



- ▶ Programme cognitivo-comportemental dans la prise en charge des conduites suicidaires récidivantes.
 - ▶ TON Trang, Psychiatre, Praticien Hospitalier.
 - ▶ Centre Départemental de Réhabilitation Psycho-sociale et de Remédiation Cognitive,
 - ▶ EPSM Clermont de l'Oise.
- ▶ Journée AFRC, 21 Septembre 2018, Lille.

Données épidémiologiques:



TABLEAU 1 • Effectifs et taux standardisés* de décès par suicide selon le sexe et la classe d'âge, en 2014

	Femmes			Hommes			Deux sexes		
	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale	Nombre décès	Taux	% mortalité totale
1-14	12	0,2	2,5 %	15	0,3	2,4 %	27	0,2	2,4 %
15-24	92	2,5	15,0 %	281	7,5	16,6 %	373	5,0	16,2 %
25-54 ans	950	7,5	7,1 %	3 210	26,1	12,5 %	4 160	16,8	10,7 %
25-34	171	4,3	14,3 %	679	17,6	21,9 %	850	10,9	19,8 %
35-44	299	7,0	9,2 %	1 106	26,4	18,2 %	1 405	16,7	15,1 %
45-54	480	10,9	5,4 %	1 425	33,4	8,6 %	1 905	22,2	7,5 %
55-74 ans	746	10,2	1,7 %	1 830	27,5	2,1 %	2 576	18,9	2,0 %
55-64	443	10,6	2,5 %	1 127	29,0	3,1 %	1 570	19,8	2,9 %
65-74	303	9,8	1,2 %	703	25,7	1,4 %	1 006	17,7	1,4 %
75 ans ou +	424	11,4	0,2 %	1 325	59,4	0,8 %	1 749	35,4	0,5 %
75-84	269	11,2	0,4 %	851	50,3	1,1 %	1 120	30,8	0,8 %
85-94	146	12,0	0,1 %	458	83,8	0,6 %	604	47,9	0,3 %
95 ou +	9	9,8	0,0 %	16	72,7	0,2 %	25	41,3	0,1 %
Tous âges	2 224	6,7	0,8 %	6 661	23,1	2,4 %	8 885	14,9	1,6 %

* Taux pour 100 000, standardisés sur l'âge et le sexe (population Eurostat EU & EFTA).

Lecture • En 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés en France métropolitaine. Le taux de décès par suicide est de 14,9 pour 100 000 habitants. La part du suicide dans le total des décès est de 1,6 %.

Données épidémiologiques:



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

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

* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

1 - Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et par âge de la population Eurostat EU & EFTA.

2 - (Taux 2008 - Taux 2003) * 100 / Taux 2003.

Données épidémiologiques:



TABLEAU 3 • Taux standardisés de décès par suicide selon les régions en 2012-2014, variations par rapport à la moyenne métropolitaine et par rapport aux taux de 2000-2002

Région du domicile	Taux standardisés ¹ 2000-2002	Taux standardisés ¹ 2012-2014	Variations régionales ² 2012-2014	Évolutions 2000-2002 / 2012-2014 ³	
Île-de-France	10,9	8,5	-49,8 % ⁴	-21,4 %	*
Centre-Val de Loire	25,1	18,8	+10,1 %	-25,4 %	*
Bourgogne-Franche-Comté	24,4	18,4	+7,8 %	-24,6 %	*
Normandie	26,3	20,9	+22,9 %	-20,3 %	*
Haut-de-France	26,8	20,7	+21,7 %	-22,5 %	*
Grand-Est	18,1	15,3	-10,5 %	-15,8 %	*
Pays de la Loire	25,9	20,7	+21,5 %	-20,2 %	*
Bretagne	31,7	25,2	+47,7 %	-20,6 %	*
Nouvelle-Aquitaine	22,8	18,5	+8,9 %	-18,8 %	*
Occitanie	17,5	14,6	-14,2 %	-16,7 %	*
Auvergne-Rhône-Alpes	19,1	13,7	-19,4 %	-28,0 %	*
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	18,4	14,6	-14,5 %	-20,9 %	*
Corse	15,3	11,5	-32,3 %	-24,6 %	*
France métropolitaine	21,7	17,0	0,0 %	-21,6 %	*

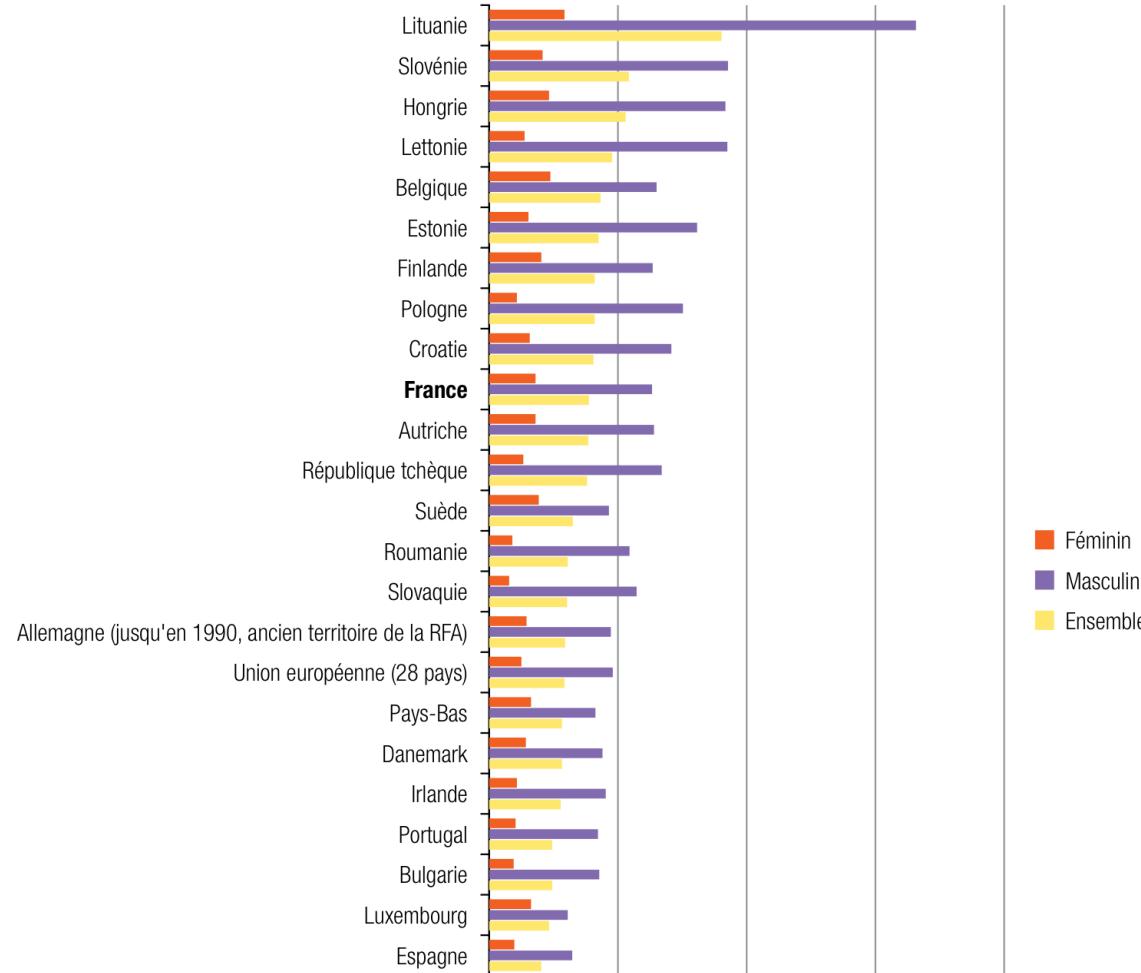
* L'évolution est significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

¹ Taux pour 100 000 habitants standardisés selon la structure par sexe et âge de la population Eurostat E11 2 EFTA

Données épidémiologiques:



GRAPHIQUE 1 • Taux* de décès par suicide en 2013 dans l'Union européenne



Récidives suicidaires:

- ▶ Retentissement sur le fonctionnement.
- ▶ Sources de handicap psychique.
- ▶ Handicap psychique en lien avec les altérations des cognitions froides (fonctions exécutives, planification, organisation, attention, mémoire); des compétences en cognitions sociales (capacités de compréhension et de communication avec l'autre); des compétences en métacognition; du niveau de motivation ou des capacités d'initiative.

Thèse: Points méthodologiques:

- 1) ECR.
- 2) Faisabilité et efficacité d'un programme tcc bref (5 mois), structuré et inspiré d'un manuel, Manual Assisted Cognitive Therapy (intégration des éléments dialectiques, de la thérapie cognitive de Beck et la résolution de problèmes).
- 3) Utilisation de mesures qualitatives, iCGI « intensité » à M5 (critère principal), cotée à partir d'entretiens vidéos structurés de 5 minutes.
- 4) Utilisation de mesures quantitatives: Désespoir (BHS), Dépression (BDI), RFL, Capacités de coping (WCC).
- 5) (Analyse du discours des patients suicidants (Iramuteq).)

Programme cognitivo-comportemental:

Session de 45 minutes * 10 jours.

- 1) Psycho-éducation sur le modèle cognitivo-comportemental du comportement suicidaire et le modèle de Vulnérabilité-Stress-Compétences.
- 2) Plan de mise en sécurité.
- 3) Techniques d'autorégulation des émotions et de résolution de problèmes.
- 4) Ébauche d'un travail de restructuration cognitive.

Traitemen~~t~~ habituel:

Session de 45 minutes * 10J.

- ▶ 1) Ecoute active et empathique.
- ▶ 2) Re-contextualisation.
- ▶ 3) Elaboration.

Principaux résultats:

- ▶ Limite de la significativité ($p=0,05$) entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pour le critère principal , iCGI « Intensité » à M5.
- ▶ Différence significative pour l'ensemble des critères secondaires à M5: dépression ($p=0,02$), désespoir ($p=0,009$), RFL(Survie et Adaptation) ($p=0,03$), résolution de problèmes ($p=0,003$).
- ▶ Différence significative entre le groupe expérimental (TCC) et le groupe contrôle (TAU) ($p=0,001$) (Mesures répétées).

Principale limite: L'attrition:

- ▶ Le nombre de perdus de vue: 50%.
- ▶ Des taux d'abandon de traitement sont très élevés, > 50%, rapportés par de nombreuses études (Landes, 2016).

Conclusion:

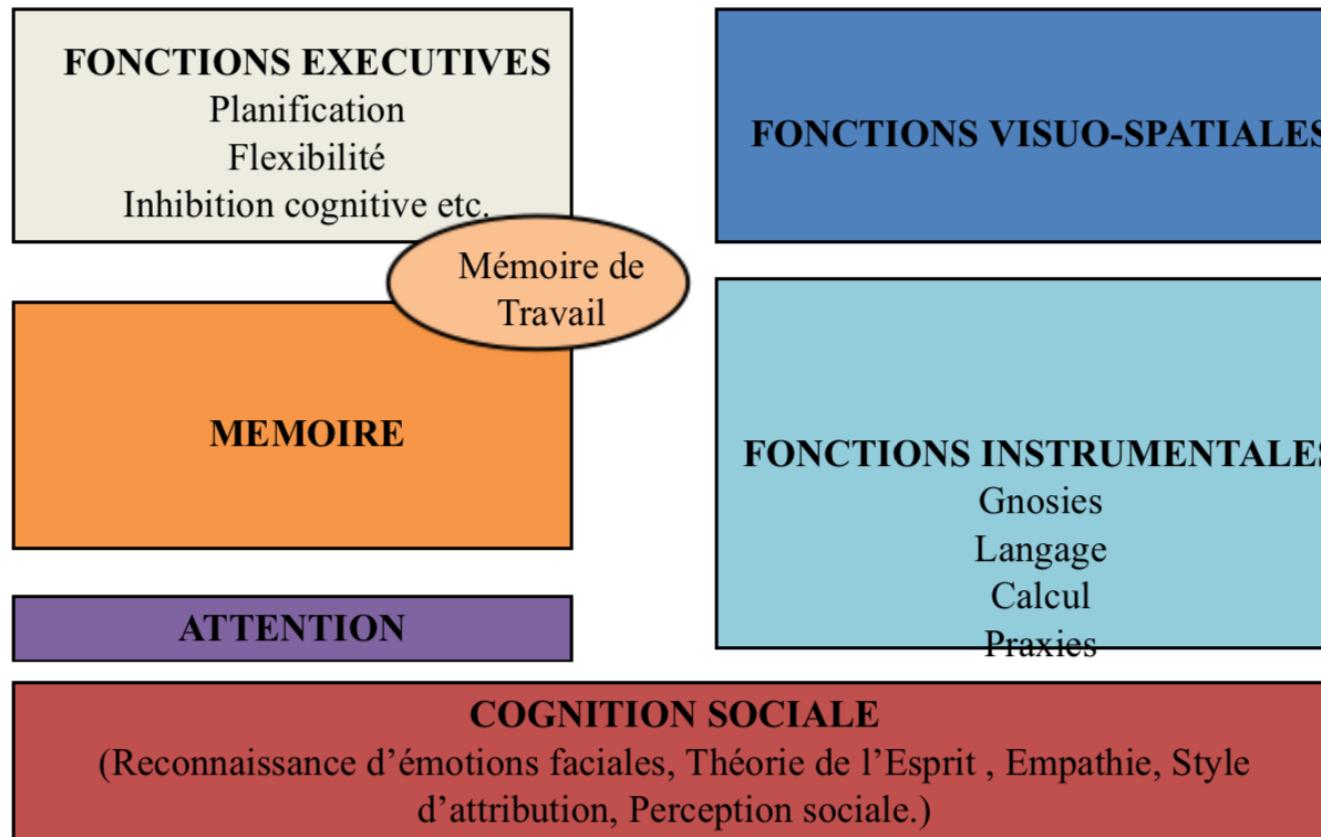
CBT-S, inspiré d'un manuel, semble être efficace sur les facteurs de vulnérabilité médiatisant le comportement suicidaire: désespoir, dépression, faibles habiletés dans la résolution des problèmes, faible niveau des raisons de vivre (Survie et Adaptation).

Perspectives:

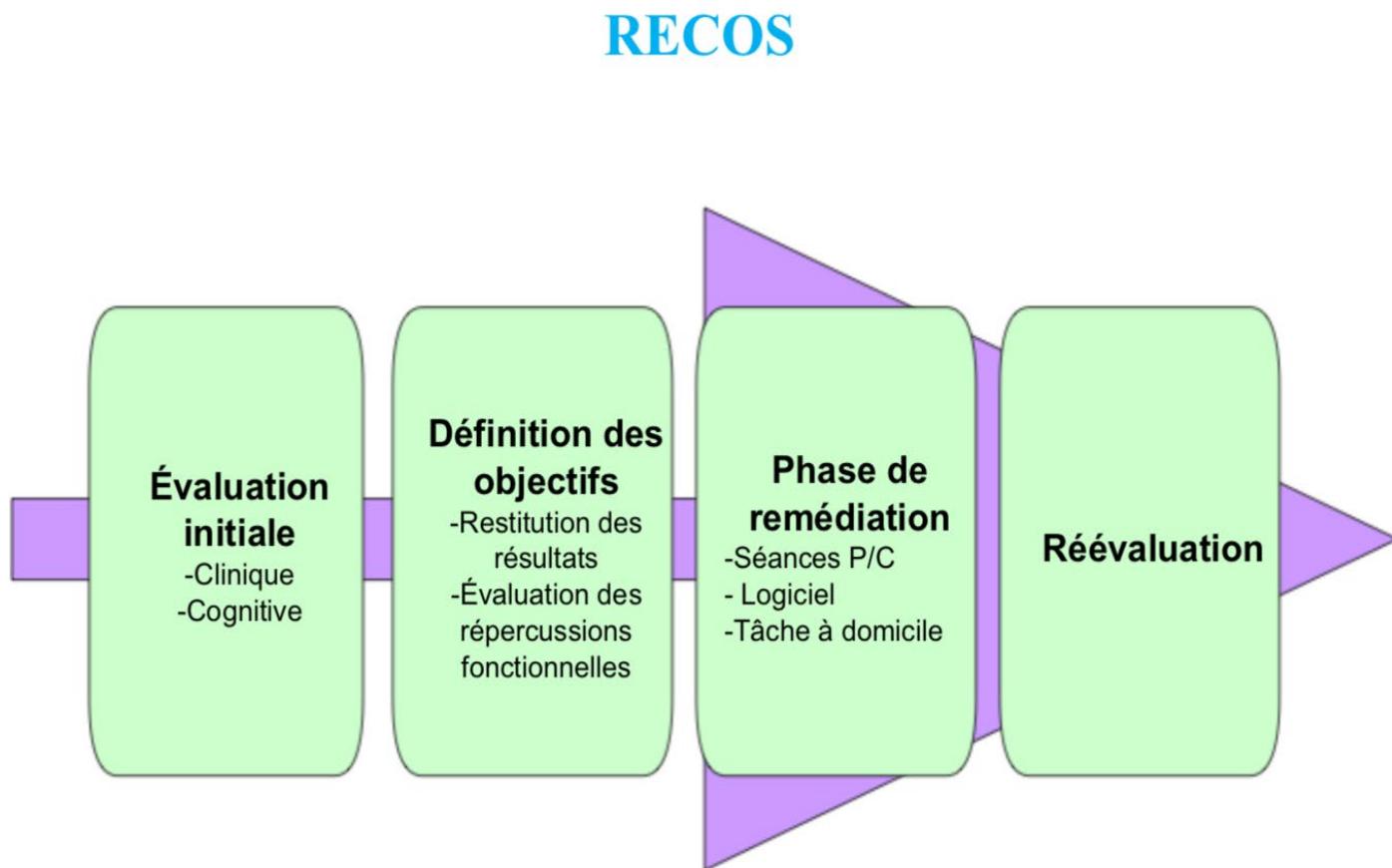
- ▶ Intérêt de la remédiation cognitive dans le champs de la suicidologie.
- ▶ Nouvelle organisation et dispensation de l'offre de soins.

Fonctions neurocognitives impliquées dans les conduites suicidaires:

Les fonctions cognitives



Remédiation cognitive: RECOs:



Rôle des cognitions sociales impliquées dans les conduites suicidaires:

- Déficit dans la reconnaissance faciale des émotions (visages neutres reconnus comme tristes)
- Déficits dans la TOM:
 - * Interprétation erronée des intentions des autres;
 - * Problématique dans la différenciation de ses états mentaux avec ceux des autres.
 - * Difficultés d'empathie et de mentalisation.
 - * Dysrégulation émotionnelle en situations sociales.
- (Thome, 2016).

Remédiation cognitive: RC2S



Entraînement métacognitif:

EMC

 Effets de certains styles d'attribution sur des événements positifs

Magnifique!
Votre but a été décisif!



Attribution à soi-même (par ex. « C'est le résultat d'un excellent travail individuel. »)	Inconvénient: se vanter est arrogant. Avantage: augmente l'estime de soi.
Attribution à autrui/situation (par ex. « N'importe qui aurait pu marquer un but depuis ici. »)	Inconvénient: l'estime de soi n'est pas rehaussée. Avantage: on vous considère comme quelqu'un de modeste et comme quelqu'un qui travaille en équipe.

Opportunité d'une nouvelle offre de soins:

- ▶ Des recherches récentes tendent à suggérer l'efficacité de structures de soins plus simples et accessibles dans la pec des TPL (Livesley, 2011; Paris, 2015).
- ▶ Recommendations: modèles associant psychoéducation, thérapie brève de groupe ou en individuel, cadres et contrats thérapeutiques, supervision, au sein d'un système concerté et cohérent (NICE, 2009).

Modèle de Soins par étapes:

- ▶ Vers une offre de soins séquentielle, multimodale, de durée variable et en fonction du degré de motivation.

Une proposition de soins par étapes (1):

- ▶ 1^{ère} Étape: : Phase psycho-éducative:
 - ▶ * Lien thérapeutique.
 - ▶ * Cadre clair, cohérent et explicité lors du contrat de soins.
 - ▶ * Objectifs thérapeutiques.
 - ▶ * Travail motivationnel.
 - ▶ * Information (patient et famille) sur le TPL, ses comorbidités et la notion de tolérance à la détresse.
 - ▶ * Plan de gestion en cas de survenue d'une crise suicidaire (CBT-S).
 - ▶ * Programme bref centré sur l'impulsivité et les difficultés relationnelles.

Une proposition de soins par étapes (2):

- ▶ 2ème étape: Phase d'orientation et d'engagement:
- ▶ CBT-S.
- ▶ 4 modules en individuel ou en groupe:
 - ▶ * Pleine Conscience.
 - ▶ * Efficacité interpersonnelle.
 - ▶ * Régulation émotionnelle.
 - ▶ * Tolérance à la détresse et Acceptation de la réalité.

Une proposition de soins par étapes (3):

- ▶ 3^{ème} étape: Phase d'intervention thérapeutique:
- ▶ * Remédiation cognitive.
- ▶ * Psychothérapie long terme (Thérapie des schémas, Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience).
- ▶ (Zanarini, 2006; Thromb, 2013).

La réhabilitation:

Les principes de la réhabilitation

- Proposer des soins en rapport avec les besoins spécifiques de chaque personne
- Favoriser l'**insertion dans la société**
- Prévenir les **rechutes et récidives**
- Prévenir l'apparition du handicap ou diminuer son impact
- Améliorer la **qualité de vie**
- Prise en charge à **court terme** avec des **objectifs personnalisé**

Le rétablissement:

Le rétablissement

« Le rétablissement est une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi. [...] Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi » (Patricia Deegan, 1996)

Facteurs entravant le rétablissement

- Symptômes psychiatriques
- Addictions
- Pathologies somatiques
- Manque de motivation
- Mauvaise estime de soi
- Troubles neurocognitifs
- Altérations de la cognition sociale et des compétences sociales
 - Troubles métacognitifs

Déterminants généraux du rétablissement

- Restauration de l'espoir
- Prise de responsabilité (dont la gestion de sa maladie)
- Reprise d'une vie normale (établir des relations sociales, prendre un travail...)
- Développement des ressources personnelles

Noordsy et al, Int Rev Psychiatry 2002

En Conclusion:

- ▶ De la prise en charge des récidives suicidaires vers une prise en charge intégrative, séquentielle et individualisée des troubles du contrôle des impulsions (conduites et récidives suicidaires), du contrôle des conduites et de la régulation émotionnelle.

Remerciements

CRISALID

Tél: 0344776583

C. Gautier C.Hochard S. Orens

T. Lambert C. Bismuth

S.L. Farhat

C. Delaporte

F. Lefevre, L. Geret

M.C. Bralet

secretariatcrisalid@chi-clermont.fr

nuthuytrang.ton@chi-clermont.fr

Collaborateurs Francophones

AFRC: N.Franck, I.Amado

R3NDPC: C. Rasclle, S. Delille, O.Mazas

CESP/Unité Inserm U1178, «santé mentale et santé publique »: B.Falissard

GDR 3557/institut de psychiatrie: M.O.Krebs

Collaborateurs Internationaux

Richard Keefe, Université de Duke (CN, USA)

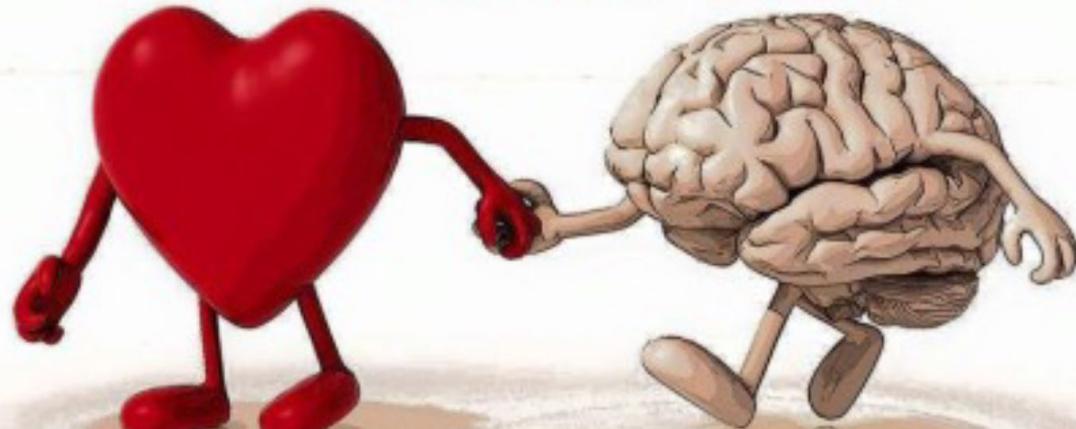
Monte Buchsbaum, Université de San Diego (Ca, USA)

Serge Mitelman, ISM Mount Sinai, (NY, USA)

Jean-Pierre Lindenmayer, NYUSM, MPC (NY,USA)

Merci de votre attention...

Allez viens.
Toi et moi on a besoin
d'un endroit calme



ou on peut se poser, discuter,
et se mettre d'accord.