étaient hétérogènes et potentiellement soumis à des biais. Les essais étaient susceptibles d'erreur de type 2 c'est-à-dire l'incapacité à mettre en évidence un effet positif alors qu'il existe.(60)

Les différentes interventions psychosociales reposaient sur :

- la Thérapie Cognitive Comportementale (TCC)
- la psychothérapie déconstructive dynamique
- « FRAMES » Feedback – Responsibility -Advice - Menu of options – Empathic - Self-efficacy: des interventions brèves sur les effets néfastes des consommations, un accent sur la responsabilité, des conseils de réduction d'alcool, une attitude empathique envers les patients

- la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD)

Peu de preuves d'efficacité d'une intervention de prévention du risque suicidaire chez les personnes ayant un TLUS ont été retrouvés dans cette revue de la littérature. La puissance de l'étude est faible, et seulement un tiers des participants auraient été inclus afin de pouvoir détecter un effet sur le plan clinique.

b) Un traitement spécifique : une dose unique de Buprénorphine à haute dose pour traiter les IDS chez les consommateurs d'opiacés.

De petites études laissent suggérer que la buprénorphine à petite dose réduit les IDS. En effet, il existerait un dérèglement de la fonction opioïde endogène à la fois dans la dépression et la dépendance aux opioïdes. De ce postulat, en 2018, Ahmadi et al. (61) ont réalisé un essai randomisé en double aveugle où 47 patients suicidaires dépendants aux opioïdes ont reçu une dose sublinguale unique de buprénorphine (32 mg ou 64 mg ou 96 mg). Les résultats de ces 3 groupes sur un intervalle de 3 jours ont été décrits en utilisant une évaluation psychométrique de l'échelle de Beck pour les idées suicidaires (BSSI) et des entretiens basés sur les critères du DSM-5. Les résultats illustrent une réduction significative des scores BSSI dans chacun des trois groupes mais pas de différence de résultats entre les groupes. Cette étude suggère qu'une seule dose élevée de buprénorphine pourrait être utilisée comme un traitement rapide des pensées suicidaires chez les patients dépendants aux opioïdes.

c) La restriction d'accès aux substances

Comme en population générale, la restriction d'accès aux moyens létaux chez les consommateurs de toxiques est démontrée sur la prévention du risque suicidaire.

Une revue systématique de la littérature publiée en 2020 étudie l'impact des politiques en matière de restriction d'alcool sur les comportements suicidaires et les IDS. Il en résulte que la réduction de l'alcool (par la restriction de la disponibilité ou l'augmentation du coût) a généralement amené dans les différentes études observationnelles à une diminution du comportement suicidaire en Europe orientale, occidentale ainsi qu'aux Etats unis.(62) Ces politiques de restriction peuvent donc mener à diminuer les comportements suicidaires au niveau de la population.

d) Favoriser la prévention sur les conduites à risque de manière générale

S'intéresser aux motifs de consommation, à la quantité, à la fréquence de consommation des substances... en délivrant des messages de prévention pourraient diminuer les conduites suicidaires. En effet, environ 40% des TS sont précédées dans les heures d'une consommation aigue d'alcool.(63) Or, les consommations aigue d'alcool augmentent le risque de TS.(64) Ces TS seraient marquées par une courte planification. Agir sur cette consommation aigue permettrait de diminuer ce nombre de suicides. Autrement dit intervenir pendant les heures de grande détresse avant le passage à l'acte. Afin de mieux comprendre cette consommation aigue, une étude s'est intéressée aux motifs et habitudes de consommation aigue dans les heures précédant une TS. Un risque accru de TS a été retrouvé chez les personnes buvant pour face aux émotions négatives. (65)

En 2012, dans son étude chez des étudiants, Gonzalez et al ont mis en évidence que la consommation excessive d'alcool dans un contexte solitaire est associée à des antécédents de TS et à des IDS. Prévenir ces consommations excessives participe ainsi à la prévention du suicide. (66)

En 2021, dans une revue systématique de la littérature, Witt et al. ont analysé l'effet des interventions psychologiques visant à réduire l'alcool axées sur les effets nocifs, sur les comportements suicidaires, l'automutilation et les idées suicidaires. Ils ont identifié 11 études. La réduction d'alcool permet une diminution des TS et de l'automutilation mais aucun effet n'a pu être mis en évidence sur les ids ou les décès par suicide. Il n'y avait pas de différence significative d'efficacité entre les diverses approches thérapeutiques qui étaient : une brève approche de dépistage de l'alcool, la TCC, la psychothérapie psychodynamique, la thérapie visant à améliorer la motivation, les entretiens motivationnels et la DBT la Thérapie Comportementale Dialectique. (67)

e) Favoriser le repérage des troubles de l'usage dans toutes les populations

Le TLUS est un facteur majeur de risque suicidaire. Chez les patients souffrant de TLUS le risque de suicide à vie est de 5 à 10 fois plus élevé qu'en population générale. (68) De nombreuses études mettent également en évidence cette association suicide et TLUS dans diverses populations. Ce double diagnostic est loin d'être rare.

Évaluer l'humeur et le risque suicidaire chez les patients souffrant d'un TLUS est indispensable. Réciproquement, après un comportement suicidaire, repérer et dépister un trouble lié à l'usage de substance serait essentiel et pourrait être un marqueur envisageable à inclure dans l'évaluation du risque suicidaire de manière systématique dans toutes les populations.

Une étude, publiée en 2017, de cohorte américaine chez les hommes et femmes vétérans de guerre recevant des soins, a étudié le lien entre TLUS et suicide.

Un diagnostic de trouble de l'usage que ce soit pour l'alcool, la cocaïne, amphétamines, opioïdes... était associé à un risque accru de suicide chez les hommes et femmes. Les relations entre trouble lié à l'alcool, à la cocaïne et opioïdes avec le suicide étaient significativement plus forte pour les femmes que pour les hommes ($P < 0,05$). Après ajustement, notamment avec les facteurs psychiatriques comorbides, les associations TLUS et suicide ont été atténuées. (69)

Publiée en 2020, une étude cas témoin américaine mais cette fois en population générale, a également retrouvée cette forte association TLUS et suicide. Là aussi, toutes les substances étaient associées à un risque accru de suicide avec un risque légèrement plus prononcé chez la femme. (70)

Chez les étudiants, l'abus d'opioïdes sur ordonnance peut être associé à des IDs et des conduites suicidaires. Cet abus peut revêtir divers fonctions notamment récréatives mais également être un moyen de gérer des symptômes dépressifs pré existants. Dans une étude menée chez 889 étudiants américains, portant sur la relation entre abus d'opioïde et suicide, 38.8% avaient eu des IDS, 11.6% avaient planifié de se suicider et 7.8% la réalisation d'une TS au cours de l'année. Pratique très courante, 21.6% des participants reconnaissaient un abus d'opioïdes au cours de l'année. L'étude suggère que l'identification de cet abus de substances aux opioïdes permettrait d'être un indicateur de trouble psychologique ou d'un potentiel risque suicidaire. (71)

Une étude de cohorte danoise, publiée en 2017, chez des patients souffrant de schizophrénie, de trouble bipolaire, de dépression ou de trouble de la personnalité retrouve que l'utilisation de substance est fortement associée au risque de suicide dans toutes ces maladies. Le risque accru de suicide variait de 1.99 (IC à 95% 1.44-2.74) à 2.70 (IC à 95% 2.40-3.04) avec l'abus d'alcool. De fortes associations avec les

TS et les différentes substances ont également été mises en évidence avec des risques relatifs allant de 3.38 à 2.13. (72)

f) Les interventions sur internet et nouvelles technologies d'information

L'utilisation appropriée d'internet est un puissant moyen de communication. Pour les personnes souffrant de TLUS l'accès aux sites web permettant de prévenir le risque suicidaire devraient se développer davantage. Une étude, publiée en 2011 concernant les sites web d'aide et de soutien vis-à-vis du risque suicidaire pour ceux ayant un TLUS, retrouvait peu de disponibilité sur internet. Obtenir une information immédiate, adaptée en cas de crise suicidaire en ayant un trouble de l'usage était difficile. Les auteurs concluaient qu'il était urgent d'étendre les sites d'aide.(73)

En 2018, Wilks et al ont réalisé un essai clinique randomisé au cours duquel une formation de thérapie comportementale dialectique (DBT) était dispensée sur Internet aux individus suicidaires ayant une consommation d'alcool épisodique abondante. Les effets sont prometteurs, les participants ont rapporté une réduction des ids, de la consommation d'alcool et une amélioration de la gestion des émotions au cours des 4 mois de l'étude.(74)

g) Améliorer les offres de soins pour la prévention du risque suicidaire dans les différents pays

Une étude qualitative réalisée en Afrique du Sud en 2018 s'est intéressée aux suggestions des fournisseurs de soins en santé mentale via des entretiens approfondis et semi structurés afin d'améliorer la prévention du suicide chez les personnes présentant un TLUS. L'accent a été mis sur l'importance de fournir des soins de santé

mentale efficaces, sur les interventions communautaires axées sur la détection précoce et la prévention de la consommation de substances et des problèmes de santé mentale. Ils suggéraient une formation supplémentaire en prévention du suicide pour les soignants, de favoriser l'utilisation des ressources existantes, de promouvoir des soins de santé intégrés, d'améliorer la réglementation pour le traitement des troubles liés aux substances. Les suggestions n'étaient pas spécifiques à la prévention du suicide mais reflétaient la mise en place d'une bonne prestation de soins en santé mentale. Dans leur conclusion, la prévention doit être renforcée via la formation des soignants mais aussi en adoptant une approche plus contextuelle économique, politique, socioculturelle de la prévention du suicide. (75)

En Iran, la consommation d'alcool est légalement interdite. Cependant, sa consommation en Iran augmente. Une étude chez les iraniens retrouve également le lien entre abus d'alcool et suicide. Dans les 6 heures après avoir consommé de l'alcool, la probabilité de TS était multipliée par 27 (IC à 95 % 8,1-60,4). En conclusion, les auteurs insistent sur le fait que la prévention de la consommation d'alcool en Iran, devrait être envisagée dans le programme national iranien de prévention du suicide.(76)

Les politiques de prévention du risque suicidaire et les offres de soins disponibles dans les différents pays ne sont pas similaires. Mais, leurs études de prévention du suicide soulignent l'importance d'accéder et favoriser les soins en matière d'addictologie afin de prévenir les comportements suicidaires.

IV- DISCUSSION

1) Rappels des principaux résultats

L'association suicide et TLUS a été mise en évidence à travers les études scientifiques, le risque de suicide est 5 à 10 fois plus élevé qu'en population générale. Favoriser le repérage des TLUS dans toutes les populations permet ainsi d'évaluer et prévenir le risque suicidaire.

Alors que les divers outils de prévention suicidaire en population générale ont bien été identifiés dans la littérature, chez les patients souffrant d'un TLUS, les outils de prévention du risque suicidaire dans la littérature sont peu spécifiques à ces populations particulières, assez faibles et limités.

Les principaux outils de prévention ayant montré leur efficacité dans le TLUS sont : le repérage et la prévention des conduites addictives, les interventions psychosociales auprès des consommateurs, la prise en charge pharmacologique de la dépendance aux opiacés et l'accès aux soins psychiatriques et addictologiques.

L'Organisation Mondiale de la Santé préconise de proposer des interventions multiples. On parle de stratégies multimodales ou combinées ou à composantes multiples. En effet, dans leur revue systématique de la littérature, Hofstra et al. montrent un effet synergique des interventions de prévention à plusieurs niveaux et significativement plus élevé en fonction du nombre de niveaux de l'intervention.(77) Le risque suicidaire étant multifactoriel et multi causal, la prévention de ce risque nécessite une prévention multimodale comprenant une intervention proximale et distale ainsi qu'un traitement pharmacologique et psychothérapeutique selon Ballard et al. (78)

La prise en charge des TLUS est essentielle puisqu'elle constitue un des facteurs de risque majeur dans les comportements suicidaires. Axer la prévention en addictologie notamment sur les conséquences de ces consommations, sur les risques somatiques et psychiatriques à long terme semblent efficaces.

Les interventions psychosociales réalisées auprès des consommateurs que ce soient la TCC, la DDT, les interventions brèves ou la TCD ont de faibles preuves d'un petit effet positif sur les comportements suicidaires.

Prendre en charge l'addiction aux opioïdes en proposant un traitement de substitution aux opiacés semblent également réduire le risque suicidaire. L'étude d'Ahmadi et al. illustre qu'une seule dose élevée de buprénorphine pourrait être utilisée comme un traitement rapide des pensées suicidaires chez les patients dépendants aux opioïdes.

Les politiques de restriction d'accès aux moyens létaux ont largement démontré leur efficacité comme nous avons pu l'illustrer à travers différentes mesures mises en place (une diminution de 91% du nombre de suicide après aménagement de lieux à risque par exemple). De même, l'impact de la restriction d'alcool amène à une diminution des comportements suicidaires. Limiter l'accès à l'objet de l'addiction permet de prévenir le risque suicidaire.

Favoriser la prévention des conduites à risque chez ces patients souffrant d'un TLUS participe à prévenir ce risque suicidaire. Prendre en compte les facteurs spécifiques du TLUS en s'intéressant au produit, à la quantité, au mode de consommation... permet de limiter ce risque. Par exemple l'intoxication aiguë d'alcool, conduite à risque chez un patient alcoolique dépendant, est associée à un risque majeur

de comportement suicidaire. 40% des TS sont précédées de consommation aigue d'alcool.

L'accès aux soins de santé mentale et d'addictologie est un excellent outil de prévention du risque suicidaire. A travers le monde, les différents pays n'ont pas les mêmes services de soins ni les mêmes stratégies de prévention du risque suicidaire mais leurs études s'accordent à promouvoir, de manière générale, l'accès aux soins.

Dans la littérature, les études sur la prévention du suicide dans cette population vulnérable sont assez pauvres. Ces quelques pistes d'outils de prévention chez les consommateurs de substances sont à développer davantage. L'évaluation de l'impact d'outils et de stratégies de prévention dans des études ultérieures, sera nécessaire afin d'offrir la prise en charge la plus adaptée à ce double diagnostic de suicide et TLUS.

2) En pratique : la prise en charge d'un patient consommateur ayant des IDS ou un comportement suicidaire.

L'accès aux soins notamment l'hospitalisation est un outil fondamental de prévention du risque suicidaire chez ces patients consommateurs. L'évaluation du risque suicidaire chez tout patient ne peut se faire que lorsque le patient est conscient et que ses facultés cognitives ne sont pas altérées par l'effet de toxiques. Bien souvent, les patients souffrant d'un TLUS sont pris en charge aux urgences dans les heures suivant des consommations. Généralement, la prise en charge est débutée par les urgentistes qui s'assurent des risques et complications physiques mais également d'assurer la sécurité du patient et/ou de ses proches. Les patients intoxiqués sont dans un premier temps maintenus aux urgences. Puis, ces patients seront évalués

secondairement, par le psychiatre ou l'addictologue, à distance de la consommation aiguë lorsque leur taux d'alcoolémie par exemple est inférieur à 1g/l. On estime en moyenne une diminution de 0.10 à 0.15 g/l par heure. Lorsqu'il s'agit d'autre consommation de toxiques, une analyse d'urine est bien souvent réalisée afin d'identifier les substances.

L'arrivée de patients aux urgences pour overdose amène rapidement à se poser la question suivante: l'intoxication est-elle volontaire ou accidentelle ? Répondre à cette question reste très complexe et difficilement évaluable dans un premier temps. Bien souvent, lors de la survenue d'overdoses les substances consommées sont multiples. A titre d'exemple, dans son étude Han et al. recensent de 2000 à 2016 grâce aux analyses toxicologiques post mortem, 6061 décès par overdose accidentelle de drogues parmi les New-Yorkais âgés de 45 à 84 ans. Parmi ceux-ci, la cocaïne était impliquée dans 53% (n = 3183). L'utilisation concomitante d'opioïdes (fentanyl, héroïne, méthadone ou analgésiques opioïdes) parmi les décès liés à la cocaïne était également très courante (58%).(79)

La présence d'IDS ou d'une TS à distance de l'intoxication aiguë sera ensuite évaluée par l'équipe de psychiatrie et répondra aux critères d'hospitalisation habituels en psychiatrie selon l'évaluation du RUD. Crise suicidaire, crise familiale, professionnelles, sociales... sont multiples et peuvent être des conséquences de l'addiction. Le sujet nécessite alors d'une hospitalisation pour mise à l'abri.

L'institution hospitalière offre diverses possibilités d'hospitalisation selon l'organisation de chaque structure. Les centres d'accueil et de crise (ou le cas échéant les services de psychiatrie classique) permettent de prendre en charge ces moments de crise et de travailler cette crise psychosociale.

Il arrive bien souvent aux urgences que les patients consommateurs se présentent en demandant une hospitalisation de sevrage en urgence. Cette demande est généralement due à une contrainte, à une pression extérieure venant de sa famille, de son employeur, de la justice... le patient se retrouve également dans une situation de crise. La question de la temporalité des soins est parfois difficile à appréhender pour ces patients qui répondent à une logique du « tout, tout de suite ».

Lors de l'évolution de la maladie addictive, les consommations de substances ont tendance à augmenter du fait de l'installation du phénomène de tolérance. Le sujet augmente ses quantités. Mais cette escalade représente un réel danger que le patient a du mal à percevoir. Les prises de risque, les mises en danger ne sont plus perceptibles par le sujet. Cette consommation de substances qui peut être paroxystique et massive devient alors autodestructrice, certains auteurs parlent de « parasuicide ». Parfois, devant des comportements autodestructeurs, via les substances, à risque vital ou des recours répétés au service d'urgence, le praticien décide d'hospitaliser sous contrainte le patient dans un service de psychiatrie.

Les patients addicts se retrouvent également hospitalisés dans les services de Médecine Chirurgie Obstétrique lorsqu'ils nécessitent des soins physiques. Les protocoles de sevrage d'alcool sont bien connus de tous pour prévenir le risque de delirium tremens. Les équipes de liaison hospitalière d'addictologie (ELHA) se développent et permettent alors à ces patients de les inscrire dans une démarche de soins. Parfois, il s'agit d'un premier contact avec les soins d'addictologie. Les services d'addictologie ne répondent généralement pas à l'hospitalisation en urgence car elle ne travaille pas sur les situations de crise, mais offre des stratégies de soins sur le long terme.

Les CSAPA (centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), sont des lieux soins ambulatoires mais aussi d'accueil, de prévention, d'informations. Les diverses modalités de prise en charge en fonction de chaque patient seront proposées : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation de jour, les soins ambulatoires en consultation.

Prendre en charge le trouble addictif est une des mesures essentielles. Puisque cette maladie chronique est un des facteurs de risque majeur de suicide. Les traitements de substitution aux opiacés, les traitements anti craving, la prévention, l'information, les psychothérapies aident à maintenir l'abstinence et guérir l'addiction. L'offre de soins en addictologie est variée et participe ainsi à diminuer le risque suicidaire.

Repérer les TLUS est le point initial de toute prise en charge en addictologie et s'adresse à tous les professionnels de santé afin d'adresser le patient pour une évaluation de ces consommations et d'accéder aux soins.

Etre à la fois consommateur de substances et avoir un comportement suicidaire, constitue non pas une problématique mais deux problématiques distinctes qui s'auto alimentent. Certains facteurs de risque de suicide et de TLUS sont communs. La prise en charge des ids se fera en urgence. Puis dans un second temps, on s'intéressera à la prise en charge de la maladie addictive sur le long cours.

L'articulation entre les services de psychiatrie, de centre d'accueil et de crise, de MCO et d'addictologie est donc essentielle. Ces liens entre structures constituent un atout et favorise l'accès aux soins. La prise en charge du patient se doit d'être pluridisciplinaire afin de pouvoir prendre le patient dans sa globalité.

V- CONCLUSION

Le TLUS augmente de manière drastique le risque de TS ou de suicide quel que soit la substance. Certains comportements autodestructeurs sont assimilés à un comportement suicidaire. Le sens du lien entre addiction et suicide est complexe. Ces deux processus, suicidaire et addictif, se construisent de façon similaire de manière dynamique sous l'influence de facteurs de risque.

L'identification des facteurs de risque de suicide, et de vulnérabilités des troubles addictifs a un triple intérêt. Premièrement cette identification permet la prévention afin de mener des interventions ciblées sur ces personnes à risque, mais également elle a un intérêt diagnostique pour permettre une prise en charge adaptée et dépister les comorbidités associées. Enfin, repérer ces facteurs a un intérêt pronostique notamment les facteurs de gravité qui permettent d'évaluer le maintien ou l'augmentation de la sévérité du trouble addictif.

Divers mécanismes biopsychosociaux contribuent à l'augmentation de ce risque suicidaire lors d'un TLUS. Les consommations chroniques vont faire le lit des comorbidités psychiatriques (trouble de l'humeur, syndrome dépressif...) et des difficultés sociales. De plus, toute consommation engendre une altération cognitive et comportementale. Enfin, les facteurs de vulnérabilité communs ont été identifiés : certains traits de personnalité (impulsivité), la présence d'altérations cognitives, des antécédents de traumatisme, de violence...

Les politiques de prévention du suicide en France préconise de mettre en place des stratégies multimodales afin de prendre en charge ce risque suicidaire multifactoriel et multi causal. Dans cette population particulière, peu d'outils spécifiques de prévention ont été identifiés et évalués dans la littérature. Ces personnes souffrant à la fois d'un TLUS et de comportement suicidaire nécessitent des

prises en charge en psychiatrie et en addictologie. Les liens et l'articulation de ces différents soins est essentielle et indispensable pour une prise en charge adaptée au patient.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Faits et chiffres sur le suicide - infographie [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/fr/
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med [Internet]. nov 2006 [cité 28 avr 2021];3(11). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664601/>
3. World Health Organization - 2015 - Prvention du suicide l'tat d'urgence mondiad..pdf [Internet]. [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11517.pdf>
4. Mishara BL, Weisstub DN. The legal status of suicide: A global review. Int J Law Psychiatry. janv 2016;44:54-74.
5. Drouin E. De l'intérêt des bases de données médico-légales dans la prévention des suicides. L'Encéphale. 1 avr 2020;46(2):164-6.
6. Aouba et al. Evalaution de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en Fance métropolitaine, 2006. :8.
7. ons_2020.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
8. Santé publique France. Bulletin de santé publique. Conduites suicidaires 2019:1-24[Normandie].
9. 2010 Rpt suicide activite professionnelle France INVS.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2010%20Rpt%20suicide%20activite%20p rofessionnelle%20France%20INVS.pdf>
10. Terra J-L. Professeur de psychiatrie, chef de service, CHS Le Vinatier, Bron, Laboratoire de psychologie de la santé, équipe d'accueil 3729, université Lyon 2. :44.
11. Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: </liste-des-actualites/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales>
12. Thomas P. Editorial. Prevention du suicide : l'évaluation est indispensable. Bull Epidemio Hebd. 2019. 2019;2.
13. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 30 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
14. Masson E. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale [Internet]. EM-Consulte. [cité 30 juill 2021]. Disponible sur:

<https://www.em-consulte.com/article/986098/les-outils-cliniques-d-evaluation-du-risque-suicid>

15. Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org [Internet]. [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/>
16. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Toxicology testing and results for suicide victims--13 states, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 24 nov 2006;55(46):1245-8.
18. Tournier M, Molimard M, Abouelfath A, Cougnard A, Begaud B, Gbikpi-Benissan G, et al. Prognostic impact of psychoactive substances use during hospitalization for intentional drug overdose. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112(2):134-40.
19. Park CHK, Yoo SH, Lee J, Cho SJ, Shin M-S, Kim EY, et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr Psychiatry*. mai 2017;75:27-34.
20. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 16 janv 2020;382(3):266-74.
21. Espinet S, Corrin T, Baliunas D, Quilty L, Zawertailo L, Rizvi SJ, et al. Predisposing and protective factors influencing suicide ideation, attempt, and death in patients accessing substance use treatment: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev*. déc 2019;8(1):115.
22. Tiet QQ, Ilgen MA, Byrnes HF, Moos RH. Suicide Attempts Among Substance Use Disorder Patients: An Initial Step Toward a Decision Tree for Suicide Management. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006;30(6):998-1005.
23. Borges G, Saltijeral MT, Bimbela A, Mondragón L. Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Arch Med Res*. août 2000;31(4):366-72.
24. Benyamina A. Drogues et risque suicidaire. In: *Suicides et tentatives de suicide* [Internet]. Lavoisier; 2010 [cité 9 mars 2021]. p. 144. Disponible sur: <http://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-page-144.htm>
25. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
26. Concepts de prévention | Prévention des suicides [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: http://www.preventionsuicide.info/connaissances/concepts_prevention.php

27. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. La politique de prévention du suicide [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-politique-de-prevention-du-suicide>
28. instruction du 10 Septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-10/ste_20190010_0000_0124.pdf
29. Numéro national de prévention du suicide : quelle équipe pour porter le projet ? [Internet]. What's Up Doc. 2020 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/numero-national-de-prevention-du-suicide-quelle-equipe-pour-porter-le-projet>
30. Saïet M. D'addictus à addiction. Que Sais-Je. 12 juin 2015;2e éd.:9-18.
31. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F10-F19>
32. Psychiatric Association. DSM-5 - American Psychiatric Association. 2013.
33. Beck F, Richard J-B. La consommation d'alcool en France. Presse Médicale. 1 oct 2014;43(10, Part 1):1067-79.
34. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: </les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>
35. La définition NIAAA du binge drinking plus opérante que celle de l'OMS : résultats d'une étude publiée dans DAD et soutenue par le Fond Actions-Addictions [Internet]. [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/la-definition-niaaa-du-binge-drinking-plus-operante-que-celle-de-loms-resultats-dune-etude-publiee-dans-dad-et-soutenue-par-le-fond-actions-addictions/>
36. Beck F. 21. Données épidémiologiques et sociologiques sur les addictions en France [Internet]. Vol. 2e éd., Traité d'addictologie. Lavoisier; 2016 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-193.htm>
37. Addictions et suicide : une souffrance commune [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: https://www.pistes.fr/swaps/50_135.htm
38. Borges G, Bagge C, Cherpitel CJ, Conner K, Orozco R, Rossow I. A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. Psychol Med. avr 2017;47(5):949-57.
39. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J, et al. Acute and long-term effects of cannabis use: a review. Curr Pharm Des. 2014;20(25):4112-8.

40. Delile J-M. Toxicomanies et suicides. *Alcoologie Addictologie*. 2009;31(1):57-62.
41. Pedersen W. Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand*. nov 2008;118(5):395-403.
42. Gobbi G, Atkin T, Zytynski T, Wang S, Askari S, Boruff J, et al. Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2019;76(4):426-34.
43. Petit A, Reynaud M, Lejoyeux M, Coscas S, Karila L. Addiction à la cocaïne : un facteur de risque de suicide ? *Presse Médicale*. juill 2012;41(7-8):702-12.
44. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Stajic M, Morgan EB, Mann JJ. Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *Am J Psychiatry*. mars 1992;149(3):371-5.
45. Darke S, Kaye S. Attempted suicide among injecting and noninjecting cocaine users in Sydney, Australia. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. sept 2004;81(3):505-15.
46. Santis R, Hidalgo CG, Hayden V, Anselmo E, Jaramillo A, Padilla O, et al. [Suicide attempts and self inflicted harm: a one year follow up of risk behaviors among out of treatment cocaine users]. *Rev Med Chil*. avr 2016;144(4):526-33.
47. McKetin R, Leung J, Stockings E, Huo Y, Foulds J, Lappin JM, et al. Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. nov 2019;16:81-97.
48. Ilgen MA, Harris AHS, Moos RH, Tiet QQ. Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. avr 2007;31(4):635-42.
49. Clainche CL, Courtet P, Montpellier C. Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. :39.
50. Julien Daniel Guelfi Frederic Rouillon. *Manuel de psychiatrie 3ème édition*.
51. World Health Organization. *Prvention du suicide: l'tat d'urgence mondiad*. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015.
52. Darke S, Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addict Abingdon Engl*. nov 2002;97(11):1383-94.
53. Benyamina A. *Drogues et risque suicidaire [Internet]. Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier; 2010 [cité 9 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-page-144.htm>

54. Courtet P. Suicide et environnement social. Paris: Dunod; 2013.
55. Boumendjel M, Benyamina A. Chapitre 15. Les troubles addictifs [Internet]. Dunod; 2020 [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traiter-les-psycho-traumatismes--9782100810444-page-308.htm>
56. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*. 17 mars 2012;379(9820):1005-12.
57. magazine LP. Les effets de la crise sur la santé des Grecs [Internet]. Le Point. 2011 [cité 17 août 2021]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/les-effets-de-la-crise-sur-la-sante-des-grecs-10-10-2011-1382655_40.php
58. du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: A literature review. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. août 2013;61(4):363-74.
59. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. avr 2017;27(4):418-21.
60. Padmanathan et al. - 2020 - Prevention of suicide and reduction of self-harm a.pdf.
61. Ahmadi J, Jahromi MS, Ehsaei Z. The effectiveness of different singly administered high doses of buprenorphine in reducing suicidal ideation in acutely depressed people with co-morbid opiate dependence: a randomized, double-blind, clinical trial. *Trials* [Internet]. 29 août 2018 [cité 10 mars 2021];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6114789/>
62. Kõlves K, Chitty KM, Wardhani R, Värnik A, de Leo D, Witt K. Impact of Alcohol Policies on Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 25 sept 2020;17(19):E7030.
63. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
64. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry*. mai 2010;23(3):195-204.
65. Gauthier JM, Cole AB, Bagge CL. A Preliminary Examination of the Association between Drinking as a Typical Coping Strategy and Level of Acute Alcohol Consumption Prior to a Suicide Attempt. *Psychiatry Res*. déc 2019;282:112626.
66. Gonzalez VM. Association of solitary binge drinking and suicidal behavior among emerging adult college students. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. sept 2012;26(3):609-14.

67. Witt K, Chitty KM, Wardhani R, Värnik A, de Leo D, Kõlves K. Effect of alcohol interventions on suicidal ideation and behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 25 juin 2021;226:108885.
68. Espinet S, Corrin T, Baliunas D, Quilty L, Zawertailo L, Rizvi SJ, et al. Predisposing and protective factors influencing suicide ideation, attempt, and death in patients accessing substance use treatment: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev.* 15 mai 2019;8(1):115.
69. Bohnert KM, Ilgen MA, Louzon S, McCarthy JF, Katz IR. Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration. *Addict Abingdon Engl.* juill 2017;112(7):1193-201.
70. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract.* 21 févr 2020;15(1):14.
71. Davis RE, Doyle NA, Nahar VK. Association between prescription opioid misuse and dimensions of suicidality among college students. *Psychiatry Res.* 1 mai 2020;287:112469.
72. Østergaard MLD, Nordentoft M, Hjorthøj C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. *Addict Abingdon Engl.* juill 2017;112(7):1250-9.
73. Schneider B, Fritze J, Georgi K, Grebner K. [Do individuals with substance use disorders find information for crisis intervention and suicide prevention resources on the Internet?]. *Nervenarzt.* juill 2011;82(7):859-65.
74. Wilks C, Yin Q, Ang SY, Matsumiya B, Lungu A, Linehan M. Internet-Delivered Dialectical Behavioral Therapy Skills Training for Suicidal and Heavy Episodic Drinkers: Protocol and Preliminary Results of a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc [Internet].* 25 oct 2017 [cité 12 mars 2021];6(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5677770/>
75. Goldstone D, Bantjes J, Dannatt L. Mental health care providers' suggestions for suicide prevention among people with substance use disorders in South Africa: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 7 déc 2018;13(1):47.
76. Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, De Leo D, Saeed K. Alcohol Abuse and Suicide Attempt in Iran: A Case-Crossover Study. *Glob J Health Sci.* 3 nov 2015;8(7):58-67.
77. Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* avr 2020;63:127-40.

78. Ballard ED, Zarate CA. Preventing suicide: A multicausal model requires multimodal research and intervention. *Bipolar Disord.* sept 2018;20(6):558-9.
79. Han BH, Tuazon E, Kunins HV, Mantha S, Paone D. Unintentional drug overdose deaths involving cocaine among middle-aged and older adults in New York City. *Drug Alcohol Depend.* 1 mai 2019;198:121-5.

AUTEUR : Nom : Christiaens

Prénom : Marie

Date de soutenance : 27 septembre 2021

Titre de la thèse : Les outils de prévention du risque suicidaire chez les personnes ayant un trouble lié à l'usage de substance.

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : *Psychiatrie*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : trouble lié à l'usage de substance, addiction, suicide, prévention du risque suicidaire

Résumé :

INTRODUCTION : La coexistence de consommation de substance et de comportement suicidaire est un phénomène extrêmement fréquent. Le risque de décès par suicide est approximativement 5 à 10 fois plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble lié à l'usage de substance. Certains facteurs de risque et de vulnérabilité sont communs au suicide et à l'addiction. S'intéresser à ce lien suicide – addiction permettra de cibler les actions de prévention.

METHODE : Une revue narrative de la littérature sera réalisée afin d'identifier les facteurs de risque de comportements suicidaires chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage de substance et d'identifier les outils de prévention existants.

RESULTATS : Le repérage et la prévention des conduites addictives, les interventions psychosociales auprès des consommateurs, la prise en charge pharmacologique de la dépendance aux opiacés, favoriser l'accès aux soins sont les outils de prévention du suicide existants à intégrer dans les stratégies multimodales.

CONCLUSION : Dans la littérature, les recherches et outils de prévention spécifiques du risque suicidaire chez les personnes ayant un TLUS sont plutôt faibles et limités. Il persiste la difficulté d'évaluer l'impact et l'efficacité de ces quelques outils pour venir en aide de manière la plus adaptée à ces personnes souffrant à la fois d'un TLUS et à risque de comportement suicidaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseur : Madame le Docteur Laurane LE PEN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER