

Université  
de Toulouse

# THÈSE

En vue de l'obtention du

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par :

Université Toulouse 3 Paul Sabatier (UT3 Paul Sabatier)

Cotutelle internationale avec :

---

**Présentée et soutenue par :**

Géraldine Riedi

Le 15 juin 2012

**Titre :**

Evaluation aux Urgences des facteurs de risque pour la récurrence  
suicidaire dans l'année

---

**Ecole doctorale et discipline ou spécialité :**

ED CLESCO : Neurosciences, comportement et cognition

**Unité de recherche :**

Laboratoire du Stress Traumatique (EA-4560)

**Directeur(s) de Thèse :**

Professeur Philippe Birmes,  
Professeure Monique Séguin

**Rapporteurs :**

Professeur Louis Jehel,  
Professeur Guillaume Vaiva

**Autre(s) membre(s) du jury :**

## REMERCIEMENTS

Je remercie très sincèrement les membres du jury qui ont accepté de juger ce travail de thèse :

- Mr. le Professeur Philippe BIRMES,
- Mr. le Professeur Louis JEHEL,
- Mme la Professeure Monique SEGUIN,
- Mr. le Professeur Guillaume VAIVA.

Monsieur le Professeur Philippe Birmes, je vous remercie sincèrement de la qualité de vos enseignements depuis mon Master Recherche en psychopathologie et clinique. Vous vous êtes rendu disponible dans la direction de mes travaux, et m'avez transmis votre rigueur dans l'organisation du travail. Vous m'avez donné la possibilité de travailler dans votre équipe sur votre Projet Hospitalier de Recherche Clinique national aux Urgences de Purpan et Rangueil, ce qui m'a permis d'acquérir une expérience de qualité sur le terrain.

Je vous remercie également sincèrement pour votre aide, vos encouragements et votre soutien dans l'élaboration du beau projet de finir ma thèse à Montréal au sein de l'équipe du Groupe McGill d'Etude sur le Suicide et de profiter de l'expérience de la Professeure Monique Séguin.

Je retiens particulièrement vos conseils avisés, votre professionnalisme et votre passion pour la recherche, qui demeureront pour moi des exemples. Je vous remercie sincèrement pour la confiance que vous m'avez accordée.

Madame la Professeure Monique Séguin, je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

Je vous remercie sincèrement de la chance que vous m'avez offerte de venir intégrer votre équipe de recherche au Groupe McGill d'Etude sur le Suicide, à l'Institut Douglas de Montréal. Vous m'avez offert l'opportunité d'être formée sur la méthode de l'autopsie psychologique et de m'ouvrir les portes vers de nouveaux axes dans mon travail de recherche. Je retiens particulièrement votre grande disponibilité, votre générosité dans le partage de vos connaissances et vos encouragements, même dans les moments les plus difficiles. Votre

passion pour la recherche et votre implication clinique resteront pour moi l'alchimie exemplaire dans ma pratique.

Au-delà de vos grandes qualités de chercheur, vous m'avez accueilli et fait partager des moments privilégiés dans votre contrée d'origine, le Québec.

Je vous prie de trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Docteur Anjali Mathur, je vous remercie sincèrement pour votre collaboration et vos encouragements dans l'écriture de mon article scientifique qui ont représenté pour moi une aide très précieuse. De plus vous avez su donner une place particulière à cette recherche dans les services des Urgences de Purpan et Ranguel, sans quoi l'évaluation aurait pu être plus compliquée. Enfin, vous m'avez donné la chance de présenter ma première communication scientifique au congrès IAEP/GEPS de Genève en 2009.

Docteur Lionel Cailhol, je vous remercie également particulièrement pour votre participation et vos conseils avisés dans l'élaboration de mon article scientifique.

J'adresse mes remerciements sincères à toute l'équipe du Laboratoire du Stress Traumatique, pour leur aide et pour leur présence. Je remercie tout particulièrement Annalisa, Lucile, Sandrine, Cécile et Philippe sans qui la finalité de l'élaboration du recueil de données n'aurait pas été possible. Je remercie également Agnès, Benjamin, Charlotte et Benjamin pour leurs conseils et leur amitié.

J'adresse également mes remerciements à toute l'équipe du Groupe McGill d'Etude sur le suicide. Le Professeur Gustavo Turecki pour son aide dans mon intégration au sein de son équipe. Mélanie, pour la formation de qualité qu'elle m'a apportée, le partage de son expérience, sa disponibilité, ses encouragements et son soutien. Véronique Pagé pour ses conseils avisés dans l'élaboration de mes statistiques. Benoit, mon collègue de bureau et référent « épigénétique » pour son soutien et son amitié. François, Nadia, Jean-Sylvain, Luis, Gilles, Jeffrey et Jacques pour leurs conseils avisés et leur soutien.

Je remercie mes amis et ma famille pour leur soutien sans faille. Un merci particulier à Hugues qui a su partager tous les moments de l'élaboration de ce travail et qui m'a suivi sans hésiter pour être à mes côtés en cette fin de Doctorat. Un merci particulier à Muriel qui m'a fait partager son savoir tout au long de mes études universitaires. Dhavia qui a toujours su être

là même dans la distance. Je remercie également mes amis d'ici et d'ailleurs, qui m'ont fait confiance, qui ont su trouver les mots dans les moments difficiles et partager mon enthousiasme dans les moments plus faciles. Merci à Lucile, Annalisa, Clément, Joao, Marie, Saul, Jonathan, Elodie, Fabrice, Nicolas, Priscilla, Caroline, Vincent, Daniela, Coraline, Luis, Aihnoa, Adriana, Javier, Marion, Sophie, Benoit, Emilie, Félix, et bien d'autres.

Enfin je remercie les patients qui ont consenti à participer à cette étude dans un moment et un contexte difficiles pour eux et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

A Pauline, Manon, Pierrick et Hugo,

*Que vos choix vous poussent vers les meilleurs horizons.*

A ma famille,

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>0</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>5</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>9</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>I. REVUE DE LITTERATURE</b> .....	<b>14</b>
1.1. UN POINT D'HISTOIRE.....	14
1.1.1. L'antiquité gréco-romaine (de 3000 av. J.-C à 600 ap. J.-C) .....	14
1.1.2. L'Ère Chrétienne (1 ap. J.-C.).....	15
1.1.3. La Renaissance et le siècle des Lumières (XVe/XVIIIe) .....	16
1.1.4. Du XIXe siècle à nos jours .....	17
1.2. LES MODELES ETIOLOGIQUES DU SUICIDE.....	20
1.2.1. L'approche psychanalytique .....	20
1.2.2. L'approche cognitive.....	21
1.2.2.1. Le modèle de Wenzel et Beck .....	22
1.2.2.2. Le modèle stress-Diathèse.....	23
1.2.3. Psychobiologie.....	25
1.3. EPIDEMIOLOGIE ET DONNEES CLINIQUES DES CONDUITES SUICIDAIRES .....	27
1.3.1. Contexte général .....	27
1.3.1.1. Données générales et internationales sur les comportements suicidaires. ....	27
1.3.2. Données sur le suicide en France, Midi-Pyrénées et Haute-Garonne.....	28
1.3.3. Epidémiologie des tentatives de suicide et récives des comportements suicidaires.....	29
1.3.3.1 Les Tentatives de suicide. ....	29
1.3.3.2. Les comportements suicidaires dans la région Midi-Pyrénées. ....	30
1.3.3.3. La récive des comportements suicidaires.....	30
1.4. LES FACTEURS DE RISQUES DES CONDUITES SUICIDAIRES.....	33
1.4.1 Bref historique.....	33
1.4.2. Facteurs psychopathologiques .....	34
1.4.2.1. Troubles de l'humeur. ....	35
1.4.2.2. Les troubles psychotiques .....	39
1.4.2.3. Trouble lié à l'abus ou la dépendance à l'alcool. ....	39
1.4.2.4. Trouble lié à l'abus ou dépendance aux substances autres que l'alcool.....	42
1.4.2.5. Les troubles anxieux.....	44
1.4.2.6. Les troubles de la personnalité .....	47
1.4.2.7. Trouble de la personnalité borderline.....	47
1.4.2.8. Les autres troubles de la personnalité.....	49
1.4.3. Autres facteurs cliniques.....	49

1.4.3.1. Facteurs cognitifs .....	49
1.4.3.2. Les événements de vie.....	52
1.5. SOINS ET STRATEGIES DE PREVENTION DU SUICIDE .....	54
1.5.1. Contexte général .....	54
1.5.2. Prise en charge des suicidants.....	54
1.5.2.1. Programmes nationaux de prévention .....	54
1.5.3. Prise en charge et interventions aux Urgences .....	62
1.5.3.1. Continuité dans le système de soins .....	62
1.5.3.2. Interventions aux Urgences .....	64
<b>II. TRAVAIL DE RECHERCHE .....</b>	<b>66</b>
2.1. OBJECTIFS .....	66
2.1.1. Contexte .....	66
2.1.2. Objectifs et Hypothèses .....	66
2.1.2.1 Objectifs .....	66
2.1.2.2. Hypothèses .....	67
2.2. METHODOLOGIE.....	68
2.2.1. Participants.....	68
2.2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques .....	68
2.2.2. Procédure .....	70
2.2.2.1. Temps 1 .....	70
2.2.2.2. Temps 2 .....	70
2.2.3. Mesures.....	71
2.2.3.1. Données socio-démographiques.....	71
2.2.3.2. Suicide Intent Scale. ....	71
2.2.3.3. Beck Depression Inventory .....	72
2.2.3.4. Hoplessness Scale.....	72
2.2.3.5. Alcohol Use Disorders Identification Test .....	73
2.2.3.6. Toronto Alexithymia Scale .....	74
2.2.3.7. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0) .....	75
2.2.4. Analyses statistiques .....	75
<b>III. RESULTATS.....</b>	<b>77</b>
3.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES .....	77
3.1.1. Caractéristiques cliniques de l'échantillon .....	77
3.1.1.1. Temps 1 .....	77
3.1.1.2. Temps 2 .....	80
3.1.1.3. Récidive des tentatives de suicide .....	82
3.2. ANALYSES UNIVARIEES ET RECIDIVE A 1 AN.....	83
3.2.1. Variables associées à la récidive à 1 an .....	83
3.2.1.1. Variables sociodémographiques associées à la récidive sur un an.....	83
3.2.1.2. Antécédents psychiatriques associés à la récidive à 1 an .....	84
3.2.1.3. Variables psychométriques associées à la récidive à 1 an.....	87
3.3. ANALYSES EN REGRESSION LOGISTIQUE POUR LA RECIDIVE A 1 AN.....	90

3.3.1. Régression logistique simple .....	90
3.3.2. Régression logistique multiple.....	94
3.4. ANALYSES UNIVARIEES DE LA RECIDIVE MULTIPLE.....	95
3.4.1. Variables associées à la récidence multiple (plus d'une tentative de suicide dans l'année suivant l'inclusion) .....	95
3.4.1.1. Variables sociodémographiques associées à la récidence multiple .....	95
3.4.1.2. Antécédents psychiatriques associés à la récidence multiple .....	96
3.4.1.3. Variables psychométriques associées à la récidence multiple.....	99
3.5. ANALYSES EN REGRESSION LOGISTIQUE DE LA RECIDIVE MULTIPLE .....	102
3.5.1. Régression logistique simple .....	102
3.5.2. Régression logistique multiple.....	106
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>107</b>
4.1. FACTEURS DE RISQUE.....	108
4.1.1. Facteurs sociodémographiques.....	108
4.1.2. Les antécédents psychiatriques.....	108
4.1.3. La dépression .....	110
4.1.4. Le désespoir .....	111
4.1.5. L'alexithymie.....	112
4.1.6. La consommation d'alcool.....	113
4.1.7. La consommation de substances autres que l'alcool .....	114
4.2. LIMITES .....	116
4.2.1. Echantillon .....	116
4.2.2. Évaluation .....	117
CONCLUSION.....	118
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>119</b>
<b>INDEX ONOMASTIQUE .....</b>	<b>157</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>159</b>



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1. Le modèle Stress-Diathèse.....</i>	<i>24</i>
<i>Figure 2. Le processus suicidaire.....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 606) de sujets admis aux Urgences générales pour intoxication volontaire médicamenteuse.....</i>	<i>69</i>
<i>Tableau 2. Caractéristiques cliniques de l'échantillon (n = 606) à l'admission aux Urgences.....</i>	<i>79</i>
<i>Tableau 3. Caractéristiques cliniques de l'échantillon (n= 241) ayant répondu aux évaluations 6 mois après l'admission.....</i>	<i>80</i>
<i>Tableau 4. Corrélations des variables dépression, désespoir et alexithymie en temps 1.....</i>	<i>81</i>
<i>Tableau 5. Corrélations des variables dépression, désespoir et alexithymie en temps 2.....</i>	<i>81</i>
<i>Tableau 6. Récidives dans l'année.....</i>	<i>82</i>
<i>Tableau 7. Variables sociodémographiques associées à la récurrence à 1 an (n = 606).....</i>	<i>83</i>
<i>Tableau 8. Antécédents psychiatriques associés à la récurrence à 1 an (n = 606).....</i>	<i>85</i>
<i>Tableau 9. Variables psychométriques associées à la récurrence à 1 an (n=606).....</i>	<i>88</i>
<i>Tableau 10. Variables associées à la récurrence à 1 an (n=606).....</i>	<i>91</i>
<i>Tableau 11. Corrélation de Pearson pour le questionnaire AUDIT (n=606).....</i>	<i>93</i>
<i>Tableau 12. Prédicteurs indépendants de la récurrence à un an (n=606).....</i>	<i>94</i>
<i>Tableau 13. Variables sociodémographiques associées à la récurrence multiple (n=606).....</i>	<i>95</i>
<i>Tableau 14. Antécédents psychiatriques associés à la récurrence multiple (n = 606).....</i>	<i>97</i>
<i>Tableau 15. Variables psychométriques associées à la récurrence multiple (n=606).....</i>	<i>100</i>
<i>Tableau 16. Variables associées à la récurrence multiple (n=606).....</i>	<i>103</i>
<i>Tableau 17. Corrélation de Pearson pour le questionnaire AUDIT (n=606).....</i>	<i>105</i>
<i>Tableau 18. Prédicteurs indépendants de la récurrence multiple (n=606).....</i>	<i>106</i>

## RESUME

Objectif : Les facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide font l'objet de nombreuses études dans l'épidémiologie des comportements suicidaires. Cependant peu d'études se sont intéressées à la récurrence des comportements suicidaires après une hospitalisation aux Urgences pour une tentative de suicide. Notre étude s'est attachée à déterminer les facteurs de risque associés à la récurrence suicidaire dès le passage aux Urgences pour une tentative de suicide initiale, afin d'évaluer et d'orienter de façon optimale les patients après un geste suicidaire.

Méthode : Etude prospective sur une année des récurrences de tentatives de suicide portant sur 606 patients admis aux urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire.

L'évaluation, au lit du malade, s'est portée sur l'intensité du risque suicidaire par le questionnaire d'intentionnalité suicidaire de Beck (SIS); le niveau d'alexithymie par l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS20); l'intensité de la dépression par l'inventaire abrégé de dépression de Beck (BDI); le niveau de désespoir par l'échelle de désespoir de Beck (H); le niveau de dépendance à l'alcool par le questionnaire (AUDIT) ; et d'autres troubles psychiatriques par le questionnaire « Mini International Neuropsychiatric Interview » (M.I.N.I). Pour chaque sujet inclus, les admissions aux Urgences pour conduite suicidaire, quelle que soit la modalité, ont été renseignées grâce à l'informatisation des données médicales durant l'année suivant la date d'inclusion, et ont permis de créer les variables « récurrence » et « récurrence multiple ».

Résultats : Parmi les 606 participants, 418 femmes (69%) et 188 hommes (31%), d'âge moyen 38 ans (SD= 13.2), 140 (23,1%) ont été réadmis aux CHU pour un geste suicidaire dans l'année après l'évaluation et parmi eux, 61 (10.1%) ont été réadmis plus d'une fois. Un traitement antipsychotiques ou anxiolytiques, le niveau de dépendance à l'alcool et le statut « célibataire » étaient des prédicteurs significatifs de la récurrence à 1 an. Un traitement antipsychotiques ou anxiolytiques et le niveau de dépendance à l'alcool étaient des prédicteurs significatifs de multiples récurrences.

Conclusion : Il est important, dès le passage aux Urgences pour une tentative de suicide, d'évaluer de façon complète les facteurs pouvant influencer un nouveau passage à l'acte, afin d'orienter les patients vers des structures adaptées à leurs besoins.

Mots clés : tentative de suicide, récurrence, facteurs de risque, évaluation

## ABSTRACT

**Background and objectives:** Risk factors for suicide and deliberate self-harm are the subject of many studies in the epidemiology of suicidal behaviour. However few studies have focused on the recurrence of suicidal behaviours after hospitalization in the emergency department for a deliberate self-harm. The aim of this study is to identify specific risk factors for repeated deliberate self-harm among patients admitting following a deliberate self-harm by acute intoxication to assess and orient in an optimal way after patients' suicidal act.

**Methods:** A prospective year study was conducted with 606 patients admitted to the Emergency Room as a result of self-poisoning. The assessment, in the emergencies, fell on the intensity of suicidal intent with the Beck Suicidal Intent Scale (SIS), the level of alexithymia with the Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS 20), the intensity of depression with the The Beck Depression Inventory-13 (BDI), the level of hopelessness with the Beck Hopelessness Scale, the level of alcohol dependence with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and other psychiatric disorders with the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). For each subject included, emergency admissions for suicidal behaviour, regardless of the modality, were informed with the computerization of medical data in the year following the date of inclusion, and have created the variable "relapse" and "multiple recurrences".

**Results:** Among the 606 participants, 418 women (69%) and 188 men (31%), mean age 38 years (SD= 13.2), 140 (23.1%) readmitted in the year after the evaluation and 61 (10.1%) were readmitted more than 2 times. Antipsychotic and anxiolytic treatment, addiction to alcohol and marital status "single" were significant independent predictors of recurrence at 1 year. Antipsychotic and anxiolytic treatment and addiction to alcohol were significant independent predictors multiple recurrence.

**Conclusion:** Upon an initial ER admission as a result of self-poisoning, it is important to evaluate specific factors, such as alcohol abuse, that could subsequently lead to repeated deliberate self-harm. In view of improving the targeting and referral of patients towards structures that can best respond to their needs.

**Keywords:** deliberate self-harm, emergency, risk factors, assessment

## INTRODUCTION

Le suicide est un problème majeur de santé publique. Chaque année dans le monde plus d'un million de personnes meurent par suicide, soit un taux de 16 pour 100 000 habitants. Au cours des 45 dernières années le taux de suicide a augmenté de 60%.

Le suicide est une préoccupation majeure en Europe de l'Est, où les taux s'élèvent jusqu'à 40 suicides pour 100 000 habitants dans certains pays comme la Biélorussie ou la Lituanie. L'Asie est également très touchée, principalement la Chine, l'Inde et le Japon, où se produisent 30% de tous les suicides dans le monde. Enfin, les groupes autochtones dans de nombreux pays ont des taux de suicide beaucoup plus élevés que le reste de la population du pays, comme par exemple les Aborigènes en Australie, les Maoris en Nouvelle-Zélande et les Communautés amérindiens au Canada et aux États-Unis (WHO Statement, 2009).

Même si le taux de suicide dans sa tendance globale connaît une légère baisse depuis 1993, il croît fortement avec l'âge. Il est généralement plus élevé chez les hommes plus âgés, mais augmente de plus en plus chez les jeunes et ce groupe devient le plus à risque dans un tiers des pays développés et en voie de développement.

Le suicide est parmi les trois premières causes de mort et son taux est en augmentation chez les personnes entre 15 et 44 ans dont 80% sont des hommes et la seconde cause de mort chez les 15-24 ans. Le taux de mortalité par suicide se stabilise pour la tranche 35-54 ans, avec une diminution jusqu'à 64 ans et connaît enfin une augmentation importante pour les hommes les plus âgés. Le taux de suicide est dix fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 24 ans. C'est dans la classe d'âge des 55-64 ans que les suicides féminins correspondent à un tiers des décès. Ces chiffres ne comprennent pas les tentatives de suicide qui sont jusqu'à 20 fois plus fréquentes que le suicide complété (WHO Statement, 2009).

Les autopsies psychologiques des sujets suicidés démontrent que plus de 90 % d'entre eux présentaient une pathologie mentale, surtout les pathologies dépressives et alcoolo-dépendantes (Henrikson et al., 1993 ; Cheng, Chen, Chen & Jenkins, 2000 ; Haw, Houston, Townsend & Hawton, 2001; Haw et Hawton, 2011; Hawton et Van Heeringen, 2009). Il est également important d'évaluer la vulnérabilité suicidaire qui se traduit par des facteurs familiaux, génétiques, psychologiques, biologiques, neuropsychologiques (Mann, 1999).

Etudier le suicide revient à prendre en compte les conduites suicidaires dans leur ensemble : les idéations suicidaires, les menaces suicidaires, les comportements suicidaires tels que les

blessures, suffocations et empoisonnements sans intention explicite ou implicite de mourir, les tentatives de suicide proprement dites telles que les blessures, suffocations et empoisonnements avec intention explicite ou implicite de mourir, et le suicide ou passage à l'acte suicidaire (Rudd, 2000).

Les tentatives de suicide (TS) sont beaucoup plus fréquentes que les suicides et représentent le facteur de risque le plus important pour le suicide (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair & Harris, 2005 ; Ichimura et al., 2005 ; Walter, 2003 ; Beautrais et al., 2010). La plus fréquente des TS est l'intoxication volontaire, le plus souvent médicamenteuse (environ 3 cas sur 4) (Fleischmann et al., 2005), alors que les suicidés utilisent des moyens violents comme la pendaison (principale cause de mort par suicide en France et au Québec), les armes à feu, les armes blanches, etc. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes et les sujets jeunes, qui présentent souvent des troubles de la personnalité et des troubles de l'humeur. Ils vivent une situation de crise dans laquelle la tentative de suicide a valeur d'appel à l'aide. Les tentatives de suicide sont très souvent répétitives, et le soin s'attachera à enrayer cette répétition.

Un tiers des personnes ayant fait une tentative de suicide dans leur vie en déclarent plusieurs. Ainsi, les sujets qui ont fait une tentative de suicide répètent souvent ce geste et cette récurrence est un indice prédictif d'un suicide ultérieur (Cedereke et Ojehagen, 2005).

De nombreux suicidants (6 sur 10 environ) consultent leur médecin traitant dans le mois précédant le passage à l'acte (Batt, 1994). Il a été montré que les troubles de l'humeur, la dépendance aux substances toxiques et les troubles anxieux étaient des facteurs importants de TS pour lesquelles le médecin généraliste est le premier interlocuteur (Kessler, Borges & Walter, 1999 ; Sareen et al., 2005).

L'identification de la tentative de suicide comme un des facteurs de risque principaux pouvant être modifié pour prévenir le suicide a fait de la réduction du nombre des tentatives de suicide un des objectifs de l'OMS dans son programme « Santé pour tous » (Schmidtke et al., 1996).

En France, sur l'ensemble des personnes admises aux urgences pour une TS, environ les trois quarts retournent à domicile et 23% sont hospitalisées dans un service de psychiatrie. Si une grande proportion des personnes ayant fait une tentative de suicide est susceptible de souffrir de troubles mentaux ou de troubles de la personnalité, nous nous demandons si l'importance de ces troubles et leur comorbidité n'est pas sous-estimée de la part des professionnels de la santé ?

Notre étude a pour objectif d'identifier les facteurs de risque de la récurrence suicidaire parmi un ensemble de variables sociodémographiques et cliniques afin de proposer les soins ultérieurs les plus adaptés aux personnes se présentant aux Urgences pour une tentative de suicide.

Dans un premier temps, une revue de littérature proposera l'évolution des idées sur la question du suicide, avec la présentation des travaux de recherche déjà réalisés quant aux comportements suicidaires et leurs facteurs de risque, ainsi que les orientations thérapeutiques concernant les soins apportés aux personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide.

Une seconde partie sera consacrée à notre travail de recherche.

Premièrement seront détaillés dans la méthodologie : hypothèses de recherche, sujets et procédure, instruments de mesures et plan d'analyses statistiques.

Puis les résultats seront présentés. Enfin nous discuterons ces résultats et les confronterons aux travaux de recherches antérieurs. Cette partie sera l'occasion d'évaluer les points forts et les limites notre étude.

# I. REVUE DE LITTÉRATURE

## 1.1. UN POINT D'HISTOIRE.

La façon d'appréhender le suicide n'est pas la même à travers les âges et l'on note une évolution concernant le concept du suicide dans le temps.

Considérons en premier son étymologie. Le terme « suicide » vient du latin sui, « soi » et cidium, « acte de tuer ». Cette terminologie aurait été adoptée au XVIII<sup>e</sup> siècle après un écrit de l'abbé Desfontaines en 1737. Mais ce néologisme semble avoir été emprunté pour la première fois au XVI<sup>e</sup> siècle par les casuistes pour alléger le terme « homicide » qu'ils jugeaient trop fort. Par « Du suicide ou de l'homicide de soi-même » (1739), Voltaire contribue à la diffusion du mot par les encyclopédistes et les jurisconsultes le valident et font coexister les deux termes au niveau juridique.

L'acte en lui-même a été l'objet d'une évolution des idées en terme « d'acceptation » ou « de condamnation ».

### 1.1.1. L'antiquité gréco-romaine (de 3000 av. J.-C à 600 ap. J.-C)

Dans l'Antiquité il n'était pas rare de voir des suicides après les défaites de batailles pour éviter la capture, les tortures ou la mise en esclavage par les armées ennemies. Par exemple Brutus et Cassius (42 av. J.-C.) se sont donnés la mort pour ne pas être prisonniers des Romains. Ainsi, dans la société romaine, le suicide était un moyen par lequel on pouvait préserver son honneur. En cas de jugement pour des crimes capitaux on pouvait également sauver ses biens et propriétés familiales en se suicidant avant la condamnation du tribunal.

Cependant, le suicide était réprouvé dans les cités antiques. Platon (424-347 av. J.-C.), considéré comme l'un des premiers grands philosophes grecs de la culture occidentale, se sert, à travers les propos de Socrate, de l'analogie de l'appartenance de l'esclave à son maître pour montrer la relation des humains avec Dieu et pour condamner le suicide. L'être humain est un prisonnier de Dieu et ne peut se libérer avant d'avoir servi toute sa sentence (Platon, 1970). Dans les lois (IX, 854b-c), il va jusqu'à dire que les suicidés devraient être enterrés sans sépulture. Seuls quatre exceptions échappent à ce principe : lorsque l'âme est corrompue,

lorsque l'ordre de se suicider vient d'un tribunal, face à une détresse extrême et inévitable, face à la honte d'avoir participé à des actions extrêmement injustes.

Aristote (384-322 av. J.-C.) quant à lui traite le suicide par rapport à la vertu en le considérant comme un acte de lâcheté et condamne le fait que le suicidé cherche à fuir un mal. Il se place également dans le champ social et pose la question de l'injustice dans l'acte suicidaire. Il en arrive à la conclusion que personne ne peut être injuste envers soi-même et que c'est donc à l'égard de la cité (l'Etat) que le suicidé est injuste. Ainsi le citoyen se rend coupable d'un délit qui est sanctionné par la cité.

Avec ces deux exemples, nous voyons que c'est à travers le rôle social et les obligations de l'individu que le suicide est condamné par l'Eglise ou l'Etat.

La conception de l'acte suicidaire évolue avec l'épuisement des valeurs de la cité laissant plus de place à l'individu et à son épanouissement personnel véhiculés par la pensée du Stoïcisme. Pour les stoïciens grecs (331-262) la fin et le bonheur de l'individu tiennent dans le fait que ce dernier soit en accord avec sa propre nature dominée par le bien moral. Pour eux le bonheur ne s'atteint pas dans l'obtention du but poursuivi mais dans le chemin emprunté pour atteindre ce but. Ainsi le stoïcisme grec accorde au suicide de nombreuses exceptions : souffrances insupportables, maladie, vieillesse, asservissement, impossibilité d'accomplir ses devoirs sociaux, en vertu de la liberté avec laquelle il faut envisager la vie et la mort comme des choses indifférentes. Ces exemptions s'étendent même à ceux qui ne subissent aucune contrainte et sont heureux. Leur mort en est valorisée et est considérée comme « un acte de la plus haute vertu » : c'est le « suicide philosophique » (Grisé, 1982).

Le stoïcisme romain plus récent, tend vers les mêmes hypothèses et va plus loin sur le concept de suicide philosophique en considérant que la peur d'un retournement de situation pour les personnes qui ne manquent de rien et sont heureuses peut les amener à s'enlever la vie. Ainsi le suicide était légitime lorsqu'il était fondé sur une décision rationnelle dans une situation donnée, laissant à l'individu la liberté de l'interpréter et de la maîtriser selon sa propre raison (Grisé, 1982).

### 1.1.2. L'Ère Chrétienne (1 ap. J.-C.)

Chez les premiers chrétiens, les suicides et le martyre volontaire étaient des pratiques très répandues et tolérées. Mais l'Église se développe et a besoin de disciples bien vivants. C'est



Saint-Augustin au IV<sup>e</sup> siècle qui initie le changement en faisant de l'interdit du suicide une prolongation naturelle du cinquième commandement « tu ne tueras point » et l'appuie de : «Tu aimeras ton prochain comme toi-même». Ainsi se donner la mort revient à tuer son prochain le plus proche et le plus intime. Il précise également qu'il ne trouve dans la Bible aucun passage où Dieu permette de s'enlever la vie à moins d'en avoir reçus l'injonction divine.

On voit ici que le suicide s'interprète d'un point de vue religieux.

Au XIII<sup>e</sup> siècle, Saint-Thomas d'Aquin viendra appuyer l'argumentation de Saint-Augustin sur trois points :

- le suicide est contraire à l'amour naturel de soi dont le but est de nous protéger ;
- il blesse la communauté et la traite injustement ;
- il est contraire à notre devoir envers Dieu qui nous a donné la vie et se réserve le droit de terminer notre existence terrestre.

On voit dans ces doctrines que l'homme n'a qu'un droit d'usage sur son corps et que Dieu en possède toute l'autorité. Cette condamnation radicale justifie au Moyen Âge la désacralisation du corps du suicidé, la confiscation de ses biens et l'interdiction d'obsèques religieuses.

De nos jours, la position de l'Église catholique repose encore sur les fondements de Saint-Augustin et Saint Thomas d'Aquin.

### 1.1.3. La Renaissance et le siècle des Lumières (XV<sup>e</sup>/XVIII<sup>e</sup>)

Les humanistes de la Renaissance n'échappent pas à la règle et s'opposent au suicide au nom de l'Église. Pourtant cette condamnation semble être moins ferme avec au moins certaines contre-argumentations. Ainsi Thomas More dans l'Utopie (1516) évoque l'idée du suicide chez les personnes atteintes de maladies incurables pour leur donner la possibilité de mourir sans souffrance. Montaigne rejoint la doctrine des stoïciens et pense que le suicide peut s'évaluer en fonction des circonstances données selon une situation particulière. Pour lui il ne faut pas agir sous l'emprise de l'impulsivité car les circonstances peuvent changer, mais la douleur intense et la mort dans des conditions atroces peuvent justifier un acte suicidaire.

Ces pensées annoncent ce qui va être la « liberté des Lumières », philosophie selon laquelle le suicide est un produit d'un individu, de sa psychologie et de son époque. Pour Hume la mort volontaire n'est pas un acte criminel soumis aux lois générales de l'Univers et Dieu n'est pas

garant de la vie humaine. Au contraire, selon lui, Dieu accorde le pouvoir de disposer de sa vie selon sa propre sagesse. Son argumentation s'étend à la société et un individu qui se suicide « ne fait pas de mal à la société. Il cesse seulement de lui faire du bien » et « Ainsi d'un point de vue moral s'enlever la vie peut être un acte louable. Lorsque je ne puis plus servir l'intérêt de la société ou lorsque je suis devenu une charge pour autrui, ma mort volontaire, d'un point de vue moral, n'est pas seulement indifférente, mais même bonne et louable » (Hume, 1783).

En France, Montesquieu s'oppose aux lois contre les suicidés, et pour Rousseau la douleur qui peut priver l'homme de sa volonté et de sa raison l'autorise à se donner la mort. Par contre pour Kant le suicide est une atteinte à la morale.

D'autres philosophes et moralistes des lumières, comme d'Alembert et Diderot voyaient le suicide comme un acte de démence.

#### 1.1.4. Du XIXe siècle à nos jours

Enfin au XIXe siècle l'émergence de la psychiatrie comme une discipline autonome bouleverse les courants de pensées et le suicide devient la résultante d'une pathologie que l'on peut diagnostiquer et qui serait traitable. Les médecins et les aliénistes avaient le monopole sur la recherche des causes du suicide. Pour eux il était important de connaître la proportion de suicides consécutifs à l'aliénation. Les médecins avaient conscience qu'ils devaient résoudre ce problème en passant par le recueil de données chiffrées.

En France, la collecte des données numériques sur le suicide commence vers 1817 sous la responsabilité des médecins du Conseil de salubrité de Paris qui avait la charge de tenir les statistiques de la mortalité dans la capitale (Moléon, 1829). Sous la Restauration, les recueils de données peuvent être établis par la constitution du Compte général de l'administration de la justice criminelle (1827) et par la création des Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale (1829). Enfin, sous la monarchie de Juillet qui rétablit en 1833 le Bureau de statistique générale qui deviendra en 1840 la Statistique générale de la France (Lécuyer, 1977; Le Mée, 1979).

C'est à cette époque que les médecins partagent trois conceptions médicales du suicide. La première, celle d'Esquirol, faisait dépendre tous les suicides d'une aliénation non spécifique. La seconde, avancée par Bourdin, reliait tous les suicides à une maladie mentale spécifique : la monomanie suicide. La troisième, partageait les suicides entre différentes causes,

l'aliénation étant souvent reconnue comme la plus fréquente et parfois noyée au milieu d'un grand nombre de causes. Assez rapidement, les médecins tentèrent de pallier l'absence d'analyse détaillée des motifs de suicides en conjuguant données statistiques et analyses de dossiers d'instruction judiciaire.

C'est en s'appuyant sur les thèses des médecins et aliénistes de l'époque et en utilisant les données des statistiques officielles sur le suicide et les statistiques officielles sur le recensement de la population, que Durkheim développe sa propre théorie sur le suicide. Pour lui la « tendance spécifique » au suicide dépend de causes sociales et reste ancrée selon un phénomène collectif. Le suicide varie dans le sens inverse du degré d'intégration dans les groupes sociaux dont fait partie l'individu. Ainsi un investissement excessif et un investissement insuffisant auront le même effet. Autrement dit quand l'homme est détaché de la société il peut avoir recours à la mort volontaire, qu'il qualifiait de suicide égoïste, mais cela peut aussi arriver par le suicide altruiste quand l'individu est trop fortement intégré. Il a également défini le suicide anémique qui intervient lors d'un défaut de régulation. Dans ce cas, la réglementation et les normes sont moins importantes et sont devenues floues. Les conduites des individus sont moins réglées et leurs désirs ne sont plus limités ou cadrés. Ils peuvent éprouver le "mal de l'infini" où tout semble possible alors qu'en fait tout ne l'est pas. Enfin, le suicide fataliste, intervient dans les cas d'excès de régulation où la vie sociale est extrêmement réglée, les marges de manœuvre individuelles sont réduites. Le contrôle social, les normes sont trop importantes.

Le caractère « généraliste » de la théorie de Durkheim lui a valu des critiques et il est intéressant de présenter celles de Jack D. Douglas pour qui la définition du phénomène varie selon les lieux, les époques et les groupes sociaux et qu'elle n'est donc pas universelle. Il ne voit pas la légitimité de comptabiliser le suicide puisque de nombreux moyens existent pour le dissimuler et que les statistiques prennent difficilement en compte les pertes dues aux écarts entre les données de l'administration judiciaires et celles des causes médicales de décès (Baudelot et Establet, 1984).

Malgré les critiques, l'œuvre de Durkheim reste largement référencée aujourd'hui car, même avec l'évolution du temps, elle explique bien la relation entre le suicide et le contexte social reposant sur les principales données sociodémographiques qui constituent le point de départ de la réflexion scientifique sur le phénomène (Baudelot et Establet R, 1984).

Jacques Pohier (2004) quant à lui, met également en garde contre la généralisation de la conception du suicide comme acte résultant d'une pathologie sociale en pondérant sur le fait

que même si cette conception est «certainement fondée et très souvent exacte dans les faits, mais si cette pathologie constitue un facteur important dans un grand nombre de suicides, elle peut également ne jouer aucun rôle dans certains autres».

C'est après la seconde guerre mondiale que la question du suicide connaît un nouveau virage avec la mise en lumière de la tentative de suicide dans la recherche. Stengel (1958) étudie les effets d'une tentative de suicide sur l'entourage et met en lumière l'importance de la demande d'intervention d'autrui à travers le geste suicidaire.

Pour Baechler, les comportements suicidaires sont complexes et revêtent un caractère multifactoriel. Dans son ouvrage les « suicides » (1975,1981), il distingue onze types de suicides en fonction de leur signification pour le sujet.

De nos jours, la recherche sur les comportements suicidaires et le suicide est multidisciplinaire et s'articule autour des facteurs individuels et contextuels, de l'évaluation de programmes de prévention et de la mise en place de nouvelles stratégies de prévention et de prise en charge.

## 1.2. LES MODELES ETIOLOGIQUES DU SUICIDE

Pendant très longtemps la philosophie et la religion dominaient le champ d'étude sur la question du suicide. Les questions de morale et de sens étaient essentielles et il était important de savoir si le fait de se donner la mort de façon volontaire était un acte licite ou illicite. C'est à partir du XIXe siècle qu'apparaît l'approche scientifique qui va modifier le sens de la recherche dans ce domaine en supprimant progressivement le débat moral. Il s'agit en effet d'aborder le suicide dans sa dimension clinique : décrire et expliquer. La question n'est plus de savoir si le suicide est un crime. L'approche scientifique a permis au contraire de tendre vers une politique de prévention.

### 1.2.1. L'approche psychanalytique

On retrouve peu de textes sur le suicide dans la théorie psychanalytique. On peut toutefois faire référence à quelques écrits de Freud notamment dans *Deuil et Mélancolie* (Freud, 1917) et *psychopathologie de la vie quotidienne* (Freud, 1901). Selon Freud, il existe chez « certains malades » une tendance à s'infliger des mutilations volontaires qui sont des compromis entre l'inclination à l'autodestruction oscillant entre l'instinct de mort (thanatos) et l'instinct de vie (Eros). Ainsi, si les forces de vie cèdent, la tendance à se détruire, existant déjà depuis longtemps à l'état inconscient et réprimé se libère et la mort l'emporte sur la vie. Le deuil et la mélancolie sont une réaction à la perte d'un objet aimé (personne, idéal, valeur, patrie, etc.) qui se traduisent par une dépression, une absence d'intérêt pour le monde extérieur, une incapacité d'aimer et l'inhibition de toute activité. La perte de l'objet devient une perte de soi dans le sens où la personne s'était identifiée entièrement à cet objet par son investissement narcissique. Si l'objet disparaît la personne peut vouloir disparaître à son tour. Pour Freud, la volonté suicidaire est le résultat d'un retournement de soi contre autrui. Ainsi le « moi » tue en tuant le « moi modifié » devenu autre par identification à son objet.

Dans le chapitre 8 de la *psychopathologie de la vie quotidienne*, il étudie la possibilité d'une erreur dans les actes, en distinguant les actions symptomatiques et les méprises. Ainsi il est nécessaire de considérer les motifs inconscients de l'acte. Il parle ainsi de « suicide inconscient » regroupant les actes suicidaires par méprise (l'effet de l'acte paraît manqué) et les actes suicidaires symptomatiques (l'action paraît absurde et ne répond pas à un but).

L'idée principale vient du fait que les sujets ne peuvent pas reconnaître le sens de leur acte autrement qu'en les qualifiant d'erreurs, soit sous une forme déniée, négative. Ainsi, l'idée d'avoir voulu se détruire ne peut être directement abordée consciemment.

Pour Mélanie Klein, le nourrisson perçoit son monde en objet partiel réduit aux fonctions prévalentes qu'il entretient avec son entourage. Le prototype de l'objet partiel est le sein, compris comme l'ensemble des soins prodigués par la mère. La fonction de l'objet est donc ce qui importe. Au départ l'enfant n'est pas capable d'appréhender l'objet dans sa totalité et le perçoit de façon isolée. L'objet est donc clivé et ressenti soit de façon satisfaisante, soit de façon frustrante : le bon ou le mauvais objet. L'enfant va alors tenter d'introjecter les premiers et de projeter à l'extérieur les seconds. Lors de la première année de vie, il s'engage petit à petit dans une position dépressive avec le passage des relations d'objets partiels à des relations d'objets totaux dues à une maturation neuropsychologique et aux interactions avec son environnement. C'est la constitution d'un moi total et la différenciation entre soi et non-soi. La qualité des relations externes de l'enfant va dépendre de la qualité de son monde interne et trouve un équilibre quand les bonnes expériences dominent sur les mauvaises car le monde extérieur va permettre à l'enfant de vérifier les repères de son monde interne pour se sécuriser.

Pour Mélanie Klein, « par le suicide, le moi cherche à tuer ses mauvais objets et sauver ses objets d'amour, qu'ils soient internes ou externes. Le suicide permet au moi de s'unir avec ses objets d'amour, bons objets intériorisés auxquels il s'est identifié. Il peut également venir briser la relation au monde extérieur » (Klein 1934 ; Ségal, 1964)

### 1.2.2. L'approche cognitive.

Elle a pour but de déterminer les facteurs psychologiques de vulnérabilité aux idées et aux actes suicidaires et certains facteurs de dysfonctionnement cognitifs ont été plus souvent retrouvés chez les suicidants. Un des principaux résultats des études cognitives se traduit dans la difficulté de résolution de problèmes chez les patients suicidants (Orbach, Bar-Joseph & Dror, 1990 ; Pollock et Williams, 1998).

Dans les études plus anciennes on retrouvait la notion de « pensée dichotomique » qui revenait de la part du sujet à n'envisager que deux solutions extrêmes face à un problème. On parlait également de « rigidité cognitive » dans laquelle le sujet avait des difficultés à changer

de stratégie pour résoudre un problème. Ces deux notions étaient plus souvent retrouvées chez les patients suicidants (Neuringer, 1964 ; Patsiakas, Clum & Luscomb, 1979).

Dans les travaux plus récents on observe une disposition plus grande à l'autocritique chez les sujets suicidants se traduisant par un perfectionnisme dans lequel le sujet a le sentiment de ne jamais parvenir à ses buts. Ce perfectionnisme entraînerait des comportements suicidaires par le biais de ruminations qui entraveraient la possibilité pour le sujet de trouver des solutions efficaces. Ainsi le sujet est fragilisé et a plus de difficultés à répondre de façon positive aux situations imprévues et stressantes (O'Connor et Noyce, 2008 ; Rasmussen, O'Connor & Brodie, 2008).

Des modèles cognitifs ont été développés ces dernières années pour conceptualiser de façon cohérente un ensemble de données. Le processus suicidaire y est pensé en terme de cascades de déficits et de dysfonctionnements cognitifs (Jakala et Jollant, 2010, p.81).

#### *1.2.2.1. Le modèle de Wenzel et Beck*

Wenzel et Beck ont proposé un modèle basé sur la théorie cognitive en partant du principe que les patients suicidaires ne présentent pas tous le même phénotype, qu'ils fonctionnent selon des schémas propres à ces différents phénotypes et que la probabilité que ces schémas soient activés dépend de trois types de facteurs :

- les facteurs de vulnérabilité
- le degré des troubles psychiatriques
- le stress engendré par les évènements de vie.

Une fois activés, ces schémas sont associés à des processus cognitifs similaires observables dans la crise suicidaire. Il existerait des liens entre un mauvais traitement de l'information, les pensées négatives, l'humeur et les comportements. Ainsi chaque phénotype est sous-tendu par des schémas développés dans l'enfance et l'adolescence qui donnent des repères et qui peuvent être activés face à un stress. Selon les auteurs, la fréquence, l'intensité et la durée des pensées négatives en lien avec les troubles psychiatriques favorisent la mise en place d'un schéma suicidaire et l'activation de ce schéma favorise lui-même des processus cognitifs spécifiques au suicide. Le désespoir fait parti des processus cognitifs en lien avec les comportements suicidaires.

Selon les auteurs, ce modèle peut être utile dans la pratique clinique dans la compréhension des spécificités en sous-groupe des conduites suicidaires et des choix de stratégies d'intervention (Wenzel et Beck, 2008).

#### *1.2.2.2.. Le modèle stress-Diathèse*

Ce modèle a été proposé par Mann (1999) et retenu par de nombreux chercheurs pour étudier le suicide. Une des premières études a concerné 347 patients âgés de 14 à 72 ans hospitalisés dans un Centre Hospitalier Universitaire. Les auteurs sont partis du principe que même si 90% des personnes décédées par suicide souffraient d'une pathologie psychiatrique au moment du décès, tous les patients psychiatriques ne font pas pour autant de tentative de suicide dans leur vie. Les patients ont été évalués par des entretiens structurés pour les troubles de l'axe I et II du DSM-IV (APA, 1994). Les auteurs ont également évalué les antécédents de tentatives de suicide, les traits de personnalité agressifs et impulsifs, la sévérité objective et subjective de leur pathologie mentale et l'histoire des troubles liés à la consommation de substances ou d'alcool.

Les résultats ont montré que les traits de personnalité obsessifs et impulsifs étaient liés de façon significative aux tentatives de suicide ultérieures chez les patients ayant des antécédents de tentatives de suicide versus les personnes sans antécédent présentant la même pathologie psychiatrique (Mann 1999). A partir de ces observations le modèle stress-diathèse propose de classer les facteurs de risques des comportements suicidaires dans une catégorie « stress » ou une catégorie « diathèse ».

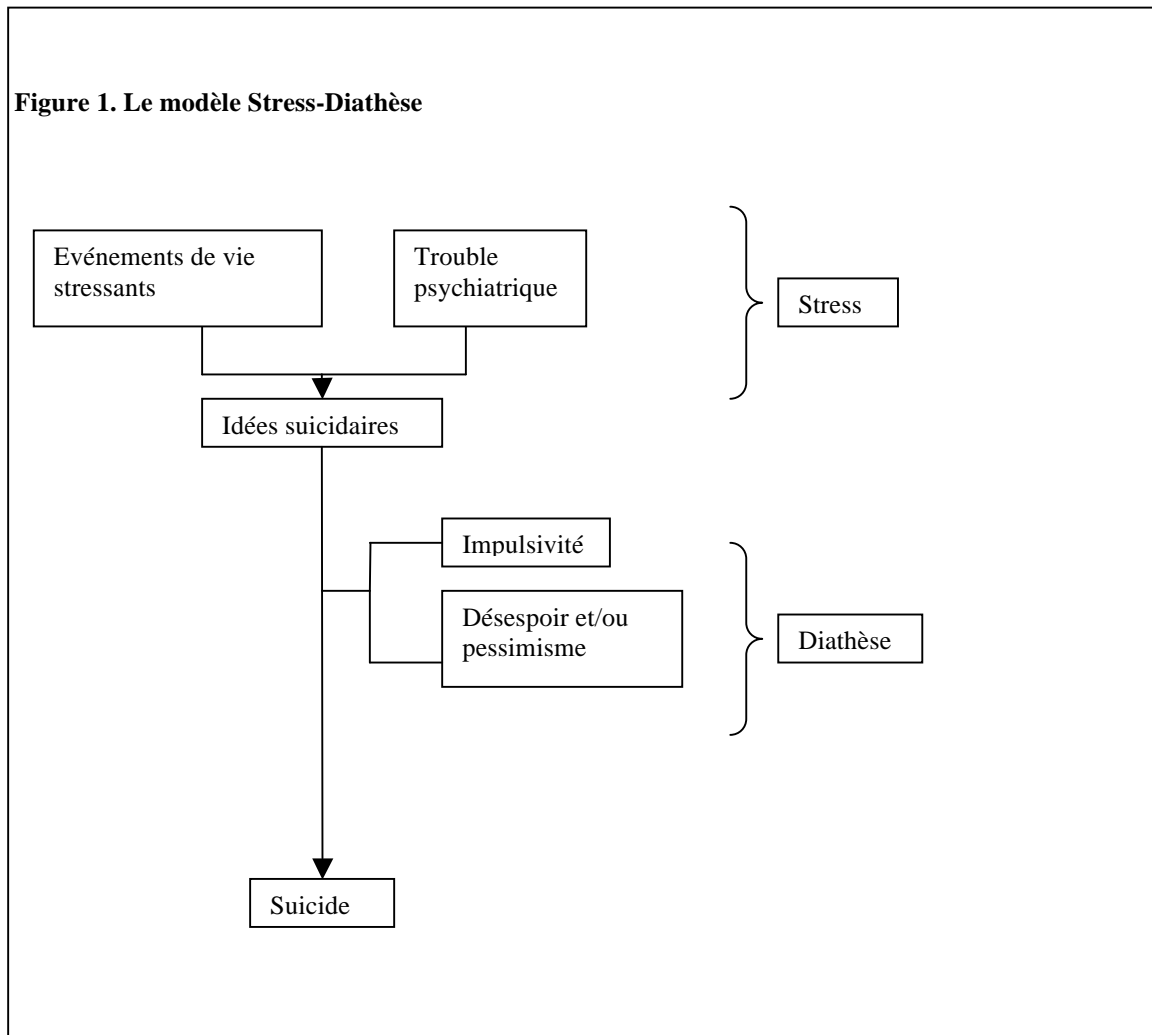
La composante « stress » regroupe les épisodes aigus de troubles psychiatriques, la comorbidité avec les troubles liés à la consommation de substances ou d'alcool et la présence d'événements de vie négatifs.

La composante « diathèse » regroupe les facteurs de risques qui augmentent la susceptibilité au suicide (ex : la constitution génétique), les caractéristiques du comportement et la morbidité sur l'axe II.

A partir de cette base, le risque des comportements suicidaires et du suicide augmente en fonction de la prédisposition des facteurs sur la composante « diathèse » et de la présence des facteurs de risque de la composante « stress ».



**Figure 1. Le modèle Stress-Diathèse**



### 1.2.3. Psychobiologie

Les travaux neuroscientifiques s'orientant autour de la biologie, l'imagerie cérébrale et la génétique moléculaire ont montré un dysfonctionnement du système sérotoninergique impliqué dans la vulnérabilité aux comportements suicidaires. Les études dans cet axe de recherche ont montré le rôle des traits impulsifs-agressifs comme des facteurs de risque des comportements suicidaires. Ces résultats ont été soutenus par des données venant de plusieurs domaines en neurochimie et par les modèles animaux. De plus, un grand nombre de données psychopharmacologiques ont été exploitées ces vingt dernières années indiquant que la réduction de l'activité centrale sérotoninergique est associée aux comportements suicidaires en particulier parmi les personnes qui utilisent des méthodes violentes (Asberg, Traskman & Thoren, 1976 ; Mann, 1998). Des études portant sur des sujets présentant une insuffisance du contrôle des impulsions et des comportements violents ont permis d'observer des altérations similaires (Coccaro, 1989 ; New et al., 1997). L'activité sérotoninergique peut donc être liée aux traits impulsifs-agressifs et peut avoir une incidence sur la sensibilité aux comportements suicidaires. Au regard de ces résultats les études ont laissé entendre que les personnes violentes ou agissant de façon impulsive peuvent avoir un dysfonctionnement du cortex préfrontal (Davidson, Putnam & Larson, 2000). Ces observations sont importantes parce que les examens post-mortem du cerveau des personnes suicidées ont démontré certaines anomalies neuro-anatomiques tels qu'une réduction de liaison de la sérotonine à ces transporteurs, de même qu'une plus forte liaison aux récepteurs post-synaptiques dans le cortex préfrontal des suicidaires par rapports à la population générale. (Arango et al., 1990 ; Hrdina, Demeter, Vu, Sotonyi & Palkovits, 1993 ; Turecki et al., 1999). Les auteurs concluent donc qu'il est possible que les personnes avec une activité sérotoninergique moins importante au niveau du cortex préfrontal soient plus enclines à agir de manière impulsive et auto-agressive lorsqu'elles sont exposées à des événements stressants, ce qui pourrait aboutir à un passage à l'acte suicidaire.

Cet axe de recherche se développe aujourd'hui vers l'épigénétique qui étudie comment l'environnement et l'histoire individuelle influent sur l'expression des gènes. La compréhension de ce phénomène permettrait d'étudier de façon plus précise certains mécanismes en place dans les conduites suicidaires et le suicide.

Des études récentes ont réussi à établir un lien entre l'environnement et le génome qui pourrait s'expliquer par des mécanismes épigénétiques (Labonté et Turecki, 2010). En effet, l'épigénétique se définit comme étant une modification de l'expression des gènes par des mécanismes autres que la modification de la séquence d'ADN elle-même (Klose et Bird, 2006). Cette discipline a récemment été perçue comme étant l'interface entre les événements environnementaux qui surviennent à l'enfance et les modifications génétiques observées chez certains sujets suicidaires victimes d'abus. En se basant sur les résultats d'études animales, d'importantes avancées chez l'humain ont été accomplies. Par exemple, il est possible de quantifier le comportement maternel chez le rat envers ses ratons en mesurant le nombre de léchées (LG) apportées par la mère à ses ratons. Ainsi une distribution normale du nombre de léchées peut être obtenue et rend possible l'identification des mères qui vont donner de nombreuses quantités de léchées versus les mères qui vont en donner une faible quantité. Chez les ratons élevés par des mères faible LG les niveaux d'expression hippocampal (HPC) des récepteurs des glucocorticoïdes (GR) sont plus faibles versus les ratons élevés par des mères haute LG (Caldji, Diorio & Meaney, 2000 ; Francis, Diorio, Liu & Meaney, 1999). Ces modifications d'expression du GR sont également associées avec des modifications comportementales qui s'apparentent aux symptômes de la dépression chez l'humain (Caldji et al., 2000 ; Francis et al., 1999).

Une élégante série d'études moléculaires a par la suite caractérisé la cascade moléculaire impliquée dans de tels événements ce qui a amené à l'étude séminale de Weaver et al., (2004) qui démontra des altérations épigénétiques dans le cerveau de ces ratons. En effet, les ratons élevés par des mères faible LG présentaient des niveaux de méthylation plus élevés dans la région régulatrice de l'expression du GR (Weaver et al., 2004).

A partir de ces observations, McGowan et al., (2009) ont comparé 12 cerveaux de personnes ayant subi des maltraitances dans l'enfance et qui se sont suicidées à l'âge adulte, 12 cerveaux de personnes qui se sont suicidées sans antécédents de maltraitance, et 12 cerveaux de personnes décédées d'une maladie ou après un accident et sans antécédents de maltraitance. Les résultats ont montré que chez tous les sujets ayant subi des maltraitances pendant l'enfance, les récepteurs des glucocorticoïdes fonctionnaient au ralenti (O McGowan, 2009).

## **1.3. EPIDEMIOLOGIE ET DONNEES CLINIQUES DES CONDUITES SUICIDAIRES**

### 1.3.1. Contexte général

Plusieurs approches expliquent l'étude des conduites suicidaires et les auteurs peuvent s'intéresser aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide ou au décès par suicide.

#### *1.3.1.1. Données générales et internationales sur les comportements suicidaires.*

La statistique permet de tracer un portrait des personnes qui se suicident selon les pays et nous fait comprendre comment « la morphologie sociale du phénomène suicidaire se répercute dans les vies singulières » (Dagenais, 2005).

L'autopsie psychologique documente également largement les conduites suicidaires.

Selon la Commission européenne en charge de la santé, environ 58 000 Européens meurent chaque année des suites d'un suicide. Le nombre de décès par suicide est plus élevé que le nombre de décès causés par les accidents de la route (Commission européenne de la santé, 2008). Le taux de suicide le plus élevé se trouve dans les pays de la région Balte (Estonie, Lettonie, Lituanie). Il est également plus élevé dans les régions du nord que du sud de l'Europe.

En 2009, environ 1 068 suicides (13,5 décès pour 100 000 personnes) ont été enregistrés au Québec (Gagné, Légaré, Perron & St-Laurent, 2011). Pour l'année 2008, 1 122 suicides (14,4 pour 100 000). En 2009, le nombre de suicides chez les hommes s'élevait à 8301 (21,3 pour 100 000). Chez les femmes, le nombre de suicides était de 233 (5,9 pour 100 000) (Gagné et al., 2011).

Selon Chen, Liu & Zheng (2011), la Chine compte également parmi les plus hauts taux de suicides dans le monde (20,11 pour 100 000 habitants en 2008) et le suicide y est la première cause de mortalité. Contrairement à la majorité des autres pays le taux de suicide chez les femmes est plus élevé que celui des hommes. On remarque également que c'est en milieu

rural que les femmes se suicident plus qu'en milieu urbain. Le taux de suicide a également fortement augmenté chez les personnes âgées de plus de 65 ans pour atteindre environ 47% de tous les suicides en 2008 (Chen et al, 2011).

### 1.3.2. Données sur le suicide en France, Midi-Pyrénées et Haute-Garonne.

Les calculs du taux de mortalité par suicide sont également soumis à une sous-estimation des suicides et des tentatives de suicide principalement dû au fonctionnement des organisations administratives quelques fois divisées en services qui ne communiquent pas toujours entre eux de manière cohérente (Baudelot et Establet, 1984). Ainsi, nombre des décès par suicide sont «dissimulés» parmi les décès attribués à des traumatismes ou des causes inconnues (décès de cause indéterminée, empoisonnement accidentel, etc.) (ANAES, 2002 ; Haut Comité de la santé publique, 1998 ; Hawton et al., 2003). Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Inserm estime que 35 % des décès de cause indéterminée et 25 % des décès de cause inconnue sont des suicides. La sous-estimation globale du nombre de décès par suicide serait de 20 % (Jouglu et al., 2002).

En 1996, le taux de suicide en France était de 28,8 pour 100 000 hommes et 10,4 pour 100 000 femmes ; en 1998, il était de 21,3 pour 100 000 personnes (Anguis et al., 2002 ; Philippe, 1999).

En 2009, la France comptait 10 464 décès par suicide (CépiDC 2011), dont 7739 pour les hommes et 2725 pour les femmes. Le taux de suicide s'élève à 17 pour 100 000 personnes. Le suicide est la première cause de mortalité dans la tranche d'âge des 25-34 ans et la deuxième cause de mortalité des jeunes de 15-24 ans. Cependant, c'est dans la tranche des 35-54 ans que les morts par suicide sont les plus nombreux en nombre absolu. Le suicide touche aussi les personnes âgées avec une augmentation récente chez les hommes de plus de 70 ans.

Le taux de suicide augmente chez les personnes de 15 à 50 ans pour diminuer ensuite jusqu'à 65 ans, il augmente de nouveau considérablement jusqu'à 85 ans. Ce taux est plus élevé auprès des hommes veufs (58,8 pour 100 000), puis les personnes divorcées (37,3 pour 100 000). Ce sont les célibataires et les personnes mariées qui ont un taux de mortalité par suicide le plus faible (20,4 et 16,8 pour 100 000). (Mouquet et Bellamy, 2006).

Comme dans la majorité des autres pays le taux de suicide est plus élevé chez les hommes qui se suicident trois fois plus que les femmes et cet écart augmente avec l'âge. Dans la tranche d'âge des 45/49 ans le taux de suicide masculin est 45,6 pour 100 000 contre 14,9 pour 100 000 chez les femmes. C'est dans la tranche d'âge des 85 ans et plus que cette différence prend son sens puisque le taux est six fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (INSERM-CépiDc, 2002)

La pendaison dans 37% des cas est le premier moyen utilisé pour se suicider en France, suivit de l'utilisation d'armes à feu pour 25% des cas et l'intoxication volontaire pour 13% des cas. Là encore les moyens varient selon les sexes et la pendaison et l'utilisation d'armes à feu prédominent chez les hommes, alors que la pendaison, l'intoxication volontaire et la noyade sont utilisées par les femmes.

Le suivi régional de la mortalité fait par l'Inserm nous permet d'établir des comparaisons. Le taux de suicide est plus élevé dans les régions de l'ouest et du nord de la France, en particulier en Bretagne et inférieur à la moyenne nationale dans le sud de la France en particulier en Corse (Inserm 2002).

### 1.3.3. Epidémiologie des tentatives de suicide et récurrences des comportements suicidaires.

#### *1.3.3.1 Les Tentatives de suicide.*

La tentative de suicide (TS) est un comportement auto-infligé avec intention de mourir, potentiellement dangereux mais sans issue fatale (Silverman Berman, Sanddal, O'carroll, & Joiner, 2007).

Aux Etats-Unis (Kessler, Borges & Walter, 1999), l'Enquête Nationale de Comorbidité réalisée entre 1990 et 1992 auprès de 5877 personnes de 15 à 54 ans, observe une prévalence sur la vie des idées suicidaires estimée à 13,5%. Quatre pour cent ont rapporté un plan et 4,6% une tentative de suicide. Les probabilités cumulées étaient de 34% pour le passage de l'idéation au plan, de 72% pour le passage du plan à la tentative et de 26% pour le passage de l'idéation à une tentative sans plan. Environ 90% des premières tentatives non planifiées et 60% des tentatives planifiées survenaient dans l'année suivant l'apparition de l'idéation.

En France environ 8 % de la population métropolitaine adulte déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie (9% des femmes et 6% des hommes de plus de 18 ans) (Badeyan et Parayre, 2001).

On estime qu'en France chaque année ont lieu 130 000 à 180 000 tentatives de suicide dont 120 000 à 154 000 passent aux Urgences (Badeyan et Parayre, 2001).

### *1.3.3.2. Les comportements suicidaires dans la région Midi-Pyrénées.*

Midi-Pyrénées fait parti des trois régions (avec l'Île-de-France et l'Alsace) où les taux de sous-estimation sont les plus élevés et évalués à environ 30% (Inserm 2002).

Cependant, en 2010 dans les 36 services d'urgence de Midi-Pyrénées, le nombre de TS par intoxication médicamenteuse volontaire pris en charge aux urgences de Midi-Pyrénées est estimé entre 5 731 et 6 470, soit 1 % des passages des 11-110 ans.

Les femmes tentent le plus souvent de se suicider par intoxication médicamenteuse (82% contre 68%), et les hommes ont deux fois plus recours que les femmes aux moyens violents et traumatiques (24% contre 13%) (DRASS 2005).

La région fait partie des moins touchées par le suicide en France. Le taux de mortalité par suicide est de 21 pour 100 000 hommes et 7,5 pour 100 000 femmes en moyenne et par année entre 2003 et 2005. Par contre ce taux n'a pas diminué depuis 1997-1999 contrairement au taux national. On observe également des inégalités de ce taux et la fréquence des décès est deux fois moins importante en Haute-Garonne que dans les autres départements (Inserm 2005).

### *1.3.3.3. La récurrence des comportements suicidaires.*

Les études de cohorte montrent que la récurrence de tentatives de suicide est très importante au cours de l'année qui suit une tentative de suicide et peut varier de 9% à 32% dans une période d'un an. Cedereke et Ojehagen (2005) ont montré que sur un échantillon de 216 personnes ayant fait une tentative de suicide, 30 ont refait une tentative de suicide entre 1 et 12 mois après la tentative de suicide indexée, 13 ont refait une tentative moins d'un mois après, et parmi eux, 9 ont encore récidivé entre 1 et 12 mois après la tentative de suicide indexée.

Dans l'étude multicentrique sur les comportements suicidaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de la moitié des sujets avaient fait une récurrence (Osvath, Kelemen,

Erdos, Voros & Fekete, 2003). Le taux de répétition de tentative de suicide ainsi que le taux de suicide seraient les plus élevés dans les premières années suivant la tentative de suicide (Tejedor, Diaz, Castillon & Pericay, 1999). Avoir fait plusieurs tentatives de suicide est fréquent dans les échantillons de suicidés : au moins 1 % des patients ayant fait une tentative de suicide se suicident dans l'année suivante et 3-10% se suicideraient dans les années suivantes (Gunnel et Frankel, 1994 ; Hawton et Fagg, 1988 ; Runeson, Beskow & Waern, 1996 ; Cooper et al., 2005, Owens, Horrocks & House, 2002).

Certains auteurs se sont demandés si les personnes qui faisaient plusieurs tentatives de suicide constituaient un sous groupe différent de ceux qui ne faisaient qu'une tentative de suicide. Esposito, Spirito, Boergers & Donaldson (2003) rapportaient que les adolescents qui répétaient les tentatives de suicide étaient plus souvent diagnostiqués avec un trouble de l'humeur, et rapportaient des symptômes de dépression et de colères plus sévères. Ils présentaient également des taux plus élevés de troubles du comportement, de dérégulation de l'humeur, d'auto-mutilation et de désespoir. Les troubles mentaux apparaissaient en général plus tôt et la comorbidité était plus importante dans ce sous-groupe. Rudd et al., ont étudié la relation entre un diagnostic psychopathologique évoqué pendant l'enfance et la récurrence des tentatives de suicide sur un échantillon de 327 personnes ayant des idées suicidaires. L'échantillon se divisait entre 174 personnes ayant reçu un diagnostic psychopathologique et 153 personnes sans diagnostic. Les résultats montraient qu'un antécédent de trouble anxieux ou de trouble dépressif pouvait augmenter le risque de faire plusieurs tentatives de suicide plus tard, et de développer un trouble de la personnalité. D'Eramo, Prinstein, Freeman, Grapentine & Spirito (2004) ont évalué la relation entre les antécédents de comportements suicidaires et le fonctionnement psychiatrique en comparant des groupes d'adolescents hospitalisés dans une unité psychiatrique. Les résultats ont montré que la sévérité des idées suicidaires augmentait avec la sévérité des comportements suicidaires. Les adolescents ayant fait plusieurs tentatives de suicide étaient plus susceptibles d'être diagnostiqués avec un trouble, le plus souvent lié à la consommation de substances et d'avoir plus d'un diagnostic de comorbidité par rapport aux adolescents sans antécédents de comportements suicidaires et à ceux ayant seulement des idées suicidaires (D'Eramo et al., 2004). Les adversités rencontrées pendant l'enfance ont été également observées comme un éventuel facteur de risque de la récurrence des comportements suicidaires (Soderberg, Kullgren, & Renberg, 2004 ; Talbot, Duberstein, Cox, Denning & Conwell 2004), ainsi que les antécédents familiaux de troubles mentaux et de comportements suicidaires (Walrath et al., 2001 ; Reynolds et Eaton, 1986).



Enfin, dans une étude plus récente, Pagura, Cox, Sareen, & Enns (2008) ont évalué les facteurs associés à la récurrence des comportements suicidaires en comparant des personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide versus des personnes n'ayant fait qu'une tentative de suicide. L'originalité de cette étude tient dans le fait que c'est l'une des premières à utiliser un grand échantillon représentatif de la population générale des États-Unis (N=9484). Concernant les variables psychiatriques, la présence d'au moins un trouble anxieux, un trouble de l'humeur ou et la comorbidité de plus de trois troubles mentaux ont différencié les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide par rapport à celles qui en ont fait seulement une. Quoi qu'il en soit, la présence d'un trouble de l'humeur et d'un trouble lié aux substances était significativement associée à la récurrence.

## 1.4. LES FACTEURS DE RISQUES DES CONDUITES SUICIDAIRES.

### 1.4.1 Bref historique.

Au XIXe siècle, les médecins avaient le monopole sur la recherche des causes du suicide. L'important était de connaître la proportion de suicides consécutifs à l'aliénation et de déterminer la part de l'aliénation mentale dans le suicide était une des questions les plus épineuses et les plus vivement débattues de la pathologie mentale (Petit, 1850, 28-29).

En 1856, l'aliéniste Alexandre de Boismont mène une enquête pour laquelle il étudie 4595 procès-verbaux de suicides archivés à la préfecture de police. Comme ses prédécesseurs il distingue des causes prédisposantes (l'hérédité, le climat, le sexe, l'âge, l'état civil, l'état de fortune, la moralité, l'instruction, la profession) et des causes déterminantes avec trois catégories dominantes : les causes économiques (pauvreté, misère, paresse, revers de fortune, manque d'ouvrage) pour 20% des cas, les chagrins domestiques et sentimentaux pour environ 16% des cas et les folies pour 14% des cas.

Dans la même année, Egiste Lisle publie un ouvrage ayant pour but d'étudier le suicide comme un fait général trop commun et dénotant dans des sociétés modernes et en pleine prospérité (Lisle, 1856). C'est un tournant moralisateur et réprobateur qui annonçait l'oeuvre de Durkheim. Il voulait ainsi déterminer des causes générales en distinguant également des causes prédisposantes (climat, âge, sexe, profession, instruction) et des causes déterminantes (chagrins, passions, maladies, dont la folie).

En 1870 Emile Le Roy s'intéresse au suicide en milieu rural et publie une étude sur la Seine-et-Marne. Pour lui, les causes générales qui influaient à la fois sur la répartition des maladies mentales et du suicide étaient avant tout des causes sociales (Le Roy, 1870, 226) mais toujours particulières: telle position familiale, tel changement de culture etc. Après quelques regroupements, il donnait la répartition suivante : maladies mentales (38%), accusés (justiciables) (24%), misère (21%), ivresse (6%), dégoût et souffrance (6%) (Le Roy, 1870).

Lisle et Le Roy refusaient de voir le suicide comme le signe d'une folie constante ou spécifique. Pour Lisle c'était l'absence de lois répressives et le relâchement des mœurs engendrés par la philosophie des lumières qui étaient à l'origine de la croissance du suicide au XIXe siècle. Ces concepts introduisent la sociologie de Durkheim où le suicide devient la résultante de forces sociales ou psychologiques plus que l'action d'un individu, la prévention devient ainsi un enjeu de santé publique.

Aujourd'hui, les facteurs de risque peuvent être classés dans une perspective pragmatique qui sert davantage la prévention que l'explication. Rihmer propose une classification à trois niveaux :

- Tout d'abord les facteurs de risque primaires, qui ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et une forte interaction entre eux (troubles psychiatriques, antécédents familiaux et personnels de suicide et de TS, communication d'une intention suicidaire, impulsivité, faible activité sérotoninergique du système nerveux central).
- Les facteurs de risque secondaires sont observables dans la population générale et leur valeur prédictive augmente en interaction avec les facteurs de risque primaires (ex : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, l'existence d'évènements de vie négatifs sévères en général).
- Les facteurs de risque tertiaires sont des éléments naturels statistiquement associés au suicide mais leur valeur prédictive est très faible en l'absence des facteurs primaires et secondaires (ex : le genre masculin, adolescence et âge avancé, certaines périodes de vulnérabilité, comme le printemps ou les périodes prémenstruelles) (Rihmer, 1996).

#### 1.4.2. Facteurs psychopathologiques

Une des principales méthodes pour évaluer les facteurs de risques psychopathologiques du suicide est l'autopsie psychologique qui a été validée pour diagnostiquer les troubles psychiatriques susceptibles d'être présents chez les personnes décédées par suicide (Conner, Conwell & Duberstein, 2001 ; Kelly et Mann, 1996 ; Zhang et al., 2003).

Cette méthode est fondée sur des entretiens avec des proches de la personne décédée. L'interviewer recueille des informations sur les données sociodémographiques de la personne, ses antécédents familiaux, son « profil » psychologique, son style de vie, ses relations, les événements ayant précédés sa mort et l'analyse des ressources médicales. Elle est intéressante pour documenter l'existence de troubles psychiatriques ou somatiques, la trajectoire de vie et la nature des soins dont les personnes avaient bénéficié.

Le groupe McGill d'Étude sur le Suicide a montré que la relation entre la victime et l'informateur n'a pas d'influence sur le taux de troubles spécifiques identifiés (Lesage, 1994) et que les informations ne varient pas entre plusieurs informateurs (Dumais et al., 2005). Ainsi les études utilisant cette méthode montrent qu'environ 90% des personnes suicidées

avaient au moins un trouble psychiatrique : dépression, trouble lié à l'abus ou la dépendance à l'alcool, troubles anxieux (Henrikson et al., 1993 ; Cheng et al., 2000, Séguin, 2006).

Geneviève Arsenault-Lapierre, Caroline Kim et Gustavo Turecki, dans une revue de littérature incluant 27 études évaluant les facteurs de risque de personnes suicidées, ont montré que 87,3% des sujets avaient un diagnostic de trouble psychiatrique. Dans cette étude les problèmes liés à l'abus et la dépendance de substances étaient plus élevés chez les hommes décédés par suicide que chez les femmes. Par contre, les troubles dépressifs et troubles de l'humeur en général étaient moins fréquents chez les hommes. Ils ont également remarqué que les suicides aux Etats-Unis étaient plus souvent associés à des troubles mentaux par rapport au reste du monde et que 90% des personnes suicidées en aux Etats-Unis avaient au moins un diagnostic de trouble mental contre 83% en Europe et 79% en Asie. Dans une étude réalisée en 1998, Harris et Barraclough s'intéressaient aux sujets souffrants de troubles psychiatriques. Ils ont remarqué une augmentation significative du risque suicidaire dans presque toutes les pathologies mentales. Dans leur étude, l'abus de substances était le trouble le plus significativement prédicteur de mort par suicide.

Plusieurs études montrent que le suicide est souvent lié à une comorbidité psychiatrique ou au fait d'avoir plus d'un diagnostic de trouble mental (Lesage, 1994 ; Foster, Gillepsie, McLelland & Patterson, 1999 ; Kim et al., 2003). Il existe une relation linéaire entre le nombre de troubles psychiatriques comorbides et les conduites suicidaires (Lecrubier, 2001).

#### *1.4.2.1. Troubles de l'humeur.*

##### *1.4.2.1.1. Suicide*

Le trouble dépressif majeur est le premier trouble psychiatrique diagnostiqué dans les autopsies psychologiques et plusieurs études montrent qu'entre 50% à 60% des personnes décédées par suicide souffraient d'un trouble de l'humeur (Marttunen, Aro, Henriksson, & Lönnqvist 1991 ; Lönnqvist et al., 1995 ; Séguin et al., 2006).

Selon Fawcett et al., (1987), les principaux facteurs de risque de suicide chez les personnes souffrant de dépression étaient le fait d'être un homme, d'être jeune adulte ou personne âgée, d'avoir déjà fait des tentatives de suicide, d'être isolé socialement, d'avoir un sentiment de désespoir et d'avoir des idées délirantes (Fawcett et al.1987).

D'autre part, il apparaît que 40% à 70% des suicides surviennent dans la première année d'évolution des troubles de l'humeur (Nordström, Åsberg, Åsberg-Wistedt & Nordin, 1995 ;

Wolfersdorf, Steiner & Keller (1990) et plusieurs études ont rapporté que le suicide était plus susceptible d'avoir lieu au début d'un trouble dépressif (Guze et Robins, 1970 ; Fawcett et al., 1990). Cependant certaines études ont montré que le risque suicidaire pouvait être présent à tout moment de l'évolution de la dépression ou en fonction du nombre d'épisodes (Goldacre, Seagroatt, & Hawton 1993 ; Angst, Stassen, Clayton & Angst 2002). Ainsi McGirr et al., proposaient en 2008 d'évaluer le risque suicidaire en fonction de la survenue des épisodes dépressifs majeurs. Dans un échantillon de 154 personnes décédées par suicide et diagnostiquées avec un trouble dépressif majeur, 75% sont décédées lors du premier épisode dépressif majeur, 19% lors du second et « seulement » 6.5% d'entre elles avaient un antécédent de plus de deux épisodes dépressif majeur (McGirr et al., 2008).

L'intensité et les variations de la dépression témoignent également de l'importance du risque suicidaire. D'une part il existerait une corrélation entre la sévérité de la dépression et le risque suicidaire (Fawcett et al., 1987 ; Buchholtz-Hansen, Wan & Kragh-Sorensen 1993 ; Bulik, Carpenter, C. C., Kupper & Frank 1990). Plus la dépression est intense, plus le risque de suicide ou de tentative de suicide grave est important (Malone, Haas, Sweeney & Mann 1995). Deuxièmement, associées au désespoir, à la perte de plaisir, les oscillations de l'humeur représentent un facteur majeur de risque suicidaire imminent (Fawcett et al., 1990 ; (Rihmer, 1996) ). Troisièmement, l'autoaccusation, serait particulièrement alarmante dans la mélancolie (Wolfersdorf, Steiner & Keller. 1990). Quatrièmement, l'existence d'idées délirantes est associée à un risque élevé de suicide, surtout dans les cas d'idées de culpabilité, de persécution, d'indignité (Wolfersdorf et al., 1990). Cinquièmement, l'agitation, l'inhibition majeure ou encore une dimension confusionnelle sont à prendre sérieusement en compte (Fawcett et al., 1990). Enfin, une angoisse intense avec vécu d'un sentiment d'insécurité, de danger imminent, ou d'hostilité, peut être à l'origine d'un raptus suicidaire (Fawcett et al., 1990)

Chez l'adolescent, certaines dimensions cliniques comme l'instabilité psychomotrice ou l'impulsivité, associées au désespoir, apparaissent comme des facteurs particuliers de risque de suicide (Bouvard et Doyen, 1996).

Enfin, une étude menée par le Groupe McGill d'Étude sur le Suicide (McGirr, et al., 2006), proposait d'évaluer les symptômes spécifiques du trouble dépressif majeur parmi 156 sujets décédés par suicide pendant un épisode de dépression majeure en les comparant à 81 sujets contrôles souffrant d'un épisode de dépression majeure. Le groupe des sujets suicidés était significativement plus susceptible de perdre du poids ou de perdre l'appétit, de souffrir d'insomnie, d'éprouver des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité inappropriée et

d'avoir des idées récurrentes de mort ou de suicide par rapport au groupe témoin (McGirr et al., 2006).

Pour le trouble bipolaire on sait que 20 à 56% des malades feront une tentative de suicide dans leur vie, et 10 à 15% mourront par suicide (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair & Harriss, 2005). Ces taux sont 15 à 30 fois supérieurs à ceux de la population générale (Guze et Robins, 1970 ; Harris et Barraclough, 1997). Le risque suicidaire varie selon l'évolution de la maladie. Il est très élevé au début du trouble, dans l'installation des épisodes thymiques et dans les périodes de transition. Certaines études ont montré que le risque de tentatives de suicide est plus élevé pendant les épisodes dépressifs majeurs (78 à 89% des TS) que pendant les épisodes maniaques (0.7% des TS) (Rihmer 2007).

Pour les troubles de l'humeur, c'est le plus souvent la comorbidité avec les troubles de dépendance à l'alcool et autres substances qui constitue un facteur de risque important pour le suicide (Sher et al., 2008) et les idéations et comportements suicidaires (Sher, 2008 ; Coêlho, Andrade, Guarniero & Wang, 2010) chez les personnes souffrant de dépression. Sareen et al., (2005) ont également montré que la présence d'un trouble anxieux était associée à une probabilité plus importante de tentatives de suicides par rapport à un trouble de l'humeur isolé.

#### *1.4.2.1.2. Tentatives de suicide*

Concernant l'association entre la dépression et les comportements suicidaires, une étude récente a étudié les similitudes et les différences entre un groupe de personnes décédées par suicide et un groupe de personnes ayant survécu à une tentative de suicide. Les auteurs ont montré que les symptômes dépressifs étaient présents dans les deux groupes (DeJong, Overholser & Stockmeier, 2010). Une étude prospective sur les facteurs de risque des tentatives de suicide auprès de personnes ayant un trouble dépressif majeur a montré que parmi 269 patients, 8% ont fait une tentative de suicide sur un suivi de 18 mois. Le risque relatif de faire tentative de suicide pendant un épisode dépressif était plus élevé (7.54) que lorsque le patient était en rémission partielle (2.50). Le risque de faire une tentative de suicide parmi les patients souffrant d'un trouble dépressif majeur était largement associé à la présence et à la sévérité des symptômes dépressifs (Sokero et al., 2005). En outre, Fergusson et al.,

(2005) ont cherché à comparer la dépression à l'âge de 17 à 18 ans et les résultats en santé mentale à l'âge de 25 ans. Les résultats ont montré qu'il y avait des associations significatives entre la dépression (même subsyndromique) à la fin de l'adolescence et les idées suicidaires et tentatives de suicide.

Partant de ces constats, une étude plus récente a cherché à évaluer, premièrement les facteurs associés aux tentatives de suicides chez les personnes ayant un trouble dépressif majeur; et deuxièmement, les symptômes spécifiques de l'épisode dépressif majeur associés aux tentatives de suicide. Les antécédents des tentatives de suicide étaient fortement associés aux troubles anxieux, aux troubles de la personnalité, aux troubles liés à la consommation de substances et à la sévérité de la dépression. La dévalorisation était le symptôme dépressif le plus fortement en lien avec les antécédents de tentatives de suicide, suivi par l'anhédonie. Les autres symptômes associés étaient l'insomnie, l'hypermnie et la culpabilité excessive (Bolton, Belik, Enns, Cox & Sareen 2008).

Certaines études ont montré qu'il existait des caractéristiques biologiques propres aux patients souffrant de dépression majeure et plusieurs sources ont montré une réduction de l'activité sérotoninergique chez les individus avec des antécédents de tentatives de suicide. En 1997, Asberg observait une réduction du niveau d'acide acétique hydroxyindole, un des métabolites sérotoninergique, chez les personnes ayant un antécédent de tentatives de suicides. D'autres études ont montré des altérations dans la liaison de la densité des transporteurs et des récepteurs de la sérotonine en particulier dans le cortex préfrontal ventral (Pandey et al., 2002).

#### *1.4.2.1.3. Idées suicidaires*

Concernant les idées suicidaires, Heisel, Conwell, Pisani & Duberstein 2011 ont évalués la sévérité des symptômes dépressifs et les idéations suicidaires dans un échantillon de 109 patients de 50 ans et plus hospitalisés pour un diagnostic de dépression. Les résultats ont montré que les patients qui rapportaient des idées suicidaires avaient plus de symptômes dépressifs sévères que les patients qui ne rapportaient pas d'idées suicidaires (Heisel et al., 2011).

#### *1.4.2.2. Les troubles psychotiques*

Entre 20% et 40% des malades schizophrènes font une tentative de suicide au cours de leur vie et 10% à 15% d'entre eux décèdent par suicide avec un risque 50 fois plus élevé que dans la population générale (Caldwell et Gottesman, 1992 ; Harkavy-Friedman et al., 1999). Dans la schizophrénie l'acte suicidaire est associé aux périodes dépressives, aux épisodes de décompensation psychotique aiguë et aux évènements de vie stressants (Harkavy-Friedman et al., 1999). Les risques de comportements suicidaires sont élevés tout le long de la vie d'une personne atteinte de schizophrénie (Harkavy-Friedman et al., 1999), mais le suicide est plus fréquent en début de maladie et la plupart des tentatives de suicides surviennent dans les dix premières années (Virkkunen, 1974 ; Haas, Glick, Clarkin, Spencer & Lewis 1990). La première tentative de suicide apparaît le plus souvent après la première hospitalisation et 30% des schizophrènes hospitalisés ont déjà fait des tentatives de suicide avant leur première décompensation (Haas et al., 1990). Selon la même étude les passages à l'acte et les suicides sont plus fréquents quand le patient est en permission ou sort de l'hôpital.

Le risque suicidaire est corrélé avec la dépression chez les patients schizophrènes et la plupart des patients avec des antécédents de tentatives de suicide présentaient des symptômes dépressifs avant le passage à l'acte (Altamura, Bassetti, Bignotti, Pioli & Mundo 2003). Le risque suicidaire chez les patients schizophrènes est aussi corrélé avec la dépendance à l'alcool et les patients avec des antécédents de tentatives de suicide sont plus souvent diagnostiqués avec une dépendance à l'alcool par rapport aux patients sans antécédents suicidaires (Altamura et al., 2003). Le plus grand risque pour le suicide chez les patients schizophrènes reste la récurrence des comportements suicidaires. Environ 73% des patients décédés par suicide avaient fait une plusieurs tentatives de suicide dans leur vie contre 49% dans la population générale (De Hert, McKenzie & Peuskens 2001 ; Kreyenbuhl, Kelly & Conley 2002).

#### *1.4.2.3. Trouble lié à l'abus ou la dépendance à l'alcool.*

##### *1.4.2.3.1. Suicide*

Une méta-analyse conduite par Schneider en 2009 indiquait que selon les études d'autopsie psychologique, quel que soient l'âge et le genre, entre 15% et 61% des personnes décédées



par suicide souffraient d'un trouble lié à la consommation d'alcool. Dans les études cas-témoins utilisant la méthode d'autopsie psychologique les troubles liés à l'alcool ont souvent été identifiés comme des facteurs de risque de suicide (Cheng, 1995 ; Foster, Gillespie, McClelland & Patterson, 1999 ; Gururaj, Isaac, Subbakrishna & Ranjani 2004 ; Kolves, Värnik, Tooding & Wasserman, 2006 ; Lesage, 1994 ; Schneider et al., 2007 ; Séguin et al., 2007). Ces études montraient également que le risque de suicide était élevé pour le trouble d'abus d'alcool, et particulièrement pour le trouble de la dépendance à l'alcool, avec un risque jusqu'à 11 fois plus élevé par rapport à la population générale (Kolves et al., 2006). Plus spécifiquement, dans le groupe avec dépendance le risque de suicide était plus élevé pour les personnes d'âge moyen (Kolves et al., 2006 ; Scheinder, 2009) et le risque de suicide chez les personnes dépendantes augmente dans l'évolution de l'âge entre 20 et 50 ans (Conner et al., 2006).

Cependant, Conason, Oquendo & Sher (2006) constatent qu'aux Etats-Unis, le suicide explique 14% des décès dans la tranche d'âge 15/ 24 ans et que ceux-ci sont souvent dû à l'abus d'alcool. Ainsi, par rapport aux populations témoins, le taux d'abus d'alcool est 7,5 fois plus élevé dans les échantillons d'adolescent qui se sont suicidés.

Enfin, plusieurs facteurs de risques ont été identifiés dans les études pour les personnes dépendantes à l'alcool: une forte consommation récente, parler ou menacer de suicide, avoir un faible soutien social (Murphy et Wetzel, 1990), souffrir de troubles de l'humeur (Schneider et al., 2006) ou d'une dépression majeure (Conner et al., 2003), perdre son emploi (Murphy et al., 1990) ; vivre seul, être un homme (Conner et al., 2003), le fait de vieillir, avoir des difficultés conjugales et autres évènements de vie (Conner et al., 2003), consommer d'autres substances toxiques (Schneider et al., 2006) , et un faible niveau scolaire (Schneider et al., 2006).

Comme pour le trouble dépressif majeur, la comorbidité, en particulier les troubles de la personnalité et les troubles de dépression majeure, augmente le risque suicidaire chez les personnes alcooliques (Duffy et Kreitman, 1993).

#### *1.4.2.3.2. Tentatives de suicide*

La prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool est très importante chez les sujets qui font des tentatives de suicide. Le diagnostic d'abus ou de dépendance à l'alcool est présent pour 27 à 54% des personnes ayant fait une tentative de suicide (Pirkola, Suominen &

Isometsä, 2004). La sévérité de la dépendance à l'alcool et la fréquence des troubles induits par l'alcool sont aussi des facteurs de risque importants des tentatives de suicide (Pages, Russo, Roy-Byrne, Ries & Cowley 1997 ; Pirkola et al., 2004 ; Roy et Janal, 2005). Une étude récente menée par Boenisch et al., en 2010 a été réalisée dans un groupe de 1920 sujets ayant fait une tentative de suicide et évalués sur une période de 5 ans : 17% des patients présentaient un trouble lié à la consommation d'alcool. L'étude proposait la comparaison entre 4 groupes : ceux qui n'avaient pas de trouble lié à la consommation d'alcool et qui n'avaient pas consommé d'alcool pendant la tentative de suicide (1), ceux qui avaient un trouble lié à la consommation d'alcool (2), ceux qui avaient consommé de l'alcool pendant la tentative de suicide sans avoir de trouble lié à la consommation d'alcool (3), et ceux qui avaient un trouble lié à la consommation d'alcool et qui avaient consommé de l'alcool pendant la tentative de suicide (4). Dans le groupe 2, les personnes qui avaient fait une tentative de suicide étaient plus souvent des hommes, des personnes d'âge moyen et des personnes ayant une histoire d'antécédents de tentative de suicide et ces résultats étaient similaires si le sujet avait consommé ou non de l'alcool pendant la tentative de suicide (Boenisch & al., 2010).

Cependant, d'autres études ont montré que les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les femmes alcoolo-dépendantes vivant seules, de faible niveau socioéconomique, avec un début de dépendance précoce et des antécédents personnels ou familiaux de troubles mentaux et de tentatives de suicides (Ohberg, Vuori, Ojanperä & Lonngvist 1996 ; Pirkola et al., 2004 ; Roy et Janal, 2005). De même, Bakken et Vaglum (2007) ont rapporté un taux élevé de tentatives de suicide chez les patients présentant un épisode précoce de troubles liés aux substances, une durée importante de la toxicomanie, les « grands buveurs », et ceux qui abusaient souvent de substances. Ainsi un épisode précoce de troubles liés aux substances (<18ans), et une longue durée de ce trouble (>15ans) sont des prédicteurs indépendants des tentatives de suicide et les sujets dépendants aux substances sont peut être plus à risque de répéter la tentative de suicide que les sujets non dépendants (Bakken et Vaglum, 2007).

Il existe une comorbidité importante entre la dépendance à l'alcool et la dépression en tant que facteur de risque des comportements suicidaires. L'alcool augmente le risque suicidaire tant par l'aggravation du trouble dépressif lors d'une consommation chronique que par la facilitation du passage à l'acte lors de la prise aiguë en raison de son effet désinhibiteur. L'alcool peut être utilisé par les patients à visée « antidépressive », mais à long terme les effets dépressogènes entraînent des idées suicidaires et facilitent le passage à l'acte. Pour Sher

et al. (2006) la comorbidité dépression/alcool, marquée par une déficience sérotoninergique peut entraîner des conduites suicidaires. De plus, un dysfonctionnement dopaminergique peut jouer un rôle important dans la pathophysiologie des comportements suicidaires chez les alcooliques.

Cornelius (1995) a comparé 107 patients présentant un épisode dépressif majeur et une dépendance à l'alcool à un groupe d'alcoolodépendants non déprimés et un groupe de patient avec épisode dépressif majeur sans dépendance alcoolique. Au moment de l'évaluation le groupe dépression plus dépendance alcoolique se différenciait des deux autres groupes par un haut niveau de suicidalité (idées de suicide, désir de mort, tentatives de suicide). De plus, les sujets alcoolodépendants et déprimés se différenciaient des sujets déprimés non alcooliques par une plus grande impulsivité et une plus grande fréquence des troubles de la personnalité.

#### *1.4.2.4. Trouble lié à l'abus ou dépendance aux substances autres que l'alcool*

##### *1.4.2.4.1. Suicide*

Les études qui rapportent une relation entre l'abus de substances autre que l'alcool et le suicide sont plus rares. Une étude chinoise, menée par Tong et Phillip (2010) a montré que le risque de suicide était trois fois plus élevé chez les personnes souffrant d'un trouble lié aux substances.

En revanche, une étude menée en Europe a évalué le risque de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble d'abus de substance en comparant une ville en transition sociale (Tallinn, Estonie) et une ville stable sur la plan social et économique (Frankfurt, Allemagne). Schneider et al., (2007) ont montré une forte association entre les troubles liés aux substances et le suicide. L'estimation du risque de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation de substance était 13 fois plus élevée pour la ville de Tallinn et 4 fois plus élevé pour la ville de Frankfurt par rapport aux habitants de ces villes ne souffrant pas d'abus ou de dépendance aux substances. Dans les deux villes, le pourcentage de décès par suicide des jeunes (<34 ans) souffrant d'abus ou de dépendance à des substances autres que l'alcool était élevé (60%).

##### *1.4.2.4.2. Tentatives de Suicide*

Les sujets avec des troubles de consommation de substances psychoactives ont permis d'observer une forte prévalence de conduites suicidaires. Borges et al., (2006) observaient une prévalence sur la vie d'environ 4% pour les tentatives de suicide parmi 5877 patients avec une pathologie mentale. Dans cet échantillon, parmi les suicidants, environ 30% souffraient d'une dépendance à une substance et environ 6% d'un abus. Dans une autre étude, Tiet, Ilgen, Byrnes & Moos (2006) observaient qu'environ 3% des hommes et 4% des femmes souffrant d'un trouble lié à la consommation d'une substance ont fait une tentative de suicide un mois avant l'étude; et parmi les patients qui ont fait une tentative de suicide, environ 87% avaient un trouble lié à la consommation d'une substance.

Parmi les sujets ayant fait une première tentative de suicide dans l'étude de Borges et al., (2006) environ 8% souffraient d'une dépendance au cannabis, environ 7% aux stimulants et environ 4% à la cocaïne. Les facteurs prédictifs du suicide étaient l'abus et la dépendance à l'héroïne et aux toxiques volatiles. Ces résultats sont confirmés par ceux de Wilcox et Anthony (2004) qui ont observé que la consommation de substances volatiles avant l'âge de 16 ans multipliait par deux le risque de tentatives de suicides. Freedenthal et al., (2003) montraient une relation directe et linéaire entre la sévérité de la dépendance aux substances volatiles, les idées suicidaires et les tentatives de suicide.

Enfin Borges, Saltijeral, Bimbela & Mondragón, (2000), ont montré que le risque de comportements suicidaires augmentait avec la cumulation des substances consommées. Pour deux substances consommées le risque de tentatives de suicide était de 4% et pour 6 à 7 substances il était de 27%.

Une étude sur des patients souffrant d'un trouble dépressif majeur montrait que les troubles liés à la consommation de substances psychoactives augmentait le risque de tentatives de suicide (Bolton, Belik, Enns, Cox & Sareen, 2008). Une autre étude sur 990 patients souffrant d'un trouble bipolaire hospitalisés a montré que le risque de tentative de suicide était multiplié par deux chez les sujets qui avaient un trouble lié à la consommation de substances psychotropes.

Enfin l'étude de Price, Risk, Haden, Lewis & Spitznagel, (2004) a montré un lien entre la continuité du syndrome post-traumatique, la dépendance aux drogues et les comportements suicidaires dans le temps.

#### *1.4.2.5. Les troubles anxieux*

##### *1.4.2.5.1. Trouble de Stress Post-traumatique*

Les évènements traumatiques ont un impact important sur les individus et la société dans son ensemble et l'exposition à un événement traumatique peut avoir des conséquences sur la vie psychique des individus. Nous savons que plus de 60% des hommes et 51% des femmes seront confrontés à de tels évènements dans la vie et la prévalence sur la vie du trouble de stress post-traumatique (TSPT) dans la population générale se situe entre 2 %, pour les études européennes et 7 % pour les études nord-américaines (Brunet, Akerib et Birmes, 2007 ; Kessler et al., 2005 ; ESEMeD, 2004). Le TSPT peut entraîner d'autres pathologies mentales et s'aggrave en présence de cette comorbidité. Cela entraîne des conséquences graves sur le fonctionnement et la vie émotionnelle de l'individu et a un impact sur les comportements suicidaires (Davidson, 2000)

##### *Suicide*

Certaines études ont établi un lien entre l'exposition à des événements traumatiques et le suicide. C'est le cas dans des populations exposées à des événements traumatiques tels que rencontrés en guerre. Sur un échantillon de 320 890 hommes suivis sur un an, Kaplan, Huguet, McFarland & Newsom, (2007) ont observé que les anciens combattants étaient deux fois plus susceptibles de mourir par suicide par rapport aux hommes en population générale.

Sur une cohorte d'environ 5 millions de patients de l'administration de santé des vétérans de guerre (VHA) McCarthy et al., (2008) ont observé que le risque de suicide parmi les patients VHA était 66% plus élevé qu'en population générale.

Parmi les études évaluant le lien entre le TSPT développé dans ces populations à risque et le suicide Bullman et Kang (1994) ont montré dans un échantillon d'anciens combattants du Viet Nam, que le PTSD était associé à une augmentation significative du risque de suicide (Bullman et Kang, 1994).

##### *Tentatives de suicide*

En France, dans l'enquête « santé mentale en population générale », Vaiva et al., (2007) ont montré sur une cohorte de 36 000 sujets en population générale une prévalence de 0.7% de

TSPT complet durant le mois écoulé. Quatre virgule six pourcent de la population française avait été exposé un événement traumatique et 4% de l'échantillon global présentait un risque de comportement suicidaire de modéré à élevé et déclarait 15 fois plus de tentatives de suicide dans le mois écoulé (Vaiva et al., 2007).

Une étude antérieure proposée par Kolter, Iancu, Efroni, & Amir (2001) et comparant 46 sujets souffrant d'un TSPT avec 42 sujets souffrant d'un trouble anxieux sans TSPT et 50 sujets contrôles, a montré que les sujets souffrant d'un TSPT présentaient un plus grand risque de comportements suicidaire associé à l'impulsivité avec un support social plus faible par rapport aux deux autres groupes (Kolter, et al., 2001) .

Sur un échantillon de 5877 personnes, dans l'étude de Sarreen et al., (2005) évaluant la relation entre les troubles anxieux et les comportements suicidaires (idées suicidaires d'un côté et tentatives de suicide de l'autre), seul le TSPT était significativement associé aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide (Sarreen et al., 2005).

Une étude récente évaluant 94 sujets souffrant d'un TSPT a cherché à comprendre le lien entre ce trouble et les comportements suicidaires (idées suicidaires et tentatives de suicide). Les auteurs ont identifié deux chaînes d'éléments entre le TSPT et les comportements suicidaires. Dans la première les comportements suicidaires étaient directement associés à une grande altération de la qualité de vie en relation avec un fonctionnement professionnel et social pauvres. Dans la seconde, ils étaient directement associés à des symptômes dépressifs en relation à des symptômes plus sévères de TSPT (Panagioti, Gooding & Tarrier, 2011).

Les risques de tentatives de suicide sont plus élevés chez les personnes présentant un trauma de type II (exposition à des événements traumatiques répétés) par rapport à celles présentant un trauma de type I (exposition à un seul événement traumatique) (Vaiva et Ducrocq, 2010). Ainsi, les personnes ayant subis des maltraitances à l'enfance ou à l'âge adulte (violences conjugales) ont plus de risque de développer des TSPT et de faire des tentatives de suicide (Paolucci, Genuis & Violato, 2001). Ulman et Brecklin, 2002, ont montré un lien significatif entre le TSPT et les tentatives de suicide et le nombre d'évènements traumatiques et la dépression étaient chacun associés à l'augmentation des tentatives de suicide.

Molnar, Berkman & Buka, (2001) ont évalué l'association entre les abus sexuels et les comportements suicidaires. Les résultats ont montré que parmi les victimes d'abus sexuels, le risque de faire une tentative de suicide était 2 à 4 fois plus élevé chez les femmes et 4 à 11 fois plus élevé chez les hommes par rapport à ceux qui n'ont pas été victimes (Molnar et al., 2001).

En Australie, une étude récente sur un échantillon de 2559 personnes ayant subis des maltraitances à l'enfance a observé un lien significatif entre les antécédents de maltraitance à l'enfance et un risque important de tentatives de suicide. L'ampleur de ce risque est quelque peu réduite après le contrôle des variables TSPT et dépression mais reste toutefois largement significatif (Bedi et al., 2011).

#### *1.4.2.5.2. Autres troubles anxieux*

Les études les plus anciennes ont montré un lien entre le trouble panique et le suicide (Weissman, Klerman, Markowitz & Ouellette, 1989). Les études plus récentes s'accordent plutôt à décrire les troubles anxieux comme des facteurs aggravant en lien avec les autres troubles comme la dépression et les dépendances à l'alcool et autres substances, plutôt que des facteurs isolés du risque suicidaire (Goodwin & Roy-Byrne, 2006 ; Perroud et al., 2007 ; Dilsaver , Akiskal, Akiskal & Benazzi, 2006).

En revanche, les résultats d'une étude plus récente menée par Pagura, Cox, Sareen & Enns, (2008) montraient un lien entre la récurrence des tentatives de suicide et les troubles anxieux. Cette étude s'est attachée à comparer deux larges échantillons provenant d'une enquête ultérieures menée par Kessler et al., (1994) et Kessler et al., (2004). Cette enquête concernait 5877 personnes évaluées de 1990 à 1992 et 5692 personnes évaluées de 2001 à 2003. Les troubles anxieux et la comorbidité de 3 troubles mentaux étaient rapportés comme les seuls liens significatifs avec le fait d'avoir fait plusieurs tentatives de suicide versus le fait de n'avoir fait qu'une seule tentative de suicide.

D'autres études ont montré un lien entre un trouble anxieux en particulier parmi le trouble anxieux généralisé, la phobie non spécifique, les troubles panique ou le stress post-traumatique et les tentatives de suicide (Cox, Dorenfeld, Swinson & Norton, 1994; Ferrada-Noli & al., 1998; Kessler & al., 1999; Kotler & al., 2001; Weissman, Klerman, Markowitz & Ouellette, 1989). La question était de savoir si les liens entre les troubles anxieux et les tendances suicidaires représentaient des associations uniques ou reflétaient plutôt l'influence de la comorbidité avec d'autres troubles mentaux, en particulier la dépression majeure.

En revanche, plusieurs auteurs ont évalué plus particulièrement le trouble panique et ont montré un taux élevé de tentatives de suicides parmi les personnes souffrant d'un trouble panique (Beck, Steer, Sanderson & Skeie 1991; Cox et al., 1994; Lepine, Chignon & Teherani 1993; Schmidt, Woolaway-Bickel & Bates 2001; Starcevic, Bogojevic, Marinkovic & Kelin 1999; Warshaw, Dolan & Keller, 2000).

#### *1.4.2.6. Les troubles de la personnalité*

Par rapport au suicide, les autopsies psychologiques estiment qu'environ 30% de personnes mortes par suicide souffraient d'un trouble de la personnalité (Oldham 2006).

Dans une étude Finlandaise Isometsä et al., (1996) utilisant la méthode de l'autopsie psychologique dans un échantillon de 229 personnes décédées par suicide sur une période d'un an, ont montré que le suicide parmi les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité était associé avec la présence de syndromes dépressifs et de troubles liés à la consommation de substances, ou les deux. Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité du cluster B (Personnalité histrionique, Personnalité antisociale, Personnalité narcissique et Personnalité borderline) souffraient également le plus souvent d'un trouble lié à la consommation de substances et avaient le plus souvent fait des tentatives de suicide avant leur suicide abouti (Isometsä et al., 1996).

Plusieurs études ont montré que la comorbidité entre les troubles de la personnalité de l'axe II et les troubles psychiatriques de l'axe I était impliquée dans les facteurs de risque des conduites suicidaires (Crawford et al., 2005 ; Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007). Une étude irlandaise a montré que cette comorbidité augmentait considérablement le risque suicidaire puisque par rapport aux personnes ne présentant aucun trouble mental actuel, le risque estimé du suicide chez les sujets cumulant les troubles de l'axe I et de l'axe II (OR 346,0) était supérieur aux sujets souffrant uniquement d'un trouble de l'axe I (OR 52.4) (Foster, Gillespie, McClelland & Patterson, 1999).

#### *1.4.2.7. Trouble de la personnalité borderline*

Le trouble de la personnalité borderline est estimé pour 30% des sujets qui meurent de suicide, 40% à 70% des personnes qui font une tentative de suicide et 50% des patients hospitalisés en psychiatrie et qui meurent par suicide (American Psychiatric Association, 2003). Soixante à 70 % des personnes avec un trouble borderline font une tentative de suicide, et elles sont plus fréquentes que le suicide abouti dans cette population (Gunderson 2001).

Les facteurs de risques suicidaires identifiés dans le trouble de la personnalité borderline sont les antécédents de conduites suicidaires, les troubles de l'humeur, l'abus ou la dépendance à



des substances, le désespoir, les antécédents familiaux de suicide ou de conduites suicidaires, la maltraitance à l'enfance ou l'adolescence, l'impulsivité et la présence de traits antisociaux (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius & Ulrich, 1994 ; Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004).

Une étude plus récente proposée par le Groupe McGill d'Étude sur le suicide, a évalué les risques de suicide sur une population de 120 personnes, dont un groupe expérimental composé de 70 personnes décédées par suicide (méthode de l'autopsie psychologique) et souffrant d'un trouble de la personnalité borderline et 50 personnes en vie souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Le groupe des personnes suicidées cumulait le plus souvent le critère vie entière de dépendance à l'alcool, le critère vie entière de dépendance aux drogues, une comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité de l'axe II, en particulier le trouble de la personnalité antisociale. De plus, par rapport aux traits de la personnalité borderline, les personnes décédées par suicide permettaient d'observer un taux plus élevé d'impulsivité, d'hostilité ou de colère inappropriée. Après une analyse en régression logistique le trouble de la dépendance à l'alcool expliquait le mieux le suicide dans la population des personnes décédées par suicide.(McGirr et al., 2007).

Le trouble de la personnalité borderline est notamment caractérisé par des comportements destructeurs qui peuvent se traduire sous plusieurs formes : des comportements impulsifs entraînant des conduites à risque, des comportements d'automutilation dirigés contre soi-même (se couper ou se brûler), des tentatives de suicide ou des suicides (Oldham, 2006).

Ainsi, Dumais et al., (2005) identifiaient le trouble de la personnalité borderline comme significativement plus élevé dans un groupe de personnes décédées par suicide (n=104) avec un trouble dépressif majeur par rapport à groupe de personnes en vie (n=74) avec un trouble dépressif majeur. De plus, le cluster B des troubles de la personnalité était un prédicteur indépendant du risque suicidaire chez les hommes déprimés et décédés par suicide. Ce résultat est important car les troubles du cluster B sont caractérisés par des traits de personnalité impulsifs et agressifs, notamment pour la personnalité borderline et la personnalité antisociale. Cependant dans une autre analyse, les auteurs ont trouvé un lien entre les comportements impulsifs et agressifs et le suicide chez les hommes déprimés sans que ceci soient directement prédicteurs du suicide (Dumais et al., 2005).

De leur côté, par rapport aux traits de personnalités, Yen et al., (2004) identifiaient l'instabilité affective comme le trait le plus associé aux tentatives de suicides. L'impulsivité et la perturbation de l'identité étaient également associées aux conduites suicidaires, mais n'étaient pas significatives dans un contexte de tentatives de suicides « sérieuses ».

#### *1.4.2.8. Les autres troubles de la personnalité.*

La prévalence du trouble de la personnalité antisociale est de 2 %. Ce trouble se caractérise par une tendance à l'impulsivité et la fréquence des conduites hétéroagressives. Le taux de suicide chez les personnes souffrant d'un trouble antisocial est de 5% (Paris, 2003).

Peu d'études se sont intéressées au lien entre les autres troubles de la personnalité et les conduites suicidaires. Johnson et al., (1999) montraient dans leur étude longitudinale auprès de 717 adolescents, que ceux qui souffraient de troubles du cluster C (Personnalité obsessionnelle-compulsive, Personnalité dépendante, Personnalité évitante) avaient plus d'idées suicidaires et rapportaient plus de tentatives de suicides à l'âge adulte. Des analyses complémentaires ont montré que le trouble de la personnalité dépendante était associé à un risque accru de suicide chez les jeunes adultes (Johnson et al., 1999).

#### *1.4.3. Autres facteurs cliniques*

##### *1.4.3.1. Facteurs cognitifs*

Les facteurs cognitifs liés à l'analyse et à l'adaptation à une situation nouvelle constituent un lien intermédiaire important entre les événements de vie et la probabilité de suicide. Les déficits cognitifs spécifiques comme la rigidité, les pensées dichotomiques, l'inaptitude à concevoir des solutions alternatives, empêchent les suicidants de résoudre correctement des problèmes quand ils sont confrontés à des événements défavorables (Adams & Adams, 1993). Ainsi le modèle stress-diathèse développé précédemment explique comment, avec l'appui d'observations neurobiologiques, cette interaction entre les événements de vie et les perceptions subjectives négatives et dépressives favorise l'activité suicidaire (Mann & Arango, 1993).

##### *1.4.3.1.1. Le désespoir*

Le désespoir représente un système de schèmes cognitifs dont le dénominateur commun concerne des attentes négatives tournées vers le futur. C'est un facteur de risque important

des idées, des comportements suicidaires, et du suicide (Beck, Weissman, Lester & Trexler 1974 ; Beevers et Miller, 2004). Selon les premiers auteurs le désespoir serait identifié comme l'une des caractéristiques fondamentales de la dépression (Beck, 1963, 1967; Melges et Bowlby, 1969).

Les recommandations internationales demandent que le niveau de désespoir soit estimé lors de l'évaluation du risque de suicide et, le cas échéant, doit être ciblé dans le cadre d'un plan de traitement complet (American Psychiatric Association, 2003).

Dans une étude qui évaluait les facteurs de risque du suicide chez les patients souffrant d'un trouble psychiatrique, Brown, Beck, Steer & Grisham (2000) ont identifié le désespoir comme un facteur de risque du suicide chez les patients ayant des idées suicidaires. Les auteurs observaient que ces résultats pouvaient constituer un enjeu important dans le soin car l'ensemble des croyances constituant le désespoir pouvaient être facilement repérables et potentiellement modifiables par le soin. Cette hypothèse est confirmée par une autre étude menée sur des patients avec des troubles psychiatriques qui se sont suicidés versus des patients avec des troubles psychiatriques qui ne se sont pas suicidés. Les auteurs ont constaté un taux plus élevé parmi les patients qui se sont suicidés d'arrêt de thérapie et d'absence à plusieurs séances. Ce groupe était également celui qui avait le niveau le plus élevé de désespoir. Ainsi les auteurs suggéraient que l'arrêt du traitement de façon prématurée et des réponses inadéquates au traitement pouvaient avoir un lien avec le suicide chez les patients avec un trouble psychiatrique et un niveau élevé de désespoir (Dahlsgaard, Beck & Brown, 1998). Enfin, Brown et al., (2005) ont comparé, dans un échantillon de 120 patients venant de faire une tentative de suicide recrutés aux urgences, l'effet de dix séances de thérapie comportementale versus les soins habituels, 6 mois après la première tentative de suicide. Les sujets ayant suivis les 10 séances de thérapie cognitive développées pour la prévention des tentatives de suicide avaient un niveau de désespoir nettement inférieur au groupe de patients ayant reçu les soins habituels.

#### *1.4.3.1.2. L'alexithymie*

Proposé par Sifneos (1973), le concept d'alexithymie signifie étymologiquement l'incapacité à exprimer ses émotions par des mots (a : privatif; lexis : mots; thymie: émotion, humeur). C'est une incapacité à identifier et à exprimer verbalement ses émotions, ainsi qu'à les distinguer des sensations corporelles. Ces recherches se sont fondées sur les travaux de Marty

et De M'Uzan (1963) portant sur la pensée opératoire, centrée sur le concret et l'absence de participation affective et d'activité représentative fantasmatique.

On peut distinguer l'alexithymie « état » de l'alexithymie « trait », la première est liée à une situation et peut varier dans le temps, la seconde est fixée et persiste avec le temps (Farges 2001).

Taiminen, Saarijärvi, Helenius, Keskinen & Korpilahti, (1996) ont interviewé 50 personnes 24 heures après leur arrivée à l'hôpital pour tentative de suicide. Des instruments structurés ont mesuré l'intensité de la tentative, la cause suicidaire, la dépression et l'alexithymie. Presque tous les suicidants présentaient des symptômes dépressifs, et la moitié d'entre eux étaient aussi alexithymiques. Cependant l'alexithymie n'était pas plus fréquente dans ce groupe que dans celui des patients présentant des symptômes dépressifs non suicidaires. La dépression et l'alexithymie étaient significativement corrélées, mais il n'y avait pas de corrélation entre l'alexithymie et l'intensité de la tentative de suicide ni la cause du suicide. Les auteurs concluaient que l'alexithymie semblait être associée à la dépression dans les tentatives de suicides mais pas avec la suicidalité en soi.

Iancu et al., (1999 ; 2001) ont cherché à évaluer la prévalence de l'acte suicidaire chez les personnes souffrant d'attaques de paniques. Pour cela ils ont étudié le rôle de l'alexithymie comme prédicteur du comportement suicidaire. Ont été évalués : 42 patients avec trouble panique avec ou sans agoraphobie et 24 personnes constituant le groupe témoin pour lesquels la dépression, l'alexithymie et le risque suicidaire ont été contrôlés. Dans cet échantillon, seulement 5% des personnes souffrant d'attaques de paniques avaient déjà fait une tentative de suicide. La fréquence de l'alexithymie était plus élevée parmi les 42 patients : 39%, contre 4% pour le groupe témoin, et les sujets alexithymiques avaient des scores de risque suicidaire plus élevés en comparaison aux sujets non alexithymiques. Les sujets alexithymiques présenteraient des attaques plus fréquentes et plus marquées par une symptomatologie somatique.

L'alexithymie peut altérer la régulation des émotions ce qui peut amener à développer des troubles émotionnels qui peuvent conduire au suicide.

Hirsch, Hautekeete & Kochman (2001) ont évalué l'effet des facteurs pouvant conduire les adolescents à une tentative de suicide. La dépression et le désespoir été évalués, ainsi que l'alexithymie. Ces auteurs concluaient que « l'alexithymie pourrait être considérée comme un facteur de risque suicidaire, ne serait-ce qu'en limitant les possibilités de communication avec autrui des sentiments et émotions ».

### *1.4.3.2. Les événements de vie*

#### *1.4.3.2.1. Les fardeaux d'adversités*

Les événements de vie font également partie des facteurs de risques à considérer pour le suicide et les comportements suicidaires. Ces événements s'imposent tout au long de la vie et leur impact n'est pas forcément le même selon les âges ou le sexe.

##### *1.4.3.2.1.1. Suicide*

Séguin, Renaud, Lesage, Robert & Turecki (2011) ont comparé 67 « histoires » de personnes suicidées avec 56 « histoires » d'un groupe contrôle qui n'ont pas eu d'idées suicidaires lors de la dernière année avant les entretiens administrés par l'équipe pour le recueil des données. Les résultats ont montré des différences sur les trajectoires de vie des deux groupes. Durant la dernière année, les plus grandes différences observées étaient la présence de troubles de l'humeur, de troubles d'abus et de dépendance, et de troubles anxieux, qui étaient entre 8 et 63 fois plus susceptibles d'être rencontrés dans le groupe de personnes suicidées. Les auteurs ont également observé qu'il y avait plus d'adversités de vie dans le groupe de personnes suicidées et que les adversités les plus sérieuses arrivaient plus tôt dans l'enfance dans le groupe des personnes suicidées.

##### *1.4.3.2.1.2 Tentatives de suicide*

Les événements de vie de l'enfance peuvent avoir des effets à long terme sur les mécanismes impliqués dans la gestion du stress et peuvent fragiliser les individus et favoriser le développement de troubles psychiatriques et de conduites suicidaires (Kessler, Davis & Kendler, 1997).

Shea, Walsh, Macmillan & Steiner, (2005) ont montré que la maltraitance à l'enfance augmentait la vulnérabilité pour un trouble dépressif majeur et/ou un syndrome de stress post-traumatique, en particulier chez les femmes. Cette vulnérabilité était traduite par un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui, associée au stress pourrait entraîner le développement de troubles psychiatriques. Dube et al., (2001) ont étudié le lien entre les adversités de vie (violences psychologique, abus physiques et sexuels, toxicomanie, incarcération, présence de psychopathologies dans la famille, séparation ou divorce des

parents) et la possibilité de faire une tentative de suicide à l'adolescence et l'âge adulte. La prévalence sur la vie de faire au moins une tentative de suicide était de 3.8% et le fait d'avoir rencontré une adversité dans l'enfance augmentait de 2 à 5 fois le risque. Afifi et al., (2008) ont montré que les risques attribuables à la population des personnes ayant rencontré des adversités dans l'enfance étaient de 16% pour les idées suicidaires et 50% pour les tentatives de suicide chez les femmes ; et 21% pour les idées suicidaires et 33% pour les tentatives de suicide chez les hommes.

#### *1.4.3.2.2. Facteurs économiques et sociaux*

Les facteurs économiques ou reliés à la profession sont très souvent évalués dans les études épidémiologiques. Le taux global de suicide augmente pendant les récessions économiques et baisse pendant les périodes d'expansion (Luo, Florence, Quispe-Agnoli, Ouyang & Crosby 2011). Chang, Gunnell, Sterne, Lu & Cheng (2009) ont étudié l'impact de la crise de 1997/1998 sur le suicide au Japon, à Hong-Kong, en Corée du sud, à Taiwan, à Singapour et en Thaïlande. Ils ont constaté que par rapport à 1997 le taux de suicide chez les hommes en 1998 a augmenté de 39% au Japon, 44% à Hong Kong et 45% en Corée du sud. Cette hausse est moins marquée chez les femmes. De plus, la crise économique a été associée à 10 400 suicides de plus en 1998 au Japon, à Hong Kong et en Corée du sud. Ces augmentations n'ont pas été observées à Taïwan et à Singapour, les deux pays où la crise économique a eu un impact plus faible. Des analyses ont montré que l'impact de la crise sur certains suicides d'hommes a pu être attribué à l'augmentation du chômage. Ces résultats suggèrent une association entre la crise économique des pays de l'est et du sud-est asiatique avec une forte augmentation de la mortalité par suicide dans certains pays, et que cette association a pu être liée à la montée du chômage (Chang et al., 2009).

Le fait de changer de statut professionnel en étant « au chômage » peut avoir un impact sur le suicide. Yur'yev, Värnik, Värnik, Sisask & Leppik (2010) ont montré que la mortalité par suicide était associée au fait de perdre son emploi et à la peur d'une insuffisance de ressources financières en cas de chômage. Les auteurs ont également remarqué que les attitudes à l'égard de l'emploi et du chômage divergeaient en Europe Occidentale et en Europe Orientale où le chômage était plus craint et où la population comptait davantage sur le gouvernement (Yur'yev et al., 2010).

## 1.5. SOINS ET STRATEGIES DE PREVENTION DU SUICIDE

### 1.5.1. Contexte général

Les stratégies de prévention concernent plusieurs grands axes : l'accès aux moyens, la prise en charge de la dépression, l'action sur les suicidants. Ces stratégies peuvent être mises en place selon différents modes. On peut agir sur la population générale ou sur les groupes à risque de suicide selon différents facteurs de risques. Par exemple le taux de suicide en Angleterre connaît une baisse grâce à la diminution de l'accès aux moyens avec une action tournée vers la détoxification du gaz de ville ou la limitation de l'accès aux armes à feu.

Nous nous attacherons dans ce chapitre à mettre en lien les stratégies de prévention et les soins apportés aux personnes à haut risque de récurrence de comportements suicidaires, dû à leurs antécédents de conduites suicidaires ou à la présence d'une ou plusieurs pathologies mentales.

### 1.5.2. Prise en charge des suicidants

#### *1.5.2.1. Programmes nationaux de prévention*

Depuis une vingtaine d'années l'OMS et certains pays industrialisés ont tenté de développer des programmes nationaux de prévention contre le suicide. Ces stratégies ont été peu évaluées, mais un consensus d'experts s'est réuni en 2005 pour étudier la littérature dans ce domaine et examiner l'efficacité de certaines interventions dans le but de faire des recommandations pour les futurs programmes et d'orienter de nouvelles recherches (Mann et al., 2005).

Un atelier de 5 jours a permis d'identifier 5 grands domaines de prévention :

- 1) Education et programmes de sensibilisation pour le grand public et les professionnels
- 2) Les méthodes de dépistage des personnes à haut risque
- 3) Le traitement des troubles psychiatriques
- 4) La restriction de l'accès aux moyens létaux
- 5) Le rapport des médias face au suicide.

#### *1.5.2.1.1. Sensibilisation au grand public*

Le but des campagnes de sensibilisation du public est d'améliorer la reconnaissance des risques de suicide et d'aider à la recherche grâce à une meilleure compréhension des facteurs de risque des comportements suicidaires et de la maladie mentale. Elles visent aussi à réduire la « stigmatisation » de la maladie mentale et du suicide et à combattre les « idées reçues » qui font du suicide une « solution inévitable » ou « appropriée aux problèmes de la vie » (Mann et al., 2005).

Certaines études ont observé que les campagnes de sensibilisation au public avaient peu d'effet sur la réduction des comportements suicidaires (Hegerl, Althaus et Stefanek 2003 ; Jorm, Christensen et Griffiths 2005 ; Paykel, Hart et Priest, 1998 ; Akroyd et Wyllie, 2002).

Au Canada et en Australie des programmes de « premiers secours » ont été mis en place pour former la population à reconnaître les personnes à risque suicidaire, de les soutenir pendant le crise et les assister dans leur recherche d'aide jusqu'à qu'ils soient connectés au système de soins (Kelly, Jorm, Kitchener & Langlands, 2008).

D'autres stratégies d'enseignement spécifiques sont destinées aux jeunes, y compris à l'école et par le biais de programmes communautaires. Peu de ces programmes reflètent l'état actuel des connaissances en prévention du suicide, et peu d'évaluations sont faites sur leur efficacité dans la prévention des comportements suicidaires (Gould, Greenberg, Velting & Shaffer 2003).

Une revue de littérature sur des études publiées entre 1980 et 1995 a montré que les connaissances sur le suicide s'étaient améliorées parmi les jeunes bénéficiant de ces programmes, mais qu'ils avaient à la fois des effets bénéfiques et néfastes sur les élèves par rapport à la recherche d'aide et de soutien de la part des autres (Ploeg et al., 1996). Un autre examen de la littérature entre 1990 et 2002 a également observé que les programmes permettaient d'accroître les connaissances sur le suicide et d'améliorer les attitudes face à la maladie mentale et le suicide, mais n'ont pas trouvé de preuves significatives pour la prévention des comportements suicidaires (Guo et Harstall, 2002).

Enfin, une étude randomisée a rapporté des taux inférieurs de tentatives de suicide, une plus grande connaissance et des attitudes plus adaptées face à la dépression et au suicide dans les groupes expérimentaux, dans les 3 mois après l'intervention. Par contre, ils n'ont pas observé de bénéfices significatifs sur les taux d'idéations suicidaires ou la recherche d'aide (Aseltine et DeMartino, 2004).



### *1.5.2.1.2. Formation des professionnels*

#### *Intervenants de première ligne*

Les programmes nationaux de prévention se sont attachés à la formation des professionnels qui sont amenés à travailler ou à rencontrer des personnes plus vulnérables par rapport aux comportements suicidaires (professeurs, éducateurs, infirmiers scolaires, pharmaciens, bénévoles d'association, personnels de l'administration pénitentiaires, infirmiers urgentistes...). Ces formations reposent sur le modèle d'intervention en situation de crise selon les travaux de Caplan (1964), Messik et Aguilera (1976) qui demeure largement utilisés aujourd'hui pour les formations des personnels en première ligne.

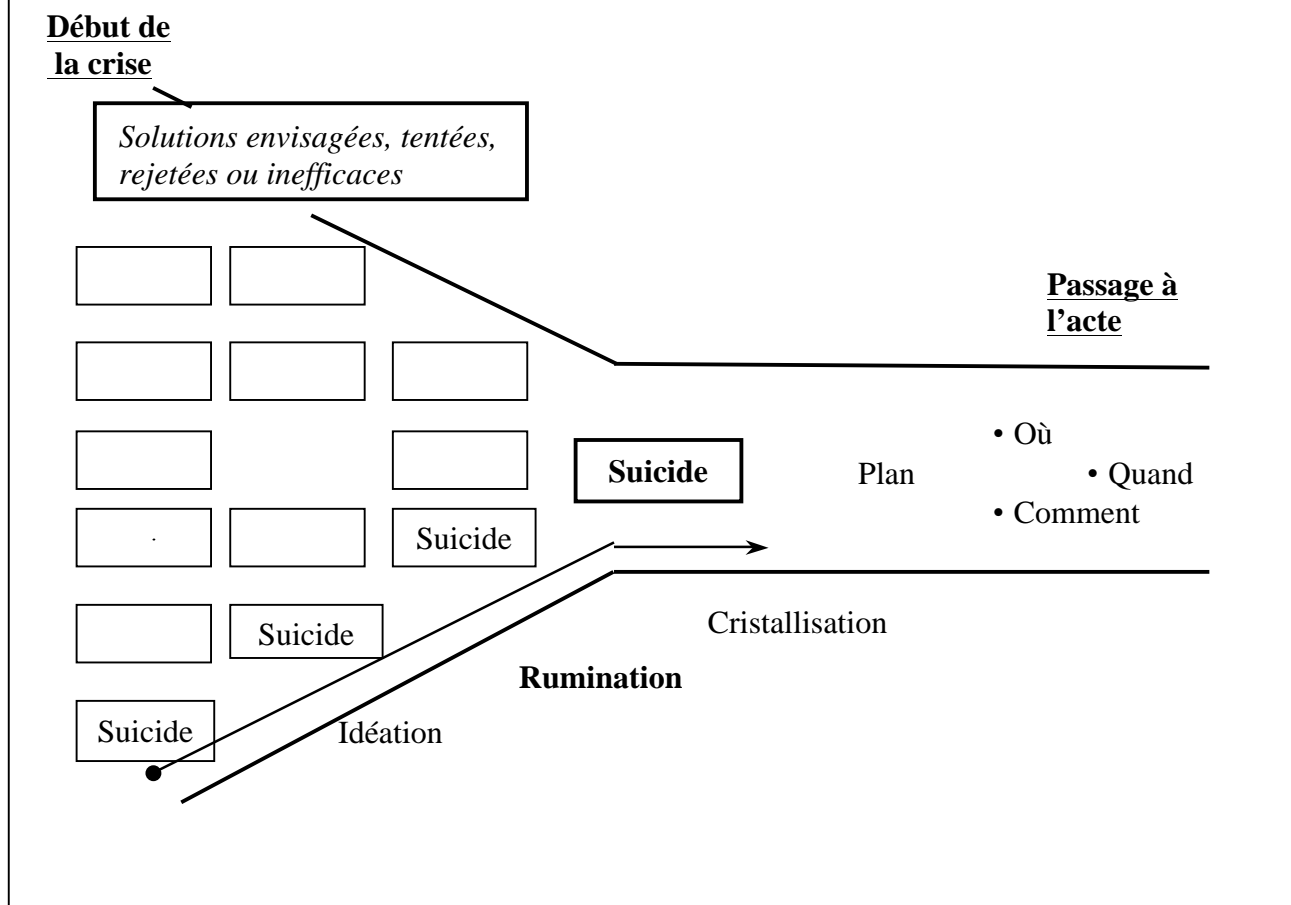
Dans ses études sur le suicide, L'INSERM (2000) s'appuie sur ce modèle proposé lors de la Conférence de consensus en octobre 2000 par Monique Séguin en collaboration avec un ensemble d'experts (Séguin, 2000). Le modèle repose sur le principe qu'il est possible d'observer un processus suicidaire chez l'individu avant le passage à l'acte. Lors de situations stressantes, la personne peut réagir de façon inadaptée, fragilisée par l'accumulation de facteurs de risque antérieurs. Le processus est enclenché par une perte qui engendre un état dépressif et la crise se met en place. L'état de crise peut être accompagné d'idéations passagères qui se transformeront en rumination, puis vont se cristalliser et amener l'individu à l'élaboration d'un plan à trois phases : où ? quand ? comment ? qui deviendra la tentative planifiée.

Le processus suicidaire se déroule en quelques heures ou quelques jours et suit donc un schéma en trois étapes :

- Les pensées ou idées suicidaires (idéation suicidaire) ;
- La crise suicidaire où les pensées deviennent omniprésentes qui poussent à l'élaboration d'un plan ;
- Le passage à l'acte.

Ce schéma montre donc que le suicide n'est pas un acte impulsif, mais qu'il est le résultat d'un processus défini dont chaque étape peut faire l'objet d'une intervention (Séguin, 2000)

Figure 2. Le processus suicidaire



Ces interventions ont donc pour but de permettre aux professionnels d’identifier les personnes à haut risque de comportements suicidaires afin de les diriger vers un dispositif d’évaluation et de traitement.

### *Formation des médecins*

Comme nous l’avons vu précédemment, les études utilisant les autopsies psychologiques ont montré que 90% des sujets qui se suicident souffraient d’un trouble mental et 80% d’entre elles ne sont pas traitées au moment du décès (Lonnqvist et al., 1995 ; Henriksson, Boethius & Isacson, 2001). Les troubles psychiatriques, et en particulier la dépression, étant souvent sous-évalués ou mal diagnostiqués en médecine générale beaucoup de personnes souffrant de troubles mentaux n’ont pas un traitement adéquat ou ne sont tout simplement pas traitées (Andersen, Andersen, Rosholm & Gram 2000 ; Appleby et al., 1999 ; Hirschfeld et al., 1997 ; Coyle et al., 2003), et ce même après une tentative de suicide (Oquendo et al., 2002).

Théoriquement, un meilleur repérage et une amélioration de la prise en charge des affections mentales au niveau du médecin généraliste devrait être efficace pour les raisons suivantes (Mann et al., 2005) : 1) l'écrasante majorité des suicides a lieu chez des patients présentant une affection mentale (trouble de l'humeur, dépendance à l'alcool, schizophrénie, etc.); et 2) plus de la moitié des suicidés ont un contact avec un médecin non spécialiste dans le mois précédant le suicide (Luoma, Martin & Pearson 2002 ; Mazières et al., 2000). Cependant cette stratégie rencontre des obstacles majeurs. La perception que la dépression est un désordre transitoire, ou qu'elle pourrait s'améliorer d'elle-même, ou par la personne elle-même, est la principale raison de ne pas recourir à un traitement (Lesage, 2002). Les généralistes rencontrent un grand nombre de patients dont seulement un faible pourcentage se suicide. Ce paradoxe au niveau individuel contribuerait à diminuer l'intérêt d'une meilleure formation au repérage des facteurs de risque (Freedenthal, 2003). D'autre part, toutes les classes d'âge et de sexe ne consultent pas leur médecin généraliste, les patients âgés et les femmes étant ceux qui semblent consulter le plus fréquemment, les hommes plus jeunes sont ainsi moins faciles à repérer.

En France, une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes du sud de la France a montré que les idées de suicide n'étaient pas repérées chez la moitié des patients auxquels était pourtant prescrit un antidépresseur. La détection s'améliorait lorsque le médecin suivait une formation médicale continue sur la dépression, quand les patients avaient des symptômes dépressifs caractérisés, et lorsque les consultations étaient plus longues (Verger et al., 2007).

A un niveau national, une stratégie a prouvé son efficacité dans l'amélioration de la prise en charge et du traitement de la dépression au niveau de la population. L'étude menée sur l'île de Gotland (Suède) dans les années 1980 a démontré que l'amélioration du dépistage et du traitement de la dépression par des médecins généralistes avait un impact favorable sur le taux de suicide (Rutz, Von Knorring & Walinder 1989). Par la suite les auteurs ont observé que la diminution importante des suicides chez les sujets déprimés était responsable de la diminution globale des taux de suicide dans cette région. De plus, l'épuisement de cet effet après 4 ans et sa réapparition après une nouvelle formation montre qu'une formation continue des médecins généralistes pourrait être un choix important dans la prévention du suicide (Rihmer, Rutz & Pilhlgren, 1995).

#### *1.5.2.1.3. Traitements médicamenteux*

Les antidépresseurs sont utilisés pour atténuer la dépression et les autres troubles psychiatriques. En règle générale, les revues de littératures portant sur les essais cliniques randomisés n'ont pas observé les bénéfices de ces traitements sur le suicide ou les tentatives de suicide (Gunnell, Saperia et Ashby, 2005 ; Fergusson et al., 2005 ; Khan, Khan, Kolts & Brown 2003). Ceci peut s'expliquer par rapport au protocole des études qui sont de courtes durées et qui exclues les patients à risque (Parker, Anderson et Haddad, 2003).

Cependant, certaines études contrôlées ont pu démontrer l'existence d'un effet préventif du lithium pour les personnes souffrant de troubles de l'humeur (Thies-Flechtner, Muller-Oerlinghausen, Seibert, Walther & Greil, 1996) et de la clozapine pour les personnes souffrant de schizophrénie (Glick et al., 2004). Sur le plan national, des études ont permis d'établir un lien entre la prescription d'antidépresseurs et la diminution du taux de suicide dans plusieurs pays comme la Hongrie (Rihmer, Belso & Kalmar 2001), en Suède (Carlsten, Waern, Ekedahl & Ranstam 2001), en Australie (Hall et al., 2003), et aux Etats-Unis (Gibbons, Hur, Bhaumik & Mann). Cependant, ces études ne permettent pas d'attribuer un rôle de causalité à l'usage des antidépresseurs car elles n'évaluent ni l'observance ni l'acceptation des traitements.

Dans certains pays, il a été observé que l'augmentation des prescriptions d'antidépresseurs étaient corrélée avec la baisse du taux de suicide chez les adultes et les jeunes en Hongrie (Rihmer, Belso et Kalmar, 2001), en Suède (Carlsten et al., 2001), en Australie (Hall, 2003) et aux Etats-Unis (Gibbons, et al., 2005 ; Olfson, Shaffer, Marcus & Greenberg 2003).

#### *1.5.2.1.4. Psychothérapies*

Certaines études ont montré l'efficacité des thérapies cognitives (Brown, 2005), des thérapies centrées sur la résolution de problèmes (Hawton et al., 2002) et des psychothérapies interpersonnelles (Guthrie, 2001) sur le rapport à la récurrence suicidaire et l'observance des traitements. Ainsi Brown et al., (2005) ont observé que les thérapies cognitives pouvaient réduire jusqu'à la moitié les taux de récurrence des comportements suicidaires chez les personnes ayant fait une tentative de suicide par rapport aux personnes recevant les soins habituels. Pour le sous-groupe des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, ceux sont les thérapies comportementales dialectiques (Brown et al., 2005) et les

thérapies psychanalytiques axées sur l'hospitalisation partielle (Bateman & Fonag, 2001) qui sont observées dans la réduction des comportements suicidaires par rapport aux soins habituels.

Les thérapies centrées sur la résolution de problèmes ont montré des résultats sur l'amélioration du désespoir et des symptômes dépressifs (Gaynes, 2004).

#### *1.5.2.1.5. Stratégies de dépistage*

Le dépistage vise à identifier les personnes à haut risque de suicide et de comportements suicidaires afin de les orienter vers des traitements adaptés. L'accent peut porter directement sur le comportement suicidaire ou sur les facteurs de risque comme la dépression ou les troubles liés à la dépendance aux substances (Mann et al., 2005). Des instruments de dépistage de la dépression, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide ont été administrés à des lycéens (Shaffer et al., 2004), les jeunes délinquants (Cauffman, 2004), et les jeunes en général (Joiner, Pfaff & Acres, 2002) ont montré leur fiabilité dans l'identification des personnes à haut risque de comportements suicidaires. Cependant, l'acceptation de la nécessité d'un traitement après l'identification des jeunes à haut risque et la mise en œuvre de traitements ont été peu étudiées ce qui ne permet pas de prouver l'efficacité des stratégies de prévention (Mann et al., 2005).

#### *1.5.2.1.6. Stratégies de prévention des personnes à haut risque suicidaire*

Pour les patients à haut risque suicidaire, plusieurs études ont montré qu'un contact de la part d'un professionnel de la santé avait un effet sur la diminution de la récurrence des tentatives de suicides (Motto et Bostrom, 2001 ; Beautrais, Gibb, Faulkner & Mulder 2008 ; Vaiva et al., 2006 ; Vaiva et al., 2011).

Motto et Bostrom (2001) ont démontré l'efficacité d'une intervention simple et peu onéreuse comme l'envoi d'un courrier personnalisé. Le recrutement s'est effectué parmi les patients admis à l'hôpital psychiatrique pour dépression ou état suicidaire, et qui ne s'étaient pas rendus ou inscrits au programme de soins ambulatoires proposé à leur sortie. Ce groupe était randomisé en deux sous-groupes ; l'un dit « contact », l'autre « non-contact ». Le groupe « contact » recevait chaque mois pendant quatre mois ; puis tous les deux mois pendant huit mois ; puis tous les trois mois pendant quatre ans, une lettre simple de la personne qui s'était

entretenu avec eux à l'hôpital avant leur sortie. Ce groupe a permis d'observer un taux de suicide significativement plus bas pendant les deux premières années de suivi. Les taux se rejoignent progressivement au bout de quinze ans. Les auteurs ont émis l'hypothèse que le sentiment d'être « connecté » grâce au contact épistolaire répété permettrait de diminuer le sentiment d'isolement (Motto et Bostrom, 2001).

Plus récemment, une étude en Nouvelle-Zélande a utilisé une approche similaire pour évaluer son efficacité sur la diminution des récurrences de tentatives de suicides. Trois cent vingt sept personnes ont été recrutées aux urgences après une tentative de suicide et scindées en un groupe contrôle et un groupe expérimental. Le groupe expérimental a reçu une carte postale à deux semaines, 1, 3 et 6 mois en plus des soins habituels. Le groupe contrôle a reçu les soins habituels sans carte postale. Les résultats ont montré que le nombre de récurrences de tentatives de suicide était significativement plus faible dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle (Beautrais et al., 2008).

L'étude multicentrique de Vaiva et al., (2006) auprès de 605 patients recrutés aux urgences pour une intoxication médicamenteuse a quant à elle, démontré l'efficacité d'un contact téléphonique. Une psychologue formée contactait les patients par téléphone 1 et 3 mois après leur sortie afin d'évaluer l'efficacité du traitement recommandé et de l'ajuster en cas de besoin. Le groupe contrôle recevait les soins habituels et les personnes étaient orientés dans la plus part des cas vers leur médecins généralistes. Les résultats ont montré qu'un contact téléphonique 1 mois après la sortie des Urgences, permettait de diminuer la récurrence des conduites suicidaires pour le groupe expérimental dans l'année suivant l'admission. Ce contact téléphonique permet également de dépister les sujets à « haut risque » de récurrence et de les adresser aux urgences pour prévenir le passage à l'acte (Vaiva et al., 2006). Par la suite, les auteurs ont cherché à savoir si cette procédure avait été bien acceptée par les patients et si elle avait eu un impact sur leur futur. Les participants de l'étude initiale ont été recontactés 13 mois après la tentative de suicide indexée. Sur les 54% des patients qui ont répondu, 78,9% considéraient que le contact téléphonique avait été bénéfique, 40,4% qu'il avait eu un impact sur leur vie et 29,4% qu'il leur avait évité une récurrence suicidaire. La majorité des patients ont été satisfaits, même si 20,2% aurait préféré être recontacté par un médecin connu (Vaiva et Ducrocq, 2010).

Enfin, au regard des études développées sur les effets d'un contact des patients après une tentative de suicide, Vaiva et al., (2011) ont proposé le protocole de l'étude « ALGOS » (actuellement en cours) qui repose sur la construction d'un arbre décisionnel du type de contact. Elle regroupe à la fois le type de contact par téléphone et le type de contact par lettre

ou carte. Tous les patients admis aux urgences pour une première tentative de suicide auront reçu une « carte de crise » avec les numéros de téléphone des urgences dans lesquelles ils ont été inclus. Pour les patients qui ont déjà fait une tentative de suicide avant l'inclusion, un appel téléphonique leur sera adressé par un psychologue formé entre le 10<sup>e</sup> et le 21<sup>e</sup> jour après l'admission indexée. Trois types d'appels sont à distinguer selon la qualité du contact :

- Un appel dit « ordinaire » où le plan de traitement administré par les urgences reste valide et la situation de crise s'atténue. Aucune mesure supplémentaire ne sera prise.
- Un appel où le praticien constate que le plan de traitement n'est plus valide et le patient semble en difficulté psychologique. Dans ce cas un nouveau plan de traitement sera suggéré, et les patients recevront une carte postale au cours des 5 mois suivants.
- Un appel où le praticien constate que le patient présente un risque élevé de suicide, avec de fortes idéations suicidaires. Dans ce cas, le praticien demande au patient de se rendre aux urgences où il a été initialement pris en charge. En cas de refus, le médecin généraliste ou le SAMU seront contactés. Les patients recevront également une carte postale au cours des 5 mois à venir.

Les auteurs espèrent cibler certains sous-groupes de patients à risque en leur offrant des interventions spécifiques et optimiser à plus long terme les avantages de cette stratégie (Vaiva et al., 2011).

### 1.5.3. Prise en charge et interventions aux Urgences

#### *1.5.3.1. Continuité dans le système de soins*

Dans le soin en général, les patients sont de plus en plus vus par différents professionnels dans diverses organisations et endroits, et ce phénomène pose la question de la fragmentation des soins (Haggerty, Reid et Freeman, 2003). Cette question de la continuité dans les soins est tout à fait pertinente lorsqu'il s'agit des personnes ayant fait une plusieurs tentatives de suicide qui représentent une population fragile, cumulant souvent des problèmes personnels, sociaux, somatiques ou psychiatriques (Appleby et al., 1999) et qui n'est pas toujours en mesure de prendre l'initiative de recourir à un suivi.

Selon Haggerty, Reid et Freeman (2003), après un examen de la littérature sur la continuité dans les soins, celle-ci s'organiserait autour de trois points essentiels :

- La continuité informationnelle, vise à promouvoir l'information comme le fil conducteur reliant les soins d'un professionnel et d'un service en santé à un autre. L'information peut porter sur la personne ou la raison médicale. En général la raison médicale est privilégiée (Anderson et Helms, 1993), mais il est tout aussi important de considérer les préférences, les valeurs du patient et le contexte dans lequel il évolue, qui peuvent aider les professionnels à s'assurer que les services sont adaptés aux besoins.
- La continuité dans la gestion du soin, qui tend vers une « complémentarité » des interventions qui se succèdent dans un temps opportun. Des plans de gestion partagés ou des protocoles de soin peuvent faciliter cette continuité et offrent un sentiment de « prévisibilité » et de « sécurité » dans les soins à venir à la fois pour le patient et les professionnels.
- La continuité relationnelle, marque un lien entre le soin passé et les soins à venir et devrait assurer au patient un contact régulier avec un plusieurs professionnel(s).

Par rapport aux tentatives de suicide, la solution de la continuité des soins avec un rendez-vous dans un délai rapide avec le même médecin rencontré aux Urgences, pourrait également être une piste dans l'observance des soins des personnes à haut risque suicidaire (Cremniter, 1998).

#### *1.5.3.1.1. Vers une continuité des soins*

Certaines études ont montré que la prise en charge d'un patient venant de faire une tentative de suicide dépend du premier lieu où il est accueilli (Kapur, House, May & Creed 2003 ; Kapur, Cooper, Hiroeh, May, Appleby & House 2004).

En France, à partir de 1994, des programmes de prévention du suicide ont été mis en place dans plusieurs régions afin de d'harmoniser les pratiques de soins et d'améliorer la prise en charge des patients suicidants. Ces programmes s'articulaient autour de l'orientation des personnes ayant des idées suicidaires et de la formation des intervenants sur l'accueil et la prise en charge des patients suicidants en milieu hospitalier. Dans un rapport d'évaluation de ces programmes régionaux de santé, Bellanger et Jourdain (2006) ont rapporté une diminution de la mortalité par suicide dans les régions concernées.



La recherche d'une meilleure cohésion dans le soin des suicidants et une réflexion sur la pratique s'est élargie sur le plan national avec l'organisation de la conférence de consensus proposée par l'ANAES en 2000, réunissant un panel d'experts dans le domaine du suicide et aboutissant à des conclusions allant dans le sens de la continuité des soins de la crise suicidaire jusqu'à la fin de la prise en charge (ANAES, 2001).

#### *1.5.3.2. Interventions aux Urgences*

L'accent doit certainement être mis sur la prise en charge des suicidants dans les services d'Urgence. Les soins apportés aux suicidants peuvent varier selon l'évaluation des facteurs de risque suicidaire persistants comme les antécédents de tentatives de suicide, la dépression, la dépendance aux substances, etc., le diagnostic psychiatrique, les ressources du patient et la nature de l'étayage émanant des proches. Ils dépendent également de la décision d'orientation du médecin psychiatre et des soins qui sont à sa disposition pour justifier cette orientation.

Le premier obstacle pour toute intervention sur cette population aux Urgences reste la faible compliance des patients au suivi qui tend à faire penser que la majorité des patients ne se rendront pas à un rendez-vous après leur sortie des Urgences. Cremniter (2000) note des taux d'observance entre 24 % et 39 %.

D'autre part, il n'y a pas de consensus sur les indications formelles d'une hospitalisation ni sur des types de prise en charge. D'ailleurs certains auteurs soulignent qu'une prise en charge psychothérapique générale pour tout suicidant semble avoir peu de chance de réussir et les traitements spécifiques et ciblés ont parfois pu démontrer leur efficacité (Vaiva et al., 2006 ; Walter, 2000). Des études britanniques ont montré que l'évaluation systématique des suicidants aux urgences permettait d'éviter un grand nombre de récurrence (Kapoor et al., 2008).

Certains auteurs ont également observé que les interventions ciblant directement le problème de l'adhésion aux soins ou proposant des soins à domicile avaient le plus de chance d'aboutir (Comptois, 2002).

Les experts de la conférence de consensus qui s'est tenu à Paris en 2000 pour l'ANAES, soulignaient que le suivi après les Urgences étaient considérablement amélioré lorsque les relais de soins ont été établis et personnalisés à partir des Urgences (Séguin, 2000). Toutefois, le flux des patients peut amener la réponse psychiatrique à proposer une évaluation et une orientation « accélérées » au détriment d'une intervention brève et de la prévention des récurrences (ANAES, 2001 ; Staikowsky et Describes, 1999). A cet effet, l'étude en cours

présentée par Vaiva et al, (2011) et développée dans le chapitre précédent (ALGOS) propose une intervention facilement reproductible et peu coûteuse, et qui, si elle s'avère efficace peut aider à cibler certains sous-groupes de patients et fournir et ajuster des soins spécifiques (Vaiva et al., 2001).

## II. TRAVAIL DE RECHERCHE

### 2.1. OBJECTIFS

#### 2.1.1. Contexte

Les études évaluant les facteurs de risque des tentatives de suicide et du suicide ont montré que les patients souffrant de troubles psychiatriques représentaient un sous-groupe particulièrement à risque pour les tentatives de suicide et le suicide ; que les antécédents personnels d'une ou plusieurs tentatives de suicide sont des facteurs particulièrement importants pour les suicides ultérieurs; et que l'évaluation des patients à haut risque de suicide reste une pratique complexe et finalement assez peu étoffée dans les services de soins recevant des patients venant de faire une tentative de suicide.

Notre étude prospective et longitudinale évaluait les facteurs de risque sociodémographiques et cliniques de la récurrence suicidaire chez les personnes admises aux Urgences après une intoxication médicamenteuse volontaire.

Les résultats préliminaires de cette enquête concernant les premiers sujets inclus sont en cours de publication (Riedi et al., in press).

#### 2.1.2. Objectifs et Hypothèses

##### 2.1.2.1 Objectifs

Objectif principal :

- Evaluer les facteurs de risque d'une récurrence suicidaire dans l'année auprès de patients admis aux Urgences pour une intoxication médicamenteuse volontaire.

Objectifs secondaires :

- Evaluer les facteurs de risque pour plusieurs récurrences suicidaires dans l'année (plus de 2 tentatives de suicides après la tentative de suicide indexée).

- Evaluer l'évolution des symptômes de dépression, de désespoir et d'alexithymie entre l'admission aux Urgences et 6 mois après la TS
- Evaluer les items du questionnaire AUDIT en lien avec la récurrence des TS.

#### *2.1.2.2. Hypothèses*

Il est attendu, d'une part, que les variables cliniques, sous-jacentes à une pathologie mentale, telles que le score à l'échelle de dépression de Beck, au questionnaire AUDIT ou au MINI soient des facteurs de risque plus importants d'une récurrence suicidaire et de sa répétition dans l'année suivant la TS indexée, par rapport aux variables sociodémographiques telles que le fait d'être sans activité professionnelle, de ne pas vivre en couple, le genre, l'âge, que nous considérons plus comme des facteurs précipitants de la TS indexée sans être des facteurs de risque de la récurrence suicidaire et de sa répétition dans l'année ; et d'autre part, que les variables cliniques sous-jacentes à des troubles cognitifs, telles que le score aux échelles de désespoir et d'alexithymie soient également des facteurs de risques plus importants d'une récurrence suicidaire et de sa répétition dans l'année suivant la TS indexée.

## 2.2. METHODOLOGIE

### 2.2.1. Participants

De mars 2007 à juin 2009, 1393 personnes ont été sollicitées dans les deux unités d'urgence du CHU de Toulouse et celle du CH de Brive. Il s'agissait de personnes majeures et consentant à participer à l'étude, admises pour une intoxication médicamenteuse volontaire, présentant une maîtrise correcte de la langue française, ayant reçu les soins de réanimation et/ou de médecine d'urgence et dont la conscience était normale (score de Glasgow = 15). Étaient exclues de l'étude, les personnes inaptes à donner leur consentement à des soins psychiatriques indiqués, sous tutelle ou curatelle, et présentant un trouble de la vue rendant la lecture impossible. Parmi ces 1393 patients 418 (30%) ont refusé de participer. Parmi les 975 acceptant de participer, 368 (38%) présentaient des critères de non-inclusion. Au total, 607 sujets ont été inclus et un sujet a souhaité, en cours d'étude, que ses données ne soient pas exploitées. Les principaux motifs de refus étaient : le fait d'être fatigué (16,2%), de préférer rentrer chez soi rapidement (14,6%), de ne pas se sentir concerné par l'étude (11,2%), ou ne pas souhaiter un entretien supplémentaire et un suivi avec un psychologue (7,4%). De nombreux sujets n'ont pas donné de motif de refus (18%).

#### 2.2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'échantillon se composait de 418 femmes (69%), d'âge moyen 37 ans (SD=13,6) et 188 hommes, d'âge moyen 40 ans (SD=12). L'âge moyen de l'échantillon était de 38 ans (SD=13,2). Les patients les plus représentés étaient de sexe féminin (69%), de la tranche d'âge 36/45 ans (26,7%).

Pour les données sociodémographiques, seuls 89% à 90% des participants ont renseigné le questionnaire sociodémographique et ceux-sont seulement ses sujets qui ont été inclus dans les analyses statistiques.

Sur les 554 personnes qui ont renseigné le statut matrimonial 168 (27,7%) étaient divorcées ou séparées. Sur 543 personnes qui ont renseigné sur leurs enfants 386 (71,1%) n'avaient pas d'enfants à charge. Sur les 553 personnes qui ont renseigné sur leur cursus scolaire, 382 (69,1%) avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat et sur les 552 personnes

qui ont renseigné sur leur activité 411 (74,5%) avaient une activité professionnelle ou suivaient des études.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (N = 606) de sujets admis aux Urgences générales pour intoxication volontaire médicamenteuse

AGE moyenne : 38.1, SD : 13.2, min/max : 18/82 Femme âge moyenne : 37, SD : 13.6, min/max : 18/82 Homme âge moyenne : 40, SD : 12, min/max : 18/82		
	N	%
Femmes	418	69
Hommes	188	31
Situation matrimoniale divorcés ou séparés	168	27.7
Pas d'enfants à charge	386	71.1
Niveau d'étude ≤ au baccalauréat	382	69.1
En activité professionnelle ou Études	411	74.5

## 2.2.2. Procédure

### 2.2.2.1. Temps 1

Une fois les soins de réanimation terminés et après la consultation au lit du malade effectuée par le psychiatre du service, les patients étaient contactés et évalués directement aux Urgences, du lundi au vendredi inclus, par des psychologues enquêtrices formées. Le protocole a été validé par le Comité de Protection des Personnes et tous les sujets ont signé un formulaire de consentement éclairé élaboré conformément aux politiques.

L'entretien se déroulait au lit du malade et durait entre une heure et une heure trente, avec le recueil des données sociodémographiques ; les évaluations de l'intentionnalité suicidaire (SIS) par un entretien semi-structuré hétéro-administré, l'évaluation du niveau de dépression actuel (BDI), du niveau de désespoir actuel (HS) et du niveau d'alexithymie (TAS 20) par des questionnaires auto-administrés sous la supervision de l'enquêtrice. Enfin, les conduites alcooliques (AUDIT) et autres troubles psychiatriques par des entretiens standardisés hétéro-administrés (MINI).

### 2.2.2.2. Temps 2

Six mois après les patients ont reçu à leur domicile par courrier postal les questionnaires auto-administrés (inventaire abrégé de dépression de Beck, échelle de désespoir de Beck et échelle d'alexithymie de Toronto) et il leur était demandé de retourner par envoi postal grâce à une enveloppe pré-affranchie les questionnaires complétés.

Parmi les 606 sujets inclus 241 (39,7%) ont complété et réadressé les questionnaires de dépression et de désespoir de Beck et l'échelle d'alexithymie de Toronto 6 mois après leur admission aux Urgences.

Durant l'année suivant la date d'inclusion et pour chaque sujet, les admissions aux Urgences pour conduite suicidaire, quelle que soit la modalité, ont été renseignées grâce à l'informatisation des données médicales. Ainsi étaient créées les variables « récurrence » et « récurrence multiple » (au moins 2 TS dans les suites de la tentative indexée) pour l'année suivant l'inclusion.

### 2.2.3. Mesures

#### 2.2.3.1. *Données socio-démographiques*

Les données sociodémographiques et économiques étaient recueillies à l'aide d'un questionnaire établi à cet effet (Annexe 3).

#### 2.2.3.2. *Suicide Intent Scale.*

La Suicide Intent Scale (SIS) (Beck et al., 2004) répond aux recommandations professionnelles d'évaluation de l'intentionnalité suicidaire. C'est un questionnaire hétéro-administré évaluant l'intensité du désir de mort au moment de la tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide ultérieur. La version initiale a été élaborée par BECK en 1974. Elle a été revue par Pierce à partir de 1977, qui en a fait une version à 12 questions, divisées comme précédemment en 3 sections : les circonstances de la TS ; le discours du patient ; et 2 questions sur la létalité évaluée par le médecin, non cotées. Le score total varie de 0 à 21 : intentionnalité faible de 0 à 3, moyenne de 4 à 10, et élevée de 11 à 21 (Pierce, 1981).

Au cours des 30 dernières années, l'échelle d'intention suicidaire a été l'échelle psychométrique la plus utilisée pour évaluer l'intentionnalité suicidaire après une tentative de suicide ; et Freedenthal, (2008) a analysé un ensemble d'études pour tester la fiabilité et la validité de l'échelle et pour examiner la performance des sous-échelles. Cinq des 13 études ont montré une relation positive entre les scores de la SIS et le suicide au cours d'une période allant de 10 mois à 20 ans (Freedenthal, 2008).

Une étude plus récente a évalué la valeur prédictive de l'échelle chez les patients à haut risque, admis dans une clinique psychiatrique après une tentative de suicide. Ils ont ensuite évalué la valeur prédictive des facteurs de l'échelle pour détecter le risque des suicides à venir après une tentative de suicide et proposer une version plus courte de l'échelle après une analyse de chaque items. Sur un suivi de 9 ans et demi, sept patients se sont suicidés. Les principaux résultats portaient sur les scores moyens à l'échelle qui permettaient de différencier les personnes qui s'étaient suicidées de celles qui ne s'étaient pas suicidées (Stefansson, Nordström et Jokinen J, 2010).



Plusieurs autres études ont testé les paramètres psychométriques de la SIS sur différents échantillons de suicidants, avec des résultats satisfaisants en terme de fidélité interjuge, estimée à 0,95 et 0,82 (Beck et al., 1974) ; de cohérence interne, mesurée par le coefficient  $\alpha$  de Cronbach estimé à 0,81 (Mieczkowski et al., 1993) et sa valeur était de 0.75 dans notre étude. Dans notre étude un score  $\geq 11$  permettait de qualifier l'intentionnalité suicidaire de « forte » (Annexe 4).

#### *2.2.3.3. Beck Depression Inventory*

Le Beck Depression Inventory (BDI) (Collet et Cottraux, 1986) est une échelle auto-administrée des aspects subjectifs de la dépression. Elle est destinée à permettre aux généralistes et aux chercheurs d'effectuer une évaluation rapide de la dépression. L'inventaire de dépression de Beck dans sa forme abrégée représente la mesure la plus simple et l'une des mesures les plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression. Elle comporte 13 items gradués de 0 à 3 avec un score total allant de 0 à 39 : 0-4 pas de dépression ; 4-7 dépression légère ; 8-15 dépression modérée ; 16 et plus : dépression sévère. Il s'agit d'une échelle brève, sensible, valide, facile à remplir et dont la structure factorielle est bien documentée. Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité (Collet et Cottraux, 1986).

Une traduction française a été administrée à un échantillon de 498 étudiants universitaires francophones. La mesure de consistance interne révélait un coefficient  $\alpha$  de 0,92 pour la formule standard et un coefficient  $\alpha$  de 0,90 pour la formule abrégée. La procédure test-retest avec un intervalle de 4 mois indiquait une bonne stabilité temporelle ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,001$ ) (Bourque et Beaudette, 1982. Dans notre étude, la mesure de consistance interne révélait un coefficient  $\alpha$  de 0,84 et un score  $\geq 16$  permettait de qualifier l'intensité des symptômes dépressifs de cliniquement significative (Annexe 5).

#### *2.2.3.4. Hoplessness Scale*

La Hoplessness Scale (H)(Beck et al., 1974) mesure de manière auto-administrée la tendance au pessimisme. Plus particulièrement, l'échelle sert à mesurer la vision négative de l'avenir et évalue les potentialités suicidaires de l'individu. Elle comporte 20 items cotés en vrai/faux et

un score total allant de 0 à 20. Un score  $> 8$  indique un fort désespoir et un risque suicidaire important (Beck et al., 1974) et a été retenu dans notre étude.

Dans une étude prospective sur 1958 patients psychiatriques en ambulatoire entre 15 et 84 ans, Beck et al., (1990) ont montré que 16 des 17 patients qui se sont suicidés avaient donné des réponses cliniquement significatives à l'échelle de désespoir de Beck (Beck et AL., 1990). La comparaison d'un groupe de patients souffrant de dépression à un groupe contrôle montrait que l'échelle présentait une bonne fidélité (test-retest,  $r = 0,81$ ), et une bonne cohérence interne avec un coefficient  $\alpha$  de 0,97 pour les sujets déprimés, et un coefficient  $\alpha$  de 0,79 pour les sujets contrôles (Bouvard et al., 1992). Dans notre étude, la mesure de consistance interne révélait un coefficient  $\alpha$  de 0,89 (Annexe 6).

#### *2.2.3.5. Alcohol Use Disorders Identification Test*

L'Alcohol Use Disorders Identification Test (A.U.D.I.T) (Saunders et al., 1993) a été développé sous la tutelle de l'OMS en collaboration avec des centres de médecine. Les candidats ont été interviewés sur la base d'un questionnaire de 150 items évaluant les données socio-économiques, la symptomatologie ressentie par rapport à la consommation, les antécédents familiaux et personnels, médicaux et alcooliques, les comportements et la perception d'éventuels problèmes liés à l'alcool. Cette enquête était complétée par un examen clinique fait sur la base de la grille de Le Go, et le dosage des gammaGT, ASAT, ALAT, cholestérol HDL, et du MCV. L'ensemble de ces données a été ensuite traité statistiquement pour regrouper les éléments pertinents et reproductibles tant au niveau national qu'au niveau comparatif entre les différents pays (Reinert et Allen, 2002). C'est à partir de ce travail qu'a pu être développé le questionnaire AUDIT et permettre de comparer la consommation d'alcool dans différents pays et selon différentes cultures. Le questionnaire est composé de 10 questions, les questions 1 à 3 évaluent la consommation d'alcool, 4 à 6 les comportements liés à la consommation, 7 à 8 les effets néfastes, et 9 à 10 les problèmes liés à la consommation. Chaque question va de 0 à 4 points avec un score total de 0 à 40. Ce questionnaire permet de faire la distinction entre les consommateurs à risque et les alcoolodépendants selon DSM-IV et ICD-10 (Reinert et Allen, 2002).

Onze études dans différents pays ont étudié la cohérence interne des différentes versions de l'AUDIT. Le coefficient  $\alpha$  varie de 0,75 à 0,94, avec une valeur médiane de 0,82 (Reinert et

Allen, 2007). Dans notre étude la mesure de consistance interne révélait un coefficient  $\alpha$  de 0,93 (Annexe 8).

#### 2.2.3.6. *Toronto Alexithymia Scale*

La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Taylor et al., 1988) est une échelle autoadministrée évaluant la difficulté à identifier et à décrire ses sentiments et les pensées tournées vers l'extérieur. Elle comprend 20 items cotés de 1 à 5 avec un score total de 20 à 100. Un score  $\geq 61$  indique que la personne est alexithymique et a été retenu dans notre étude.

Sa validité interne a été déterminée dans un premier temps par une analyse en composantes principales (ACP) sur la matrice de corrélations des 14 items de la TAS communs à la TAS-20. Le nombre de facteurs à retenir a été déterminé selon le critère de Kaiser et celui de Cattell et ramène cette structure à deux facteurs qui représentent 29,8% et 8,9% de la variance. Une rotation varimax a permis d'associer un item à un facteur en fonction de la plus forte saturation avec une valeur supérieure à 0.3. Le premier facteur est constitué de 11 items (1,2,3,4,6,7,9,11,12,13,14) qui correspondent aux dimensions de difficultés à identifier ses sentiments et de difficultés à décrire ses sentiments. Le second facteur est constitué de 2 items (5, 10) qui correspondent à la dimension de pensées tournées vers l'extérieur.

Le coefficient alpha de Cronbach pour la consistance interne en fonction de la moyenne des inter-corrélations est de 0,79.(Loas et al., 1995). Dans notre étude, la mesure de consistance interne révélait un coefficient  $\alpha$  de 0,75.

Les études de validations de la TAS-20 ne sont pas toutes fondées sur les mêmes méthodes d'analyses. Il s'agit ici d'une étude avec des analyses factorielles exploratoires. Or la plus part des études utilisant des analyses factorielles confirmatoires valident les solutions initiales à trois facteurs (Pinaquy, Chabrol, Barbe, 2002). Nous orienterons notre recherche à partir des études validant une solution à trois facteurs, afin de mieux déterminer le rôle que chacun d'entre eux peut tenir dans les conduites suicidaires. La TAS-20 évalue donc trois dimensions :

- la difficulté à identifier ses sentiments
- la difficulté à décrire ses sentiments
- les pensées tournées vers l'extérieur. (S.Pinaquy et al.,2002).

L'intérêt de son utilisation est aussi renforcé par l'absence d'études de validation relatives aux versions françaises des autres échelles d'alexithymie comme le Beth Israel Questionnaire (BIQ) et la Schalling-Sineos Personality Scale Revised (SSPR). (Annexe 7).

#### *2.2.3.7. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0)*

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998) est un entretien structuré à visée diagnostique développé en France et aux Etats Unis. Dix-sept troubles psychiatriques peuvent être explorés en 120 questions organisées selon un arbre logique avec deux à quatre questions filtres par trouble.

La validité du MINI a été étudiée en comparaison avec le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) et le Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). Le coefficient de Kappa (0,69), la sensibilité (0,89) et la spécificité (0,64) étaient bons pour tous les diagnostics, sauf pour les troubles anxiété généralisée, agoraphobie et boulimie. Quarante deux patients à Paris ont participé au test de fiabilité. Le coefficient de fiabilité (kappa de 0,88 à 1,00) et les test re-test étaient bons (kappa de 0,76 à 0,93). Des améliorations dans les formulations des modules de l'anxiété généralisée et de l'agoraphobie ont été apportées pour la version du MINI appliquée au DSM-IV (Sheehan et al., 1998) (Annexe 9)

#### 2.2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 15.0 (SPSS. Inc., Chicago, USA.). Nous avons évalué l'évolution des corrélations entre les échelles de dépression, de désespoir, et d'alexithymie entre le temps 1 et le temps 2 par des corrélations avec les coefficients rho de Spearman ou de Pearson.

Nous avons ensuite évalué les facteurs de risque associés à la récurrence à un an, puis les facteurs de risque associés à la récurrence multiple.

Des analyses bivariées, comprenant des Chi<sup>2</sup> ou des tests exacts de Fisher, des t-tests ou des Mann Whitney pour les variables non paramétriques, ont permis d'identifier les facteurs associés à la récurrence.

Enfin, une analyse en régression logistique simple pour les variables dichotomiques a également permis d'identifier les facteurs significativement associés à la récurrence.

Des corrélations avec les coefficients rho de Spearman ou de Pearson a permis de sélectionner les variables à retenir pour la régression logistique multiple.

Enfin une régression logistique multiple en « pas à pas » a permis d'identifier les facteurs prédictifs indépendants de la récidive.

Pour la récidive multiple, le nombre de sujets étant de 61, nous avons gardé les 6 variables les plus significatives lors de la régression simple à inclure dans le modèle.

La normalité des variables a été démontrée par les tests de Shapiro-Wilk et de Kolmogorov ainsi que les coefficients d'asymétrie (skewness) et d'aplatissement (kurtosis) (Tabachnick & Fidell, 2007).

Des analyses ont été conduites pour vérifier la non violation des tests de normalité et de linéarité. Le seuil de significativité choisi était une probabilité de .05 utilisant des tests bilatéraux selon le consensus habituel.

## III. RESULTATS

### 3.1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES

#### 3.1.1. Caractéristiques cliniques de l'échantillon

##### 3.1.1.1. Temps 1

Lors de la première évaluation aux urgences au lit du malade, en ce qui concerne les antécédents, sur les 589 personnes qui ont renseigné sur les antécédents de tentative de suicide 255 (43,3%) avaient des antécédents de tentatives de suicide. Sur les 604 personnes qui ont renseigné sur leurs antécédents psychiatriques 340 (56,3%) avaient des antécédents psychiatriques documentés et sur les 575 personnes qui ont renseigné sur leurs antécédents d'hospitalisation 236 (41%) avaient des antécédents d'hospitalisations en psychiatrie. Sur les 606 sujets 283 (46,7%) avaient consulté un psychiatre et 99 (16,3%) un autre spécialiste de la santé mentale dans les 6 mois précédents la tentative de suicide. Sur 603 sujets, 383 (63,5%) avaient observé un traitement anxiolytique dans les 6 mois précédant la tentative de suicide ; 330 (54,6%) avaient observé un traitement antidépresseur dans les 6 mois précédant la tentative de suicide et 112 (18,6%) avaient observé un traitement antipsychotique dans les 6 mois précédant la tentative de suicide (Tableau 2).

Pour les troubles actuels, sur les 589 personnes qui ont répondu à la totalité des items du questionnaire d'intentionnalité suicidaire de Beck 369 (62,4%) présentaient une intentionnalité suicidaire élevée. Sur les 571 personnes qui ont répondu à la totalité des items de l'inventaire abrégé de dépression de Beck 379 (66,4%) présentaient des symptômes cliniquement significatifs de dépression. Sur les 549 personnes qui ont répondu à la totalité des items du questionnaire de désespoir de Beck 379 (69%) présentaient un fort désespoir. Sur les 554 personnes qui ont répondu à la totalité des items du questionnaire AUDIT 127 (22,9%) présentaient une dépendance à l'alcool, et sur les 586 personnes qui ont répondu à la totalité des items du questionnaire d'alexithymie de Toronto 227 (38,7%) rapportaient des symptômes d'alexithymie. Quant aux comorbidités psychiatriques proprement dites, sur les 501 personnes qui ont renseigné l'item « dépression majeure actuelle ou passé » du questionnaire M.I.N.I. 404 (80,6%) présentaient un épisode dépressif majeur actuel ou passé.

Sur les 496 personnes qui ont renseigné l'item « hypomanie actuelle ou passée » 42 (8,5%) présentaient un épisode hypomaniaque actuel ou passé. Sur les 497 personnes qui ont renseigné l'item « épisode maniaque actuel ou passé » 89 (17,9%) présentaient un épisode maniaque actuel ou passé. Sur les 493 personnes qui ont renseigné l'item « trouble panique sans agoraphobie » 29 (5,9%) présentaient un trouble panique sans agoraphobie. Sur les 493 personnes qui ont renseigné l'item « trouble panique avec agoraphobie » 46 (9,3%) présentaient un trouble panique avec agoraphobie. Sur les 493 personnes qui ont renseigné l'item « agoraphobie sans trouble panique » 98 (19,9%) présentaient une agoraphobie sans trouble panique. Sur les 493 personnes qui ont renseigné l'item « dépendance actuelle aux substances non alcoolique » 43 (8,7%) présentaient une dépendance actuelle aux substances autres que l'alcool. Sur les 488 personnes qui ont renseigné l'item « abus de substances autres que l'alcool » 19 (3,9%) présentaient un abus de substances. Sur les 492 personnes qui ont renseigné l'item « troubles psychotiques actuels » 54 (11%) présentaient des troubles psychotiques actuels et sur les 491 personnes qui ont renseigné l'item « troubles psychotiques vie entière » 84 (17,1%) présentaient des troubles psychotiques vie entière (Tableau 2). Enfin, sur les 606 participants 405 (66,8%) ont été hospitalisés en psychiatrie après l'admission aux Urgences.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques de l'échantillon à l'admission aux Urgences

	N	%
Antécédents de Tentatives de suicide	255	43.3
Antécédents psychiatriques	340	56.3
Antécédents d'hospitalisations en psychiatrie	236	41.0
Consultation psychiatre au moins 6 mois avant l'admission	283	46.7
Consultation d'un autre spécialiste de la santé au moins 6 mois avant l'admission	99	16.3
Traitement anxiolytique au moins 6 mois avant l'admission	383	63.5
Traitement antidépresseur au moins 6 mois avant l'admission	330	54.6
Traitement antipsychotique au moins 6 mois avant l'admission	112	18.6
Intentionnalité suicidaire élevée	369	62.4
symptômes de dépression	379	66.4
Fort désespoir	379	69.0
Dépendance à l'alcool	127	22.9
Symptômes d'alexithymie	227	38.7
Épisode dépressif majeur actuel ou passé	404	80.6
Épisode hypomaniaque actuel ou passé	42	8.5
Épisode maniaque actuel ou passé	89	17.9
Trouble panique sans agoraphobie	29	5.9



	N	%
Trouble panique avec agoraphobie	46	9.3
Agoraphobie sans trouble panique	98	19.9
Dépendance substances	43	8.7
Abus de substance	19	3.9
Troubles psychotiques actuels	54	11.0
Troubles psychotiques vie entière	84	17.1

### 3.1.1.2. Temps 2

#### 3.1.1.2.1. Symptômes de dépression, désespoir et alexithymie

Suite à l'envoi des questionnaires à 6 mois, 241 (39,7%) participants ont retourné les questionnaires. Parmi eux, sur les 223 participants qui ont répondu à la totalité des items de l'inventaire abrégé de dépression de Beck 88 (39,5%) rapportaient des symptômes de dépression significatifs. Sur les 191 participants qui ont répondu à la totalité des items de l'échelle de désespoir de Beck 102 (53,4%) présentaient un fort désespoir, et sur les 222 participants qui ont répondu à la totalité des items de l'échelle d'alexithymie de Toronto 82 (36,9%) rapportaient des symptômes cliniquement significatifs d'alexithymie (Tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques cliniques de l'échantillon (n= 241) ayant répondu aux évaluations 6 mois après l'admission

	N	%
symptômes de dépression caractérisée	88	39,5
Fort désespoir	102	53.4
Symptômes d'alexithymie	82	36.9

### 3.1.1.2.2. Comparaison des corrélations en temps 1 et en temps 2

Une matrice de corrélation de Pearson nous a permis de vérifier les corrélations entre les variables mesurées en temps 1 et mesurées en temps 2, soit 6 mois après la tentative de suicide indexée.

On observe une corrélation entre la dépression et le désespoir en temps 1 ( $r(545)=0,105$ ,  $p<0,05$ ) qui disparaît en temps 2 ( $r(191)=-0,001$ ,  $p>0,05$ ) ; et on observe une corrélation entre la dépression et l'alexithymie en temps 2 ( $r(220)=0,195$ ,  $p<0,01$ ) qui n'existait pas en temps 1 ( $r(221)=-0,091$ ,  $p>0,05$ )

Tableau 4. Corrélations des variables dépression, désespoir et alexithymie en temps 1

Variables	1	2	3
1 Score BDI <sup>a</sup>	1		
2 Score H <sup>b</sup>	.105* (n=545)	1	
3 Score TAS <sup>c</sup>	-.091 (n=221)	-.095 (n=214)	1

<sup>a</sup>BDI= Beck Depression Inventory ;

<sup>b</sup>H= Hoplessness Scale ;

<sup>c</sup>TAS= Toronto Alexithymia Scale.

Tableau 5. Corrélations des variables dépression, désespoir et alexithymie en temps 2

Variables	1	2	3
1 Score BDI <sup>a</sup>	1		
2 Score H <sup>b</sup>	-.001 (n=191)	1	
3 Score TAS <sup>c</sup>	.195** (n=220)	.095 (n=190)	1

<sup>a</sup>BDI= Beck Depression Inventory ;

<sup>b</sup>H= Hoplessness Scale ;

<sup>c</sup>TAS= Toronto Alexithymia Scale.

### 3.1.1.3. Récidive des tentatives de suicide

Parmi les 606 participants 140 (23,1%) ont été réadmis aux Urgences pour un geste suicidaire dans l'année et 61 (10,1%) ont été réadmis plus d'une fois (Tableau 6).

Tableau 6. Récidives dans l'année

	N	%
Au moins une récidive sur 1 an	140	23.1
Plus d'une récidive sur 1 an	61	10.1

### 3.2. ANALYSES UNIVARIEES ET RECIDIVE A 1 AN

#### 3.2.1. Variables associées à la récidive à 1 an

##### 3.2.1.1. Variables sociodémographiques associées à la récidive sur un an

Pour les variables sociodémographiques 26% (n=88) des personnes vivant seules ont refait une tentative de suicide à 1 an versus 16,3% (n=35) des personnes vivant en couple ( $X^2=7,1$ , ddl= 1, N=554, p=0,008). Les sujets qui ont refait une tentative de suicide dans l'année étaient plus jeunes (M=36,1, ET=11,8) que les sujets n'ayant pas fait de tentative de suicide dans l'année (M=38,7, ET=13,5) (t=2,2, ddl= 258, p=0,03).

Tableau 7. Variables sociodémographiques associées à la récidive à 1 an

	pas de récidive à 1 an		Récidive à 1 an		OR	P
	n	%	n	%		
Sexe					1.0	.928
Homme	145	77.1	43	22.9		
Femme	321	76.8	97	23.2		
Enfants à charge					1.0	.869
Pas d'enfants	300	77.7	86	22.3		
Un ou plusieurs enfants	121	77.1	36	22.9		
Situation matrimoniale					.55	.008
Vit seul	251	74	88	26		
Vit en couple	180	83.7	35	16.3		
Situation professionnelle					.65	.056
Sans emploi	102	72.3	39	27.7		
En activité	329	80	82	20		

	pas de récurrence à 1 an		Récurrence à 1 an		t	p
	M	SD	M	SD		
Age	38.7	13.5	36.1	11.8	2.2	.03

### 3.2.1.2. Antécédents psychiatriques associés à la récurrence à 1 an

Pour les antécédents, 28,3% (n=80) des personnes ayant consulté un psychiatre dans les 6 mois précédant l'inclusion ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 18,6% (n=60) des personnes n'ayant pas consulté de psychiatre ( $X^2=7,9$ , ddl= 1, N=606, p=0,005) ; 29,4% (n=97) des personnes traitées par antidépresseurs dans les 6 mois avant ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 15,7% (n= 43) des personnes non traitées par antidépresseurs ( $X^2=15,8$ , ddl= 1, N=604, p=0,000) ; 27,9% (n=107) des personnes traitées par des anxiolytiques dans les 6 mois avant ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 15% (n=33) des personnes non traitées par anxiolytiques ( $X^2=13,1$ , ddl= 1, N=603, p=0,000) ; 35,7% (n=40) des personnes traitées par antipsychotiques ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 20,4% (n=100) des personnes non traitées par antipsychotiques ( $X^2=12$ , ddl= 1, N=603, p=0,001) ; 31,5% (n=29) des personnes traitées par d'autres médicaments agissant sur le système nerveux ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 21,7% (n=111) des personnes non traitées par d'autres médicaments agissant sur le système nerveux ( $X^2=4,2$ , ddl= 1, N=604, p=0,04) ; 30,9% (n=73) des personnes ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 17,1% (n=58) des personnes n'ayant pas d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ( $X^2=15,1$ , ddl= 1, N=575, p=0,000) ; enfin 26,8% (n=91) des personnes ayant des antécédents psychiatriques ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 18,2% (n=48) des personnes n'ayant pas d'antécédents psychiatriques ( $X^2=6,2$ , ddl= 1, N=604, p=0,013).

Tableau 8. Antécédents psychiatriques associés à la récurrence à 1 an

	pas de récurrence à 1 an		Récurrence à 1an		OR	P
	n	%	n	%		
Consultation psychiatre					1.7	.005
Consultation	203	71.7	80	28.3		
Pas de consultation	263	81.4	60	18.6		
Consultation psychologue					1.3	.40
Consultation	45	72.6	17	27.4		
Pas de consultation	420	77.3	123	22.7		
Consultation psychothérapeute					.15	.03
Consultation	22	95.7	1	4.3		
Pas de consultation	444	76.3	138	23.7		
Consultation psychanalyste					2.6	.10
Consultation	8	57.1	6	42.9		
Pas de consultation	458	77.5	133	22.5		
Consommation antidépresseurs					2.2	.000
Consommation	233	70.6	97	29.4		
Pas de consommation	231	84.3	43	15.7		
Consommation anxiolytiques					2.2	.000
Consommation	276	72.1	107	27.9		
Pas de consommation	187	85	33	15		
Consommation hypnotiques					1.4	.10
Consommation	173	73.3	63	26.7		

	n	%	n	%	OR	P
Pas de consommation	290	79	77	21		
Consommation antipsychotiques					2.2	.001
Consommation	72	64.3	40	35.7		
Pas de consommation	391	79.6	100	20.4		
Consommation thymorégulateurs					1.4	.15
Consommation	66	71	27	29		
Pas de consommation	397	77.8	113	22.2		
Autre médication psychotrope					1.7	.04
Consommation	63	68.5	29	31.5		
Pas de consommation	401	78.3	111	21.7		
Antécédents d'hospitalisation					2.2	.000
Antécédents	163	69.1	73	30.9		
Pas d'antécédents	281	82.9	58	17.1		
Antécédents psychiatriques					1.6	.013
Antécédents	249	73.2	91	26.8		
Pas d'antécédents	216	81.8	48	18.2		
Antécédents de TS					1.0	.99
Antécédents	197	77.3	58	22.7		
Pas d'antécédents	258	77.2	76	22.8		

### 3.2.1.3. Variables psychométriques associées à la récurrence à 1 an

Les sujets avec récurrence d'une tentative de suicide dans l'année avaient au moment de l'inclusion des scores de dépression (M=20,9, ET=7,4) plus élevés que ceux des sujets sans récurrence suicidaire (M=18,9, ET=8,4) ( $t=-2,62$ , ddl= 244,  $p=0,009$ ).

Les personnes qui ont refait une tentative de suicide à 1 an avaient des scores de désespoir (M=12,2, ET=4,7) plus élevés que ceux des sujets sans récurrence suicidaire (M=10,7, ET=5,5) ( $t=-2,9$ , ddl=252,  $p=0,003$ ).

Les sujets avec récurrence d'une tentative de suicide dans l'année avaient au moment de l'inclusion des scores de dépendance à l'alcool (M=13,4, ET=12,4) plus élevés que ceux des sujets sans récurrence suicidaire (M=8,3, ET =9,7), ( $t=-2,9$ , ddl= 64,  $p=0,004$ ). Quarante et un virgule cinq pourcent (n=22) des personnes qui buvaient plus de 10 boissons par jours ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 21,6% (n=108) des personnes qui buvaient moins de 10 boissons par jours ( $X^2=10,6$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,001$ ); 37,7% (n=20) des personnes qui consommaient plus de 6 boissons pour la même occasion ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 22% (n=110) des personnes qui consommaient moins de 6 boissons pour la même occasion ( $X^2=6,6$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,010$ ); 40,4% (n=21) des personnes incapables d'arrêter sa consommation après avoir commencé ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 21,7% (n=109) des personnes capables d'arrêter sa consommation après avoir commencé ( $X^2=9,1$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,002$ ); 44,1% (n=15) des personnes qui perdaient leurs capacités après avoir consommé de l'alcool ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 22% (n=115) des personnes qui ne perdaient pas leurs capacités ( $X^2=8,6$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,003$ ); 43,5% (n=10) des personnes qui buvaient le matin pour se remettre en forme ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 22,6% (n=120) des personnes qui ne buvaient pas le matin pour se remettre en forme ( $X^2=5,3$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,021$ ); 47,8% (n=11) des personnes qui rapportaient des pertes de mémoire après avoir consommé de l'alcool ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 22,4% (n=119) des personnes qui ne rapportaient pas de perte de mémoire ( $X^2=7,9$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,005$ ); 38,7% (n=29) des personnes qui sous l'emprise de l'alcool se sont blessées ou ont blessé quelqu'un au cours de l'année ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 21,1% (n=101) des personnes qui ne se sont pas blessées ou n'ont blessé personne au cours de l'année ( $X^2=11,1$ , ddl= 1, N=554,  $p=0,001$ ); 34,5% (n=41) des personnes pour



lesquelles un ami ou un médecin s'est inquiété de leur consommation au cours de l'année ont refait une tentative de suicide dans l'année versus 20,5% (n=89) des personnes pour lesquelles on ne s'est pas inquiété de leur consommation au cours de l'année ( $X^2=10,2$ , ddl=1, N=554,  $p=0,001$ ).

Tableau 9. Variables psychométriques associées à la récurrence à 1 an

	pas de récurrence à 1 an		Récurrence à 1 an		t	p
	M	SD	M	SD		
Score total SIS <sup>a</sup>						
(n=589)	12.4	5.1	12.2	5.1	29	.77
Score total au BDI <sup>b</sup>						
(n=571)	18.9	8.4	20.9	7.4	-2.6	.009
Score total à l'échelle H <sup>c</sup>						
(n=549)	10.7	5.5	12.2	4.7	-2.9	.003
Score total à la TAS <sup>d</sup>						
(n=522)	57.3	12.6	59.3	12.3	-1.5	.123
Score total à l'AUDIT <sup>e</sup>						
(n=554)	8.3	9.7	13.4	12.4	-2.9	.004

<sup>a</sup>SIS = Suicide Intent Scale;

<sup>b</sup>BDI= Beck Depression Inventory ;

<sup>c</sup>H= Hoplessness Scale ;

<sup>d</sup>TAS= Toronto Alexithymia Scale ;

<sup>e</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test.

	pas de récurrence à 1 an		Récurrence à 1 an		OR	P
	n	%	n	%		
Plus de 10 consommation/jour					2.6	.001
Oui	31	58.5	22	41.5		
Non	393	78.4	108	21.6		

	n	%	n	%	OR	P
Nombre de consommations					2.1	.010
≥6 pour une même occasion	33	62.3	20	37.7		
<6 pour une même occasion	391	78.0	110	22.0		
Arrêt de consommation					2.4	.002
Incapacité à arrêter	31	59.6	21	40.4		
Capacité à arrêter	393	78.3	109	21.7		
Perte des capacités					2.8	.003
Oui	19	55.9	15	44.1		
Non	405	78	115	22		
Boire le matin					2.6	.021
Oui	13	56.5	10	43.5		
Non	411	77.4	120	22.6		
Perte de mémoire					3.2	.005
Oui	12	52.2	11	47.8		
Non	412	77.6	119	22.4		
Blessures dans l'année					2.3	.001
Oui	46	61.3	29	38.7		
Non	378	78.9	101	21.1		
Préoccupation sur la consommation					2.0	.001
Oui	78	65.5	41	34.5		
Non	346	79.5	89	20.5		

### 3.3. ANALYSES EN REGRESSION LOGISTIQUE POUR LA RECIDIVE A 1 AN

#### 3.3.1. Régression logistique simple

Selon les analyses en régression logistique simple, les variables présentant un lien significatif avec la récurrence à 1 an étaient :

- Le fait de ne pas vivre en couple ( $p= 0,008$ ),
- la consultation d'un médecin psychiatre dans les 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,005$ ),
- Un traitement par antidépresseurs dans les 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,000$ ),
- Un traitement par anxiolytiques dans les 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,000$ ),
- Un traitement par antipsychotiques dans les 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,001$ ),
- Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ( $p= 0,000$ ),
- Des antécédents psychiatriques documentés ( $p= 0,013$ ),
- Le score à l'échelle de dépression de Beck ( $p= 0,015$ ),
- Le score à l'échelle de désespoir de Beck ( $p=0,007$ ),
- Boire plus de 10 consommations alcoolisées par jour ( $p= 0,002$ ),
- Boire plus de 6 consommations lors de la même occasion ( $p= 0,011$ ),
- Une incapacité à arrêter sa consommation après avoir commencé ( $p= 0,003$ ),
- Une perte de ses capacités après avoir bu ( $p=0,004$ ),
- Boire le matin pour se remettre en forme ( $p= 0,025$ ),
- Une perte de mémoire après avoir consommé de l'alcool ( $p= 0,007$ ),
- Se blesser ou blesser quelqu'un après avoir bu ( $p=0,001$ ),
- La préoccupation d'un médecin ou d'un ami sur sa consommation d'alcool ( $p=0,002$ ),
- Le score au questionnaire AUDIT ( $p= 0,000$ ).

Tableau 10. Variables associées à la récidence à 1 an

	B	Sig	Exp(B)	95%C.I		
Sexe	.02	.93	1.02	.68	-	1.5
Enfants à charge	.04	.87	1.04	.67	-	1.6
Ne pas vivre en couple	-.59	.008	.55	.36	-	.86
Sans emploi	-.43	.06	.65	.42	-	1.0
Consultation psychiatre	.55	.005	1.7	1.2	-	2.5
Consultation psychologue	.25	.40	1.3	.71	-	2.3
Consultation psychothérapeute	-1.9	.06	.15	.20	-	1.1
Consultation Psychanalyste	.95	.08	2.6	.88	-	7.6
Antidépresseurs	.80	.000	2.2	1.5	-	3.3
Anxiolytiques	.79	.000	2.2	1.4	-	3.4
Somnifères	.32	.11	1.4	.94	-	2.0
Antipsychotiques	.78	.001	2.3	1.4	-	3.4
Thymorégulateurs	.36	.15	1.4	.88	-	2.3
Antécédents hospitalisation	.77	.000	2.2	1.5	-	3.2
Antécédents psychiatriques	.50	.013	1.6	1.1	-	2.4
Antécédents de TS	-.00	1.0	1.0	.68	-	1.5
Score SIS <sup>a</sup>	.00	.77	1.0	.96	-	1.0
Score BDI <sup>b</sup>	.03	.015	1.0	1.0	-	1.0
Score H <sup>c</sup>	.05	.007	1.0	1.0	-	1.1
Score TAS <sup>d</sup>	.01	.128	1.0	1.0	-	1.0
Plus de 10 consommations/jour	.95	.002	2.6	1.4	-	4.6
Consommations >6	.77	.011	2.1	1.2	-	4.0

	B	Sig	Exp(B)	95%C.I		
incapacité d'arrêter sa consommation	.90	.003	2.4	1.3	-	4.4
Perte des capacités	1.0	.004	2.8	1.4	-	5.7
Boire le matin	.97	.025	2.6	1.1	-	6.1
Perte de mémoire	1.1	.007	3.2	1.4	-	7.4
blessures dans l'année	.86	.001	2.3	1.4	-	3.9
Préoccupation d'un médecin	.71	.002	2.0	1.3	-	3.2
Score AUDIT <sup>e</sup>	.03	.000	1.0	1.0	-	1.0

<sup>a</sup>SIS = Suicide Intent Scale;

<sup>b</sup>BDI= Beck Depression Inventory ;

<sup>c</sup>H= Hoplessness Scale ;

<sup>d</sup>TAS= Toronto Alexithymia Scale ;

<sup>e</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test.

Une matrice de corrélation de Pearson nous a permis de vérifier les corrélations entre les items du questionnaire A.U.D.I.T pour contrôler l'interférence de ces variables entre elles et leur influence pour les résultats de la régression logistique multiple.

La perte de ses capacités après avoir consommé de l'alcool ( $r(554)=0,600, p<0,01$ ), boire plus de 10 consommations par jour ( $r(554)=0,623, p<0,01$ ), boire plus de 6 consommations pour la même occasion ( $r(554)=0,690, p<0,01$ ), l'incapacité d'arrêter sa consommation après avoir commencé ( $r(554)=0,716, p<0,01$ ), les blessures occasionnées par l'alcool dans le courant de l'année ( $r(554)=0,625, p<0,01$ ), et la préoccupation dans l'année d'un médecin ou d'un ami sur sa consommation d'alcool ( $r(554)=0,767, p<0,01$ ), n'ont pas été inclus dans le modèle de régression multiple car ces variables présentaient une corrélation trop importante avec le score total au questionnaire AUDIT.

Tableau 11. Corrélation de Pearson pour le questionnaire AUDIT

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Consommations >10	1								
2 >6 consommations	.645** (n=554)	1							
3 Incapacité d'arrêter sa consommation	.548** (n=554)	.821** (n=554)	1						
4 Perte des capacités	.479** (n=554)	.633** (n=554)	.743** (n=554)	1					
5 Boire le matin	.425** (n=554)	.517** (n=554)	.492** (n=554)	.475** (n=554)	1				
6 Perte de mémoire	.455** (n=554)	.548** (n=554)	.616** (n=554)	.625** (n=554)	.456** (n=554)	1			
7 Blessures dans l'année	.374** (n=554)	.284** (n=554)	.361** (n=554)	.316** (n=554)	.235** (n=554)	.314** (n=554)	1		
8 Préoccupation d'un médecin	.398** (n=554)	.457** (n=554)	.480** (n=554)	.397** (n=554)	.332** (n=554)	.288** (n=554)	.461** (n=554)	1	
9 Score AUDIT <sup>a</sup>	.623** (n=554)	.690** (n=554)	.716** (n=554)	.600** (n=554)	.485** (n=554)	.529** (n=554)	.625** (n=554)	.767** (n=554)	1

<sup>a</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

### 3.3.2. Régression logistique multiple

Selon la régression logistique multiple, notre modèle est significatif ( $p = 0,000$ ) quand nous sélectionnons toutes les variables. Après ajustement « pas à pas » de la régression logistique, le modèle retient dans l'équation :

- Le score total au questionnaire AUDIT ( $p=0,011$ ),
- Le traitement par antipsychotiques dans les 6 mois précédants l'inclusion ( $p=0,013$ ),
- Le traitement par anxiolytiques dans les 6 mois précédant l'inclusion ( $p=0,011$ ),
- La situation matrimoniale « vivre seul » ( $p=0,028$ ).

comme prédicteurs indépendants de la récurrence d'au moins une tentative de suicide dans l'année suivant l'inclusion.

Tableau 12. Prédicteurs indépendants de la récurrence à un an

	B	Sig	Exp(B)	95% C.I		
Score AUDIT <sup>a</sup>	.03	.011	1.8	1.1	-	2.9
Traitement antipsychotiques	.64	.013	1.9	1.1	-	3.1
Traitement anxiolytiques	.62	.011	1.8	1.1	-	2.9
Vivre seul	-.52	.028	.59	.37	-	.94

<sup>a</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

### 3.4. ANALYSES UNIVARIEES DE LA RECIDIVE MULTIPLE

3.4.1. Variables associées à la récurrence multiple (plus d'une tentative de suicide dans l'année suivant l'inclusion)

#### 3.4.1.1. Variables sociodémographiques associées à la récurrence multiple

Pour les variables sociodémographiques 12,1% (n=41) des personnes vivant seules ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 4,7% (n=10) des personnes vivant en couple ( $X^2=8,7$ , ddl= 1, N=554, p=0,003). Les sujets avec plus d'une tentative de suicide dans l'année étaient plus jeunes (M=34,5, ET=11,6) que les sujets n'ayant pas fait plus d'une tentative de suicide dans l'année (M=38,5, ET=13,3) (t=2,5, ddl= 79, p=0,013).

Tableau 13. Variables sociodémographiques associées à la récurrence multiple

	pas de récurrence				OR	P
	multiple		Récurrence multiple			
	n	%	n	%		
Sexe					1.3	.393
Homme	172	91.5	16	8.5		
Femme	373	89.2	45	10.8		
Enfants à charge					.85	.633
Pas d'enfants	349	90.4	37	9.6		
Un ou plusieurs enfants	144	91.7	13	8.3		
Situation matrimoniale					.35	.003
Vit seul	298	87.9	41	12.1		
Vit en couple	205	95.3	10	4.7		



	n	%	n	%	OR	P
Situation professionnelle					.68	.232
Sans emploi	125	88.7	16	11.3		
En activité	378	92	33	8		

	pas de récurrence multiple		Récurrence multiple		t	p
	M	SD	M	SD		
Age	38.5	13.3	34.5	11.6	2.5	.013

### 3.4.1.2. Antécédents psychiatriques associés à la récurrence multiple

Pour les antécédents, 14,5% (n=41) des personnes ayant consulté un psychiatre dans les 6 mois précédant l'inclusion ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 6,2% (n=20) des personnes n'ayant pas consulté de psychiatre ( $X^2=11,5$ , ddl=1, N=606, p=0,001) ; 28,6% (n=4) des personnes ayant consulté un psychanalyste dans les 6 mois avant l'inclusion ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 9,5% (n=56) des personnes n'ayant pas consulté de psychanalyste ( $X^2=5,6$ , ddl=1, N=605, p=0,04) ; 13,3% (n=44) des personnes traitées par antidépresseurs dans les 6 mois ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 6,2% (n= 17) des personnes non traitées par antidépresseurs dans les 6 mois ( $X^2=8,4$ , ddl=1, N=604, p=0,004) ; 13,3% (n=51) des personnes traitées par anxiolytiques dans les 6 mois ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 4,5% (n=10) des personnes non traitées par anxiolytiques dans les 6 mois ( $X^2=11,8$ , ddl=1, N=603, p=0,001) ; 21,4% (n=24) des personnes traitées par antipsychotiques ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 7,5% (n=37) des personnes non traitées par antipsychotiques dans les 6 mois ( $X^2=19,3$ , ddl=1, N=603, p=0,000) ; 15,3% (n=36) des personnes ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 5,9% (n=20) des personnes n'ayant pas d'antécédents d'hospitalisation ( $X^2=13,8$ , ddl=1, N=575, p=0,000) et 12,4% (n=42) des personnes ayant des antécédents psychiatriques ont fait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 6,8% (n=18) des personnes n'ayant pas d'antécédents psychiatriques ( $X^2=5,1$ , ddl=1, N=604, p=.024).

Tableau 14. Antécédents psychiatriques associés à la récurrence multiple

	pas de récurrence				OR	P
	multiple		Récurrence multiple			
	n	%	n	%		
Consultation psychiatre					2.6	.001
Consultation	242	85.5	41	14.5		
Pas de consultation	303	93.8	20	6.2		
Consultation psychologue					1.4	.436
Consultation	54	87.1	8	12.9		
Pas de consultation	490	90.2	53	9.8		
Consultation psychothérapeute					.90	.154
Consultation	23	100	0	0		
Pas de consultation	522	89.7	60	10.3		
Consultation psychanalyste					3.8	.041
Consultation	10	71.4	4	28.6		
Pas de consultation	535	90.5	56	9.5		
Consommation antidépresseurs					2.3	.004
Consommation	286	86.7	44	13.3		
Pas de consommation	257	93.8	17	6.2		
Consommation anxiolytiques					3.2	.001
Consommation	332	86.7	51	13.3		
Pas de consommation	210	95.5	10	4.5		
Consommation hypnotiques					1.4	.254
Consommation	208	88.1	28	11.9		

	n	%	n	%	OR	P
Pas de consommation	334	91	33	9		
Consommation antipsychotiques					3.3	.000
Consommation	88	78.6	24	21.4		
Pas de consommation	454	92.5	37	7.5		
Consommation thymorégulateurs					1.7	.086
Consommation	79	84.9	14	15.1		
Pas de consommation	463	90.8	47	9.2		
Autre médication psychotrope					1.1	.790
Consommation	82	89.1	10	10.9		
Pas de consommation	461	90	51	10		
Antécédents d'hospitalisation					2.9	.000
Antécédents	200	84.7	36	15.3		
Pas d'antécédents	319	94	20	5.9		
Antécédents psychiatriques					1.9	.024
Antécédents	298	87.6	42	12.4		
Pas d'antécédents	246	93.2	18	6.8		
Antécédents de TS					1.1	.804
Antécédents	229	89.8	26	10.2		
Pas d'antécédents	302	90.4	32	9.6		

### 3.4.1.3. Variables psychométriques associées à la récurrence multiple

Les sujets avec plus d'une récurrence de tentative de suicide dans l'année avaient au moment de l'inclusion des scores de dépendance à l'alcool ( $M=13,4$ ,  $ET=12,4$ ) plus élevés que ceux des sujets sans plus d'une récurrence suicidaire ( $M=8,3$ ,  $ET=9,7$ ), ( $t=-2,9$ ,  $ddl=64$ ,  $p=0,004$ ).

Dix huit virgule neuf pourcent ( $n=10$ ) des personnes qui buvaient plus de 6 consommations pour une même occasion ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 9,4% ( $n=47$ ) des personnes qui ne buvaient pas plus de 6 consommations pour une même occasion ( $X^2=4,7$ ,  $ddl=1$ ,  $N=554$ ,  $p=0,03$ ) ; 19,2% ( $n=10$ ) des personnes dans l'incapacité d'arrêter leur consommation ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 10% ( $n=47$ ) des personnes capables d'arrêter leur consommation ( $X^2=4,9$ ,  $ddl=1$ ,  $N=554$ ,  $p=0,02$ ); 26,5% ( $n=9$ ) des personnes qui perdaient leur capacités ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 9,1% ( $n=48$ ) qui ne perdaient pas leurs capacités ( $X^2=10,6$ ,  $ddl=1$ ,  $N=554$ ,  $p=0,004$ ) ; 26,1% ( $n=6$ ) des personnes qui rapportaient des pertes de mémoire ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 9,6% ( $n=51$ ) qui ne rapportaient pas de perte de mémoire ( $X^2=6,5$ ,  $ddl=1$ ,  $N=554$ ,  $p=0,02$ ); 22,7% ( $n=17$ ) des personnes qui se sont blessées ou ont blessé quelqu'un au cours de l'année ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 8,4% ( $n=40$ ) qui ne se sont pas blessées ou n'ont blessé personne au cours de l'année ( $X^2=14,4$ ,  $ddl=1$ ,  $N=554$ ,  $p=0,000$ ); 18,5% ( $n=22$ ) des personnes pour lesquelles un ami ou un médecin s'est inquiété de leur consommation au cours de l'année ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 8% ( $n=35$ ) des personnes pour lesquelles on ne s'est pas inquiété de leur consommation au cours de l'année ( $X^2=11$ ,  $ddl=1$ ,  $N=554$ ,  $p=0,001$ ). Enfin 66,7% ( $n=2$ ) des personnes qui présentaient une dépendance actuelle et passée aux substances autres que l'alcool ont refait plus d'une tentative de suicide dans l'année versus 9% ( $n=44$ ) des personnes qui ne présentaient pas de dépendance actuelle et passée aux substances autres que l'alcool ( $X^2=11,7$ ,  $ddl=1$ ,  $N=493$ ,  $p=0,02$ ).

Tableau 15. Variables psychométriques associées à la récidive multiple

	pas de récidive multiple		Récidive multiple		t	p
	M	SD	M	SD		
Score SIS <sup>a</sup>						
(n=589)	12.4	5.1	11.7	5.1	.95	.346
Score BDI <sup>b</sup>						
(n=577)	19.3	8.3	20.6	7.7	-1.2	.244
Score H <sup>c</sup>						
(n=549)	10.9	5.4	12.2	4.9	-1.8	.072
Score TAs <sup>d</sup>						
(n=522)	57.6	12.7	59.8	11.8	-1.3	.187
Score AUDIT <sup>e</sup>						
(n=554)	8.3	9.7	13.4	12.4	-2.9	.004

<sup>a</sup>SIS = Suicide Intent Scale;

<sup>b</sup>BDI= Beck Depression Inventory ;

<sup>c</sup>H= Hoplessness Scale ;

<sup>d</sup>TAS= Toronto Alexithymia Scale

<sup>e</sup> AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

	pas de récidive multiple		Récidive multiple		OR	p
	n	%	n	%		
Nombre de consommations					2.3	.031
≥6 pour une même occasion	43	81.1	10	18.9		
<6 pour une même occasion	454	90.6	47	9.4		
Arrêt de consommation					2.3	.026
Incapacité à arrêter	42	80.8	10	19.2		
Capacité à arrêter	455	90.6	47	10.0		
Perte des capacités					3.6	.004
Perdait ses capacités	25	73.5	9	26.5		

	n	%	n	%	OR	P
Ne perdait pas ses capacités	472	91	48	9,1		
Perte de mémoire					3.3	.023
Oui	17	73.9	6	26.1		
Non	480	90.4	51	9.6		
Blessures au cours de l'année					3.2	.000
Oui	58	77.3	17	22.7		
Non	439	91.6	40	8.4		
Préoccupation sur la consommation					2.6	.001
Oui	97	81.5	22	18.5		
Non	400	92	35	8		
dépendance actuelle et passée substances autre que l'alcool					20	.024
Oui	1	33.3	2	66.7		
Non	446	91	44	9		

### 3.5. ANALYSES EN REGRESSION LOGISTIQUE DE LA RECIDIVE MULTIPLE

#### 3.5.1. Régression logistique simple

Selon les analyses en régression logistique simple, les variables présentant un lien significatif avec la récurrence multiple étaient :

- Le fait de ne pas vivre en couple ( $p= 0,004$ ),
- La consultation d'un médecin psychiatre au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,001$ ),
- La consultation d'un psychanalyste au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,03$ ),
- Un traitement par antidépresseurs au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,005$ ),
- Un traitement par anxiolytiques au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,001$ ),
- Un traitement par antipsychotiques au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p= 0,000$ ),
- Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ( $p= 0,000$ ),
- Des antécédents psychiatriques ( $p= 0,03$ ),
- Une consommation de plus de 6 verres pour la même occasion ( $p=0,03$ ),
- L'incapacité d'arrêter sa consommation après avoir commencé ( $p=0,03$ ),
- Une perte de mémoire après avoir consommé de l'alcool ( $p= 0,016$ )
- Se blesser ou blesser quelqu'un après avoir bu ( $p=0,000$ ),
- La préoccupation d'un médecin ou d'un ami sur sa consommation d'alcool ( $p=0,001$ ),
- Le score au questionnaire AUDIT ( $p= 0,001$ ),
- La dépendance actuelle et passée aux substances autres que l'alcool ( $p= 0,015$ ),

Tableau 16. Variables associées à la récurrence multiple

	B	Sig	Exp(B)	95% C.I	
Sexe	.26	.40	1.3	.71	- 2.4
Enfants à charge	-.16	.63	.85	.44	- 1.6
Ne pas vivre en couple	-1.0	.004	.35	.17	- .72
Situation professionnelle	-.40	.23	.68	.36	- 1.3
Consultation psychiatre	.94	.001	2.6	1.5	- 4.5
Consultation psychologue	.31	.44	1.4	.62	- 3.0
Consultation psychothérapeute	-.19	.99	.00	.00	-
Consultation Psychanalyste	1.3	.03	3.8	1.2	- 12.6
Consommation antidépresseurs	.84	.005	2.3	1.3	- 4.1
Consommation anxiolytiques	1.2	.001	3.2	1.6	- 6.5
Consommation somnifères	.31	.25	1.4	.80	- 2.3
Consommation antipsychotiques	1.2	.000	3.3	1.9	- 5.9
Antécédents hospitalisation	1.0	.000	2.9	1.6	- 5.1
Antécédents psychiatriques	.66	.026	1.9	1.1	- 3.4
Antécédents de TS	.07	.80	1.1	.62	- 1.8
Score SIS <sup>a</sup>	-.03	.34	.97	.92	- 1.0
Score BDI <sup>b</sup>	.02	.27	1.0	.98	- 1.0
Score H <sup>c</sup>	.04	.09	1.0	.99	- 1.1
Score TAS <sup>d</sup>	.01	.21	1.0	.99	- 1.0
Nombre de consommations >6	.81	.035	2.2	1.0	- 4.7
Incapacité d'arrêter sa consommation	.84	.030	2.3	1.1	- 4.9



	B	Sig	Exp(B)	95% C.I		
Perte des souvenirs	1.2	.016	3.3	1.2	-	8.8
blessures dans l'année	1.2	.000	3.2	1.7	-	6.0
Préoccupation d'un médecin	.95	.001	2.6	1.4	-	4.6
Score AUDIT <sup>e</sup>	.04	.001	1.0	1.0	-	1.1
Dépendance aux substances actuelle et passée	3.0	.015	20.3	1.8	-	228

<sup>a</sup>SIS = Suicide Intent Scale;

<sup>b</sup>BDI= Beck Depression Inventory ;

<sup>c</sup>H= Hoplessness Scale ;

<sup>d</sup>TAS= Toronto Alexithymia Scale ;

<sup>e</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test.

Une matrice de corrélation de Pearson nous a permis de vérifier les corrélations entre les items du questionnaire A.U.D.I.T pour contrôler l'interférence de ces variables entre elles et leur influence pour les résultats de la régression logistique multiple.

Le nombre de consommations supérieur à 6 pour une même occasion ( $r(554)=0,690, p<0,01$ ), l'incapacité d'arrêter sa consommation après avoir commencé ( $r(554)=0,716, p<0,01$ ), et la préoccupation dans l'année d'un médecin ou d'un ami sur sa consommation d'alcool ( $r(554)=0,797, p<0,01$ ), n'ont pas été inclus dans le modèle de régression multiple car ces variables présentaient une corrélation trop importante avec le score total au questionnaire AUDIT.

Tableau 17. Corrélation de Pearson pour le questionnaire AUDIT (n=606)

Variables	1	2	3	4	5	6
1 Consommations >6	1					
2 Incapacité d'arrêter sa consommation	.821** (n=554)	1				
3 Perte de mémoire	.548** (n=554)	.616** (n=554)	1			
4 Blessures dans l'année	.284** (n=554)	.361** (n=554)	.314** (n=554)	1		
5 Préoccupation médecin ou ami	.476** (n=554)	.484** (n=554)	.299** (n=554)	.459** (n=554)	1	
6 Score AUDIT <sup>a</sup>	.690** (n=554)	.716** (n=554)	.529** (n=554)	.625** (n=554)	.797** (n=554)	1

<sup>a</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

### 3.5.2. Régression logistique multiple

Nous avons retenu 6 variables dans le modèle selon leur significativité en régression simple :

- Un traitement par antipsychotiques dans les 6 mois précédents ( $p=0,000$ ),
- Des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie ( $p=0,000$ ),
- Se blesser ou blesser quelqu'un après avoir bu ( $p=0,000$ ),
- La consultation d'un médecin psychiatre au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p=0,001$ ),
- Un traitement par anxiolytiques au moins 6 mois avant la tentative de suicide indexée ( $p=0,001$ ),
- Le score au questionnaire AUDIT ( $p=0,001$ ).

Selon la régression logistique multiple, notre modèle est significatif ( $p=0,000$ ) après ajustement des 6 variables retenues pour le modèle.

Après ajustement « pas à pas » des 6 variables sélectionnées, le modèle retient dans l'équation :

- Un traitement par antipsychotiques dans les 6 mois précédents ( $p=0,001$ ),
- Le score au questionnaire AUDIT ( $p=0,002$ )
- Un traitement par anxiolytiques dans les 6 mois précédents ( $p=0,004$ )

comme prédicteurs indépendants de la récurrence multiple.

Tableau 18. Prédicteurs indépendants de la récurrence multiple (n=606)

	B	Sig	Exp(B)	95% C.I		
Traitement Antipsychotiques	1.0	.001	2.8	1.6	-	5.2
Score AUDIT <sup>a</sup>	.04	.002	1.0	1.0	-	1.0
Traitement Anxiolytiques	1.1	.004	2.9	1.4	-	6.3

<sup>a</sup>AUDIT= Alcohol Use Disorders Identification Test

## IV. DISCUSSION

Notre étude a permis d'identifier certains facteurs de risque d'une récurrence suicidaire dans un échantillon de 606 suicidants. A notre connaissance aucune étude en France ne s'est intéressée jusque-là à la spécificité des facteurs de risque évalués dès l'admission aux Urgences. Dans notre pays, les équipes étudiant le risque de récurrence suicidaire ont le plus souvent proposé ou évalué de nouvelles interventions envisagées après les soins aux Urgences pour prévenir le risque suicidaire (Vaiva et al., 2002 ; Vaiva et Ducrocq, 2010 ; Vaiva et al., 2011 ; Walter, 2000). Dans d'autres pays les auteurs s'interrogent aussi bien sur l'importance des troubles mentaux dans le risque des récurrences de comportements suicidaires et des suicides accomplis que sur l'orientation et l'amélioration des soins à apporter aux personnes souffrant de ces affections mentales (Kapur et al., 2006 ; Lesage et al., 2008).

Notre étude proposait, dès l'admission aux urgences pour conduite suicidaire, d'étoffer l'évaluation des facteurs de risque de récurrence suicidaire. Ainsi, dans notre échantillon de 606 suicidants admis pour intoxication médicamenteuse volontaire aux Urgences, au lit du malade, les prédictors indépendants pour la récurrence d'au moins une tentative de suicide, quelle que soit la modalité, dans l'année suivante, étaient :

- la situation matrimoniale « vivre seul » ;
- avoir suivi au cours des 6 mois précédant l'admission aux Urgences un traitement par antipsychotiques ou anxiolytiques ;
- Le score total au questionnaire AUDIT évaluant la consommation d'alcool.

Pour les prédictors indépendants de la récurrence multiple (plus d'une tentative de suicide dans l'année) quelle que soit la modalité, étaient retrouvés :

- avoir au cours des 6 mois précédant l'admission aux urgences suivi un traitement par antipsychotiques ou par anxiolytiques ;
- Le score au questionnaire AUDIT évaluant la consommation d'alcool.

Ces résultats confirmaient les travaux montrant que la plupart des suicides et des tentatives de suicide survenaient chez des patients présentant un trouble mental (Mann, 2002 ; Beautrais et al., 1996 ; Blackmore et al., 2008) et permettaient d'insister sur le rôle des conduites alcooliques.

## 4.1. FACTEURS DE RISQUE

### 4.1.1. Facteurs sociodémographiques.

Notre échantillon était constitué d'une majorité de femmes 69% (n=418). L'âge moyen des participants était de 38 ans. Vingt-huit pour cent étaient divorcés ou séparée, 71% n'avaient pas d'enfants à charge, 70% avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat, et 74,5% exerçaient une activité professionnelle ou poursuivaient des études.

Etre plus jeune était significativement lié à la récurrence à un an et la récurrence multiple, mais n'était pas un facteur prédictif indépendant après ajustement.

Le fait de ne pas vivre en couple était un facteur prédictif indépendant de la récurrence à un an. Kim et al., (2011) ont montré, dans une étude évaluant la corrélation des facteurs sociodémographiques et cliniques avec les antécédents de tentatives de suicide de patients dépressifs, que les patients avec des antécédents de tentatives de suicide étaient plus souvent célibataires et vivaient seuls. Sokero et al., 2005 ont également montré que le fait de vivre seul était un facteur prédictif de la récurrence suicidaire chez les personnes souffrant de dépression majeure. Ces résultats insistent sur la notion d'isolement comme facteur de risque majeur.

### 4.1.2. Les antécédents psychiatriques

Notre échantillon comptait 43,3% de personnes avec des antécédents de tentatives de suicide, 56,3% avec des antécédents psychiatriques documentés et 41% avec des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Quarante virgule six pour cent avaient consulté un psychiatre et 16,3% un spécialiste de la santé mentale dans les 6 mois précédant l'évaluation. Enfin, 63,5% avaient observé un traitement anxiolytique, 54,6% un traitement antidépresseur et 18,6% un traitement antipsychotiques dans les 6 mois précédant l'évaluation.

Avoir suivi au cours des 6 mois précédant l'admission aux Urgences un traitement par antipsychotiques ou par anxiolytiques était prédictif d'une récurrence à un an et d'une récurrence multiple.

Par rapport aux traitements administrés aux patients présentant des troubles psychiatriques, aucune étude n'a pu prouver de façon significative l'efficacité ou l'impact du traitement pharmacologique sur la récurrence de tentative de suicide.

Les études portant sur l'effet des antipsychotiques conventionnels sur les idées suicidaires ou le suicide chez les patients atteints de schizophrénie n'ont montré ni effets bénéfiques ni effet néfaste sur les comportements suicidaires (Khan, Khan, Leventhal & Brown, 2001 ; Siris 2001). Battaglia et al., 1999 ont montré une réduction des comportements suicidaires auprès de 58 patients avec des antécédents de tentatives de suicide, mais il n'y avait pas de différence entre le groupe qui a reçu une forte dose de fluphenazine et le groupe qui a reçu une faible dose de fluphenazine.

Cependant, Meltzer et Okayli (1995) ont montré qu'un traitement par clozapine chez des patients résistants aux neuroleptiques suivis pendant 6 mois à 7 ans, a entraîné des réductions marquées dans les tentatives de suicide associées à des améliorations dans la dépression et le désespoir. Mais sur un échantillon plus grand, Sernyak, Desai, Stolar & Rosenheck (2001) n'ont pas trouvé de différence dans les taux de suicide chez les personnes traitées par clozapine sur un suivi de 4 ans.

A notre connaissance peu d'études ont évalué les effets des anxiolytiques sur les récurrences des tentatives de suicide. Cependant Neutel et Patten (1997) ont étudié les effets des benzodiazépines et/ou des antidépresseurs sur le risque de tentatives de suicide et ont trouvé un lien entre la prescription de benzodiazépine et les comportements suicidaires.

Ces résultats vont dans le sens de nos résultats puisque un traitement par anxiolytiques était un indicateur de la récurrence à un an et de la récurrence multiple. Ces résultats seraient à approfondir dans une étude ultérieure car nous avons simplement recueilli auprès du patient l'information de la prescription des traitements. Ce qui ne renseigne pas sur l'observance, ni sur la surveillance clinique, et encore moins sur les règles et durée de prescription.

Les anxiolytiques pourraient représenter un accès facile à un moyen d'intoxication volontaire et les antipsychotiques la gravité du trouble mental.

Même si dans notre échantillon 43% des personnes évaluées avaient des antécédents de conduites suicidaires, cette variable n'était pas corrélée avec la récurrence du comportement suicidaire. Ces résultats vont dans le sens de ceux de Bergen, Hawton, Waters, Cooper & Kapur (2010), qui, dans un échantillon de 13 966 personnes admises aux urgences pour un geste suicidaire, trouvaient des antécédents de tentatives de suicide pour 12,7% d'entre eux et

les résultats ne montraient pas plus de lien avec la récurrence que pour les patients sans antécédents de comportements suicidaires (55.1% vs. 55.7%,  $\chi^2 = 0.235$ ,  $P = 0.628$ ).

Par contre nos résultats ne vont pas dans le sens de ceux d'Oquendo et al., (2002) qui ont montré le pouvoir prédictif des tentatives de suicide antérieures en étudiant l'efficacité du traitement antidépresseur et son impact sur les comportements suicidaires après une hospitalisation pour un épisode de dépression majeure avec et sans antécédents de tentatives de suicide, sur un suivi de deux ans. Les auteurs ont également souligné le fait que les patients avec des antécédents de tentative de suicide, qui représentaient un groupe à haut risque de récurrence ou de suicide, n'avaient pas été traités de façon plus conséquente pour leur dépression.

De même, les études évaluant la récurrence des comportements suicidaires ont montré qu'une tentative de suicide étaient non seulement un facteur de risque important pour les tentatives de suicide ultérieures (Borges et al., 2006, Kapur et al., 2006), mais aussi que la répétition des tentatives de suicide augmentait le risque de tentatives de suicide multiples (Owens, Dennis, Read & Davis, 1994) et de suicide (Tejedor, Diaz, Castillon & Pericay, 1999).

Les sujets avec récurrence suicidaire avaient souffert ou souffraient d'un trouble psychiatrique comme la dépression majeure, la dépendance à l'alcool et autres substances, mais seule l'intensité de l'abus et la dépendance à l'alcool était prédictive de la récurrence à un an et de la récurrence multiple. Il a déjà été établi que le risque de tentative de suicide augmentait avec la sévérité de la dépression (Kessing et al., 2004) et que la répétition des tentatives de suicide était plus importante chez les patients souffrant d'un trouble d'abus et de dépendance à l'alcool (Sinclair, Hawton & Gray, 2009).

#### 4.1.3. La dépression

Soixante six pour cent des participants présentaient aux Urgences des symptômes cliniquement significatifs de dépression.

L'intensité des symptômes de dépression mesurée aux Urgences était significativement corrélée avec la récurrence à un an mais n'était pas prédictive de la récurrence suicidaire.

La plupart des études insistent sur le niveau de dépression. Dans l'étude de (Doshi, Boudreaux, Wang, Pelletier & Camargo 2005) évaluant les caractéristiques des patients se présentant aux urgences après une tentative de suicide 34% souffraient de dépression. De nombreuses études ont montré l'importance de la dépression chez les patients qui ont fait des tentatives de suicide (Ennis, Barnes, Kennedy & Trachtenberg 1989 ; Beautrais et al., 1996 ; Ferreira de Castro, Cunha, Pimenta & Costa 1998 ; Haw, Houston, Townsend & Hawton 2001). Les études utilisant la méthode de l'autopsie psychologique font également état d'un fort taux de dépression chez les suicidés. (Foster et al., 1997 ; Lönnqvist et al., 1995 ; Séguin, Manion, Cloutier, McEvoy & Cappelli, 2003). D'autres études ont montré que les personnes souffrant de dépression avaient des caractéristiques différentes selon qu'elles aient ou non des antécédents de tentatives de suicide (Ahrens, Berghöfer, Wolf & Müller-Oerlinghausen 1995; Sokero et al., 2005). Dans une cohorte de 269 patients présentant une dépression majeure et suivis 18 mois, Sokero et al., (2005) ont montré que 8% des patients avaient fait une tentative de suicide et que le risque de faire une tentative de suicide était plus élevé chez les patients qui présentaient un épisode dépressif majeur par rapport à ceux qui étaient en rémission complète. Kim et al., (2011) ont montré que les antécédents de tentatives de suicide étaient souvent présents chez les patients dépressifs, et que les patients avec des antécédents de tentatives de suicide présentaient plus d'épisodes dépressifs majeurs dans l'histoire de leur maladie, étaient plus jeunes au moment de leur premier épisode de dépression majeure, souffraient d'un trouble de l'humeur et des troubles anxieux plus sévères et sur une plus longue période que les patients sans histoire de tentative de suicide. Certaines études ont également montré que les personnes avec plusieurs tentatives de suicide à leur actif avaient plus de troubles de l'axe I selon le DSMIV, l'apparition des troubles étaient plus précoce et les troubles plus chroniques (Rudd, Joiner & Rajab, 1996). En comparant 68 personnes ayant fait plus d'une tentative de suicide et 128 personnes ayant fait une seule tentative de suicide, ces mêmes auteurs, et d'autres, ont également montré que le premier groupe était plus déprimé et présentait un désespoir plus intense.

#### 4.1.4. Le désespoir

Soixante neuf pourcent des participants présentaient un fort désespoir au moment de l'évaluation.



Le désespoir était significativement corrélé avec la récurrence à un an mais n'était pas prédictif de la récurrence.

Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer (1990) ont montré que le désespoir était un facteur prédictif du suicide chez les patients avec des antécédents psychiatriques et les patients hospitalisés pour des idées suicidaires. Il est également identifié comme une caractéristique de la dépression (Beck, 1963, 1967; Melges et Bowlby, 1969).

Chez les personnes souffrant d'un trouble de l'humeur, l'intensité du désespoir était un facteur prédictif du suicide, même si ce lien pouvait dépendre des antécédents d'abus de drogues et d'alcool (Fawcett et al., 1987 ; Keller et al., 1993 ; Young, Fogg, Scheftner & Fawcett 1994). D'autre part, Rudd, Joiner & Rajab (1996) ont comparé des groupes de patients ayant : 1) des idées suicidaires ; 2) fait une tentative de suicide ; ou 3) fait plusieurs tentatives de suicide. Ils ont montré que le troisième groupe présentait des scores de désespoir plus élevés que les deux autres groupes.

La plupart des études évaluant le désespoir comme possible facteur de risque de tentatives de suicide répétées ont été menées auprès d'adolescents. Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James & Fagg (1999) ont montré que les adolescents ayant fait plusieurs tentatives de suicides avaient un niveau de désespoir et une faible estime de soi plus élevés que les adolescents ayant fait une seule tentative de suicide. En revanche Esposito, Spirito, Boergers & Donaldson (2003) ont montré que les adolescents qui avaient fait plusieurs tentatives de suicide rapportaient des niveaux de désespoir plus élevés que ceux qui avait fait une seule tentative de suicide, mais le désespoir ne se distinguait plus une fois ajusté avec la dépression. Les auteurs ont conclu que le désespoir s'exprimait de façon concomitante à la dépression lors d'un trouble dépressif majeur et qu'il pouvait ainsi contribuer à la gravité de la dépression et avoir un impact indirect sur le comportement suicidaire.

#### 4.1.5. L'alexithymie

Environ 39% des participants présentaient des symptômes d'alexithymie au moment de l'évaluation aux Urgences.

Nous n'avons pas montré de corrélation positive entre le niveau d'alexithymie et la récurrence suicidaire.

La plupart des études qui ont évalué l'alexithymie comme facteur de risque potentiel des tentatives de suicide ont également évalué la dépression et montraient davantage un lien entre dépression et alexithymie plutôt qu'entre comportements suicidaires et alexithymie (Taiminen et al., 1996 ; Iancu et al., 1999 ; Hirsch, Hautekeete & Kochman, 2001 ; Hintikka et al., 2004). Nos résultats vont dans le sens de ces études puisque l'alexithymie était corrélée avec la dépression quand ces variables étaient mesurées 6 mois après la tentative de suicide.

Taiminen et al., (1996) ont interviewé 50 personnes 24 heures après leur arrivée à l'hôpital pour tentative de suicide. Les auteurs concluaient que l'alexithymie semblait être associée à la dépression dans les tentatives de suicides mais pas à la suicidalité en soi.

Dans une autre étude en 2001, Iancu et al.(2001) ont cherché à évaluer la prévalence de l'acte suicidaire chez les personnes souffrant d'attaques de paniques. Une corrélation significative a été trouvée entre les scores d'alexithymie et le risque suicidaire, bien que la corrélation la plus significative, comme attendue, se trouve entre le niveau de dépression et le risque suicidaire.

Enfin, Hirsch, Hautekeete & Kochman (2001) ont évalué l'effet des facteurs pouvant conduire les adolescents à une tentative de suicide. Ils ont cherché à analyser l'interrelation entre dépression, désespoir et alexithymie par le biais des schémas précoces inadaptés et surdéveloppés chez les sujets suicidaires. Les résultats obtenus sont complexes et montrent qu'« en tant que trait de personnalité, l'alexithymie pourrait être considérée comme un facteur favorisant le risque suicidaire, ne serait-ce qu'en limitant les possibilités de communication avec autrui des sentiments et émotions ».

#### 4.1.6. La consommation d'alcool

Environ 22% des participants présentaient une dépendance à l'alcool durant l'année précédant l'évaluation.

L'intensité de l'abus et/ou la dépendance alcoolique était un facteur prédictif de la récurrence à un an et de la récurrence multiple.

La relation conduites alcooliques et comportements suicidaires est étayée par de nombreux travaux. Dans un devis prospectif Haw, Houston, Townsend & Hawton, (2001), dans un échantillon de 150 patients ayant fait une tentative de suicide, montraient que 45% de ceux qui souffraient de dépendance à l'alcool avaient refait une tentative de suicide pendant un

suivi de 12 à 20 mois. Hjelmeland (1996) a montré, dans une cohorte de patients norvégiens suivis pendant 6 ans, que l'abus d'alcool était un facteur prédictif de la récurrence. Preuss et al., (2003) ont montré que plus de la moitié de 1237 patients souffrant d'un trouble alcoolique avait une histoire de tentative de suicide et que les tentatives de suicide étaient des indicateurs de la récurrence suicidaire pendant le suivi sur 5 ans de l'étude. Enfin, Sinclair, Hawton et Gray (2009) ont suivi pendant 6 ans une cohorte de 143 patients admis après une tentative de suicide. La répétition des tentatives de suicide était plus importante chez les patients souffrant d'un trouble d'abus et de dépendance à l'alcool.

Quant au suicide, dans une cohorte de 109 personnes décédées par suicide au Nouveau-Brunswick Séguin et al., (2006) ont montré que 59% des suicidés avaient un trouble lié à la consommation d'alcool. Lesage et al., (2008) montraient que si plus de la moitié avait été en contact avec un service de santé seulement 5% avait été en contact avec une unité d'addictologie.

A notre connaissance aucune étude n'a utilisé le questionnaire AUDIT pour évaluer le risque de récurrence des comportements suicidaires chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool. Dans notre étude la consommation de plus de 10 boissons par jour, la consommation de plus de 6 boissons pour une même occasion, l'incapacité d'arrêter sa consommation après avoir commencé, la perte de ses capacités après une forte consommation d'alcool, boire le matin pour se remettre en forme, la perte de mémoire après une forte consommation d'alcool, les blessures occasionnées sur soi ou aux autres dans un contexte de consommation d'alcool, la préoccupation d'un médecin ou d'un ami sur la consommation d'alcool étaient des items significativement corrélés à la récurrence à 1 an. Un nombre de consommation supérieur à 6 pour une même occasion, l'incapacité d'arrêter sa consommation après avoir commencé, la perte de ses capacités après une forte consommation d'alcool, la perte de mémoire après une forte consommation d'alcool et les préoccupations d'un ami ou d'un médecin quant à sa consommation d'alcool, étaient des items significativement corrélés à la récurrence multiple. Étant donné qu'il y a peu de données pour guider la pratique clinique dans le groupe des patients consommateurs de toxiques (Modesto-Lowe, Brooks & Ghani 2006), ces items pourraient constituer des questions simples pour améliorer le dépistage.

#### 4.1.7. La consommation de substances autres que l'alcool

Environ 9% des participants présentaient une dépendance actuelle ou passée, et 4% un abus aux substances autres que l'alcool.

La dépendance actuelle et passée aux substances autres que l'alcool était significativement corrélée à la récurrence multiple, mais n'était pas un facteur prédictif indépendant de la récurrence.

A notre connaissance peu d'études ont évalué la dépendance et l'abus aux substances autres que l'alcool dans un groupe de sujets admis aux urgences après une tentative de suicide. Seule une étude brésilienne menée par Diehl et Laranjeira (2009) a évalué la dépendance aux substances auprès de 80 personnes admises aux urgences après une tentative de suicide. Parmi eux, 10% des personnes interrogées souffraient d'une dépendance aux substances et toutes avaient des antécédents de tentative de suicide. Cependant les auteurs n'ont pas trouvé de lien significatif entre la dépendance aux substances et les tentatives de suicide antérieures ou le moyen utilisé pour la tentative de suicide indexée.

Les autres études mesurant les substances comme facteur de risque des tentatives de suicide ciblent des substances spécifiques comme le cannabis (Price, Hemmingsson, Lewis, Zammit & Allebeck 2009 ; Calabria, Degenhardt, Hall & Lynskey 2010), la cocaïne (Vaszari, Bradford, Callahan O'Leary, Ben Abdallah & Cottler 2011) ou l'héroïne (Darke et Ross, 2002 ; Quaglio et al., 2001), ou portent sur des populations en particulier comme les adolescents (Reyes et al., 2011 ; Rossow, Hawton & Ystgaard 2009).

Vaszari et al., 2011 ont étudié les facteurs de risque des idées suicidaires chez des femmes consommatrices de cocaïne et ont montré que l'abus physique et sexuel, le viol après l'âge de 15 ans, le stress post-traumatique et la dépression étaient des prédicteurs indépendants des idées suicidaires.

Rossow et al., 2009 ont mesuré les effets du cannabis chez des adolescents anglais et des adolescents norvégiens et ont montré une association entre l'usage de cannabis, les idées suicidaires et les comportements suicidaires dans les deux populations. Après ajustement l'association reste significative seulement pour les adolescents norvégiens, mais pour les auteurs cette association n'est pas directe et reste confondue avec d'autres facteurs.

L'évaluation de la consommation de toxiques autres que l'alcool au lit du malade doit quand même revêtir une importance égale à celle de l'évaluation des autres symptômes psychiatriques dans le contexte du dépistage des sujets à risque de récurrence. Dans notre étude, pour cette évaluation nous avons utilisé le module du M.I.N.I., qui n'est certainement pas l'instrument le plus adapté en pratique clinique aux Urgences. Cependant, l'utilisation d'une

échelle ou un questionnaire adapté(e) à l'abus de substances autres que l'alcool, aussi rapide et maniable que l'AUDIT, serait une avancée. Notons qu'il existe déjà le Drug Abuse Screening Test (DAST) validé par Skinner et Goldberg (1986) en 20 questions dichotomiques portant sur la consommation de drogues durant les 12 mois. Malheureusement, ce questionnaire reste limité dans le temps et ne permet pas, comme le Mini International Neuropsychiatric Interview, d'évaluer la dépendance sur une période de plus de 12 mois.

## **4.2. LIMITES**

### **4.2.1. Echantillon**

Le recrutement aux Urgences peut constituer un biais dans le sens où nous ciblons une population clinique avec des résultats différents de ceux pouvant être obtenus en population générale. Cependant, sachant que les personnes à haut risque de récurrence sont celles souffrant d'un ou plusieurs troubles psychiatriques, il nous a paru plus cohérent, dans l'objectif d'évaluer des facteurs de risque de récurrence suicidaire, de mener une enquête dans un échantillon d'une population clinique.

D'autre part dans notre échantillon 67% des participants étaient hospitalisés en psychiatrie après le passage aux Urgences. Notre étude évaluait donc davantage des suicidants qui allaient être hospitalisés en psychiatrie, plutôt que des suicidants qui retournaient directement à leur domicile et bénéficiant ainsi d'une surveillance moindre avec possibilité de récurrences suicidaires non négligeables.

Il faut également souligner que l'étude a été proposée aux suicidants admis aux urgences, du lundi au vendredi inclus, et uniquement en journée. Les suicidants admis en fin de semaine et ceux admis la nuit, et sortant rapidement, n'ont pas pu être inclus pour des raisons de faisabilité.

Enfin, en ce qui concerne la récurrence des conduites suicidaires il est probable que certains patients ayant répété une conduite suicidaire n'aient pas été hospitalisés ou bien l'aient été dans d'autres établissements ; ces éventuelles récurrences n'ont pas pu être comptabilisées dans l'échantillon complet. Cependant, les procédures d'admission dans les cas de tentatives de suicide nécessitant une hospitalisation dans notre région indiquent que la majorité des patients sont orientés vers le CHU Toulouse.

#### 4.2.2. Évaluation

S'il est clair que le choix de recruter les participants aux urgences avant la sortie de l'hôpital garantissait un nombre d'inclusion plus important que dans le contexte d'un contact à établir avec le sujet après sa sortie du dispositif de soin ; l'inconvénient est que, bien que les participants n'aient été interrogés que lorsque leur conscience était normale, leur niveau de fatigue a pu fluctuer dans cette période de 12-24 heures suivant l'ingestion de médicaments psychotropes et nous n'avons pas toujours pu obtenir la totalité des réponses. Ces données manquantes étaient à la fois la conséquence de la fatigue ou d'un départ éventuel du participant pour la structure de soin vers laquelle il était orienté.

Cependant, nous avons enlevé les participants quand ils n'avaient pas répondu à la totalité d'un questionnaire pour éviter que les données manquantes influencent les résultats.

Le faible taux de réponse (38%) pour l'évaluation par auto-questionnaires par envoi postal 6 mois après l'inclusion n'a pas permis de généraliser l'évaluation de l'évolution des symptômes de dépression, ni du désespoir, ni de l'alexithymie pour l'ensemble de l'échantillon.

Enfin, les événements de vie adverses et les événements potentiellement traumatiques n'ont pas été renseignés dans notre échantillon. Les événements de vie sont des variables importantes à considérer pour l'évaluation du risque suicidaires. Les abus et les traumatismes infantiles sont fréquemment cités parmi les facteurs de risque des tentatives de suicide (Shea, Walsh, Macmillan & Steiner 2005 ; Dube et al., 2001 ; Molnar, Berkman & Buka, 2001). Séguin et al., (2006 ; 2007 ; 2011) en recueillant systématiquement ces variables ont montré que les personnes ayant subi des abus et des traumatismes dans l'enfance constituaient un groupe à risque élevé de suicide. Ces variables n'ont pas été évaluées dans notre échantillon pour éviter un protocole trop long et difficilement acceptable pour des personnes hospitalisées aux urgences après une tentative de suicide.

## CONCLUSION

Un des facteurs de risque le plus important associé au suicide est la tentative de suicide. C'est pourquoi la recherche s'intéresse particulièrement aux patients suicidants afin de comprendre les facteurs sous-jacents à ce comportement.

Parmi 606 patients admis aux Urgences pour une intoxication médicamenteuse volontaire et évalués sur place, environ un quart (23 %) ont présenté une nouvelle conduite suicidaire dans l'année. Ceux qui avaient été ou étaient traités par des antipsychotiques et des anxiolytiques, ceux qui rapportaient une dépendance à l'alcool et ceux qui semblaient isolés étaient davantage à risque pour une récurrence suicidaire dans l'année suivant l'admission aux Urgences. Ceux qui avaient été ou étaient traités par anxiolytiques ou antipsychotiques et ceux qui rapportaient une dépendance à l'alcool étaient également davantage à risque pour plusieurs récurrences suicidaires.

Nos résultats montrent que l'accès aux médicaments psychotropes, lorsque les soins ne sont pas encadrés et suivis par un professionnel expérimenté, ne prévient pas du passage à l'acte. Ce qui retient particulièrement notre attention semble davantage dessiner les contours d'un contexte particulier propice à une conduite suicidaire, plutôt qu'un ou plusieurs troubles ou variables associés à la récurrence. En effet, l'isolement se retrouve parmi nos participants et la variable dépendance à l'alcool, peut faire supposer, sans qu'aucune analyse ne le permette dans notre travail, que cet isolement pourrait également concerner l'accès aux soins, les malades alcooliques ayant souvent peu d'accès aux soins et véhiculant une image inquiétante même auprès des soignants. La dépendance à l'alcool est souvent peu évaluée aux urgences, possiblement confondue avec la consommation d'alcool au moment du passage à l'acte. Une évaluation plus poussée de la part des praticiens hospitaliers pourrait les aider à identifier ce facteur important dans la récurrence des comportements suicidaires. Ainsi, une orientation précoce dans les services adaptés peut engager dans le soin les patients à haut risque à un moment où ils sont en demande d'aide.

Les malades de notre étude ayant récidivé une conduite suicidaire étaient à priori connus d'un système de soins, mais finalement isolés et dépendant à l'alcool, et c'est peut-être ce « groupe » qui mérite, une fois aux urgences, toute l'attention des soignants.

## BIBLIOGRAPHIE

Adams, J., Adams, M. (1993). Effects of a negative life event and negative perceived problem-solving alternatives on depression in adolescents: a prospective study. *Journal of child psychology and psychiatry and allied discipline*, 34(5):743-7.

Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health*, 98(5):946-52.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2001). La Crise Suicidaire. Reconnaître et prendre en charge. Conference de Consensus. Paris, ANAES.

Akroyd, S., Wyllie, J. (2002). Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness: Survey 4. Wellington, New Zealand: New Zealand Ministry of Health;. Publication 9-20-0004.

Altamura, A. C., Bassetti, R., Bignotti, S., Pioli, R., Mundo, E. (2003). Clinical variables related to suicide attempts in schizophrenic patients: a retrospective study. *Schizophrenia Research*, 60(1):47-55.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (2003). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 160(Nov suppl).

Andersen, U.A., Andersen, M., Rosholm, J.U., Gram, L.F. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 102(2):126-34.



Anderson, M.A., Helms, L. (1993). Home health care referrals following hospital discharge: communication in health services delivery. *Hospital and Health Services Administration*, 38: 537–55.

Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J., Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal of affective disorders*, 68(2-3):167-81.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., ..., Parsons R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ*, 318(7193):1235-9.

Arango, V., Ernsberger, P., Marzuk, P.M., Chen, J.S., Tierney, H., Stanley, M., Reis, D.J., Mann, J.J. (1990). Autoradiographic demonstration of increased serotonin 5-HT<sub>2</sub> and beta-adrenergic receptor binding sites in the brain of suicide victims. *Archives of general psychiatry*, 47(11):1038-47.

Ahrens, B., Berghöfer, A., Wolf, T., Müller-Oerlinghausen, B. (1995). Suicide attempts, age and duration of illness in recurrent affective disorders. *Journal of affective disorders*, 36(1-2):43-9.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides : a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4 :37.

Asberg, M. (1997). Neurotransmitters and suicidal behavior. The evidence from cerebrospinal fluid studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836:158–81.

Asberg, M., Träskman, L., Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Archives of general psychiatry*, 33(10):1193-7.

Aseltine, R.H. Jr, DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94:446-451.

Badeyan, G., Parayre, C., Mouquet, M.C., Tellier, S., Dragos, S., Ellenberg, E. (2001). Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Etudes et Résultats N° 109 ; Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Baechler, J. (1979). Suicides. New York: Basic Books.

Bakken, K, Vaglum, P. (2007). Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: a six-year prospective follow-up. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10(3):20.

Bateman, A., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158:36-42.

Batt A. (1994). Les politiques de prévention du phénomène suicidaire en Europe : quelques exemples en médecine générale. Paris, INSERM.

Battaglia, J., Wolff, T., Wagner-Johnson, D., Rush, A., Carmody, T., Basco, M. (1999). Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. *International Clinical Psychopharmacology*, 14: 361–372.

Baudelot, C., Establet, R. (1984). Suicide :l'évolution séculaire d'un fait social. *Economie et statistique*, 168, 59-70.

Bedi, S., Nelson, E.C., Lynskey, M.T., Mc Cutcheon, V.V., Heath, A.C., Madden, P.A., Martin, N.G. (2011). Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide & life-threatening behaviour*, 41(4):406-15.

Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153:1009-1014.

Beautrais, A.L., Gibb, S.J., Faulkner, A., Mulder, R.T. (2008). A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce repeat presentations to the emergency department for suicide attempt. *Annals of Emergency Medicine*, 51:474.

Beautrais, A.L., Gibb, S.J., Faulkner, A., Fergusson, D.M., Mulder, R.T. (2010). Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1):55-60.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

Beck, A. T. (1967). Depression; Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoebner Medical Division, Harper & Row.

Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 147(2):190-5.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. (1990). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American journal of psychiatry*, 142(5):559-63.

Beck, A.T., Steer, R.A., Sanderson, W.C., Skeie, T.M. (1991). Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 148 : 1195- 1199.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6):861-5.

Beevers, C.G., Miller, I.W. (2004). Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide & life-threatening behavior*, 34(2):126-37.

Bellanger, M., Jourdain, A. (2006). Evaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : le cas des PSR de prévention du suicide. *Santé Publique*, 18 :585-598.

Bertschy, G., Vantel, S. (1991). Les liens entre suicide et dépression. Aspects épidémiologiques. *L'Encéphale*, 17 : 33-36.

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3):226-39.

Blackmore, E.R., Munce, S., Weller, I., Zagorski, B., Stansfeld, S.A., Stewart, D.E. , ..., Conwell, Y. (2008). Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 192:279-284.

Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: the significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3):257-65.

Boenisch, S., Bramesfeld, A., Mergl, R., Havers, I., Althaus, D., Lehfeld, H., Niklewski, G., Hegerl, U. (2010). The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts--a secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European psychiatry*, 25(7):414-20.

Bolton, J. M., Belik, S. L., Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J. (2008). Exploring the correlates of suicide attempts among individuals with major depressive disorder: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical Psychiatry*, 69(7):1139-49.

Borges, G., Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., Walters, E.E., Kessler, R.C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36:1747-1757.

Borges, G., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., Mondragón, L. (2000). Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Archives of medical research*, 31(4):366-72.

Bourgeois, M., Facy, F., Rouillon, F., Verdoux, H. (1997). Epidémiologie du suicide. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37397-A20

Bouvard, M. P., Doyen, C. (1996). Le suicide chez l'adolescent. *L'encéphale*, 22 (suppl. 4) : 35-39.

Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., Grisham, J.R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3):371-7.

Brown, G.K., Ten Have, T.R., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294:563- 570.

Brunet, A., Akerib, V., Birnes, P. (2007). Don't throw out the baby with the bath water: PTSD is Not Over-Diagnosed. *Canadian Journal of Psychiatry* 52, 501-502.

Bulik, C. M., Carpenter, C. C., Kupper, D. J., Frank, E. (1990). Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *Journal of Affects Disorders*, 18: 29-37.

Bullman, T.A., Kang, H.K. (1994). Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *The Journal of nervous and mental disease*, 182(11):604-10.

Buchholtz-Hansen, P. E., Wan, A. G., Kragh-Sorensen, P.(1993). Mortality in major affective disorder: relationship to subtype depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87: 329-335.

Calabria, B., Degenhardt, L., Hall, W., Lynskey, M. (2010). Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Review*, 29:318–330.

Caldwell, C. B, Gottesman, I. I. (1992). Schizophrenia--a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide & life-threatening behaviour*, 22(4):479-93.

Caldji, C., Diorio, J., Meaney, M.J. (2000). Variations in maternal care in infancy regulate the development of stress reactivity. *Biological psychiatry*, 48(12):1164-74.

Caplan, G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.

Carlsten, A., Waern, M., Ekedahl, A., Ranstam, J. (2001). Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 10:525-530.

Cauffman, E. A (2004). Statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43:430-439.

Carlsten, A., Waern, M., Ekedahl, A., Ranstam, J. (2001). Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 10:525-530.

Cedereke, M. et Ojehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry*, 20, 101-109.

Chang, S.S., Gunnell, D., Sterne, J.A., Lu, T.H., Cheng, A.T. (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Sciences & Medicine*, 68(7):1322-31.

Chen, H., Liu, XX., Zheng, ML. (2011). Study on the long-term trend of suicidal deaths in Macheng of Hubei province, 1984 – 2008. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 32(2):151-154.

Cheng, A.T., Chen, T.H., Chen, C.C., Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *The British journal of psychiatry*, 177:360-5.

Coccaro, E.F. (1989). Central serotonin and impulsive aggression. *British Journal of Psychiatry, Suppl.* 8:52-62.

Coêlho, B.M., Andrade, L.H., Guarniero, F.B., Wang, Y.P. (2010). The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São

Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria*, 32(4):396-408.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188:423-31.

Collet, L., Cottraux, J. (1986). The shortened Beck depression inventory (13 items). Study of the concurrent validity with the Hamilton scale and Widlöcher's retardation scale. *Encephale*, 12(2):77-9.

Comptois, K.A. (2002). A Review of Interventions to Reduce the Prevalence of Parasuicide. *Psychiatric Services*, 53, 1138-1144.

Conason, A. H., Oquendo, M. A., Sher, L. (2006). Psychotherapy in treatment of alcohol and substance abusing adolescents with suicidal behavior. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18 (1): 9-13.

Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y. (2003). Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project data. *Journal of studies on alcohol*, 64(4):551-4.

Conner, K.R., Conwell, Y., Duberstein, P.R., (2001). The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempts suicide. II. Life events, social support and suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 104, 452-457.

Conner, K.R., Hesselbrock, V.M., Schuckit, M.A., Hirsch, J.K., Knox, K.L., Meldrum, S., ..., Soyka M. (2006) Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence. *Journal of studies on alcohol*, 67(1):95-101.

Conner, K.R., Langley, J., Tomaszewski, K.J., Conwell, Y. (2003). Injury hospitalization and risks for subsequent self-injury and suicide: a national study from New Zealand. *American journal of public health*, 93(7):1128-31.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., Appleby L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.

Corruble, E., Ginestet, D., Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *Journal of Affective disorders*, 37(2-3):157-70.

Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J. et al. (1995). Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 152: 358-364.

Cox, B.J., Direnfeld, D.M., Swinson, R.P., Norton, G.R. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 151:882- 887

Coyle, J.T., Pine, D.S., Charney, D.S., Lewis, L., Nemeroff, C.B., Carlson, G.A.,..., Hellander, M. (2003). Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12):1494-503.

Crawford, P., Cohen, J.G., Johnson, S., Kasen, M.B., First M.B., ..., Brook, J.S. (2005). Self-reported personality disorder in the children in the community sample: Convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood, *J Personal Disord* 19, 30–52.

Cremniter, D. (1998). La prise en charge psychothérapique des patients suicidaires. *Neuropsych, spec.*, 44-47.

Cremniter D. (2000). Psychothérapie des suicidants. In *Depression et suicide* : Masson, Paris.

Dahlsgaard, K.K., Beck, A.T., Brown, G.K. (1998). Inadequate response to therapy as a predictor of suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28(2):197-204.



Dagenais, D. 2005. Le lien entre les données objectives et la signification subjective du suicide, colloque de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Chicoutimi.

Darke, S., Ross, J. (2002). Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97 :1383–1394

Davidson, J.R. (2000). Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder. *Journal of psychopharmacology*, 14(2 Suppl 1):S5-12.

Davidson, R.J., Putnam, K.M., Larson, CL. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. *Science*, 289(5479):591-4.

De Hert, M., McKenzie, K., Peuskens, J. (2001). Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, 47(2-3):127-34.

D'Eramo, K.S., Prinstein, M.J., Freeman, J., Grapentine, W.L., Spirito, A. (2004). Psychiatric diagnoses and comorbidity in relation to suicidal behavior among psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Psychiatry and Human development*, 35(1):21-35.

Diehl, A., Laranjeira, R., (2009). Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 58(2):86-91.

DeJong, T.M., Overholser, J.C., Stockmeier, C.A. (2010). Apples to oranges?: a direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of affective disorders*, 124(1-2):90-7

Dilsaver, S. C., Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Benazzi, F. (2006). Dose-response relationship between number of comorbid anxiety disorders in adolescent bipolar/unipolar disorders, and psychosis, suicidality, substance abuse and familiarity. *Journal of Affects Disorders*, 96(3):249-58.

Doshi, A., Boudreaux, E.D., Wang, N., Pelletier, A.J., Camargo, C.A. Jr. (2005). National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of emergency medicine*, 46(4):369-75.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chap Man, D.P., Williamson, D.F., Gile, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout life span: findings from the adverse childhood experience study. *JAMA*, 286:3089-96.

Duffy, J., Kreitman, N. (1993). Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. *Addiction*, 88(6):757-66.

Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C., Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *The American journal of psychiatry*, 162(11):2116-24.

Ennis, J., Barnes, R.A., Kennedy, S., Trachtenberg, D.D. (1989). Depression in self-harm patients. *The British journal of psychiatry*, 154:41-7.

ESEMeD /MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl 420), 21-27.

Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide life-Threatening behaviour*, 33(4):389-99.

Farges, F. (2001). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de littérature. *Psychotropes*, 8: 47-74.

Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 144: 35-40.

Fawcett, J., Scheftner, W., Fogg, L., Hedeker, D., Gibbons, R., Coryell, W. (1990). Time related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147: 1189-1194.

Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K.C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 330:396.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., Beautrais, A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of general psychiatry*, 62(1):66-72.

Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *Journal of Traumatic Stress*, 11103- 112.

Ferreira de Castro, E., Cunha, M.A., Pimenta, F., Costa, I. (1998). Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1):25-31.

Fleischmann A, Bertolote JM, De Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, Vijayakumar L, Malakouti K, Schlebusch L, De Silva D, Nguyen VT, Wasserman D. (2005). Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 35, 1467-74.

Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K., Beck, A.T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161:437-443.

Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R. (1997). Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *The British journal of psychiatry*, 170:447-52.

Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., Patterson, C. (1999). Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, 175: 175-179.

Francis, D., Diorio, J., Liu, D., Meaney, M.J. (1999). Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat. *Science*, 286(5442):1155-8.

Freedenthal, S. (2003). Primary Care and Suicide Prevention. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1012-1013.

Freedenthal, S., Vaughn, M. G., Jenson, J. M., Howard, M. O. (2007). Inhalant use and suicidality among incarcerated youth. *Drug Alcohol Dependence*, 90(1):81-8.

Freedenthal, S., 2008. Assessing the wish to die: a 30-year review of the Suicide Intent Scale. *Archives of Suicide Research*, 12 (4), 277–298.

Freud, S. (1917). *Deuil et mélancolie*, in *Métapsychologie*, trad. De l'allemand, revue et corrigée par Jean Laplanche et J.B. Pontalis. Paris, Gallimard, 1990.

Freud, S. (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*, trad. Fr. S. Jankélévitch, Paris, Payot, 1969.

Gagné, M., Légaré, G., Perron, P.A., St-Laurent, D. (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*. Institut National de Santé Publique du Québec.

Gaynes, B.N., West, S.L., Ford, C.A., Frame, P., Klein, J., Lohr, K.N. (2004). Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140:822-835.

Gibbons, R.D., Hur, K., Bhaumik, D.K., Mann, J.J. (2005). The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 65:165-172.

Glick, I.D., Zaninelli, R., Hsu, C., Young, F.K., Weiss, L., Gunay, I., Kumar, V. (2004). Patterns of concomitant psychotropic medication use during a 2-year study comparing clozapine and olanzapine for the prevention of suicidal behavior. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5):679-85.

Goldacre, M., Seagroatt, V., Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 342(8866):283-6.

Goodwin, R. D., Roy-Byrne, P. (2006). Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 23(3):124-32.

Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:386-405.

Greden, J.F. (2001). Recurrent depression: its overwhelming burden. In: JF Greden. Treatment of recurrent depression. Revue of psychiatry. Washington DC, *American Psychiatric Publishing*, vol 20: 1-8.

Grisé, Y. 1982. Le suicide dans la Rome antique, Bellarmin, Montréal — Les Belles Lettres, Paris, 325 pages.

Gunderson, J.G. (2001). Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Gunnell, D., Frankel, S. (1994). Prevention on suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.

Gunnell, D., Saperia, J., Ashby, D. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ* 330:385.

Guo, B., Harstall, C. (2002). *Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children and Youth*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.

Gururaj, G., Isaac, M.K., Subbakrishna, D.K., Ranjani, R. (2010). Risk factors for completed suicides: a case-control study from Bangalore, India. *Injury control and safety promotion*, 11(3):183-91.

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., ..., Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323:135-138.

Guze, S. B., Robins, E. (1970). Suicide and primary affective disorders. *British Journal of Psychiatry*, 117 : 437-438.

Haas, G. L., Glick, I. D., Clarkin, J. F., Spencer, J. H., Lewis, A. B. (1990). Gender and schizophrenia outcome: a clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 16(2):277-92.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425):1219-21.

Hall, W.D., Mant, A., Mitchell, P.B., Rendle, V.A., Hickie, I.B., McManus, P. (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000:trend analysis. *BMJ*, 326:1008.

Harkavy-Friedman, J. M., Restifo, K., Malaspina, D., Kaufmann, C. A., Amador, X. F., Yale, S. A., Gorman, J. M. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8):1276-8.

Harris, E. C., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170: 205-228.

Haw, C., Houston, K., Townsend, E., Hawton, K. (2001). Deliberate self-harm patients with alcohol disorders: characteristics, treatment, and outcome. *Crisis*, 22(3), 93-101.

Haw, C., Houston, K., Townsend, E., Hawton, K. (2001). Deliberate self-harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *Journal of Affective Disorders*, 70(2002), 57-65

Haw, C., Hawton, K. (2011). Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993–2006. *Social PsychiatryPsychiatric Epidemiology*, 46(2), 85-93.

Hawton, K., Bale, L., Casey, D., Shepherd, A., Simkin, S., Harriss, L. (2006). Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis*, 27(4), 157-63.

Hawton, K., Harris, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., Bond, A. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine*, 33(6):987-95.

Hawton, K., Fagg, J. (1988). Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 751-761.

Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22, 369–378.

Hawton, K., Townsend, E., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., Van Heeringen, K. (2002). Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (2):CD001764.

Hawton, K., Van Heeringen, K. (2009). *Suicide* (373, 1372-81). *Lancet*.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6):693-704.

Hegerl, U., Althaus, D., Stefanek, J. (2003). Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36: 288-291.

Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T.,....., Lönnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 150(6):935-40.

Henriksson, S., Boëthius, G., Isacson, G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4):301-6.

Heisel, M.J., Conwell, Y., Pisani, A.R., Duberstein, P.R. (2011). Concordance of Self-and Proxy-Reported Suicide Ideation in Depressed Adults 50 Years of Age or Older. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(4): 219-26.

Hesselbrock, M., Hesselbrock, V., Syzmanski, K., Weidenman, M. (1988). Suicide attempts and alcoholism. *Journal of studies on alcohol*, 49(5):436-42.

Hirsch, N., Hautekeete, M., Kochman, F. (2001). Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents. *Encephale*, 27(1):61-70.

Hirschfeld, R.M., Keller, M.B., Panico, S., Arons, B.S., Barlow, D., Davidoff, F.,..., Wyatt R.J. (1997). The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, 277(4):333-40.

Hjelmeland, H. (1996). Repetition of parasuicide: a predictive study. *Suicide & life-threatening behavior*, 26(4):395-404.

Hrdina, P.D., Demeter, E., Vu, T.B., Sótónyi, P., Palkovits, M. (1993). 5-HT uptake sites and 5-HT<sub>2</sub> receptors in brain of antidepressant-free suicide victims/depressives: increase in 5-HT<sub>2</sub> sites in cortex and amygdala. *Brain Research*, 614(1-2):37-44.

Iancu, I., Dannon, P.N., Poreh, A., Lepkifker, E., Grunhaus, L. (2001). Alexithymia and suicidality in panic disorder. *Comprehensive psychiatry*, 42(6):477-81.

Iancu, I., Horesn, N., Offer, D., Dannon, P.N., Lepkifker, E., Kotler, M. (1999). Alexithymia, affect intensity and emotional range in suicidal patients. *Psychotherapy and psychosomatics*,



Ichimura, A., Matsumoto, H., Aoki, T., Andoh, H., Yano, H., Nakagawa, Y., Yamamoto I., Inokuchi, S. (2005). Characteristics of suicide attempters with depressive disorders. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(5), 590-4.

Isacsson, G., Bergman, U., Rich, C.L. (1996). Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *Journal of Affective Disorders*, 41:1-8.

Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Kuoppasalmi, K.I., Lönnqvist, J.K. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 153(5):667-73.

Jakala, A., Jollant, F. (2010). Modélisations cognitives des conduits suicidaires. Dans P. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (p ; 81-84). France : Médecine-Sciences, Flammarion.

Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S., Brook, J.S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(9):805-11.

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry*, 47(9):805-8.

Joiner, T.E. Jr, Pfaff, J.J., Acres, J.G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behaviour Research Therapy*, 40:471-481.

Jorm, A.F., Christensen, H., Griffiths, K.M. (2005). The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39:248-254.

Jouglu, E., Pequignot, F., Chappert, J., Rossollin, F., Le Toullec, A., Pavillon, G. (2002). Quality of suicide mortality data. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 50(1):49-62.

Kaplan, M.S., Huguet, N., McFarland, B.H., Newsom, J.T. (2007). Suicide among male veterans: a prospective population-based study. *Journal of epidemiology and community health*, 61(7):619-24.

Kapur, N., Cooper, J., Hiroeh, U., May, C., Appleby, L., House, A. (2004). Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *General hospital psychiatry*, 26(1):36-41.

Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., Appleby, L. (2006). The Repetition of Suicidal Behavior: A Multicenter Cohort Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67:10.

Kapur, N., House, A., May, C., Creed, F. (2003). Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults--results from a six centre descriptive study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(7):390-5.

Kapur, N., Murphy, E., Cooper, J., Bergen, H., Hawton, K., Simkin, S.,..., Owens, D. (2008). Psychosocial assessment following self-harm: Results from the Multi-Centre Monitoring of Self-Harm Project. *Journal of Affective disorders*, 106(3): 285-293.

Khan, A., Khan, S., Leventhal, R., Brown, W. (2001). Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1449-1454.

Keller, F., Wolfersdorf, M. (1987). Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorders. *Crisis* 14(4):173-7.

Keller, F., Wolfersdorf, M. (1993). Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorders. *CRISIS*, 14(4):173-7.

Kelly, T.M., Mann, J.J. (1996). "Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinical ante-mortem diagnosis" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 337-343.

Kelly, C.M., Jorm, A.F., Kitchener, B.A., Langlands, R.L. (2008). Development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC psychiatry*, (18)8:17.

Kessler, R.C., Berglund, P., Chiu, W.T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., Jin, R., Pennell, B.E., Walters, E.E., Zaslavsky, A., Zheng, H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2):69-92.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archive of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56 : 617-626.

Kessler, R.C., Davis, C.G., Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5):1101-19.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1):8-19.

Kessing, L.V. (2004). Severity of depressive episodes according to ICD-10: prediction of risk of relapse and suicide. *The British journal of psychiatry*, 184:153-6.

Khan, A., Khan, S., Kolts, R., Brown, W.A. (2003). Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *American Journal of Psychiatry*, 160:790-792.

- Khan, A., Khan, S.R., Leventhal, R.M., Brown, W.A. (2001). Symptom reduction and suicide risk among patients treated with placebo in antipsychotic clinical trials: an analysis of the food and drug administration database. *The American journal of psychiatry*, 158(9):1449-54.
- Khan, A., Warner, H.A., Brown, W.A. (2000). Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Archives of General Psychiatry*, 57:311–317.
- Kim, C., Lesage, A., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Turecki, G. (2003). Patterns of comorbidity in male suicide completers. In press.
- Kim, S.W., Stewart, R., Kim, J.M., Shin, I.S., Yoon, J.S, ..., Jun, T.Y.(2011). Relationship between a history of a suicide attempt and treatment outcomes in patients with depression. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(4):449-56.
- Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. In *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1980. pp311-3
- Klose, R.J., Bird, A.P. (2006). Genomic DNA methylation: the mark and its mediators. *Trends in biochemical sciences*, 31(2):89-97.
- Kölves, K., Várnik, A., Tooding, L.M., Wasserman, D. (2006). The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study. *Psychological médecine*, 36(7):923-30.
- Kotler, M., Iancu, I., Efroni, R., Amir, M. (2001). Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(3):162-7.
- Kreyenbuhl, J.A., Kelly, D.L., Conley, R.R. (2002). Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3):253-61.
- Krueger. R.F., Hicks. B.M., Iacono, W.G. (2001).The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and individual differences*, 30:1245-1259.

Labonte, B., Turecki, G. (2010). The epigenetics of suicide: explaining the biological effects of early life environmental adversity. *Archives of suicide research*, 14(4):291-310.

Laing, R.D., Esterson, (1965). A. Sanity, madness and the family, Vol. 1. Families of schizophrenics. New York: Basic Books.

Lecrubier, Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *European Psychiatry*, 16(7):395-9.

Lécuyer, B.P. (1977). Médecins et observateurs sociaux: les *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale* (1820-1850), in Pour une histoire de la statistique, Paris, Economica-INSEE.

Le Mée, R. (1979). La statistique démographique officielle de 1815 à 1870 en France. *Annales de Démographie Historique*, 251-278.

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6):553-64.

Leon, A.C., Keller, M.B., Warshaw, M.G., Mueller, T.I., Solomon, D.A., Coryell, W., Endicott, J. (1999). Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior in affectively ill subjects. *American Journal of Psychiatry*, 156:195–201.

Lepine, J.P., Chignon, J.M., Teherani, M. (1993). Suicide attempts in patients with panic disorder. *Archives General Psychiatry*, 50 : 144- 149.

Lesage, A. (1994). Mental disorders and suicide. *Santé mentale au Québec*, 19(2):7-14.

Lesage, A. (2002). Stratégie de prévention du suicide et données récentes sur le traitement de la dépression: quels obstacles? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 50, 63-66.

Lesage, A., Séguin, M., Guy, A., Daigle, F., Bayle, M.N., Chawky, N., ..., Turecki G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New-Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 671-8.

Lin, H.C., Lee, H.C., Kuo, N.W., Chu, C.H. (2008). Hospital characteristics associated with post-discharge suicide of severely depressed patients; *Journal of Affective Disorders*, 110: 215-221.

Loas, G., Fremaux, D., Marchand, M.P. (1995). Etude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'Encéphale*, 21 : 117-122.

Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Aro, H.M., Kuoppasalmi, K.I. (1995). Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 49 Suppl 1:S111-6.

Luo, F., Florence, C.S., Quispe-Agnoli, M., Ouyang L., Crosby A.E. (2009). Impact of Business Cycles on US Suicide Rates, 1928-2007. *American Journal of Public Health*, 101(6):1139-46.

Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.

Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J.A., Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk attempter suicide. *Journal of Affect Disorder*, 34: 173-185.

Mann, J.J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4(1):25-30.

Mann, J.J. (1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 21(2):99S-105S.

Mann, J. (2002). A current perspective on suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med.*;136:302-311.

Mann, J., Arango, V. (1993). Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychopharmacology*, 12(2 Suppl):2S-7S.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ..., Hendin H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-74.

Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., Lönnqvist, J.K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Archives of general psychiatry*, 48(9):834-9.

Marty, P., M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, 27 : 345-356.

Mazière, J.N., Onde, G., Moron, P., Birmes, P., Sarramon, C., Ruiz, J. (2000). Suicides et tentatives de suicide à la Réunion : prévention et prise en charge. *Annales de Psychiatrie*, 15, 16-22.

McCarthy, J.F., Valenstein, M., Kim, H.M., Ilgen, M., Zivin, K., Blow, F.C. (2008). Suicide mortality among patients receiving care in the veterans health administration health system. *American journal of epidemiology*, 169(8):1033-8.

McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., Turecki, G. (2007). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*, 38(3):407-17.

McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A., Turecki, G. (2006). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. *Journal of affective disorders*, 97(1-3):203-9.

McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., Meaney, M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3):342-8.

Melges, F., Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699.

Meltzer, H., Okayli, G. (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *American Journal of Psychiatry*, 152: 183–190.

Messick J.M, Aguilera, D.C. *Intervention en situation de crise: théorie et méthodologie*, 2e éd. Saint-Louis Missouri : Mosby, 1976.

Modesto-Lowe, V., Brooks, D., Ghani, M. (2006). Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harvard review of psychiatry*, 14(5):241-8.

Moléon, J.G.V. (1829). *Rapports généraux sur la salubrité publique*, Paris, Bureau du recueil industriel.

Molnar, B.E., Berkman, L.F., Buka, S.L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological medicine*, 31(6):965-77.

Montgomery, S.A., Dunner, D.L., Dunbar, G.C. (1995). Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *European Neuropsychopharmacology*, 5:5–13.

More, T. (1516). *L'Utopie*, p.ex. Éditions sociales-Messidor.

Mouquet, M.C., Bellamy, V. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. *Etudes et Résultats*, 488 : 1-8.



- Motto, J.A., Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric services*, 52(6):828-33.
- Murphy, G.E., Wetzel, R. D. (1990). The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 47: 383-392.
- Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of consulting Psychology*, 28:54-8.
- Neutel, C.I., Patten, S.B. (1997). Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use. *Annals of epidemiology*, 7(8):568-74.
- New, A.S., Trestman, R.L., Mitropoulou, V., Benishay, D.S., Coccaro, E., Silverman, J., Siever, L.J. (1997). Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients. *Psychiatry research*, 69(1):17-26.
- Nordström, P., Åsberg, M., Åsberg-Wistedt, A., Nordin, C. (1995); Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatry Scandinavia*, 92: 345-350.
- O'Connor, R.C., Noyce, R. (2008). Personality and cognitive processes: self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation. *Behaviour research and therapy*, 46(3):392-401.
- Ohberg, A., Vuori, E., Ojanperä, I., Lonngvist, J. (1996). Alcohol and drugs in suicides. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1):75-80.
- Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry*, 163(1):20-6.
- Olfson, M., Shaffer, D., Marcus, S.C., Greenberg, T. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60:978-982.

Oquendo, M.A., Kamali, M., Ellis, S.P., Grunebaum, M.F., Malone, K.M., Brodsky, B.S.,..., Mann JJ. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(10):1746-51.

Orbach, I., Bar-Joseph, H., Dror, N. (1990). Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suicide & life-threatening behaviour*, 20(1):56-64.

Osvath, P., Kelemen, G., Erdos, M.B., Vörös, V., Fekete, S. (2003). The main factors of repetition: review of some results of the Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*, 24, 151-154.

Owens, D., Dennis, M., Read, S., Davis, N. (1994). Outcome of deliberate self-poisoning: An examination of risk factors for repetition. *British Journal of Psychiatry*, 165:797– 801.

Owens D, Horrocks J et House A. (2002). Fatal and non fatal repetition of self-harm: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.

Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP, Ries RK, Cowley DS. (1997). Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 58(11):510-5.

Pagura, J., Cox, B.J., Sareen, J., Enns, M.W. (2008). Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States national comorbidity surveys. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(11):806-13.

Pandey, G.N., Dwivedi, Y., Rizavi, H.S., Ren, X., Pandey, S.C., Pesold, C., ..., Tamminga, C.A. (2002). Higher expression of serotonin 5-HT(2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 159:419–29.

Panagioti, M., Gooding, P., Tarrier, N. (2011). Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clinical psychology review*, 29(6):471-82.

Paolucci, E.O., Genuis, M.L., Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135(1):17-36.

Paris, J. (2003). Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *Journal of personality Disorders*, 17(6):479-88.

Parker, G., Aderson, I.M., Haddad, P. (2003). Clinical trials of antidepressant medications are producing meaningless results. *British Journal of Psychiatry*, 163(5): 800-804.

Patsiokas, A.T., Clum, G.A., Luscomb, R.L. (1979). Cognitive characteristics of suicide attempters. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(3):478-84.

Paykel, E.S., Hart, D., Priest, R.G. (1998). Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry*, 173:519-522.

Perroud, N., Baud, P., Preisig, M., Etain, B., Bellivier, F., Favre, S., et al., (2007). Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *Bipolar Disorders*, 9(7):713-21.

Pinaquy, S., Chabrol, H., Barbe, P. (2002). Alexithymie et obésité: étude de la structure factorielle et de la consistance interne de la version française de la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) chez les femmes obèses. *L'Encéphale*, 28 : 277-282.

Pinguet, M. (1991). La mort volontaire au Japon. Gallimard (p 195).

Pirkola, S.P., Isometsä, E.T., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Lönnqvist, J.K. (1999). The treatment received by substance-dependent male and female suicide victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(3):207-13.

Pirkola, S. P, Suominen, K., Isometsä, E. T. (2004). Suicide in alcohol-dependent individuals: epidemiology and management. *CNS Drugs*, 18(7):423-36.

Pierce, D.W. (1977). Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130:377-85.

Pierce, D. W. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 391-396.

Platon, Œuvres complètes. Phédon, édition de Léon Robin, Belles Lettres (CUF), Paris, 1970.

Ploeg, J., Ciliska, D., Dobbins, M., Hayward, S., Thomas, H., Underwood, J. (1993). A systematic overview of adolescent suicide prevention programs. *Canadian Journal of Public Health*, 87:319-324.

Pohier, J. (2004). La mort opportune, les droits des vivants sur la fin de leur vie. Le Seuil, Points Essais, 2004, 334 pages.

Pollock, L.R., Williams, J.M. (1998). Problem solving and suicidal behavior. *Suicide & life-threatening behaviour*, 28(4):375-87.

Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smith, T.L., Danko, G.P., Bucholz, K.K., Hesselbrock, M.N., ..., Kramer, J.R. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *The American journal of psychiatry*, 160(1):56-63.

Preuss, U.W., Schuckit, M.A., Smith, T.L., Danko, G.P., Buckman, K., Bierut, L., ..., Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26(4):471-7.

Price, C., Hemmingsson, T., Lewis, G., Zammit, S., Allebeck, P. (2009). Cannabis and suicide: longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 195:492-497.

Price, R. K., Risk, N. K., Haden, A. H., Lewis, C. E., Spitznagel, E. L. (2004). Post-traumatic stress disorder, drug dependence, and suicidality among male Vietnam veterans with a history of heavy drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 76 Suppl:S31-43.

Quaglio, G., Talamini, G., Lechi, A., Venturini, L., Lugoboni, F., Mezzelani, P. (2001) Study of heroin-related deaths in north eastern Italy 1985-98 to establish main causes of death. *Addiction*, 96, 127-1137.

Rasmussen, S.A., O'Connor, R.C., Brodie, D. (2008). The role of perfectionism and autobiographical memory in a sample of parasuicide patients: an exploratory study. *Crisis*, 29(2):64-72.

Reinert, D.F., Allen, J.P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 26(2):272-9.

Reinert, D.F., Allen, J.P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 31(2):185-99.

Reyes, J.C., Roblesa, R.R., Colónc, H.M., Negrónad, J.L., Matosa, T.D., Calderóna, J.M. (2011). Polydrug Use and Attempted Suicide Among Hispanic Adolescents in Puerto Rico. *Archives of Suicide Research*, 15:2, 151-159.

Reynolds, P., Eaton, P. (1986). Multiple attempters of suicide presenting at an emergency department. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(4):328-30.

Riedi, G., Mathur, A., Séguin, M., Bousquet, B., Czapla, P., Charpentier, S., ... , Birnes, P. (in press). Alcohol and Repeated Deliberate Self-Harm: Preliminary Results of the French Cohort Study of Risk for Repeated Incomplete Suicides. *Crisis*.

Rihmer Z. (1996). Strategies of suicide prevention : focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39: 83-91.

Rihmer, Z., (2007). Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 20: 17-22.

Rihmer, Z., Belso, N., Kalmar, S. (2001). Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103:238-239.

Rihmer, Z., Rutz, W., Pihlgren, H. (1995). Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 35(4):147-52.

Rossow, I., Hawton, K., Ystgaard, M. (2009). Cannabis use and deliberate self-harm in adolescence: a comparative analysis of associations in England and Norway. *Archives of Suicide Research*, 13:340–348.

Roy, A., (2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders*, 77, 267–271.

Roy, A., Janal, M. N. (2007). Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Archives of Suicide Research*, 11(2):211-7.

Rudd, M.D. (2000). Integrating science into the practice of clinical suicidology: A review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future. In Maris RW, Canetto SS, McIntosh JL and Silverman MM (Eds.) *Review of Suicidology* (pp.47-83). New York, The Guilford Press.

Rudd, M.D., Joiner, T., Rajab, M.H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *Journal of abnormal psychology*, 105(4):541-50.

Rudd, M.D., Joiner, T.E. Jr, Rumzek, H. (2004). Childhood diagnoses and later risk for multiple suicide attempts. . *Suicide life-Threatening behaviour*, 34(2):113-25.

Runeson, B.S., Beskow, J., Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 35-42.

Rutz, W., von Knorring, L., Walinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(2):151-4.

Rutz, W., Von Knorring, L., Walinder, J(19920). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85:83–88.

Sareen, J., Cox, B.J., Afifi, T.O., de Graaf, R., Asmundson, G.J., ten Have, M., Stein, M.B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*, 62(11):1249-57.

Schmidt, N.B., Woolaway-Bickel, K., Bates, M. (2001). Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39 : 635- 649

Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of suicide research*, 13(4):303-16.

Schneider, B., Kõlves, K., Blettner, M., Wetterling, T., Schnabel, A., Värnik, A. (2007). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry research*, 165(3):263-72.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., ..., Sampaio-Faria, J.G. (1996). Attempted suicide in Europe : rates , trends, and socio-demographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 to 1992. Results of the WHO/EU Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 327-338.

Ségal, H. (1964). Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. PUF, Paris, 1969. p82-83.

Séguin, M. (2000). Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte? Dans *La crise suicidaire, Reconnaître et prendre en charge*, Fédération Française de psychiatrie, Editions John Libbey Eurotex

Séguin, M., Lesage, A., Chawky, N., Guy, A., Daigle, F., Girard, G., Turecki, G. (2006). Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51(9):581-6.

Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., ..., Guy A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological medicine*, 37(11):1575-83.

Séguin, M., Manion, I., Cloutier, P., McEvoy, L., Cappelli, M. (2003). Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 12(1):2-9.

Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of psychiatric research*, 45(7):863-70.

Sernyak, M., Desai, R., Stolar, M., Rosenheck, R. (2001). Impact of clozapine on completed suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158: 931–937.

Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C.P., ..., Greenwald, S. (2004). The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1):71-9.

Shea, A., Walsh, C., Macmillan, H., Steiner, M. (2005). Child maltreatment and HPA axis dysregulation: relationship to major depressive disorder and post traumatic stress disorder in females. *Psychoneuroendocrinology*, 30(2):162-78.

Sher, L. (2006). Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *Scientific World Journal*, 6.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.

Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'carroll, P.W., Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behaviors*, 37: 248-263.

Sinclair, J.M., Hawton, K., Gray, A. (2009). Six year follow-up of a clinical sample of self-harm patients. *Journal of Affective Disorders*, 121(3):247-52.



Siris, S. (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 15: 127–135.

Skinner, H.A., Goldberg, A.E. (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British journal of addiction*, 81(4):479-84.

Smart, R. G. (1968). Future time perspective in alcoholic and social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 81-83.

Söderberg, S., Kullgren, G., Renberg, E.S. (2004). Life events, motives, and precipitating factors in parasuicide among borderline patients. *Archives of suicide research*, 8(2):153-62.

Sokero, T.P., Melartin, T.K., Rytsälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Isometsä, E.T. (2005). *The British journal of psychiatry*, 186:314-8.

Soloff, P.H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J., Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151(9):1316-23.

Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsa, E., Ostamo, A., Lonnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94: 234-240.

Staikowsky, F., Describes, N. (1999). *Incidence, profile and evolution of suicide attempts seen in emergency wards in France. Results of a multicentric study*. In: De Clercq M, Andreoli A, Lamarre S et Forster P (Eds.) *Emergency Psychiatry in a Changing World* (pp. 529-531). Amsterdam, Elsevier.

Starcevic, V., Bogojevic, G., Marinkovic, J., Kelin, K. (1999). Axis I and axis II comorbidity in panic/agoraphobic patients with and without suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 88 : 153- 161.

Stefansson, J., Nordström, P., Jokinen, J. (2010). Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *Journal of Affective Disorders*, (In Press).

Stengel, E., Cook, N.G. (1958); *Attempted suicide. Its social significance and effects.* Oxford University Press, London.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th edition). Boston, MA: Pearson International Edition.

Talbot, N.L., Duberstein, P.R., Cox, C., Denning, D., Conwell, Y. (2004). Preliminary report on childhood sexual abuse, suicidal ideation, and suicide attempts among middle-aged and older depressed women. *The American journal of geriatric psychiatry*, 12(5):536-8.

Taiminen, T.J., Saarijärvi, S., Helenius, H., Keskinen, A., Korpilahti, T. (1996). Alexithymia in suicide attempters. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 93(3):195-8.

Tejedor, M.C., Diaz, A., Castillon, J.J., Pericay, J.M. (1999). Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 205-211.

Terra, J.L. (2008). Are new data collection system needed to achieve public health and research goals for the prevention of suicide? *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, 50: 41-48.

Thies-Flechtner, K., Muller-Oerlinghausen, B., Seibert, W., Walther, A., Greil, W. (1996). Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders: data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry*, 29:103-107.

Tiet, Q.Q., Ilgen, M. A., Byrnes, H.F., Moos, R.H. (2006). Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 30(6):998-1005.

Tong, Y., Phillips, M.R. (2010). Cohort-specific risk of suicide for different mental disorders in China. *The British journal of psychiatry*, 196(6):467-73.

Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6):590-6.

Turecki, G., Brière, R., Dewar, K., Antonetti, T., Lesage, A.D., Séguin, M., ..., Rouleau, G.A. (1999). Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *The American journal of psychiatry*, 156(9):1456-8.

Ullman, S.E., Brecklin, L.R. (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide & life-threatening behavior*, 32(2):117-30.

Vaiva, G., Ducrocq, F. (2010). Syndrome de stress post-traumatique et risque suicidaire. Dans P.Courtet (dir), *Suicide et Tentatives de suicide* (p.151). Médecine-Science, Flammarion.

Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 332(7552),1241-5.

Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A.S., Courtet, P., Bellivier, F., Demarty, A.L., Duhem, S., Ducrocq, F., Goldstein, P., Libersa, C. (2011). ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*,(2)11:1.

Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., ..., Roelandt, J.L. (2007). Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG). *Encephale*, 34(6):577-83.

Vaszari, J.M., Bradford, S., Callahan O'Leary, C., Ben Abdallah, A., Cottler, L.B. (2011). Risk factors for suicidal ideation in a population of community-recruited female cocaine users. *Comprehensive Psychiatry* 52:238–246

Verger, P., Brabis, P.A., Kovess, V., Lovell, A., Sebbah, R., Villani, P., ..., Rouillon F. (2007). Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: a multilevel analysis. *Journal of affective disorders*, 99(1-3):253-7.

Verona, E., Sachs-Ericsson, N., Joiner, T.E. (2004). Suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3):444-51.

Vieta, E., Nieto, E., Gasto, C., Cirera, E. (1992). Serious suicide attempts in affective patients. *Journal of Affective Disorders*, 24: 147-152.

Virkkunen, M. (1974). Suicides in schizophrenia and paranoid psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*,250:1–305.

Walrath, C.M., Mandell, D.S., Liao, Q., Holden, E.W., De Carolis, G., Santiago, R.L., Leaf, P.J. (2001). Suicide attempts in the "comprehensive community mental health services for children and their families" program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(10):1197-205.

Walter, M. (2003). Suicide risk evaluation. *Revue du Praticien*, 53(11), 1186-90.

Warshaw, M.G., Dolan, R.T., Keller, M.B. (2000). Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *The American Journal of Psychiatry*,157 : 1876- 1878.

Weaver, I.C., Cervoni, N., Champagne, F.A., D'Alessio, A.C., Sharma, S., Seckl, J.R., ..., Meaney, M.J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature neuroscience*, 7(8):847-54.

Weissman, M. M., Klerman, G. L., Markowitz, J. S., Ouellette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *The new England Journal of Medecine*, 321(18):1209-14.

Wenzel, A., Beck, A.T. (2008). A cognitive model of suicidal behavior : Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 189-201.

Whitters, A.C., Cadoret, R.J., Widmer, R.B., (1985). Factors associated with suicide attempts in alcohol abusers. *Journal of Affectives Disorders* 9, 19–23.

Wilcox, H.C., Anthony, J.C. (2004). The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug Alcohol Dependence*, 76 Suppl:S53-67.

Wolfersdorf, M., Steiner, B., Keller, F. (1990). Depression and suicide. Is there a difference between suicidal and non-suicidal depressed inpatients?. *European Journal of psychiatry*, 4: 235-252.

World Health Organization (WHO) (2008). Preventing Suicide, a Resource for Media Professionals. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf)

Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., et al. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 161(7):1296-8.

Young, M.A., Fogg, L.F., Scheftner, W.A., Fawcett, J.A. (1994). Interactions of risk factors in predicting suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 151(3):434-5.

Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., Sisask, M., Leppik, L. (2010). Employment status influences suicide mortality in Europe. *The international Journal of Social Psychiatry*, 18.

Zhang, J., Conwell, Y., Wiczorek, W.F., Jiang, C., Jia, S., Zhou, L. (2003). Studying Chinese suicide with proxy-based data: reliability and validity of methodology and instruments in China. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 191, 450-457.

Zimmerman, M., Rothschild, L., Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 162(10):1911-8

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/bilan\\_demo\\_pdf.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/bilan_demo_pdf.htm)

## INDEX ONOMASTIQUE

### A

Adams .....	51
Afifi.....	51
Ahrens.....	96
Allen .....	64
Altamura .....	47
Amado.....	34
Andersen .....	54
Angst.....	35
Anguis.....	27
Anthony .....	42
Appleby.....	54
Arango .....	24, 51
Aristote .....	15
Arsenault-Lapierre.....	34
Asberg.....	23, 38

### B

Badeyan .....	29
Bakken .....	40
Barracough.....	34, 36, 96
Bateman .....	56
Batt.....	12
Baudelot.....	18, 27
Beaudette .....	63
Beautrais .....	12, 95, 96
Beck 43, 48, 61, 62, 63, 71, 74, 81, 84, 86, 94, 96, 97, 100, 101	
Beevers .....	48
Bellamy.....	11
Bergman.....	98
Black .....	35, 45
Blackmore.....	95
Boenisch .....	39
Boethius .....	55
Bolton .....	37, 42
Borges .....	41, 42
Bostrom.....	56
Bourdin .....	25
Bourque.....	63
Bouvard.....	36, 63
Bowlby.....	48
Brown .....	48, 56, 98
Buchholtz- Hansen.....	35
Bulik .....	35

### C

Caldwell.....	47
Carlsten.....	55
Cassius .....	14
Cedereke .....	12, 29
Chang.....	52
Chen.....	27
Cheng.....	11, 34, 38
Coccaro.....	23
Coêlho.....	36
Coid.....	44

Comptois .....	57
Conason.....	38
Conner .....	33, 38, 39, 104
Cooper .....	31
Cornelius .....	40
Cox .....	43
Coyle .....	55
Crawford.....	44
Cremniter.....	57

### D

d' Alembert .....	17
D'Eramo .....	30
Dagenais .....	26
Dahlsgaard.....	48
Davidson.....	24
de Boismont .....	32
de Brutus .....	14
De Hert .....	47
DeJong.....	37
Diderot.....	17
Dilsaver .....	42
Doshi .....	96
Doyen .....	36
Dube .....	51
Duffy .....	39
Dumais .....	34, 46
Dunbar.....	98
Dunner.....	98
Durkheim.....	17, 18, 32

### E

Eaton.....	31
Ennis.....	96
Esposito .....	30, 100
Esquirol .....	25
Establet.....	18, 27
Esterson .....	48

### F

Fagg.....	30
Farges .....	49
Fawcett .....	34, 35, 100
Fergusson .....	37
Ferrada-Noli .....	43
Ferreira de Castro .....	96
Fleischmann .....	12
Fonag.....	56
Forman .....	96
Foster.....	34, 38, 45, 96
Frankel.....	30
Freedenthal.....	42, 55
Freud.....	19

### G

Gibbons .....	55
Glick.....	55

Goldacre.....	35
Goodwin.....	42
Gottesman .....	47
Gray .....	102
Grisé.....	15
Gunnel.....	30
Guthrie .....	56
Guze.....	35, 36

### H

Haas .....	47
Hall .....	55
Harkavy-Friedman.....	47
Harris .....	34, 36
Hautekeete .....	50, 101
Haviland.....	101
Haw.....	11, 95, 96
Hawton. 11, 12, 27, 30, 33, 36, 56, 100, 102	
Heisel.....	38
Henrikson.....	11, 34
Henriksson .....	55
Hesselbrock.....	102
Hintikka .....	101
Hirsch.....	50, 101
Hirschfeld .....	55
Hjelmeland.....	102
Hrdina .....	24
Hume.....	16

### I

Iancu .....	49, 50, 101
Ichimura.....	12
Isacsson.....	55, 98
Isometsä .....	43, 95

### J

Jakala .....	20
Janal .....	39, 40, 102
Johnson .....	46
Joiner.....	96
Jollant.....	20
Jouglà.....	27

### K

Kant.....	17
Kapur.....	57
Keller .....	35, 100
Kelly .....	33
Kessing .....	98
Kessler .....	12, 28, 42, 43, 51
Khan.....	98
Kim .....	34, 95
Kochman.....	50, 101
Kolves.....	38
Kotler .....	43
Kreitman .....	39

Kreyenbuhl ..... 47

## L

l'abbé Desfontaines ..... 14  
Laing ..... 48  
Larson ..... 24  
Le Mée ..... 25  
Lecrubier ..... 34  
Lécuyer ..... 25  
Lenzenweger ..... 44  
Leon ..... 98  
Lepine ..... 43  
Lesage ..... 33, 34, 38, 54, 103  
Lisle ..... 32  
Loas ..... 64  
Lonnqvist ..... 55  
Lönnqvist ..... 34, 96  
Luo ..... 52  
Luoma ..... 54

## M

M'Uzan ..... 49  
Malone ..... 35  
Mann ..... 12, 22, 23, 33, 51, 54, 95  
Marty ..... 49  
Mazières ..... 54  
McGirr ..... 35, 36, 45  
Melges ..... 48  
Mieczkowski ..... 63  
Miller ..... 48  
Modesto-Lowe ..... 104  
Moléon ..... 25  
Molnar ..... 51  
Montaigne ..... 16  
Montesquieu ..... 17  
Montgomer ..... 98  
More ..... 16  
Motto ..... 56  
Mouquet ..... 11  
Murphy ..... 39

## N

Neuringer ..... 20  
New ..... 23  
Nordström ..... 35  
Noyce ..... 20

## O

O McGowan ..... 24  
O'Connor ..... 20  
Ohberg ..... 40  
Ojehagen ..... 12, 29  
Oldham ..... 43, 46  
Oquendo ..... 55, 97, 99  
Orbach ..... 20  
Osvath ..... 30  
Owens ..... 31

## P

Pages ..... 39, 102  
Pagura ..... 31, 42, 43

Pandey ..... 38  
Parayre ..... 29  
Paris ..... 25, 46, 57, 64  
Patsiokas ..... 20  
Perroud ..... 42  
Petit ..... 32  
Philippe ..... 27  
Phillip ..... 41  
Pihlgren ..... 55  
Pirkola ..... 39, 40, 95, 102  
Platon ..... 14  
Pohier ..... 18  
Pollock ..... 20  
Preuss ..... 102, 103  
Price ..... 42  
Putnam ..... 24

## R

Rajab ..... 96  
Rasmussen ..... 20  
Reinert ..... 64  
Ric ..... 98  
Rihmer ..... 33, 35, 36, 55, 98  
Robins ..... 35, 36  
Rousseau ..... 17  
Roy ..... 32, 39, 40, 102, 103  
Rudd ..... 12, 30, 96, 100  
Runeson ..... 30  
Rutz ..... 55, 98

## S

Saint-Augustin ..... 15, 16  
Saint-Thomas d'Aquin ..... 16  
Sareen ..... 12, 37  
Saunders ..... 64  
Schmidt ..... 43  
Schmidtke ..... 12  
Schneider ..... 38, 39, 41  
Séguin... 20, 21, 34, 38, 52, 57, 96,  
103  
Shea ..... 51  
Sheehan ..... 64  
Sher ..... 36  
Sherl ..... 40  
Sifneos ..... 49  
Silverman ..... 28  
Sinclair ..... 102  
Smart ..... 48  
Socrate ..... 14  
Soderberg ..... 31  
Sokero ..... 37, 96, 97  
Solman ..... 34  
Soloff ..... 45  
Starcevic ..... 43  
Steiner ..... 35  
Suominen ..... 95

## T

Taiminen ..... 49, 101  
Talbot ..... 31  
Taylor ..... 64  
Tejedor ..... 30  
Thies-Flechtner ..... 55  
Thoren ..... 23

Tiet ..... 41  
Tong ..... 41  
Torgersen ..... 44  
Traskman ..... 23  
Turecki ..... 24, 34

## V

Vaglum ..... 40  
Vaiva ..... 57  
Van Heeringen ..... 11  
Verger ..... 55  
Virkkunen ..... 47  
Voltaire ..... 14  
Von Knorring ..... 98

## W

Walinder ..... 98  
Walrath ..... 31  
Walter ..... 12  
Warner ..... 98  
Warshaw ..... 43  
Wearn ..... 38  
Weaver ..... 24  
Weissman ..... 42, 43  
Whitters ..... 102  
Wilcox ..... 42  
Williams ..... 20  
Wolfersdorf ..... 35

## Y

Yen ..... 46  
Young ..... 100  
Yur'yev ..... 53

## Z

Zhang ..... 33  
Zimmerman ..... 44

## **ANNEXES**



## TABLE DES ANNEXES

<b>ANNEXES</b> .....	<b>159</b>
<b>Annexe 1. Liste des travaux</b> .....	<b>161</b>
<b>Annexe 2. Manuscrit accepté dans la revue CRISIS</b> .....	<b>162</b>
<b>Annexe 3. Renseignements concernant le patient</b> .....	<b>178</b>
<b>Annexe 4. Echelle des intentions suicidaires (SIS)</b> .....	<b>183</b>
<b>Annexe 5. Questionnaire Abrégé des Beck (BDI)</b> .....	<b>185</b>
<b>Annexe 6. Echelle de Désespoir de Beck (H)</b> .....	<b>188</b>
<b>Annexe 7. Echelle d'Alexithymie de Toronto (TAS20)</b> .....	<b>190</b>
<b>Annexe 8. Questionnaire A.U.D.I.T</b> .....	<b>192</b>
<b>Annexe 9. Questionnaire M.I.N.I.</b> .....	<b>194</b>

## Annexe 1. Liste des travaux

### Communications

Riedi, G., Séguin M., Mathur, A., Czapla, P., Cussigh, A.L., Grude, S., Marquis, L., Charpentier, S., Genestal, M., Schmitt, L., Cailhol, L., Birmes, P. French CRISIS (French Cohort study of RISK factors for Incompleted repeated suicides): mieux cibler et orienter plus précisément les patients à haut risque de récurrence. CASP 2010, Halifax

Riedi, G., Mathur, A., Bousquet, B., Czapla, P., Remize, J., Saint-Bauzel, J.F., Cussigh, A.L., Grude, S., Marquis, L., Charpentier, S., Genestal, M., Schmitt, L., Cailhol, L., Birmes, P. French CRISIS (French Cohort study of RISK factors for Incompleted repeated suicideS) : état mental à l'admission et évolution à 1 an. International Association for Emergency Psychiatry, 2009, Genève

Riedi G., et Birmes, P. French CRISIS (French Cohort study of RISK factors for Incompleted repeated suicideS). Journée Scientifique des Doctorants, Ecole Doctorale CLESCO, 2008, Toulouse

Riedi G. (2007). L'Alexithymie comme facteur de risque d'une récurrence suicidaire. Mémoire de Master 2 Recherche en Psychopathologie, Université Toulouse 2

Mathur A., Riedi G., Charpentier S., Czapla P., Genestal M., Rocques-Darroy G., Grandjean H., Schmitt L., Cailhol L., Birmes P. French CRISIS (French Cohort study of RISK factors for Incompleted repeated suicideS) : premiers résultats. Journée Nationale de Prévention du Suicide, 2008, Toulouse

## Annexe 2. Manuscrit accepté dans la revue CRISIS

### Short Report

#### Alcohol and Repeated Deliberate Self-Harm: Preliminary Results of the French Cohort Study of Risk for Repeated Incomplete Suicides

**Running head:** Alcohol and Deliberate self-harm

*G. Riedi<sup>1</sup>, A. Mathur<sup>1</sup>, M. Séguin<sup>2</sup>, B. Bousquet<sup>1</sup>, P. Czaplá<sup>1</sup>, S. Charpentier<sup>3</sup>, M. Genestal<sup>4</sup>, L.  
Cailhol<sup>5</sup>, P. Birmes<sup>1\*</sup>*

**\*Corresponding author:** Philippe Birmes, M.D., Ph.D., Université de Toulouse; UPS; Laboratoire du Stress Traumatique (LST – EA 4560), University Hospital of Toulouse, Casselardit Hospital, 170 avenue de Casselardit, TSA 40031, 31059 Toulouse Cedex 9, France

Tel: 33 5 34 55 75 05; Fax: 33 5 34 55 75 16; E-mail: [birmes.p@chu-toulouse.fr](mailto:birmes.p@chu-toulouse.fr)

Abstract: 191 words

Word count: 2000 words (excluding acknowledgements, references and tables)

---

<sup>1</sup> Toulouse University; UPS; Laboratoire du Stress Traumatique (LST – EA 4560), France

<sup>2</sup> McGill Group for Suicide Studies, Douglas Hospital Research Center, Montréal, Canada

<sup>3</sup> Adult ER, Purpan Hospital, Toulouse University Hospital, Toulouse, France

<sup>4</sup> Anaesthesiology and Intensive Care, Purpan Hospital, Toulouse University Hospital, Toulouse, France

<sup>5</sup> INSERM, CIC 9302 Toulouse, Purpan Hospital, Toulouse University Hospital, Toulouse, France

## Abstract

**Background and objectives:** Repeated episode(s) of deliberate self-harm (RDSH) is a major risk factor for suicide. The aim of this study is to identify specific risk factors for RDSH among patients admitted following an episode of deliberate self-harm (DSH) through acute intoxication.

**Methods:** A prospective six-month study was conducted with 184 patients (71% female) admitted to the emergency room (ER) as a result of self-poisoning (SP)

**Results:** Rate of RDSH stood at 18% after six months. The sociodemographic variables associated with repeated deliberate self-harm were being without a principal activity, consultation with a medical professional during the six months preceding the initially recorded deliberate self-harm and referral to psychiatric services upon release from the ER. The clinical variable associated with RDSH was alcohol addiction (OR=2.7; IC95%=1.2–6.1,  $p<0.05$ ) as assessed at the time of the initial ER admission.

**Conclusions:** Upon initial ER admission as a result of self-poisoning, it is important to evaluate specific factors, particularly alcohol use, which could subsequently lead to repeated deliberate self-harm in view of improving the targeting and referral of patients toward structures that can best respond to their needs.

**Keywords:** deliberate self-harm, emergency, services, alcoholism.

Suicide is a public health issue of global importance and the WHO (2008) reported that one million suicides are committed throughout the world each year (Bertolote & Fleischmann, 2002). Relationships among suicide risk factors are complex. The diathesis-stress model suggests that genetic and biological factors, as well as life experiences, all contribute to the understanding of the aetiology of suicide (Hawton & Van Heeringen, 2009; Mann, 2002). One of the most important risk factors in the aetiology of suicide is a patient history of one or more previous episodes of deliberate self-harm (DSH) (Bergen et al., 2010; Ichimura et al., 2005; Vaiva et al., 2006; Walter, 2003). For this reason, researchers have been interested in the identification of specific risk factors contributing to the recurrence of DSH, with recent studies having pointed to employment status (Heyerdahl et al., 2009; Kapur et al., 2006), the presence of psychiatric disorders (Colman et al., 2004; Preti et al., 2010; Scoliers et al., 2009), difficulties related with alcohol consumption (Bernal et al., 2007; Borges et al., 2010; Pompili et al., 2010), and comorbid psychiatric disorders, especially the occurrence of depression and alcohol consumption (Haw et al., 2001; Haw & Hawton, 2011; Hawton & Van Heeringen, 2009). Haw, Houston, Townsend & Hawton (2001) showed that patients with a dependence of alcohol had a greater numbers of past episodes of deliberate self-harm compared with other suicidal patients.

In France, 195,000 suicides are attempted each year and 162,000 of those attempts are treated in emergency rooms (ERs) (Mouquet & Bellamy, 2006). Although these patients constitute a subgroup at risk, only certain individuals who have made an initial DSH will subsequently repeat. Researchers underscore the importance of the psychosocial assessment of the patients during their admission in a care facility in order to engage the patient during the treatment-seeking process and to propose an optimal treatment path that corresponds adequately to the severity of the patient's risk of a repeated episode of DSH (Cooper et al, 2005; Haw et al., 2003; Hawton et al., 2006; Schnyder & Valach, 1997; Shahid et al., 2009).

The aim of our study is to evaluate a set of risk factors among patients admitted following an episode of deliberate self-poisoning in order to identify indicators that can improve the early targeting and referral of patients who are at high risk of repeat deliberate self-harm (RDSH).

## Methods

### **Study Population and Procedure**

The study was conducted between March 2007 and January 2008, Monday to Friday, in the two Toulouse University Hospital ERs. Inclusion criteria were: be admitted for DSH by self-poisoning requiring medical supervision; having received basic life support; having a normal state of consciousness (Glasgow 15); and having undergone a first psychiatric evaluation, as well as being able to read the French language. Excluded from recruitment: participants under 18 years old, those under curatorship or tutorship and those who did not consent to the psychiatric treatment prescribed in the ERs. The study is designed for multiple follow-ups over a 2-year period and the patients who were included in the study had to agree with this procedure. The objective was to conduct the initial interview within several of hours of admission to the emergency room (ER). This would allow for better identification of specific risk factors, which could eventually be systematically included in the emergency protocol evaluation of DSH patients upon arrival to the ER.

Deliberate self-harm is defined as self-poisoning or self-injury whether or not there is evidence that the act was intended to result in death, and self-poisoning is defined as the intentional self-administration of more than the prescribed dose of any drug (Hawton, Harris & Hall, 2003).

Initially, 453 individuals were identified as potential participants for the study, a few hours after their arrival at the ER: 184 participated in the data gathering at Time I and 152 individuals refused to participate. Out of the 453, 117 individuals did not meet all the inclusion criteria to pursue in the study.

Here, we present results from the initial interview and the follow-up (T1 & T2). The initial interview (T1) was conducted in the ER by a psychologist trained in the use of the following relevant evaluation instruments: the Suicide Intent Scale (SIS), the Beck Depression inventory (BDI), the Hopelessness Scale

(HS), and the Alcohol Consumption Inventory (AUDIT). In addition psychiatric disorders were measured using the MINI.

Follow-up (T2) took place six months after the initial interview. Participants received an envelope by postal service, which included a personal letter, questions about treatment received during the last six months (health professional, medication and hospitalization), and self-administered scales for BDI and HS. Forty-two percent of the 184 patients returned the questionnaires after completion in the pre-addressed envelope provided. Furthermore, each patient's hospital record was examined (n=184) to assess the number of readmissions for DSH to Toulouse University Hospital, regardless of the method used for deliberate self-harm. The protocol was approved by the Institutional Review Board of the Toulouse University Hospital, and each participant gave written informed consent.

## **Measures**

### ***First measurements (T1)***

#### **-Suicide Intent**

The Suicide Intent Scale (SIS) is a hetero-administered questionnaire to evaluate the intensity of the desire to die. The total score falls within a range of 0 to 21 and is calculated according to the level of intentionality, where high intentionality is scored 11 to 21 (Beck, Schuyler & Heman, 1974; Beck, Morris 7 Beck, 1974; Miecowski et al., 1993).

#### **-Depression**

The Beck Depression Inventory-13 (BDI) is a self-administered scale that evaluates the subjective aspects of depression. It includes 13 elements, graded 0 to 3, and produces a total score ranging between 0 and 39, where scores  $\geq 16$  or higher indicate severe depression (Bourque & Beaudette, 1982; Collet & Cottraux, 1986).

#### **-Hopelessness**

The Hopelessness Scale (HS) is a self-administered instrument that measures tendencies toward pessimism. It includes 20 items graded in true/false format and produces a score ranging from 0 to

20. A score of  $\geq 9$  indicates acute hopelessness and a high risk of suicide (Beck et al., 1974; Bouvard et al., 1992).

#### -Alcohol consumption

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) consists of 10 questions. Questions 1-3 assess alcohol consumption, 4-6 measure behaviours associated with consumption, 7-8 evaluate the negative effects of consumption and 9-10 the problems related to alcohol consumption. The answer to each question is scored from 0 to 4, resulting in a total score ranging from 0 to 40 (Reinert & Allen, 2007; Saunders et al., 1993).

#### -Comorbid mental disorders

The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0) is a structured diagnostic interview. Seventeen psychiatric disorders are explored through 120 questions organised within a logic tree using two to four filter questions for each disorder (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1998).

### **Analyses**

Statistical analyses were conducted with SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Bivariate analyses, including sociodemographic and clinical variables were performed in order to identify factors associated with the RDSH group. A logistic multivariate analysis was performed with RDSH status as the dependent variable.

### **Results**

The 184 participants had an average age of 37.8 years (*SD*, 12.1) and included 131 women (71%). Fifty (27%) were unemployed, while 152 (83%) had begun receiving psychotropic treatment at least six months prior to admission. Following release from the ER, 110 (60%) were hospitalised in a psychiatric institution. Thirty-three (18%) were readmitted for an episode of RDSH within six months including 21 women (64%) and 12 men (36%). The results show a significant link between people readmitted following an episode of RDSH and those without a full-time job at the time of the initially recorded DSP (OR=3.3; PAR=6.4; IC<sub>95%</sub>=1.1-9.6,  $p<0.05$ ). Subjects readmitted following an episode of RDSH were more likely to have consulted a psychiatrist (OR=3.7; PAR=18.1; IC<sub>95%</sub>=1.6-8.8,  $p<0.01$ ) and a health specialist during the six months preceding the initial DSP (OR=2.9; PAR=16.5; IC<sub>95%</sub>=1.2-6.9,  $p<0.05$ ). Individuals in this group were more likely to be referred to psychiatric services at the time of the recorded ER admission (OR=2.4; PAR=12.5; IC<sub>95%</sub>=1.-5.7,  $p<0.05$ ) (Table 1).



Differences were noted in relation to alcohol dependence (Table 2). Notably, 46.9% of patients treated for a RDSH had reported an alcohol dependence and abuse at the time of the initial ER admission, compared with 24.3% of subjects who had not been readmitted (OR=2.7; PAR=8.3; IC<sub>95%</sub>=1.2-6.1,  $p<0.05$ ).

The subjects who had an episode of RDSH were more likely to consume more than 10 drinks per day (DSP 3.7% vs. RDSH 25%), (OR=8.7; PAR=6.7; IC<sub>95%</sub>=2.6-28.7,  $p<0.001$ ); to be incapable of interrupting their daily alcohol consumption (DSP 7.4% vs. RDSH 25%), (OR=4.2; IC<sub>95%</sub>=1.5-11.7,  $p<0.01$ ); to lose memory more than once a week (DSP 7.4% vs. RDSH 25%), (OR=4.2; PAR=4.8; IC<sub>95%</sub>=1.5-11.7,  $p<0.01$ ); and to have heard expressions of concern over their consumption (DSP 18.4% vs. RDSH 37.5%), (OR=2.7; PAR=6.7; IC<sub>95%</sub>=1.1-6.1,  $p<0.05$ ) (Table 2).

## **Discussion**

The data indicate that individuals who are most at risk of RDSH within a six-month interval are those who had no principal activity during the initially recorded ER admission, had received treatment from a psychiatrist or general practitioner during the six months immediately preceding the initial deliberate self-poisoning by acute intoxication with medication and had been referred to a psychiatric hospital after their discharge from the ER. Results show that individuals who committed a RDSH reported alcohol dependence at the time of the initially recorded ER admission. Comprehensive analyses of the AUDIT questionnaire data lead us to ascertain that individuals who consume more than 10 drinks per day or more than 6 drinks at one sitting, who are incapable of interrupting daily or near-daily alcohol consumption, who have sustained or caused physical injury after having consumed and to whom a friend or medical professional has expressed concern over their alcohol consumption are clearly more at risk of a RDSH.

Alcohol disorders are frequently cited in the aetiology of suicide (Séguin et al., 2007 ; Värnik et al., 2007). As for the risk DSH, between 15% and 30% of individuals with alcohol addiction carry out one DSH during their lifetime and 45% repeat an episode of DSH during the following 12 to 20 months (Driessen et al., 1998; Haw et al., 2001; Lejoyeux & Marisnescu, 2006; Preuss et al., 2002; Rossow, 2005; Suokas & Lönnqvist, 1995; Suominen et al., 1999). Lesage et al. (2008) found that more than one-half of all suicides in their sample had been in contact with a mental health services specialist, but fewer than 5% had been in contact with addiction services before their death. This is important to consider since substance abuse

problems and addictions are often underestimated during medical examinations at the ER (Smart & Mann, 1990). Reducing alcohol consumption may lead to lower suicide rates (Smart & Mann, 1990) on the condition that systematic evaluations of high suicide risk groups are conducted to identify and engage the most vulnerable individuals so that they can rapidly be referred to the health services best suited to their needs (Sinclair, Hawton & Gray 2010).

The limitations of this study include, first and foremost, the small sample size. The research protocol was demanding with regard to the timing of the initial interview at the ER and the numbers of follow-up, and could have been instrumental in this low participation rate. In fact, self-poisoners are an elusive group to follow up over time, and it is possible that those who accepted to participate were the ones who were most motivated. Finally, although it is likely that some of the patients who were not attempting suicide for the first time could have been admitted to other care facilities, the admission procedures in cases of suicidal attempts requiring hospitalization in our area indicate that the majority of patients are referred to Toulouse University hospital. Nevertheless our data are supported by other research findings, which lead us to believe that even the most cooperative subgroup of alcoholic patients is at risk of repeated attempts. In conclusion, an early referral may ensure engagement specifically at a time when patient are often in search of help.

### **Acknowledgements**

This work is supported by a grant from the Clinical Research Hospital Program from the French Ministry of Health (PHRC 2006), a grant from the Fondation de France and a grant from the University Hospital of Toulouse. Sandrine Grudé, Lucile Marquis and Annalisa Cussigh participated in the enrolment. Hélène Grandjean, M.D., Ph.D. (Inserm U558) contributed to the methodology. We also particularly thank Dominique Lauque, Head of the Emergency Department of the University Hospital, and Laurent Schmitt, Head of the Psychiatric Emergencies Unit, University Hospital of Toulouse, for their hosting. The Toulouse Outpatient Psychotherapeutic Support Unit (MGEN) and the Emergency Room of the Brive General Hospital, France are project partners.

## References

- Beck, R. W., Morris, J. B., Beck, A. T. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychological Reports, 34*(2), 445-6.
- Beck, A., Schuyler, D., Heman, I. (1974). *Development of suicidal intent scales*. Dans Beck A, Resnik H, Lettieri D, *The Prediction of Suicide*. Bowie, Charles Press.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexier, L. (1974). The measurement of pessimism: the "Hopelessness scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(6), 861-5.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm : The significance of single and multiple repeat episode analyses. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 257-65.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., De Graaf, R., Bruffaerts, R,..., Alonso, J., ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective disorders, 01*(1-3), 27-34.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*(3):181-5.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I., Kessler, R. C. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders, 124*(1-2), 98-107.
- Bourque, P., Beaudette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science; 14*, 211-218.
- Bouvard, M., Charles, S., Guerin, J., Aimard, G., Cottraux, J. (1992). Study of Beck's hopelessness scale. Validation and factor analysis. *Encéphale, 18*(3), 237-40.
- Collet, L., Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *Encéphale, 12*(2), 77-9.
- Colman, I., Newman, S. C., Schopflocher, D., Bland, R.C., Dyck, R. J. (2004). A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(4), 306-12.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., Appleby L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry, 162*(2), 297-303.
- Driessen, M., Veltrup, C., Weber, J., John, U., Wetterling, T., Dilling, H. (1998). Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction, 93* (6), 889-94.
- Hawton, K., Bale, L., Casey, D., Shepherd, A., Simkin, S., Harriss, L. (2006). Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals. *Crisis, 27*(4), 157-63.
- Hawton, K., Harris, L., Hall, S., Simkin, S., Bale, E., Bond, A. (2003). Deliberate self-harm in Oxford, 1990-2000: a time of change in patient characteristics. *Psychological Medicine, 33*(6):987-95

- Hawton, K., Van Heeringen, K. (2009). *Suicide* (373, 1372-81). *Lancet*.
- Haw, C., Hawton, K. (2011). Problem drug use, drug misuse and deliberate self-harm: trends and patient characteristics, with a focus on young people, Oxford, 1993–2006. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 85-93.
- Haw, C., Hawton, K., Whitehead, L., Houston, K., Townsend, E. (2003). Assessment and aftercare for deliberate self-harm patients provided by a general hospital psychiatric service. *Crisis*, 24(4), 145-50.
- Haw, C., Houston, K., Townsend, E., Hawton, K. (2001). Deliberate self-harm patients with alcohol disorders: characteristics, treatment, and outcome. *Crisis*, 22(3), 93-101.
- Haw, C., Houston, K., Townsend, E., Hawton, K. (2001). Deliberate self-harm patients with depressive disorders: treatment and outcome. *Journal of Affective Disorders*, 70(2002), 57-65
- Heyerdahl, F., Asphjell Bjornaas, M., Dahl, R., Hovda, K. E., Nore, A. K., Ekeberg, O., Jacobsen, D. (2009). Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 73-9.
- Ichimura, A., Matsumoto, H., Aoki, T., Andoh, H., Yano, H., Nakagawa, Y., Yamamoto I., Inokuchi, S. (2005). Characteristics of suicide attempters with depressive disorders. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59(5), 590-4.
- Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., Appleby, L. (2006). The Repetition of Suicidal Behavior: A Multicenter Cohort Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1599-609.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E. et al. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224-231.
- Lejoyeux, M., Marisnesu, M. (2006). Alcohol dependence and abuse and psychiatric disorders. *Revue du Praticien*, 56(10), 1081-5.
- Lesage, A., Seguin, M., Guy, A. Daigle, F., Bayle, M. N., Chawky, N., ... Turecki G. (2008). Systematic services audit of consecutive suicides in New-Brunswick: the case for coordinating specialist mental health and addiction services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 671-8.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302-11.
- Mieczkowski, T. A., Sweeney, J. A., Haas, G. L., Junker, B. W., Brown, R. P., Mann, J. J. (1993). Factor composition of the Suicide Intent Scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(1), 37-45.
- Mouquet, M. C., Bellamy, V. (2006). Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et Résultats*, 488, 1-8.
- Pierce, D. W. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 391-396.

- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Dominici, G., Ferracuti, S., Kotzalidis, G. D., ... Lester, D. (2010). Suicidal behavior and alcohol abuse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(4), 1392-431.
- Preti, A., Tondo, L., Sisti, D., Rocchi, M. B., De Girolamo, G. (2010). Correlates and antecedents of hospital admission for attempted suicide: a nationwide survey in Italy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(3), 181-90.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L. Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., ... Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 26(4), 471-7.
- Reinert, D. F., Allen, J. P. (2007). The Alcohol Use Disorders Identification Test: An Update of Research Findings. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 31(2), 185-99.
- Rossow, I. (2005). *Substance use and suicidal behaviour*. Dans Keith Hawton (dir.), *Prevention and treatment suicidal behavior from science to practice*. Oxford: University Press.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Bador, T. F. De La Fuente, J. R., Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schnyder, U., Valach, L. (1997). Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 19(2), 119-29.
- Scoliers, G., Portzky, G., Van Heeringen, K., Audenaert, K. (2009). Sociodemographic and Psychopathological Risk Factors for Repetition of Attempted Suicide: A 5-Year Follow-Up Study. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 201-13.
- Séguin, M., Lesage, A., Turecki, G., Bouchard, M., Chawky, N., Tremblay, N., ..., Guy A. (2007). Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychological medicine*, 37(11):1575-83.
- Shahid, M., Khan, M. M., Saleem Khan, M., Jamal, Y., Badshah, A., Rehmani, R. (2009). Deliberate self harm in the emergency department: experience from Karachi, Pakistan. *Crisis*, 30(2), 85-9.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Sinclair, J. M., Hawton, K., Gray, A. (2010). Six year follow-up of a clinical sample of self-harm patients. *Journal of Affective Disorders*, 121(3), 247-52.

- Smart, R. G., Mann, R. E. (1990). Changes in suicide rates reductions in alcohol consumption and problems in Ontario, 1975-1983. *British Journal of Addiction*, 85(4), 463-8.
- Staikowsky, F., Chastang, F., Pujalte, D.(2008). Psychiatric Emergencies linked to suicidal acts in 2008. Incidence and prognosis. *Reanimation*, (17)8: 783-789
- Suokas, J., Lönnqvist, J. (1995). Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 36-40.
- Suominen, K. H., Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Ostamo, A. I., Lönnqvist, J. K. (1999). Treatment received by alcohol-dependant suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(3), 214-9.
- Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 332(7552),1241-5.
- Värnik, A., Kõlves, K., Väli, M., Tooding, L.M., Wasserman, D. (2007). Do alcohol restrictions reduce suicide mortality? *Addiction*, 102(2):251-6.
- Walter, M. (2003). Suicide risk evaluation. *Revue du Praticien*, 53(11), 1186-90.
- World Health Organization (WHO) (2008). Preventing Suicide, a Resource for Media Professionals. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

Table 1: Sociodemographic Data Associated with Repeated Episodes of Deliberate Self-Harm (N=184)

	No recurrence		Recurrence		OR	PAR	IC95%	P
	within 6 Months		within 6 Months					
	(n=151)		(n=33)					
	n	%	N	%				
<b>Unemployment</b>	39	35.80	11	64.70	3.291	6.4	1.130 – 9.584	0.029
<b>Consultation with psychiatrist 6 months prior to T1</b>	69	45.70	25	75.80	3.714	18.1	1.574 – 8.760	0.003
<b>Consultation with health specialist 6 months prior to T1</b>	78	51.70	25	75.80	2.925	16.5	1.240 – 6.896	0.014
<b>Hospitalisation after release from ER</b>	85	56.30	25	75.80	2.426	12.5	1.028 – 5.726	0.043

Table 2: Clinical Data Associated with Repeated Episodes of Deliberate Self-Harm (N=184)

	No Recurrence		Recurrence		OR	PAR	IC95%	P
	within 6 Months		within 6 Months					
	(n=151)		(n=33)					
	n	%	n	%				
<b>Major depressive disorder</b>	93	61.60	22	66.70	1.247	3.6	0.563 – 2.761	0.586
<b>Acute hopelessness</b>	81	53.60	19	57.60	1.173	3.6	0.548 – 2.510	0.681
<b>Abuse or dependence</b>	40	29.40	16	50.00	2.400	8.3	1.095 – 5.262	0.029
<b>Dependence</b>	33	24.30	15	46.90	2.754	8.3	1.241 – 6.113	0.013
<b>Consumption &gt;10 / day</b>	5	3.70	8	25.00	8.667	6.7	2.612 – 28.751	0.000
<b>Consumption &gt;6 / day at one sitting</b>	10	7.40	8	25.00	4.200	4.8	1.504 – 11.730	0.006
<b>Incapable of interrupting daily or near-daily consumption</b>	10	7.40	8	25.00	4.200	4.8	1.504 – 11.730	0.006
<b>Losing memory &gt;1 / week</b>	10	7.40	8	25.00	4.200	4.8	1.504 – 11.730	0.006
<b>Concern expressed by friend or doctor in relation to alcohol consumption</b>	25	18.40	12	37.50	2.664	6.7	1.154 – 6.152	0.022
<b>MINI affective</b>								



<b>disorders</b>	75	70.80	22	84.60	2.273	10.9	0.724	-	7.141	0.160
<b>MINI anxiety</b>										
<b>disorders</b>	33	33.00	13	48.10	1.885	5.1	0.796	-	4.466	0.150
<b>MINI substances</b>										
<b>disorders (without</b>										
<b>alcohol)</b>	17	16.80	9	34.60	2.616	3.9	1.000	-	6.842	0.050
<b>MINI Psychotic</b>										
<b>disorders</b>	21	20.80	6	23.10	1.143	0	0.408	-	3.205	0.800

Table 2: Clinical data associated with repeated episode of deliberate self harm (N=184)

	no recurrence		recurrence		OR	PAF	IC95%	P	
	within 6 months		within 6 months						
	(n=151)		(n=33)						
	n	%	n	%					
<b>Major depressive</b>									
<b>disorder</b>	93	61.60	22	66.70	1.247	3.6	0.563	- 2.761	0.586
<b>Acute hopelessness</b>	81	53.60	19	57.60	1.173	3.6	0.548	- 2.510	0.681
<b>Abuse or Dependence</b>	40	29.40	16	50.00	2.400	8.3	1.095	- 5.262	0.029
<b>Dependence</b>	33	24.30	15	46.90	2.754	8.3	1.241	- 6.113	0.013
<b>Consumption &gt;10 /</b>									
<b>day</b>	5	3.70	8	25.00	8.667	6.7	2.612	- 28.751	0.000
<b>Consumption &gt;6 / day</b>									
<b>at one sitting</b>	10	7.40	8	25.00	4.200	4.8	1.504	- 11.730	0.006

<b>Incapable of interrupting daily or near-daily consumption</b>	10	7.40	8	25.00	4.200	4.8	1.504	-	11.730	0.006
<b>Losing memory &gt;1 / week</b>	10	7.40	8	25.00	4.200	4.8	1.504	-	11.730	0.006
<b>Concern expressed by friend or doctor in relation to alcohol consumption</b>	25	18.40	12	37.50	2.664	6.7	1.154	-	6.152	0.022
<b>MINI Affective Disorders</b>	75	70.80	22	84.60	2.273	10.9	0.724	-	7.141	0.160
<b>MINI Anxiety Disorders</b>	33	33.00	13	48.10	1.885	5.1	0.796	-	4.466	0.150
<b>MINI Substances disorders (without alcohol)</b>	17	16.80	9	34.60	2.616	3.9	1.000	-	6.842	0.050
<b>MINI Psychotic disorders</b>	21	20.80	6	23.10	1.143	0	0.408	-	3.205	0.800

---

### Annexe 3. Renseignements concernant le patient

Initiales du patient : |\_|\_| |\_| (deux 1<sup>er</sup> lettres du nom et 1<sup>ère</sup> lettre du prénom)

Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Commune de naissance : .....(département |\_|\_|)

Sexe : |\_|

situation matrimoniale:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Célibataire              | <input type="checkbox"/> Veuf (ve)                |
| <input type="checkbox"/> Marié (e)                | <input type="checkbox"/> Pacsé (e) ou concubinage |
| <input type="checkbox"/> Divorcé (e) ou séparé(e) | <input type="checkbox"/> Enfant(s) à charge       |

niveau d'étude :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun  | <input type="checkbox"/> Diplôme de 1er cycle                |
| <input type="checkbox"/> Brevet élémentaire, BEPC,<br>Brevet des collèges | <input type="checkbox"/> Diplôme de 2ème ou 3ème cycle       |
| <input type="checkbox"/> CAP, BEP   | <input type="checkbox"/> Autre (diplôme étranger) :<br>..... |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat                                     |  |

situation professionnelle :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sans emploi            | <input type="checkbox"/> Artisan - commerçant - chef<br>d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Retraité (e)           | <input type="checkbox"/> Cadre - profession intellectuelle           |
| <input type="checkbox"/> Au foyer               | <input type="checkbox"/> Profession libérale                         |
| <input type="checkbox"/> Etudiant (e)           | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire                    |
| <input type="checkbox"/> Autre                  | <input type="checkbox"/> Employé(e)                                  |
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> Ouvrier (y compris agricole)                |

Personne à contacter en cas de besoin :

Oui  Non

Si oui ,

NOM..... PRENOM .....

ADRESSE .....

TEL : .....

Lien de parenté : .....

ANTECEDENTS ET PATHOLOGIES ASSOCIEES (ENQUETEUR)

Antécédents Pathologies associées	Date de début	Toujours présent		Traitement associé	

**Si traitement coché « oui », compléter le tableau « Traitements concomitants » à la fin du cahier**

Vérifier que le traitement en cours ne fait pas partie de la liste des traitements interdits

Voici quelques questions que nous souhaitons vous poser (ENQUETEUR)

**A)** Au cours des **6 derniers mois** avez-vous consulté :

-un psychiatre	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
	<b>si oui :</b>	
	1 ou 2 fois seulement	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par mois	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par semaine	<input type="checkbox"/>
-un psychologue	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
	<b>si oui :</b>	
	1 ou 2 fois seulement	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par mois	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par semaine	<input type="checkbox"/>
-un psychothérapeute	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
	<b>si oui :</b>	
	1 ou 2 fois seulement	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par mois	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par semaine	<input type="checkbox"/>
-un psychanalyste	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
	<b>si oui :</b>	
	1 ou 2 fois seulement	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par mois	<input type="checkbox"/>
	1 ou 2 fois par semaine	<input type="checkbox"/>

**B)** Au cours des **6 derniers mois** avez-vous pris un traitement médicamenteux avec :

-un ou plusieurs antidépresseur(s) oui   
non

si oui, pouvez-vous nous indiquer le(s) nom(s) de ce(s) médicament(s) :.....  
.....

-un ou plusieurs anxiolytique(s) ou tranquillisant(s) oui   
non

si oui, pouvez-vous nous indiquer le(s) nom(s) de ce(s) médicament(s) :.....  
.....

-un ou plusieurs hypnotique(s) ou somnifère(s) oui   
non

si oui, pouvez-vous nous indiquer le(s) nom(s) de ce(s) médicament(s) :.....  
.....

-un ou plusieurs neuroleptique(s) ou antipsychotique(s) oui   
non

si oui, pouvez-vous nous indiquer le(s) nom(s) de ce(s) médicament(s) :.....  
.....

-un ou plusieurs thymorégulateur(s) ou régulateur(s) de l'humeur oui   
non

**si oui,** pouvez-vous nous indiquer le(s) nom(s) de ce(s) médicament(s) :.....  
.....

-un ou plusieurs autre(s) médicament(s) agissant sur le système nerveux oui

non

**si oui,** pouvez-vous nous indiquer le(s) nom(s) de ce(s) médicament(s) :.....  
.....

## Annexe 4. Echelle des intentions suicidaires (SIS)

Entourez le chiffre correspondant le mieux à la circonstance ou au contexte de la tentative de suicide. Date de la tentative : \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_

### I. Circonstances objectives reliées à la tentative de suicide

#### 1. Isolement

- 0. Quelqu'un était présent
- 1. Quelqu'un était à proximité, ou était en contact visuel ou vocal
- 2. Personne était à proximité, ou était en contact visuel ou vocal

#### 2. Moment choisis

- 0. Intervention probable
- 1. Intervention improbable
- 2. Intervention fortement improbable

#### 3. Les précautions prises pour ne pas être découvert

- 0. Aucune précaution
- 1. Précautions passives (éviter les autres sans tenter de prévenir leur intervention; être seul dans une chambre avec la porte non verrouillée)
- 2. Précautions actives (barrer la porte, décrocher le téléphone)

#### 4. Agit de façon à recevoir de l'aide pendant/après la tentative

- 0. Informe un secouriste potentiel de sa tentative
- 1. Contact mais n'informe pas un secouriste potentiel
- 2. Ne contacte ou n'informe personne

#### 5. Derniers préparatifs en prévision de la mort (ex. : testament, cadeaux, assurances)

- 0. N'a pensé à aucun arrangement
- 1. A pensé ou a fait quelques arrangements
- 2. A complété des arrangements

#### 6. Préparation active en vue de la tentative

- 0. Aucune (tentative impulsive)
- 1. Minimale à modérée
- 2. Considérable

#### 7. Lettre d'adieu

- 0. Absence de note
- 1. A pensé ou écrit une note, mais l'a déchirée
- 2. La présence d'une note

#### 8. Communication ouverte de l'intention avant la tentative

- 0. Aucune
- 1. Communication ambiguë
- 2. Communication claire



## **II. Selon l'évaluateur**

### **9. But prétendu de la tentative**

- 0. Pour manipuler l'environnement, obtenir de l'attention, se venger
- 1. Élément de « 0 » et de « 2 »
- 2. Pour fuir, mettre fin ou régler des problèmes

### **10. Prévision de la fatalité**

- 0. Pensait que la mort serait non probable
- 1. Pensait que la mort serait possible mais non probable
- 2. Pensait que la mort serait probable ou certaine

### **11. Conception de la létalité de la méthode**

- 0. Moins dommageable qu'anticipée
- 1. Incertitude face aux conséquences
- 2. Autant ou plus dommageable qu'anticipée

### **12. Importance de la tentative**

- 0. N'avait pas l'intention de mettre fin à ses jours
- 1. Était incertain de vouloir mettre fin à ses jours
- 2. Avait sérieusement l'intention de s'enlever la vie

### **13. Attitude face à la vie/mort**

- 0. Ne désirait pas mourir
- 1. Éléments de « 0 » et « 2 »
- 2. Désirait mourir

### **14. Conception de la réanimation médicale**

- 0. Ne pensait pas mourir s'il obtenait les soins médicaux appropriés
- 1. Était incertain à savoir s'il pouvait éviter la mort grâce aux soins médicaux appropriés
- 2. Était convaincu qu'il allait mourir malgré les soins médicaux appropriés

### **15. Degré de préméditation de la tentative**

- 0. Aucun; impulsif
- 1. A envisagé le suicide pendant une période de trois heures ou moins avant la tentative
- 2. A envisagé le suicide pendant une période de plus de trois heures avant la tentative

## Annexe 5. Questionnaire Abrégé des Beck (BDI)

### Instructions :

**Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état dans la semaine qui vient de se passer jusqu'à aujourd'hui.**

**Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.**

- 
- A.** Je ne me sens pas triste. **0**  
Je me sens cafardeux(se) ou triste. **1**  
Je me sens tout le temps cafardeux(se) ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. **2**  
Je suis si triste et si malheureux(se) que je ne peux pas le supporter. **3**
- 
- B.** Je ne suis pas particulièrement découragé(e) ni pessimiste au sujet de l'avenir. **0**  
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. **1**  
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. **2**  
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. **3**
- 
- C.** Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. **0**  
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. **1**  
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. **2**  
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). **3**

<b>D.</b> Je ne me sens pas particulièrement insatisfait(e).	<b>0</b>
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	<b>1</b>
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	<b>2</b>
Je suis mécontent(e) de tout.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>E.</b> Je ne me sens pas coupable.	<b>0</b>
Je me sens mauvais(e) ou indigne une bonne partie du temps.	<b>1</b>
Je me sens coupable.	<b>2</b>
Je me juge très mauvais(e) et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>F.</b> Je ne suis pas déçu(e) par moi-même.	<b>0</b>
Je suis déçu(e) par moi-même.	<b>1</b>
Je me dégoûte moi-même.	<b>2</b>
Je me hais.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>G.</b> Je ne pense pas à me faire du mal.	<b>0</b>
Je pense que la mort me libèrerait.	<b>1</b>
J'ai des plans précis pour me suicider.	<b>2</b>
Si je le pouvais, je me tuerais.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>H.</b> Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	<b>0</b>
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	<b>1</b>
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	<b>2</b>
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>I.</b> Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	<b>0</b>
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	<b>1</b>
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	<b>2</b>
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>J.</b> Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid(e) qu'avant.	<b>0</b>
J'ai peur de paraître vieux(vieille) ou disgracieux(se).	<b>1</b>
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux(se).	<b>2</b>

J'ai l'impression d'être laid(e) et repoussant(e).	<b>3</b>
<hr/>	
<b>K.</b> Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	<b>0</b>
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	<b>1</b>
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	<b>2</b>
Je suis incapable de faire le moindre travail.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>L.</b> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.	<b>0</b>
Je suis fatigué(e) plus facilement que d'habitude.	<b>1</b>
Faire quoi que ce soit me fatigue.	<b>2</b>
Je suis incapable de faire le moindre travail.	<b>3</b>
<hr/>	
<b>M.</b> Mon appétit est toujours aussi bon.	<b>0</b>
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	<b>1</b>
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	<b>2</b>
Je n'ai plus du tout d'appétit.	<b>3</b>

## Annexe 6. Echelle de Désespoir de Beck (H)

**Instructions :**

**Veillez attribuer à chacune des affirmations ci-dessous la caractéristique vrai ou faux en cochant la case correspondante**

	Vrai	Faux
<b>1</b> J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b> Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b> Mon avenir me semble sombre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b> Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raisons de croire que j'en aurai dans le futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b> Mon expérience passée m'a préparé(e) parfaitement pour l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b> Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b> Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b> Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b> Les choses ne sont pas comme je le veux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b> J'ai foi en l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>

	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
<b>16</b> Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que se soit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b> Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b> L'avenir me semble vague et incertain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b> Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b> Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>

## Annexe 7. Echelle d'Alexithymie de Toronto (TAS20)

**Instructions :**

**Veillez indiquer en utilisant la grille figurant sur la feuille suivante à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (x) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse par affirmation:**

- (1) désaccord complet**
- (2) désaccord relatif**
- (3) ni accord, ni désaccord**
- (4) accord relatif**
- (5) accord complet**

		1	2	3	4	5
<b>1</b>	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b>	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Être conscient de ses émotions est essentiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

- (1) désaccord complet**
- (2) désaccord relatif**
- (3) ni accord, ni désaccord**
- (4) accord relatif**
- (5) accord complet**

- (1) désaccord complet
- (2) désaccord relatif
- (3) ni accord, ni désaccord
- (4) accord relatif
- (5) accord complet

		1	2	3	4	5
11	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Je préfère regarder des émissions de variétés et de divertissement plutôt que des films psychologiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à des amis très proches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

- (1) désaccord complet
- (2) désaccord relatif
- (3) ni accord, ni désaccord
- (4) accord relatif
- (5) accord complet



## Annexe 8. Questionnaire A.U.D.I.T

**Instructions :**

**Ce questionnaire interroge votre consommation d'alcool de l'année écoulée.**

**Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et non pas les dernières semaines**

**Veillez entourer le chiffre qui correspond alors le mieux à votre consommation personnelle d'alcool dans l'année écoulée**

**1/ Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (année écoulée)?**

Jamais	<b>0</b>	Une fois par mois ou moins	<b>1</b>	2 à 4 fois par mois	<b>2</b>	2 à 3 fois par semaine	<b>3</b>	4 fois ou plus par semaine	<b>4</b>
--------	----------	-------------------------------	----------	------------------------	----------	---------------------------	----------	-------------------------------	----------

**2/ Combien de boissons standard (1 verre de vin ou 1 apéritif ou un demi de bière ou 1 verre d'alcool fort) buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool (année écoulée)?**

Une ou deux	<b>0</b>	Trois ou quatre	<b>1</b>	Cinq ou six	<b>2</b>	Sept à neuf	<b>3</b>	Dix ou plus	<b>4</b>
----------------	----------	-----------------	----------	-------------	----------	-------------	----------	-------------	----------

**3/ Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 boissons standard ou plus (année écoulée)?**

Jamais	<b>0</b>	Moins d'une fois par mois	<b>1</b>	Une fois par mois	<b>2</b>	Une fois par semaine	<b>3</b>	Chaque jour ou presque	<b>4</b>
--------	----------	------------------------------	----------	----------------------	----------	-------------------------	----------	---------------------------	----------

**4/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?**

Jamais	<b>0</b>	Moins d'une fois par mois	<b>1</b>	Une fois par mois	<b>2</b>	Une fois par semaine	<b>3</b>	Chaque jour ou presque	<b>4</b>
--------	----------	------------------------------	----------	----------------------	----------	-------------------------	----------	---------------------------	----------

**5/ Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool, vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?**

Jamais	<b>0</b>	Moins d'une fois par mois	<b>1</b>	Une fois par mois	<b>2</b>	Une fois par semaine	<b>3</b>	Chaque jour ou presque	<b>4</b>
--------	----------	------------------------------	----------	----------------------	----------	-------------------------	----------	---------------------------	----------

**6/ Dans l'année écoulée, combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?**

Jamais	<b>0</b>	Moins d'une fois par mois	<b>1</b>	Une fois par mois	<b>2</b>	Une fois par semaine	<b>3</b>	Chaque jour ou presque	<b>4</b>
--------	----------	------------------------------	----------	----------------------	----------	-------------------------	----------	---------------------------	----------

**7/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?**

Jamais	<b>0</b>	Moins d'une fois par mois	<b>1</b>	Une fois par mois	<b>2</b>	Une fois par semaine	<b>3</b>	Chaque jour ou presque	<b>4</b>
--------	----------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

**8/ Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?**

Jamais	<b>0</b>	Moins d'une fois par mois	<b>1</b>	Une fois par mois	<b>2</b>	Une fois par semaine	<b>3</b>	Chaque jour ou presque	<b>4</b>
--------	----------	---------------------------	----------	-------------------	----------	----------------------	----------	------------------------	----------

**9/ Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**

Non	<b>0</b>	Oui, mais il y a plus d'un an	<b>2</b>	Oui, au cours de l'année dernière	<b>4</b>
-----	----------	-------------------------------	----------	-----------------------------------	----------

**10/ Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?**

Non	<b>0</b>	Oui, mais il y a plus d'un an	<b>2</b>	Oui, au cours de l'année dernière	<b>4</b>
-----	----------	-------------------------------	----------	-----------------------------------	----------

## Annexe 9. Questionnaire M.I.N.I.

<i>NOM DU PATIENT :</i> _____	<i>PROTOCOLE NUMERO :</i> _____
<i>DATE DE NAISSANCE:</i> _____	<i>Heure de Début :</i> _____
<i>ENTRETIEN REALISE PAR :</i> _____	<i>Heure de Fin :</i> _____
<i>DATE DE L'ENTRETIEN :</i> _____	<i>DUREE TOTALE :</i> _____

### M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière
A. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines) <span style="float: right;"><u>Optionnel</u></span>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière
F. AGORAPHOBIE	Actuelle
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé) <span style="float: right;"><u>Optionnel</u></span>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière <span style="float: right;"><u>Optionnel</u></span>

## INSTRUCTIONS GENERALES

---

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

### • **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

### • **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

### • **Conventions :**

*Les phrases écrites en « lettres minuscules »* doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

*Les phrases écrites en « MAJUSCULES »* ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

*Les phrases écrites en « gras »* indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

*Les phrases entre (parenthèses)* sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

*Les réponses surmontées d'une flèche ( → )* indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

### • **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

---

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

**A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	<b>A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	NON	OUI	

A3	<b>Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :</b>			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?  
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

NON	OUI
<b>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL</b>	

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11

**A5b EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON	OUI
<b>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE</b>	

## D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
b	Vous sentez-vous excessivement irritable , en ce moment?	NON	OUI	4
	<b>D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	NON	OUI	

D3 SI D1B OU D2B = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL  
SI D1B ET D2B = NON EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

### Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3

OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→

NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres **ou** avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 12

**D4 EST-ELLE COTEE NON ?**

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

*EPISODE  
HYPOMANIAQUE*

*ACTUEL  
PASSE*

**D4 EST-ELLE COTEE OUI ?**

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

*EPISODE MANIAQUE*

*ACTUEL  
PASSE*

## E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) <b>subitement</b> très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
SI <b>E1</b> = <b>NON</b> , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
SI <b>E2</b> = <b>NON</b> , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
SI <b>E3</b> = <b>NON</b> , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	<b>Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :</b>			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? SI <b>E5</b> = <b>NON</b> , PASSER A E7	NON	OUI	
<b>Trouble Panique Vie entière</b>				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? SI <b>E6</b> = <b>OUI</b> , PASSER A F1	NON	OUI	17
<b>Trouble Panique Actuel</b>				



→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E7 Y A-T-IL 1, 2 ou 3 OUI EN E4 ?

NON OUI

18

*Attaques  
Paucisymptomatiques vie  
entière*

---

**F. AGORAPHOBIE**

F1	Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serez difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?	NON	OUI	19
----	---	-----	-----	----

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?	NON	OUI	20
----	---	-----	-----	----

*Agoraphobie  
Actuel*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON  
et  
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie ACTUEL</i>	

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI  
et  
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<i>TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie ACTUEL</i>	

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI  
et  
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON	OUI
<i>AGORAPHOBIE sans antécédents de Trouble Panique ACTUEL</i>	

## CARTE DES SUBSTANCES

**AMPHETAMINE  
CANNABIS  
CAPTAGON  
CATOVIT  
COCAÏNE  
CODEINE  
COLLE  
CRACK  
ECSTASY**

**ESSENCE  
ETHER  
FEUILLE DE COCA  
HASCHICH  
HEROÏNE  
L.S.D.  
MARIJUANA  
MESCALINE  
METHADONE**

**MORPH  
NEIGE  
OPIUM  
PALFIU  
RITALIN  
SHIT  
TEMGE  
TOLUEI  
TRICHL**

**M.I.N.I.**

## K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→  
NON OUI

ENTOURER CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) : \_\_\_\_\_

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORE CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPAREMENT

UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMEE

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMEE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

K2 **En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE], au cours des 12 derniers mois :**

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?   | NON | OUI | 1 |
| b | Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?<br>Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?<br>COTER <b>OUI</b> , SI <b>OUI</b> A L'UN OU L'AUTRE | NON | OUI | 2 |
| c | Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?   | NON | OUI | 3 |

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| d | Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?  | NON | OUI | 4 |
| e | Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?                   | NON | OUI | 5 |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?  | NON | OUI | 6 |
| g | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? | NON | OUI | 7 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

---

NON	OUI
<b>DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCES(S) ACTUEL</b>	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?

→

NON    OUI

**K3 Au cours des 12 derniers mois :**

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?<br>NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES | NON | OUI | 8  |
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire , utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?   | NON | OUI | 9  |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ?  | NON | OUI | 10 |
| d | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?  | NON | OUI | 11 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

---

NON	OUI
<b>ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL</b>	

## L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.  
NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INNAPROPRIES.  
AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

			BIZARR E		
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	1
B	<b>SI OUI</b> : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	2
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	3
B	<b>SI OUI</b> : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	4
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	5
B	<b>SI OUI</b> : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	6
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7
B	<b>SI OUI</b> : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	8
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	9
B	<b>SI OUI</b> : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION :	NON	OUI	OUI	11

Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?

B	<b>SI OUI</b> : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI	<b>OUI → L8b</b>	12
L7 a	Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.	NON	OUI		13
B	<b>SI OUI</b> : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON	OUI		14
<b>OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :</b>					
L8 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON	OUI		15
L9 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?	NON	OUI		16
L10b	DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?	NON	OUI		17
L11	DE <b>L1 A L10</b> , Y A-T-IL AU MOINS  UNE QUESTION « <b>b</b> » COTEE <b>OUI BIZARRE</b> OU DEUX QUESTIONS « <b>b</b> » COTEES <b>OUI</b> (NON BIZARRE) ?	NON		OUI	
		<b>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</b>			
L12	DE <b>L1 A L7</b> , Y A-T-IL AU MOINS  UNE QUESTION « <b>a</b> » COTEE <b>OUI BIZARRE</b> OU DEUX QUESTIONS « <b>a</b> » COTEES <b>OUI</b> (NON BIZARRE) ? (VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS) OU L11 EST-ELLE COTEE <b>OUI</b> ?	NON		OUI	
		<b>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</b>			





