

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1510

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Marie SPORER**

le 16 mars 2016

**PATIENTS ADMIS AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE  
SUICIDE : COMPARAISON DE LA FREQUENCE DES RECIDIVES  
SUICIDAIRES, APRES UNE PRISE EN CHARGE AU CENTRE DE  
THERAPIE BREVE VERSUS PRISE EN CHARGE :  
ETUDE CFRS-CTB**

Directeur de thèse : Docteur Etienne VERY  
Co-directeur de thèse : Docteur Anjali MATHUR

**JURY**

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Président
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Assesseur
Monsieur le Docteur Etienne VERY	Assesseur
Madame le Docteur Anjali MATHUR	Suppléant
Madame le Docteur Julie RIEU	Membre invité



**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie	<b>P.U.</b>	
M. RECHER Ch.	Hématologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéριο. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
			<b>M.C.U.</b>
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

**Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatre

Je suis honorée de vous voir présider ce jury.

Je vous remercie de la richesse de l'enseignement clinique et théorique que vous m'avez apporté lors de mes différents stages d'interne dans vos services.

J'apprécie particulièrement vos qualités humaines et votre disponibilité.

Je vous remercie de la confiance que vous me témoignez en me permettant d'intégrer votre équipe de soins. J'espère que mon travail sera à la hauteur de l'opportunité que vous me donnez.

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus sincère gratitude et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Philippe BIRMES**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatre

Je suis honorée de vous voir juger mon travail.

Je vous remercie d'avoir accepté que je réalise mon travail de Master 1 puis de Master 2 Recherche au sein de votre laboratoire. Votre enseignement clinique et théorique en matière de recherche a été pour moi un soutien précieux.

Votre rigueur scientifique restera un modèle pour moi.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatre

Je suis honorée de ta présence dans mon jury.

Je te remercie de ta disponibilité et de ta bienveillance tout au long de mon parcours d'interne.

Je suis honorée de pouvoir travailler en collaboration avec toi à partir de mai 2016.

Trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

**Madame le Docteur Anjali Mathur**

Praticien Hospitalier

Psychiatre

Tu me fais l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail avec Etienne.

Je suis très admirative de ta finesse clinique et de ton implication auprès des patients. Mon semestre au CTB à tes côtés a été d'une grande richesse.

Je te remercie de ta qualité d'écoute, de ta bienveillance à mon égard, de ta disponibilité et de la confiance que tu m'as témoignée en acceptant de bâtir avec moi ce projet d'étude.

Sois assurée de ma reconnaissance, de mon amitié et de mon plus profond respect.

**Monsieur le Docteur Etienne VERY**

Praticien hospitalier

Psychiatre

C'est un honneur que tu aies accepté de diriger ce travail avec Anjali.

Plusieurs de mes semestres ont été marqués par ta présence bienveillante (urgences, CTB, recrutement aux urgences lors de mon année de Master 2).

Je te remercie de ton implication dans mon travail, de ta disponibilité et de ton soutien.

J'apprécie particulièrement ta finesse clinique, tes conseils en terme de recherche et ta capacité de second degré !

Merci également à la connexion du Bath & Turtle Bar, d'une excellente qualité !

Sois assuré de ma gratitude et de mon amitié.

**Madame le Docteur Julie RIEU**

Praticien hospitalier

Psychiatre

C'est un grand honneur pour moi de te compter parmi les membres de ce jury et je te remercie d'avoir accepté d'y siéger.

Je garde un doux souvenir de mon semestre à l'UF4 à tes côtés où j'ai pu apprécier ta finesse clinique, tes capacités à mener une équipe sur le plan institutionnel, tes capacités à transmettre ton savoir et tout ça dans la bonne humeur. Toutes ces qualités restent un modèle pour moi, et j'espère pouvoir les mettre en œuvre avec la même habileté que toi.

Je te remercie pour ta disponibilité et ta bienveillance.

Sois assurée de ma sincère gratitude, de mon profond respect et de mon amitié.

## Remerciements

### **A ma Famille :**

A Paul, qui rend ma vie si belle ! Décider de passer notre vie ensemble est le meilleur choix que j'ai fait de ma vie. A nos rêves communs...

A ma mère dont je suis si fière ! Tu as su nous transmettre les valeurs simples qui te sont chères et je t'en remercie.

A mon père, qui m'a toujours poussé à me dépasser. Si j'en suis là aujourd'hui, je pense que tu n'y es pas étranger.

A Nat, Flo et Val, mes 3 supers frangins ! J'ai vraiment de la chance d'être votre grande sœur !

A ma belle-famille qui est vraiment « la Bonne Famille » !

### **A mes amis de longue date :**

A Alex pour cette amitié qui dure depuis la 6<sup>ème</sup>, si tu n'existais pas il faudrait t'inventer ! Pour les fous rires en anglais, les vacances au ski en mode Prince Ali, les soirées... A Ben et leur petit Esteban.

A Laure et tes attentions par centaines ! Tu es vraiment une wonder woman ! A Ludo et leur petit Jules.

A Lucile, qui a rendu ma D4 plus belle ! Aux sous colles/ sushis/ moelleux aux chocolats, au stage de chir dig avec Bounicaut, aux révisions de D4 à Chameyrat (le jus d'orange pressé et les madeleines n'ont jamais eu un aussi bon goût que la bas !). Et à tous les bons moments partagés ensemble, entre Chambé, Gre, Toulouse, l'Ardèche... et j'en passe.

### **Aux copains de Limoges :**

La Gwinsh, Juliette et Kervarec, Caro La Rousse et sa famille, Gros Larry, PJ, Charlotte, Simon, Mathieu et Vanessa.

### **Aux très belles rencontres toulousaines :**

A Ju, pour ta capacité à rendre la vie géniale ! Pour toutes les soirées, les repas de copains, les verres en ville, les we, les colocs et les contre colocs, le marché du dimanche matin et les gros repas chez Tonton au retour du marché, pour ta capacité à tout savoir relativiser à la perfection.

A Tonton et ton sens développé des réceptions autour d'un « petit repas » ! A nos repas du dimanche post marché, aux balades dans la région en mode WikiRayssac, au plaisir d'ouvrir du bon pinard ensemble. Et à Elisabeth (on valide !)

A Céline, qui est une nana comme ça (pouce en l'air !). On est ravis que Seb fasse parti des copains !

A Julie, ma fée couturière. A nos soirées de filles (en mode blog), nos restos sushis, nos ateliers coutures.

A Yves Ma et Lulu, vous êtes un couple génial ! Vous me faites rêver ! Pour tous les objets que tu as perdus Yves Ma et que Lulu a retrouvés, pour vos départs en vacances/ oubli de réveil / lendemain de soirée, pour votre capacité à répandre de la bonne humeur ! Et à Nala.

A Caro, pour ta bienveillance et ta capacité d'écoute. Et pour les prêts de voiture pour aller à Aufréry ! A ta nouvelle vie bruxelloise avec Alexis.

A Pascalou, l'homme sur qui on peut toujours compter !

A Cécilou, Papy et les twins, vous êtes une famille parfaite ! Et vous au moins, vous êtes de vrais adultes (avoir un robot de piscine est le signe qu'on est devenu un adulte ! oui !)

A Slice, l'homme le plus organisé du monde ! Tu nous as fait découvrir les ranges chemises ! Ne change rien !

A Pauline, Jof et leur petite Valentine, vous êtes une famille trop cool ! (et je suis d'accord avec Valentine, le non c'est frustrant !)

A Anita et Davidou qui ont un sens de l'humour des plus aboutis ! (Non nous n'avons toujours pas adopté Thibault !)

A Thibault, pour ta capacité à faire la fête, surtout certains week ends ! Et à Romane.

Aux 4 Percins, pour vos apéros « recette secrète »

A Marion et Pierre pour les soirées autour d'un bon repas et de plusieurs bonnes bouteilles.

A Cindy, Maxime et Axel, les Alsaciens retournés aux sources. Les Noëls de copains/vin chaud/ bredeles étaient au top !

A Leslie et Ben, pour leur goût pour les voyages lointains (et pas seulement la Chine !)

A Sandra, Julien et leur petite Gabrielle pour les soirées autour d'un excellent repas !

A la coloc de Saint Girons : Malau, Mumu, Mathilde, Anne Laure et Pauline. Et à Laurence.

A Gayela et son côté globe-trotteur.

A Laure, Manu et leur petite Faustine, Emilie, Mouton et Anne, Flore et Anne, Nico.

### **A mes co-internes :**

A Etienne et PA : la team des urgences ! Vous avez été mes premiers co-internes et voir votre tête tous les matins était vraiment chouette ! Aux cafés du matin, aux jours où « on n'avait pas la foi », aux soirées et au plaisir de faire la fête ensemble.

A Julie et Emilie pour ce semestre à l'UF4 et nos pauses thé à 20h « foutu pour foutu ».

Aux internes des urgences qui m'ont vue attendre et attendre encore pour recruter les patients : Lola, Ariane, Sylvie et Carole, et Gwendy, Jeanne, Juliette et Damien. Merci pour votre implication dans l'étude et votre aide précieuse.

A Julien, Simon et Thomas, mes co-internes actuels : c'est un réel plaisir de bosser avec vous dans la bonne humeur (flash du soir... !)

A ceux avec qui je n'ai pas eu la chance d'être en stage mais qui ont jalonné mon internat : les internes de ma promo et notamment Juliette, Diane, Marc et Raphael ; Axel et tes conseils bienveillants pour mon M2R ; Marie C. et le plaisir de papoter autour d'une tisane au milieu de la nuit en garde, « l'ambivalence » restera un moment fort! ; Antoine, ton éternel sourire, ta bonne humeur et ton soutien ; Pauline, ta bonne humeur communicative, l'expérience Papageno et le plaisir de se retrouver pour manger ensemble; Amandine et nos débriefs/potins ; Julie.L et ton rire communicatif ; Sophie P. et Magalie G. et les soirées GPC.

### **A tous les médecins qui m'ont fait partager leur expérience et tant appris, et aux équipes de soins :**

A Nicole Beydon, Michel Boudet, Cathie Auriac et Sylvie Cau à St Girons.

A l'équipe des urgences psychiatriques de l'époque: Anne, Caro, Etienne, Anne-Hélène, Catherine, Valérie, Isabelle. J'ai adoré travailler avec vous. A toute l'équipe soignante des urgences qui a toujours été bienveillante avec moi et avec qui bosser a toujours été un plaisir.

A l'équipe du CTB : Anjali, Christine, Corinne, Céline, Héléne, Juju et Franky. J'ai adoré devenir « perle de lait » durant 6 mois !

A l'équipe de l'UF4 : Julie et Antoine, mes 2 chefs de l'UF4, et à toute l'équipe soignante qui sait travailler dans la bonne humeur.

A l'équipe du secteur 6 : en particulier Radoine Haoui qui a su être présent malgré son emploi du temps surchargé. A Sophie et nos échanges cliniques (dans le bus, dans le service, dans un bar...).

A l'équipe de la liaison de pédopsychiatrie : Michel Vignes pour votre dynamisme et cette faculté à transmettre votre savoir, Céline Bascoul pour ta sérénité et ton organisation si appréciables, Sophie Cabal pour ta sympathie et ton humour. Et à toute l'équipe : Mireille, Corine, Mélanie et Caroline.

A la grande famille d'Aufrery qui m'a accueilli pendant plus d'un an ½. Céline Balon et Agnès Dumont, pour m'avoir fait confiance en me permettant de vous remplacer durant 1 an, Laurent Lignac, Nicolas Grésy, Cathy Baheux, Céline Aquilina pour vos précieux conseils et les bons moments autour du déjeuner à l'internat, Catherine Soubirac, Léonard Amétépé, Raphael Giachetti et Michel Frexinos pour votre disponibilité et votre bienveillance. A Caroline et Françoise qui avaient toujours une réponse à mes questions. A tous les soignants avec qui j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler et à échanger. Merci pour les goûters pendant les gardes !

A Céline Bellec pour m'avoir permis de découvrir les rempla en cabinet libéral durant 6 mois. Ta richesse clinique et ta bienveillance ont été d'un grand soutien.

A l'équipe des urgences actuel : Anne, Etienne, Maryse, Manue, Stéphanie, Christophe, Carlos et tous les soignants. Merci de votre implication dans l'étude, de vos appels « y a un patient pour toi » (un merci particulier à Pierre), sans vous rien n'aurait été possible !

Et enfin à toute l'équipe actuelle de l'UF4 avec qui j'ai beaucoup de plaisir à travailler au quotidien.

**A ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail :**

A Samantha pour les statistiques.

A Jérémy pour la poursuite du recrutement des patients dans l'étude (et attendre enfin ce NSN !) et pour la réalisation de la partie médico économique.

**A tous les patients** qui ont accepté de participer à cette étude dans un moment et un contexte difficiles pour eux et sans qui ce travail n'aurait jamais été possible.

## TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS.....	2
<b>I. REVUE DE LITTERATURE.....</b>	<b>4</b>
1. Introduction.....	4
2. Epidémiologie et données cliniques des conduites suicidaires.....	5
a. Epidémiologie du suicide.....	5
b. Epidémiologie des tentatives de suicide (TS).....	7
c. Recueil de la donnée antécédent de TS.....	7
d. Facteurs de risque de suicide.....	8
e. Facteurs protecteurs du risque suicidaire.....	9
3. Coût économique des conduites suicidaires.....	11
4. Comment prévenir le suicide ?.....	12
a. Les programmes de prévention.....	12
b. Les niveaux de prévention du risque suicidaire.....	13
c. Etudes concernant la prévention tertiaire auprès des patients suicidants.....	15
Les études contrôlées randomisées.....	16
1) Les études contrôlées randomisées négatives.....	16
2) Les études contrôlées randomisées avec résultat significatif concernant la prévention de la récurrence de TS.....	17
5. Le Centre de Thérapie Brève (CTB).....	19
a. Historique des CTB.....	19
b. Objectifs du CTB de Toulouse.....	20
c. Mode de fonctionnement du CTB de Toulouse.....	20
d. Etude portant sur le CTB de Toulouse.....	21
e. Pourquoi réaliser une étude prospective sur le CTB de Toulouse ?.....	22
<b>II. TRAVAIL DE RECHERCHE.....</b>	<b>24</b>
1. Objectifs et hypothèses.....	24
a. Hypothèses.....	24
b. Objectifs.....	24
c. Critères de jugement.....	24
2. Méthodologie.....	26
a. Participants.....	26
b. Déroulement de l'étude.....	27
c. Evaluation de la sécurité.....	30
d. Instruments de mesure.....	30
1) Echelle d'intentionnalité suicidaire de Pierce.....	30
2) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).....	31
3) Beck Depression Inventory II (BDI II).....	31
4) Questionnaire de fonctionnement social (QFS).....	32
5) Beck Hopelessness Scale (H).....	33

6) Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).....	34
e. Calcul du nombre de sujet nécessaire et estimation de la puissance.....	35
f. Méthodes statistiques.....	35
3. Résultats.....	37
a. Statistiques descriptives.....	37
1) Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes éligibles pour l'inclusion dans l'étude.....	37
- Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants.....	37
- Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes exclues de l'étude.....	39
- Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes ayant refusé de participer à l'étude.....	40
2) Non répondants.....	40
3) Perdus de vue.....	41
b. Analyses bivariées.....	41
1) Récidive de TS à 6 mois de suivi.....	41
2) Récidive de TS à 3 mois de suivi.....	43
3) Mesures des critères de jugement secondaires.....	43
4. Discussion.....	45
a. Résultats de l'étude.....	45
1) Récidive de TS.....	45
2) Critères de jugement secondaires.....	48
3) Respect de l'orientation proposée aux urgences et suivi effectif.....	49
4) Population de l'étude.....	50
b. Points forts de l'étude.....	51
1) Acceptabilité.....	51
2) Faisabilité.....	52
c. Limites des résultats.....	52
1) Manque de puissance.....	52
2) Critères d'éligibilité restrictifs.....	53
d. Limites méthodologiques.....	54
1) Absence de randomisation.....	54
2) Durée de suivi.....	54
e. Perspectives cliniques.....	55
5. Conclusion.....	56
<b>III. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>58</b>
<b>IV. ANNEXES.....</b>	<b>65</b>
- Annexe 1 : Les programmes de prévention.....	65
- Annexe 2 : Les études contrôlées randomisées avec résultat significatif concernant la prévention de la récidive de TS.....	68
- Annexe 3 : Formulaire de non opposition concernant l'étude « CFRS-CTB », groupe CTB.....	71
- Annexe 4 : Cahier d'observation (seulement partie TO).....	73
Echelle d'intentionnalité suicidaire de Pierce.....	77
MINI.....	79

DBI II.....	90
QFS.....	92
H.....	94
AUDIT.....	95
- Annexe 5 : Caractéristiques à l'inclusion selon le groupe de prise en charge (N=90).....	97
- Annexe 6 : Caractéristiques des patients selon l'occurrence ou non d'une récurrence de TS (N=50).....	101
- Annexe 7 : Pourcentages de récidivants selon le groupe de prise en charge (N=10).....	108
- Annexe 8 : Evolution des scores BDI, QFS, H et AUDIT entre T0 et T1 et entre T0 et T2, selon le groupe de prise en charge.....	109

## PREFACE

J'ai choisi le service des urgences psychiatriques du Professeur Laurent SCHMITT lors de mon troisième semestre d'internat. J'ai découvert lors de ces six mois, la notion de crise et notamment de crise suicidaire. J'ai rencontré de nombreux patients suicidants en souffrance, seuls ou accompagnés de leur famille et de leurs proches. Je me souviens m'être inquiétée pour beaucoup d'entre eux et avoir été rassurée en les orientant vers une unité d'hospitalisation.

Et puis mon 4<sup>ème</sup> semestre d'internat m'a fait appréhender, de l'intérieur, le Centre de Thérapie Brève du Professeur Laurent SCHMITT et du Docteur Anjali MATHUR. J'y ai découvert une prise en charge organisée, rassurante, bienveillante qui m'a fait prendre conscience de l'intérêt d'un tel dispositif de soins dans la prise en charge des patients suicidants.

Je crois que l'un des concepts qui m'a le plus marqué, est la définition de la crise, par De Coulon : la crise est à la fois un moment de danger mais également un moment fécond, un moment d'opportunité d'opérer un changement. Ainsi le Centre de Thérapie Brève a toute sa place pour ces patients suicidants afin de leur permettre de devenir acteurs de leur soin, soutenus et étayés par une équipe et par leur entourage.

L'équipe du Centre de Thérapie Brève et son cadre institutionnel m'a permis d'être plus sereine dans la prise en charge de patients suicidants et de voir en chaque crise, un moment fécond. Travailler un jour dans une telle structure serait pour moi un réel plaisir.

La rédaction de cette thèse est l'aboutissement de plus de deux années de réflexion autour de la construction de cette étude et de sa mise en pratique. J'y ai découvert les difficultés inhérentes à la recherche mais aussi la satisfaction de mener un projet où les patients se sentent impliqués.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANOVA : Analyse de Variance

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BDI : Beck Depression Inventory

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CER : Comité d'Ethique et de la Recherche

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème édition

CMP : Centre Médico Psychologique

CNIL : Comité National de l'Informatique et des Libertés

CTB : Centre de Thérapie Brève

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ème édition)

FDR: Facteur de Risque

H : Beck Hopelessness Scale : échelle de désespoir

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IQR : Intervalle Inter Quartile

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Oscour : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

QFS : Questionnaire de Fonctionnement Social

RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie

RUD : Risque, Urgence, Dangerosité

SMS : Short Message Service

TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale

T0 : inclusion

T1 : 3 mois après l'inclusion dans l'étude

T2 : 6 mois après l'inclusion dans l'étude

TS : Tentative de suicide

# **I. REVUE DE LITTÉRATURE**

## **1. Introduction**

Le suicide représente une part importante des causes de décès en France et dans le monde. En effet, en France, un décès sur 50 est un suicide (Baudelot & Establot 2006). Il s'agit cependant d'une cause évitable de décès et cela représente un réel problème de santé publique imposant une stratégie de prévention.

Avant de parler de prévention du risque suicidaire, il est nécessaire de définir les termes « suicide » et « tentative de suicide (TS) ». Il existe une grande hétérogénéité des définitions de ces termes au sein de la littérature (Mendez-Bustos, De Leon-Martinez, Miret, Baca-Garcia, & Lopez-Castroman, 2013). Nous avons choisi celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2014). Le suicide est défini comme « l'acte de se donner délibérément la mort » et la tentative de suicide comme « tout comportement suicidaire non mortel et un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto agression avec intention de mourir ou pas ». La définition de la récurrence suicidaire est, quant à elle, difficile à définir de manière homogène au sein des études. Est-ce un geste ayant forcément nécessité une hospitalisation? Un geste rapporté par le patient ou vérifié dans le dossier médical du patient? Doit-on exclure les scarifications?

Ainsi, chaque étude établit sa propre définition de la récurrence suicidaire et il est donc difficile de comparer cette donnée entre les différentes études (Hatcher, Sharon, & Coggan, 2009).

## **2. Epidémiologie et données cliniques des conduites suicidaires**

### **a. Epidémiologie du suicide**

« Le suicide est une cause de décès évitable. Pourtant, toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours » (OMS, 2014).

En 2012 dans le monde, on recense 804 000 suicides (soit 11,4 suicides pour 100 000 habitants, taux de suicide global standardisé selon l'âge) et on le retrouve comme la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité chez les 15-29 ans. Ainsi le suicide représente 1,4% des décès dans le monde (15<sup>ème</sup> cause de décès au niveau mondial) (OMS, 2014).

En France, presque 2% des décès sont des suicides (CépiDC-Inserm, 2011). Cela représente la 8<sup>ème</sup> cause de décès (Aouba, Eb, & Rey, 2011) et un nombre de morts par suicide de 10 500 sur l'année 2011 ; soit 12,3 pour 100 000 habitants, soit trois fois plus que par accident de la route (CépiDC-Inserm, 2011). Il représente la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité des 25-34 ans (20 % des décès) et la 2<sup>ème</sup> cause (après les accidents de la circulation) chez les 15-24 ans (16,3 % des décès) (CépiDC-Inserm, 2011).

Cependant ces chiffres, que ce soit à l'échelle mondiale ou nationale, sont probablement sous-estimés, du fait, d'une part du caractère sensible du sujet et du caractère illégal du suicide dans certains pays ou cultures, et d'autre part par des moyens de recueils de données plus ou moins fiables selon les pays.

En France, il a été retrouvé que le nombre de décès par suicide (morts inexplicées) était sous-estimé de 9,4% (Aouba, Pequignot, Camelin, & Jouglu, 2011).

Dans le monde, le risque de mort par suicide dans l'année qui suit une tentative de suicide est estimé à 1,6% (Caroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014b).

Auparavant il était admis que les hommes se suicidaient 3 fois plus que les femmes. Ce rapport hommes/femmes élevé reste vrai dans les pays à revenu élevé, avec en 2012, un rapport des taux de suicide standardisés selon l'âge de 3,5. Mais il s'amointrit dans les pays à revenu faible et intermédiaire où il passe à 1,6 (OMS, 2014). Cette différence pourrait être expliquée par différents types d'inégalités au niveau mondial : problèmes d'égalité des sexes, différence dans l'accès à des moyens létaux, dans l'accès à de l'alcool et la façon de consommer qui en dérive, les différences de recours aux soins en cas de troubles mentaux

entre hommes et femmes, les différences entre les méthodes socialement acceptables de gestion du stress et des conflits pour les hommes et les femmes.

Le taux de suicide varie également en fonction des groupes ethniques et des pays. Les pays à revenus faible et intermédiaire comptent à eux seuls 75,5% des suicides dans le monde et, parmi eux, l'Asie du Sud Est est la plus touchée avec 39,1% des suicides mondiaux. L'Europe comptabilise, elle, 4,3% des suicides dans le monde (OMS, 2014). Toutefois, la qualité de recueil des données statistiques collectées sur le suicide varie d'un pays à l'autre et est donc à interpréter avec prudence.

Tous les âges sont concernés par le suicide. Mais la mortalité par suicide augmente avec l'âge: 28% des suicides ont concerné des personnes âgées de plus de 65ans en France (CépiDC Inserm, 2011).

Les modalités du suicide varient selon les pays. Dans les pays à revenu élevé, 50% des suicides font appel à une pendaison et 18% à l'utilisation d'une arme à feu. Il est souvent difficile d'obtenir des informations sur les méthodes de suicide, surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire où ce genre de donnée n'est pas recueilli. Il est tout de même retrouvé que, dans ces pays, 30% des suicides sont dus à une auto intoxication par des pesticides, principalement dans les zones rurales (Gunnell, Eddleston, Philips, & Koradsen, 2007). En France on retrouve globalement les mêmes chiffres avec une utilisation de moyens létaux plus violents chez les hommes. Les femmes ont plus souvent recours que les hommes à l'intoxication médicamenteuse volontaire (29,9% des femmes, contre 10,1% des hommes) (CépiDC-Inserm, 2010).

Certaines populations sont reconnues comme étant plus à risque de suicide, comme les minorités sexuelles et les détenus. Les agriculteurs, les employés et les ouvriers ont eux, 2 à 3 fois plus de risque de décéder par suicide que les cadres (Cohidon, Santin, Geoffroy-Perez, & Imbernon, 2010).

Entre 2000 et 2012, il a été constaté une diminution de 9% du taux de suicide dans le monde (passant de 883 000 à 804 000) et une baisse de 26% du taux de suicide standardisé selon l'âge. Cette baisse peut s'expliquer en partie par l'importante amélioration de la santé mondiale (OMS, 2014).

## **b. Epidémiologie des tentatives de suicide (TS)**

Dans le monde, la récurrence de tentative de suicide dans l'année qui suit une tentative de suicide est estimée à 16,3% (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014b). En France ce taux peut varier entre 9% et 32% selon les études (Cedereke, & Ojehagen, 2005).

1 personne sur 20 en France déclare avoir fait une TS au cours de sa vie (Beck, Guignard, Du Roscoät, & Saïas, 2011). Les TS sont ainsi 20 fois plus fréquentes que le suicide (OMS, 2009).

En France entre 2004 et 2011, 176 000 à 200 000 personnes ont consulté aux urgences pour TS. Le risque de réadmission en hospitalisation pour TS a été évalué à 12,8% 1 an après la TS index et à 26,8% à 8 ans (Chan-Chee, & Jezewski-Serra, 2014).

Il est essentiel de noter qu'un patient dans le monde sur 25, ayant fait une TS, décèdera dans les 10 ans suivant son premier geste (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014a). Ce qui fait de la TS le facteur de risque le plus important de suicide (Hawton, & Van Heeringen, 2009).

## **c. Recueil de la donnée « antécédent de TS »**

Il est donc important de pouvoir repérer les groupes à haut risque de suicide en faisant le recueil de possible(s) antécédent(s) de TS. Cette donnée peut être retrouvée grâce à la consultation des dossiers hospitaliers des patients par plusieurs biais :

- PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie
- RIM-P : Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie
- Oscour : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

Mais toutes les TS n'étant pas médicalisées, il est ainsi nécessaire de réaliser, en parallèle, un recueil en population générale. L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) mène, depuis plusieurs années, avec plusieurs acteurs de santé, des enquêtes auprès de la population générale, qui ont pour but d'aborder les comportements de santé des Français. Ces enquêtes correspondent à des sondages aléatoires réalisés par entretien téléphonique auprès des 15-85 ans. Le Baromètre Santé 2010 est le bilan du recueil réalisé

entre le 22 octobre 2009 et le 3 juillet 2010, en France métropolitaine, auprès de 27653 personnes.

Il est à noter que ces deux sources de recueil de la données « antécédent de TS » sont soumis à différents biais : des biais de refus d'informations par les sujets contactés, des biais de mémorisation et des biais d'incompréhension pour les enquêtes téléphoniques ; et à une non standardisation du recueil des données pour les dossiers hospitaliers.

Le Baromètre Santé 2010 a mis en évidence qu'en France, les TS étaient majoritairement le fait de femmes (65 %) et que l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) était le mode opératoire le plus fréquent (elle concerne 82% des patients hospitalisés pour TS) avec dans 75% des cas une utilisation de psychotropes. Il est à noter qu'une intoxication alcoolique est retrouvée associée à 40% des auto-intoxications médicamenteuses (Chan-Chee, & Jezewski-Serra, 2014).

#### **d. Facteurs de risque de suicide**

Il est donc nécessaire, pour prévenir le suicide, de connaître ses différents facteurs de risque.

Le premier facteur de risque, comme nous l'avons déjà précisé, est l'antécédent de tentative de suicide (Hawton, & Van Heeringen, 2009).

Un trouble mental est retrouvé chez près de 90% des personnes qui se suicident, dans les pays à revenus élevés (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Le risque de suicide, au cours de la vie entière varie en fonction du trouble mental dont est atteint le patient. Une personne souffrant d'un trouble de l'humeur a 4% de risque de suicide au cours de sa vie (Bostwick, & Pankratz, 2000). Ce risque est de 7% chez les personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool (Schneider, 2009), de 8% chez les personnes souffrant d'un trouble bipolaire (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Harriss, 2005 ; Nordentoft, Mortensen, & Pedersen, 2011) et de 5% chez les patients souffrant de schizophrénie (Palmer, Pankratz, & Bostwick, 2005). Le risque de suicide est majoré chez les personnes souffrant de plusieurs troubles mentaux (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003).

L'usage nocif d'alcool et d'autres substances psychoactives (cannabis, héroïne, nicotine) constitue également un facteur de risque de suicide (Beautrais et al., 1996)

La perte d'emploi et les pertes financières sont des facteurs de risque de suicide s'ils sont associés à d'autres facteurs de risque (Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013).

Le désespoir est un facteur de risque de suicide, lorsqu'il est associé à des troubles mentaux ou à des antécédents de TS (O'Connor, & Nock, 2014).

La douleur et les maladies chroniques (en particulier le cancer, le diabète et le VIH/sida) sont également des facteurs de risque de suicide (Stenager, & Stenager, 2009).

Les antécédents familiaux de suicide augmentent le risque de suicide et de trouble mental (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2002).

Enfin certains facteurs génétiques et biologiques sont corrélés à une augmentation du risque de suicide. Un taux bas de sérotonine est associé à de graves TS chez des patients souffrant de trouble de l'humeur, de schizophrénie ou de trouble de la personnalité (Mann, & Currier, 2010).

Le Baromètre Santé 2010 a permis de mettre en évidence des facteurs de risque de TS au sein de la population française (Beck, Guignard, Du Roscoät, & Saïas, 2011). Pour les hommes, mis à part l'antécédent personnel de TS, les 2 autres facteurs de risque principaux sont le fait d'avoir subi des violences au cours des 12 derniers mois (en dehors des violences sexuelles) (OR=5,1 [2,6-10,1];  $p<0,001$ ) et le fait de vivre seul (OR=2,9 [1,5-5,8];  $p<0,01$ ). Pour les femmes, les 2 autres facteurs de risque principaux sont le fait d'avoir subi des violences (violences sexuelles au cours de la vie et violences non sexuelles au cours des 12 derniers mois) (OR=2,7 [1,7-4,2];  $p<0,001$ ) et le fait de consommer quotidiennement du tabac (OR=1,9 [1,2-3,0];  $p<0,001$ ). Cette étude a également permis de dégager des facteurs protecteurs du risque suicidaire.

#### **e. Facteurs protecteurs du risque suicidaire**

Un facteur est dit protecteur quand il prémunit les individus contre les risques de suicide. Il est important de connaître ces facteurs afin de les renforcer.

Les relations personnelles solides et la résilience engendrée par ce soutien atténue le risque de suicide associé aux traumatismes vécus pendant l'enfance (Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano, & Roy, 2011).

Le Baromètre Santé 2010 a permis de mettre en évidence que, pour les hommes, le fait d'avoir un revenu supérieur à 1800 euros mensuels (par comparaison à un revenu à 1100 euros) est un facteur protecteur (OR=0,2 [0,1-0,7] ;  $p<0,01$ ). Pour les femmes, avoir un niveau d'étude supérieur au baccalauréat est un facteur protecteur (OR=0,4 [0,2-1,0] ;  $p<0,01$ ).

Plusieurs études ont permis de mettre en évidence le rôle protecteur « du support social » et en particulier de la religion vis-à-vis du suicide (Cook, 2014 ; Nebhinami, 2014 ; Kleiman, & Liu, 2013). Ces études confirment les travaux d'Emile Durkheim, sociologue français, pionnier dans le domaine du suicide à la fin du XIXème siècle. En 1897, il publie un ouvrage constitué de 3 livres intitulé « Le Suicide ». Il y fait le constat que certaines situations, certains environnements peuvent protéger du suicide. La famille et la religion sont de ceux-là, permettant à un individu d'être intégré dans une communauté et ainsi de lui interdire moralement de se suicider. Il en est de même dans les situations de guerre ou de catastrophe à l'échelle nationale où les individus se sentent intégrés à des enjeux nationaux avec un sentiment d'appartenance à une société (Durkheim, 1897).

### **3. Coût économique des conduites suicidaires**

Le coût économique induit par les TS est important, qu'il s'agisse des coûts directs (hospitalisations, soins ambulatoires, transports, médicaments...) ou indirects (arrêts de travail, productivité...).

Une étude de Greenberg et al. (2003) portant sur l'évolution des coûts de la dépression entre 1990 et 2000 aux Etats Unis, montrait que sur un coût total estimé à 83,1 milliards de dollars, 7% (soit 5,4 milliards) étaient relatifs à la suicidalité.

Une étude de l'unité de recherche en économie de la santé (URC ECO) de l'Hôtel Dieu à Paris a estimé à près de 10 milliards d'euros le « fardeau économique » du suicide et des TS pour l'année 2009 en France. 88% de ces coûts étaient liés aux suicides et 12% aux tentatives de suicide (Vinet, Le Jeanic, Lefèvre, Quelen, & Chevreul, 2013).

## **4. Comment prévenir le suicide ?**

### **a. Les programmes de prévention**

La prévention du suicide est un enjeu majeur de santé publique. Or elle fait rarement partie des priorités en matière de santé publique dans le monde. Le suicide reste dans beaucoup de pays un tabou où les personnes suicidantes sont stigmatisées, ce qui est susceptible de les freiner dans leur demande d'aide et leur accès aux soins.

En 2008, le programme d'action « Comblant les lacunes en santé mentale » (OMS, 2008) voit le jour et prend en compte le suicide comme une affection prioritaire, pour laquelle il formule des orientations permettant d'étendre les prises en charge partout dans le monde.

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé de 2014, intitulé "Prévention du suicide : l'état d'urgence mondiale", permet de faire un état des lieux dans le monde. Il vise à accroître la prise de conscience du véritable enjeu que représentent le suicide et les tentatives de suicide et à faire figurer la prévention du suicide en meilleure place dans les priorités mondiales de santé publique. Il a pour objectif « d'encourager les pays à développer ou renforcer leurs stratégies globales de prévention du suicide selon une approche multisectorielle de la santé publique ». Ce rapport met en évidence que la limitation de l'accès aux moyens de suicide constitue une composante essentielle des efforts de prévention du suicide. Il permet également de mettre en lumière des facteurs de risque de suicide, à savoir l'existence de troubles mentaux et l'usage nocif d'alcool, qu'il faut pouvoir identifier à un stade précoce afin de les prendre en charge efficacement. Enfin les communautés jouent un rôle crucial dans la prévention du suicide. Elles permettent d'apporter un soutien social aux personnes vulnérables, d'aider au maintien des soins de suivi, de lutter contre la stigmatisation et d'apporter du soutien aux personnes endeuillées à la suite d'un suicide.

La prévention du suicide passe tout d'abord par une surveillance avec identification de facteurs de risque et de facteurs de protection, puis mise en place d'interventions efficaces réévaluées régulièrement.

Il est important de noter que la prévention du suicide à travers le monde et la recherche dans ce domaine sont en manque cruel de moyens financiers et humains (OMS, 2014).

Dans le cadre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, les Etats membres de l'OMS se sont engagés à atteindre la cible mondiale visant à réduire de 10% les taux de suicide dans les différents pays d'ici 2020 (OMS, 2013).

Plusieurs programmes de prévention du suicide existent au niveau international, national et régional (annexe 1).

### **b. Les niveaux de prévention du risque suicidaire**

La prévention du suicide est à concevoir comme la gestion d'un risque. Cette prévention se situe à 3 niveaux :

- La prévention primaire avec l'identification de groupes de sujets à risque et la réalisation de campagnes d'informations ciblées sur ces risques (avec notamment la limitation de l'accès aux moyens létaux).
- La prévention secondaire s'adresse aux patients qui mentionnent des idées suicidaires et pour lesquels il faut prendre en charge le risque suicidaire en favorisant l'accès aux soins, le suivi et l'accompagnement des familles et des proches.
- La prévention tertiaire correspond à la prise en charge après une TS, afin d'éviter les récurrences et de prévenir le retentissement néfaste du geste sur la vie socioprofessionnelle et familiale.

Il existe dans la littérature beaucoup d'études sur la prévention primaire et tertiaire du suicide, mais relativement peu sur la prévention secondaire. En témoignent les dernières recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, actuelle HAS, Haute Autorité de Santé) qui datent de l'année 2000. Elles définissent la crise suicidaire comme « une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ». Cette crise constitue « un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture » (ANAES, 2000).

Jean Louis Terra, psychiatre lyonnais, s'est intéressé à la prévention primaire en mettant en place un outil évaluant le potentiel suicidaire. Cet outil dénommé RUD, comprend l'évaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité (Terra, 2003) (figure 1).

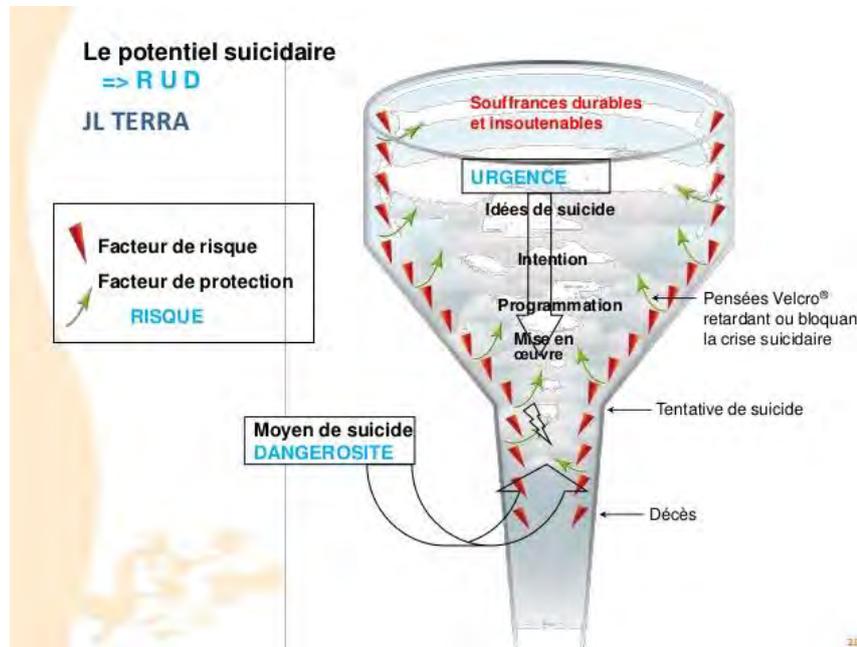


Figure 1 : Le RUD par Jean Louis Terra

Ainsi devant un patient présentant une crise suicidaire, il est nécessaire de réaliser une triple évaluation (Walter, 2003) :

- Des facteurs prédisposant à l'apparition du geste= les facteurs de risque (FDR)

Facteurs de risque biographiques : antécédent de TS, statut familial et socio professionnel, certaines maladies physiques.

Facteurs de risque psychopathologiques : dépression, psychose, conduites addictives, tableaux névrotiques, trouble de la personnalité.

- Des facteurs rendant compte de l'imminence du passage à l'acte= les facteurs d'urgence. Ils rendent compte du degré de progression du processus suicidaire et de la probabilité de décéder dans les 48h.

- Des facteurs de danger

L'ANAES préconise, pour une bonne évaluation des risques d'urgence et de dangerosité, d'évaluer 6 éléments (ANAES, 2000) :

- Le niveau de souffrance
- Le degré d'intentionnalité (plan, scénario)
- Les éléments d'impulsivité
- Les éventuels éléments précipitants (conflit, échec, rupture, perte...)
- La présence de moyens létaux à disposition
- La qualité du soutien de l'entourage proche

En fonction de ces éléments, le niveau d'urgence suicidaire peut se classer en faible, moyen ou élevé. A cela il faut également ajouter le repérage des facteurs protecteurs.

La stratégie nationale d'actions de prévention du suicide comprend les axes suivants :

1. Améliorer le repérage et l'intervention auprès des personnes en crise suicidaire,
2. Limiter l'accès aux moyens du suicide,
3. Améliorer la prise en charge des suicidants,
4. Améliorer la connaissance épidémiologique, c'est-à-dire des données chiffrées concernant le suicide en France.

### **c. Etudes concernant la prévention tertiaire auprès des patients suicidants**

Les personnes admises aux urgences pour une TS sont considérées comme des patients suicidants. L'intervention auprès de cette population de patients se situe au niveau de la prévention tertiaire du suicide.

Mais celle-ci est mal définie. Bien qu'elle ait été largement étudiée ces dernières années, les différentes études concernant la prévention tertiaire du suicide sont très hétérogènes, tant au niveau des critères d'inclusion des patients que des critères de jugement, des durées d'étude et des outils thérapeutiques étudiés. Cette hétérogénéité rend difficile une généralisabilité des résultats de ces études.

Nous nous intéresserons exclusivement aux études contrôlées randomisées, qui font partie des travaux ayant le plus fort niveau de preuve dans la littérature (niveau 1).

### Les études contrôlées randomisées

Parmi les études étudiant la prévention tertiaire du suicide, peu sont contrôlées et randomisées. Une méta analyse récente et exhaustive (Inagaki, et al., 2015) a recensé 5390 articles, publiés entre 1949 et 2013. Parmi ces articles, seules 24 études étaient contrôlées et randomisées, et évaluaient les effets de différentes interventions sur la récurrence de comportement suicidaire, après une admission de patients aux urgences pour TS. Ces études ont été classées en quatre groupes en fonction du type d'intervention mis en place : un groupe « contact actif et suivi », un groupe « psychothérapie », un groupe « pharmacothérapie » et un groupe « divers ».

Les résultats montrent que le groupe "contact actif et suivi" est effectif dans la prévention de la récurrence de TS dans les 12 mois ( $n=5319$ ,  $RR$  poolé=0,83,  $IC95\%$  [0,71-0,97]) par comparaison aux trois autres groupes. Il n'a cependant pas été démontré, d'effet sur le long terme, ni d'effet sur les décès par suicide.

#### 1) Les études contrôlées randomisées négatives

Nous utilisons le terme d'études négatives pour les études n'obtenant pas de résultat significatif sur la prévention de la récurrence de TS. Par souci de clarté, nous reprendrons la classification proposée par l'équipe d'Inagaki. Ainsi, dans le groupe « contact actif et suivi », 8 études n'ont pas de résultat statistiquement significatif (Van Heeringen et al, 1995 ; Van der Sande et al, 1997 ; Morthorst, Krogh, Erlangsen, Alberdi, & Nordentoft, 2012 ; Carter, Clover, Whyte, Dawson, & D'Este, 2007 ; Beautrais, Gibb, Faulkner, Fergusson, & Mulder, 2010 ; Cedereke, & Ojehagen, 2005 ; Vaiva et al, 2006 ; Kapur et al, 2013). Dans le groupe « psychothérapie », 2 études ne sont pas significatives (Gibbons, Butler, Urwin, & Gibbons, 1978 et Wei et al, 2013). Nous n'avons pas pris en compte les prises en charge médicamenteuses et les prises en charge dites « divers ». Il est nécessaire de préciser que beaucoup de ces études ont des échantillons de taille insuffisante, qui peut donc expliquer le manque de significativité de certaines études.

Cependant d'autres études ont un nombre de participants élevé mais restent sans résultat significatif. Il semble intéressant d'évoquer dans ce cadre-là, une récente étude française publiée en décembre 2015 (Mouaffak, Marchand, Castaigne, Arnoux, & Hardy, 2015), qui malgré un nombre de participants élevé (n=320), n'a pas réussi à mettre en évidence de résultat statistiquement significatif sur la récurrence de TS à 1 an de suivi, ni sur le taux de récurrence de TS, en comparant un groupe suivi : OSTA (Organisation d'un suivi approprié pour les suicidants)(14,5%) versus groupe contrôle (14%).

## 2) Les études contrôlées randomisées avec résultat significatif concernant la prévention de la récurrence de TS (annexe 2)

Finalement dans la littérature, il n'existe que très peu d'études contrôlées randomisées montrant l'efficacité d'un type d'intervention concernant la prévention de la récurrence suicidaire. Nous avons recensé les études portant sur des interventions psychothérapeutiques spécifiques structurées, des interventions psychosociales structurées et des interventions ambulatoires simples visant à la fidélisation des patients, qui se sont révélées supérieures au traitement habituel ou à une autre approche. Pour cela nous nous sommes appuyés sur la classification proposée dans une des récentes revues de la littérature (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011). Nous avons répertorié les études en plusieurs groupes :

- Un premier groupe « prise en charge psychologique » regroupant :
  - 4 études portant sur un traitement de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (Salkovskis, Atha, & Storer, 1990; Brown et al., 2005; Linehan, Anne Comtois, & Murray, 2006 ; Slee, Garnefski, Van Der Leeden, Arensman, & Spinhoven, 2008)
  - 4 études portant sur des thérapies interpersonnelles et de résolution de problèmes (McLeavey, Daly, Ludgate, & Murray, 1994 ; Guthrie et al., 2001 ; Hatcher, Sharon, Parag, & Collins, 2011 ; Hvid et al., 2011)
  - 1 étude portant sur du « case management » (Kawanishi et al., 2014)

- Un deuxième groupe par « contact », c'est-à-dire où la prise en charge consistait en une visite à domicile, l'envoi de cartes, des appels téléphoniques ou la fourniture d'une carte d'urgence verte précisant le numéro des urgences joignable 24h/24h (Vaiva et al., 2006 ; Fleishman et al., 2008 ; Hassanian-Moghaddam, Sarjami, Kolahi, & Carter, 2011).

En conclusion, dans la littérature, les premières études, en matière de prévention tertiaire du risque suicidaire, étaient principalement des études observationnelles par le biais de cohortes ; et peu d'études étaient contrôlées et randomisées. Parmi celles-ci, de rares études obtiennent des résultats statistiquement significatifs sur la récurrence suicidaire. Ainsi il n'existe que très peu d'études contrôlées randomisées (12) mettant en évidence une prévention efficace de la récurrence suicidaire. La durée moyenne des études est environ de 12 mois. Mais même à 6 mois, certains outils thérapeutiques ont démontré une prévention de la récurrence suicidaire.

## **5. Le Centre de Thérapie Brève (CTB)**

### **a. Historique des CTB**

Les notions de crise et d'interventions de crise sont nées au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle dans les pays anglo-saxons. Au même moment aux Etats Unis est né le concept de « thérapies brèves » fondé par le mouvement de Palo Alto avec la création du premier « Brief Therapy Center ».

L'objectif de la thérapie brève est de résoudre rapidement et efficacement la plupart des problèmes auxquels peuvent être confrontés un individu. S'en est suivi un fort courant de désinstitutionnalisation en Europe. Dans les années 70 à Genève, le premier Centre de Thérapie Brève voit le jour, grâce au Professeur A. Andréoli, psychiatre et psychanalyste suisse, qui a mis en avant la nécessité d'une réinterprétation psychanalytique de la crise. Initialement situé dans l'hôpital psychiatrique, l'équipe d'Andréoli démontre l'intérêt d'un dispositif situé hors des murs de l'hôpital dans un second temps. Les CTB sont portés par la théorie d'inspiration psychanalytique, et centrés sur la notion de conflit intrapsychique réactivé à l'insu du patient par un événement interpersonnel. « Le symptôme n'est plus considéré comme la maladie en tant que telle, mais bien comme la résultante complexe de conflits sous-jacents, qui vont présenter à la fois un versant interpersonnel et un versant intrapsychique » (Andreoli, Lalive, & Garrone, 1986).

Les CTB s'appuient à la fois sur un modèle d'inspiration psychodynamique mais également sur l'approche systémique (Andréoli et al., 1986 ; De Coulon, 1999).

Selon De Coulon, la crise psychiatrique est définie comme « un moment (relativement aigu) de rupture dans l'équilibre intrapsychique et/ou interpersonnel nécessitant un contact avec des professionnels de la santé mentale. L'urgence contient la notion (fluctuante) de danger pour des tiers ou pour la personne elle-même ; elle exige une intervention immédiate. La crise admet un délai (même bref) dans la réponse. Contrairement à la notion de décompensation, celle de crise suppose qu'il ne s'agit pas seulement d'une désorganisation, mais d'une ouverture : d'où l'idée de moment fécond » (De Coulon, 1999).

## **b. Objectifs du CTB de Toulouse**

Le CHU de Toulouse bénéficie d'un dispositif de soins spécifique courant, en aval des urgences psychiatriques : le Centre de Thérapie Brève (CTB). Le CTB a été créé en 2009, sous la responsabilité du Docteur Anjali MATHUR et sous l'autorité du Professeur Laurent SCHMITT, chef de service et du pôle de Psychiatrie et Psychologie médicale de Toulouse.

C'est un dispositif de soin de post urgences psychiatriques qui permet une prise en charge ambulatoire rapide, spécialisée et intensive. C'est une alternative à l'hospitalisation avec l'objectif d'une prévention secondaire et tertiaire du risque suicidaire.

L'objectif est de favoriser l'accès aux soins d'une population qui a des difficultés à s'insérer dans un réseau de soins, et qui multiplie les admissions aux urgences. Le lien avec l'entourage est maintenu, afin de favoriser l'insertion du patient au sein de son système familial et social, ainsi que son autonomie. Les ressources du sujet et de son entourage sont mobilisées et renforcées. La reconnaissance des difficultés et l'identification des moyens à mettre en place ou à maintenir pour les conjuguer sont travaillées dans un objectif de prévention secondaire.

Le CTB encourage une participation active du patient, qu'il considère comme l'expert de sa vie et de sa thérapie.

## **c. Mode de fonctionnement du CTB de Toulouse**

Les patients sont adressés au CTB suite à leur passage aux urgences de Toulouse dans des moments de crise psychique, se traduisant le plus souvent par un passage à l'acte suicidaire. Le cadre du CTB permet une évaluation du sujet, de son entourage, donc de sa situation, dans le but d'instaurer une relation thérapeutique, d'éviter d'inutiles hospitalisations, de mobiliser les ressources du sujet et de son entourage et d'enclencher un soin.

Ce moment de crise est une opportunité pour un changement, une réflexion psychique. La crise est amenée à se résoudre spontanément avec le temps mais elle laisse le plus souvent place à un état d'équilibre psychique plus précaire que celui de l'état initial et donc à un moins bon niveau de fonctionnement.

La prise en charge au CTB repose sur un double suivi, à la fois infirmier et médical (psychiatrique) intensif avec 1 à 3 entretiens par semaine, sur une durée de 1 mois, renouvelable 1 fois.

Pour simplifier nous parlerons de 3 temps dans la prise en charge : le premier temps est celui de l'interaction de crise (qui dure entre 5 et 20 jours en moyenne) et qui permet la réalisation d'une évaluation par l'infirmier et par le psychiatre, d'une observation mutuelle entre le patient et les soignants et la construction d'une alliance thérapeutique. Le deuxième temps, fait suite à la réalisation de l'accord de soins qui fixe les objectifs de la prise en charge au CTB. Il s'agit de la phase d'intervention de crise à proprement parler, qui dure de 1 à 2 mois. Et enfin, arrive le temps du relais et de la séparation.

Un ou des entretiens de famille ou de couple sont réalisés avec la psychologue clinicienne de l'équipe.

Le patient peut également rencontrer l'assistante sociale du service.

A la suite de sa prise en charge au CTB, le patient peut être orienté vers un thérapeute extérieur pour poursuite de la prise en charge.

#### **d. Etude portant sur le CTB de Toulouse**

Le Docteur Violette Amaya (2012), dans sa thèse intitulée « Retour aux urgences des patients adressés au Centre de Thérapie Brève de Toulouse : étude observationnelle sur un an » a réalisé une étude rétrospective observationnelle de la récurrence du passage aux urgences psychiatriques incluant tous les patients qui avaient été adressés vers le CTB en 2010.

Elle a distingué les récurrences pour TS et les récurrences pour autre motif. Tous les patients ayant bénéficié d'une orientation vers le CTB suite à leur passage aux urgences psychiatriques en 2010 ont été inclus, soit 545 patients.

La population était majoritairement composée de femmes (67,3%), âgées en moyenne de 34,9 ans (écart type de 12,9). La grande majorité des patients adressés vers le CTB avaient été admis aux urgences pour TS (57,9%).

51,5% des patients présentaient des antécédents psychiatriques personnels. 79,3% des patients (n=432) présentaient un trouble de l'axe I (majoritairement troubles anxieux et

troubles de l'humeur) et 44,4% (n=239) présentaient un trouble de l'axe II, dont 29,7% de trouble de la personnalité borderline. Une consommation active de toxique a été retrouvée chez 29,2% des patients.

Elle a mis en évidence que les patients suivis au CTB versus non suivis au CTB avaient un risque de récurrence suicidaire diminué (9,2% versus 15,3%), sans atteindre toutefois un seuil significatif ( $p=0,061$ ).

Il est également retrouvé une tendance cliniquement pertinente mais non significative ( $p=0,092$ ) de l'impact du nombre de consultations sur la récurrence. En effet plus les patients étaient venus au CTB, moins ils récidivaient (87,5% d'absence de récurrence chez les patients « venus 11 fois ou plus » pour 76% chez les patients « venus 1 ou 2 fois »).

Il est à noter que 68% des patients avaient suivi l'orientation proposée aux urgences, ce qui est un taux plutôt satisfaisant au vu des données de la littérature qui retrouvent habituellement que seulement 10% à 50% des patients orientés vers un dispositif ambulatoire après un passage aux urgences y adhèrent et s'y présentent.

#### **e. Pourquoi réaliser une étude prospective sur le CTB de Toulouse ?**

La littérature retrouve des données parfois contradictoires concernant la prévention tertiaire du risque suicidaire ; avec d'un côté la revue de la littérature de Daigle et al (2011) qui met en avant le rôle protecteur des prises en charge psychothérapeutiques contre la récurrence de TS et d'un autre côté la méta analyse d'Inagaki et al. (2015) qui retrouve un effet préventif du groupe « contact actif et suivi » par comparaison aux groupes « psychothérapie », « pharmacothérapie » et « prises en charge diverses ».

Le Centre de Thérapie Brève (CTB), qui est un dispositif de soins ambulatoires, accueille rapidement après leur passage aux urgences, les patients ayant des idées suicidaires ou ayant fait une TS et leur propose une prise en charge intensive.

Ainsi ce dispositif de soins a pour but une prévention secondaire et tertiaire du risque suicidaire. Le CTB se situe donc dans une démarche psychothérapeutique (comme les prises en charge de Brown et Guthrie) associé à une démarche qui tend vers un dispositif de contact. En effet le patient est appelé s'il ne se présente pas aux rendez-vous.

Bien qu'il existe 3 CTB en France (1 à Lyon, 1 à dans la région parisienne et le dernier à Toulouse), aucune étude, à notre connaissance, n'a évalué l'efficacité des CTB sur la prévention des récives suicidaires.

Il parait pertinent d'évaluer l'efficacité et l'efficience du CTB, en tant que dispositif de soin de prévention secondaire et tertiaire du risque suicidaire, pour trois raisons importantes :

- En premier lieu, car il s'agit d'un dispositif de soins réactif. En effet le premier rendez-vous avec infirmier et/ ou psychiatre est donné dans les 24h à 72h après le passage aux urgences.
- Deuxièmement car c'est un dispositif de post-urgences. Et nous le savons, un tiers des récives de TS ont lieu moins d'un mois après la TS index (Vaiva, et al., 2006).
- Troisièmement pour des raisons médico-économiques, car le CTB est un dispositif de soin ambulatoire et donc ayant un coût de fonctionnement moindre qu'une hospitalisation.

Il est nécessaire de réaliser une étude prospective pour valider les résultats encourageants de la thèse du Docteur Violette Amaya. Ce sera l'objectif de notre étude, également mesure 3 de l'axe 5 « Etude et recherche » du programme national d'action contre le suicide : mener de nouvelles études et recherches pour améliorer l'état des connaissances.

## **II. TRAVAIL DE RECHERCHE**

### **1. Objectifs et hypothèses**

#### **a. Hypothèses**

Le CTB est un outil spécialisé dans la prise en charge des suicidants, efficace pour réduire la récurrence de TS à 6 mois de suivi. Il sera plus efficace en prévention tertiaire que des outils psycho sociaux, dits de prise en charge standard ; à savoir suivi par le médecin traitant et/ou suivi par un psychiatre/psychologue/psychothérapeute et/ou hospitalisation (de jour ou à temps complet).

Le CTB est également efficace pour réduire l'intensité des symptômes dépressifs et du désespoir, réduire les consommations d'alcool et améliorer le fonctionnement social des individus à 3 et 6 mois après leur passage aux urgences pour TS.

#### **b. Objectifs**

Objectif principal :

- Comparer le nombre de patient ayant refait au moins une TS dans les 6 mois après leur passage aux urgences pour TS, chez des patients pris en charge au CTB versus prise en charge standard.

Objectifs secondaires :

- Comparer entre les 2 groupes, à 3 mois et 6 mois de leur passage aux urgences, l'évolution des symptômes dépressifs, du score de désespoir, du fonctionnement social et de la consommation d'alcool, en utilisant des outils validés et utilisés au plan international.

#### **c. Critères de jugement**

Le critère de jugement principal était le nombre de patients ayant répété une tentative de suicide au moins une fois durant les 6 mois de suivi.

Les critères de jugement secondaires étaient les scores aux échelles de dépression, de fonctionnement social, de désespoir et de consommation d'alcool, à l'inclusion, à 3 mois et à 6 mois.

## **2. Méthodologie**

Il s'agit d'une étude comparative, prospective, monocentrique sur un an. L'étude a été approuvée par le Comité Ethique de la Recherche de Toulouse sous réserve d'un avis du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Ces deux comités ont donné, respectivement, un avis favorable le 7 mai 2015 et le 17 juillet 2015.

### **a. Participants**

Le recrutement des patients s'est effectué aux urgences psychiatriques du Centre Hospitalier de Toulouse Purpan du 6 novembre 2014 au 13 novembre 2015 en semaine.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patient majeur
- Admis aux urgences suite à une TS
- Sans suivi psychiatrique actif (c'est-à-dire sans suivi régulier)
- Orienté par le psychiatre des urgences vers le CTB si les admissions du CTB étaient ouvertes ou qui aurait été orienté vers le CTB, mais les admissions étant fermées, le patient était orienté vers une prise en charge standard (à savoir suivi par médecin traitant et/ou suivi par psychiatre/psychologue/psychothérapeute et/ou hospitalisation)
- Acceptant de donner une non opposition éclairée écrite

Les critères d'exclusion étaient :

- Un trouble cognitif ou un retard mental
- Les patients sous tutelle ou curatelle
- Ayant une dépendance à des toxiques
- Ne parlant et/ou ne lisant pas le français couramment

- Ne pouvant pas fournir assez de coordonnées pour un bon déroulement du suivi (numéro de téléphone personnel ou adresse mail au minimum)
- Sans logement
- Résidant hors de la Haute Garonne.

## **b. Déroulement de l'étude**

Le déroulement de l'étude est représenté au travers de la figure 2.

Une fois les actes de médecine d'urgence effectués et l'évaluation clinique réalisée par le psychiatre des urgences, celui-ci proposait aux patients éligibles de me rencontrer pour leur présenter l'étude. Après une description de l'étude, je leur délivrais une notice d'information et, après un délai de réflexion de quelques minutes, leur proposais de signer le formulaire de non opposition à l'étude (annexe 3).

Le premier questionnaire était rempli aux urgences, lors de la rencontre avec le patient, en face à face avec lui (annexe 4). Cet entretien durait généralement entre 30 et 45 minutes. En premier lieu il s'agissait d'un recueil concernant des données socio démographiques et médicales. Celui-ci comprenait :

- les données socio démographiques personnelles: âge, sexe, situation matrimoniale, nombre d'enfants, niveau d'étude et situation professionnelle
- les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux
- les antécédents personnels psychopathologiques : antécédent de TS, antécédent de pathologie psychiatrique, antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, antécédent de suivi, antécédent de maltraitance, sexuelle ou non, dans l'enfance
- les antécédents familiaux psychopathologiques: suicide, TS, pathologie psychiatrique
- le type de prise en charge actuelle dont bénéficiait le patient : consultation d'un psychiatre/psychologue/psychothérapeute dans les 6 derniers mois, suivi actuel (au minimum 1 fois par mois), prise d'un traitement psychotrope au cours des 6 derniers mois
- la description de la TS.

Dans un deuxième temps, six échelles étaient complétées avec le patient : l'échelle d'intentionnalité suicidaire de PIERCE, la Mini International Neuropsychiatric (MINI), la Beck Depression Inventory (BDI), le questionnaire de fonctionnement social (QFS), la Beck Hopelessness Scale (H) et la Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

Les patients recrutés formaient 2 groupes distincts : un groupe CTB et un groupe prise en charge standard. Cette distribution était réalisée sans modification des pratiques de soins actuelles.

La répartition des patients entre les 2 groupes se faisait en fonction des périodes d'ouverture et de fermeture des admissions du CTB. En effet le CTB est un dispositif de soin ayant une capacité d'accueil de patients limitée. Lorsque celle-ci a atteint son maximum, les admissions sont fermées durant quelques jours. Pendant cette période, les patients déjà pris en charge au CTB y poursuivent leur suivi.

Les patients inclus dans le groupe prise en charge standard étaient des patients pour lesquels le psychiatre aurait aimé les orienter vers un suivi au CTB, mais le CTB étant fermé, le patient était orienté vers une prise en charge standard. Cela permettait ainsi une comparabilité des populations des 2 groupes.

Certains patients ont été exclus secondairement de l'étude, suite au changement d'orientation proposée par le psychiatre des urgences (plus d'indication à une orientation vers une prise en charge au CTB). Ces patients étaient informés par téléphone de la cessation de l'étude pour eux.

A 3 mois et à 6 mois, les patients des 2 groupes étaient contactés par téléphone et/ou par mail afin de savoir, si il y avait eu une récurrence de TS, si l'orientation proposée aux urgences avait été réalisée et si oui, sous quelle forme (suivi par qui ? à quelle fréquence ? nombre de consultations réalisées ? prise d'un traitement psychotrope ?) et si leur situation professionnelle était toujours la même.

A nouveau les patients répondaient aux échelles d'évaluation de dépression, de fonctionnement social, de désespoir et de mésusage d'alcool.

Les patients étaient contactés, par téléphone et/ou par mail, autant de fois que nécessaire pour les joindre. Le recontact était stoppé si le patient exprimait sa volonté d'arrêter sa participation à l'étude.

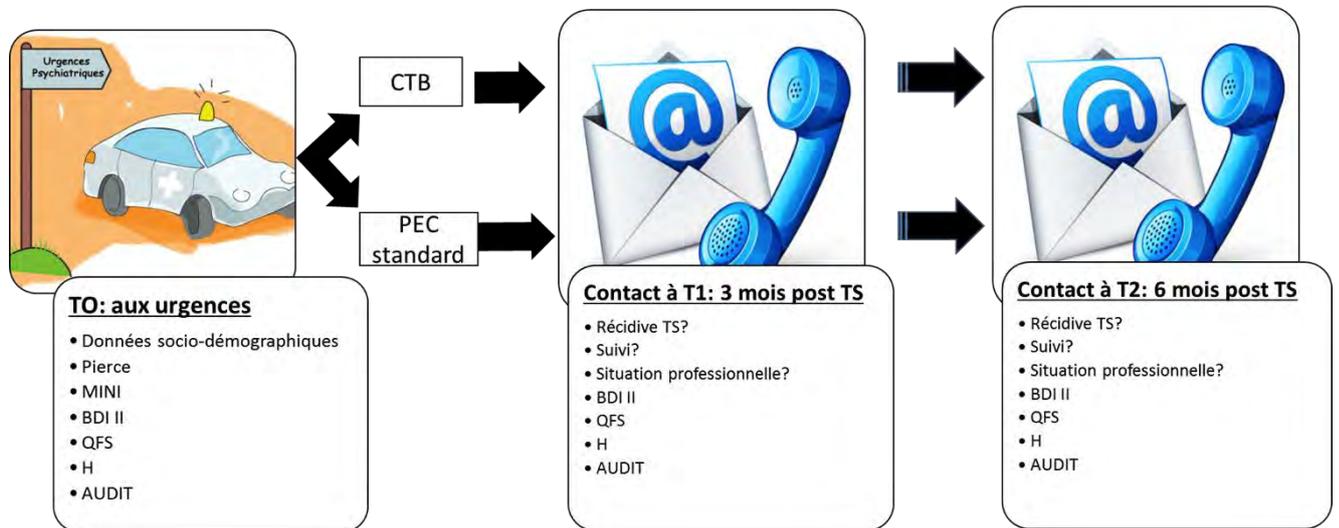


Figure 2: Déroulement de l'étude

Pour tous les patients perdus de vue à 6 mois, un lien téléphonique était fait avec le médecin traitant pour savoir si le patient avait refait une TS et si le patient était vivant à 6 mois.

Le recueil de la donnée récidive de TS se faisait par le biais de deux sources d'informations. La première était le patient lui-même, lors des contacts à 3 mois et 6 mois. La deuxième était la consultation du dossier informatisé des urgences et la consultation des données d'admission de patients sur des lits d'urgences psychiatriques à la clinique des Cèdres à 6 mois.

En effet en Haute Garonne, les patients admis pour tentative de suicide sont orientés de façon systématique sur le CHU de Toulouse. Mais il existe quelques exceptions à cela, quelques patients sont pris en charge directement par la clinique des Cèdres sur 4 lits de crise qui sont ouverts depuis décembre 2014. Sur les 4 premiers mois de l'ouverture de ces lits, 33 patients y avaient été admis pour le motif TS.

Le recueil sur ces deux sites (CHU de Toulouse et Clinique des Cèdres), des patients admis pour TS, permettait d'avoir des données exhaustives concernant la Haute-Garonne.

### **c. Evaluation de la sécurité**

Lors du contact téléphonique, si le patient présentait des difficultés psychologiques (verbalisation d'idées suicidaires, score(s) élevé(s) aux échelles de désespoir et/ou de dépression), il lui était proposé une prise en charge thérapeutique supplémentaire (se rendre chez son médecin traitant et/ou chez son psychiatre/psychologue/psychothérapeute et/ou venir aux urgences). Le patient était maintenu dans l'étude dans son groupe d'attribution d'origine.

### **d. Instruments de mesure**

#### 1) Echelle d'intentionnalité suicidaire de Pierce

Cette échelle est un hétéro-questionnaire applicable aux suicidants, évaluant l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide.

La version initiale appelée Suicide Intent Scale (SIS) a été créée par Beck en 1974 et comportait 20 items répartis en 3 sections.

D.W. Pierce en 1977 en a fait une échelle à 12 items cotés de 0 à 2 et divisées en 3 sections : les circonstances de la tentative de suicide, le discours du patient et la létalité du geste évaluée par le médecin (Pierce, 1981).

Le score total, qui est la somme des 12 items, varie de 0 à 25. De 0 à 3 : intentionnalité faible. De 4 à 10 : intentionnalité moyenne. De 11 à 25 : intentionnalité élevée.

La durée de passation est brève (5 à 10 minutes).

Au cours des trente dernières années, cette échelle psychométrique a été la plus utilisée pour évaluer l'intentionnalité suicidaire après une TS. Freedenthal (2008) a analysé l'ensemble des études pour tester la fiabilité et la validité de l'échelle et pour examiner la performance des sous échelles. 5 études sur 13 ont montré une relation positive entre les scores à la SIS et le suicide au cours d'une période allant de 10 mois à 20 ans.

La fidélité interjuge est à 0,95 et 0,82 et la cohérence interne mesurée par le coefficient  $\alpha$  de Cronbach est égale à 0,81.

## 2) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

La version française 5.0.0 a été réalisée par l'équipe américaine de D.V. Sheehan et par l'équipe française de Y. Lecrubier en 1992 puis 1994 et 1998.

Il s'agit d'un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (environ 20 minutes) explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

Elle est composée de 120 items répartis en modules.

Pour notre étude nous avons sélectionné les 7 items qui nous paraissaient être les plus pertinents, à savoir : épisode dépressif majeur (incluant épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques), dysthymie, épisode maniaque/ hypomaniaque, trouble panique, état de stress post traumatique, dépendance/ abus de drogues, anxiété généralisée.

La période explorée concerne la vie entière et/ ou la période actuelle.

Il s'agit de réponses en oui/ non.

La fidélité interjuge est très bonne, en effet la version française a un coefficient de kappa qui varie entre 0.88 et 1 (Lecrubier et al., 1997).

La fidélité test/ retest de la version française est bonne (seulement 5 modules ont été testés) avec un coefficient de kappa variant entre 0,76 et 0,93 (Lecrubier et al., 1997).

## 3) Beck Depression Inventory II (BDI II)

C'est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer les symptômes dépressifs sur les 15 derniers jours.

La version initiale a été créée par Beck en 1962 et comportait 21 items (score total allant de 0 à 63). En 1973 Beck a abrégé l'échelle en 13 items cotés de 0 à 3.

Le score total, qui est la somme des 13 items, varie de 0 à 39. De 0 à 3 : pas de dépression. De 4 à 7 : dépression légère. De 8 à 15 : dépression modérée. 16 et plus : dépression sévère.

La durée de passation est brève (5 à 10 minutes).

La cohérence interne est bonne avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach de 0,92 pour la version initiale et 0,90 pour la version abrégée.

La fidélité test/ retest à 4 mois d'intervalle montre un coefficient  $r$  de 0,62 avec  $p < 0,001$ , ce qui témoigne d'une bonne stabilité dans le temps.

Cette échelle présente une haute validité externe, en effet elle est bien corrélée avec l'évaluation clinique (corrélation de 0,72) et avec l'échelle Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (corrélation de 0,79).

Le coefficient  $\alpha$  est de 0,86 pour les patients présentant une pathologie psychiatrique et de 0,81 pour les patients ne présentant pas de pathologie psychiatrique (Beck, Steer, & Carbin, 1988).

L'équipe de Brown a montré une différence de 18,6 points à la BDI II pour le groupe expérimental (thérapie cognitive) entre l'inclusion et 6 mois de suivi ( $p=0,02$ ). 3 études (Brown et al., 2005 ; Salkovskis et al., 1990 ; Slee et al., 2008) retrouvent quasiment 50% de diminution à l'échelle dans le groupe expérimental entre TO et 6 mois de suivi, en utilisant soit la BDI, soit la BDI II.

#### 4) Questionnaire de fonctionnement social (QFS)

Il s'agit d'un auto-questionnaire qui évalue le fonctionnement social au cours des 2 dernières semaines chez des patients souffrant de troubles psychiatriques.

Il prend en compte la satisfaction subjective du patient quant à sa vie. Il est le reflet d'une partie de la qualité de vie.

Il a été créé par l'équipe de Zanello, Weber Rouget, Gex-Fabry, Maercker, et Guimon, (2006).

Le questionnaire comprend l'évaluation de 3 secteurs d'adaptation sociale : les habiletés de la vie autonome (tâches de la vie quotidienne, gestion, santé générale), les relations sociales (famille, couple, extra familial) et l'engagement dans la vie communautaire (loisirs, vie collective).

Il couvre 8 domaines (activités, tâches de la vie quotidienne, loisirs, relations familiales et de couple, relations extrafamiliales, gestion financière et administrative, santé générale, vie collective et informations) en mesurant à chaque fois la fréquence des comportements, et la satisfaction qui en dérive.

Il comprend 16 questions cotées de 5 (tous les jours/ très satisfait) à 1 (jamais/ très insatisfait). Le QFS produit un indice global (G), un indice de fréquence (F) et un indice de satisfaction (S).

Les scores des indices varient de 8 à 40 et le score de l'indice global varie de 16 à 80. Un score élevé correspond à un meilleur niveau de fonctionnement.

La durée de passation est brève (5 à 10 minutes).

Il a une bonne consistance interne avec un  $\alpha$  de Cronbach entre 0,65 et 0,83 et une bonne fidélité test/ retest à 15 jours avec un coefficient de corrélation intraclasse entre 0,69 et 0,71.

Sa validité convergente a été mesurée par rapport à la Social Adaptation and Self-Evaluation Scale (SASS) (Bosc, Dubini, & Polin, 1997).

La sensibilité au changement a été démontrée chez des sujets anxio-dépressifs soignés par une thérapie cognitivo-comportementale ainsi que chez des patients borderline suivis dans un programme ambulatoire de thérapie comportementale dialectique (Nicastro, Zanello, Merlo, & McQuillan, 2009).

##### 5) Beck Hopelessness Scale (H)

Il s'agit d'un auto-questionnaire réalisé par Beck en 1974.

Il mesure la tendance au pessimisme et plus particulièrement la vision négative de l'avenir et évalue les potentialités suicidaires de l'individu.

Elle est composée de 20 items cotés en vrai/ faux.

Le score varie de 0 à 20. Un score supérieur 8 montre un fort désespoir et un risque suicidaire important (Beck et al., 1988). Un score supérieur 13 prédit l'éventualité proche d'une tentative de suicide.

La durée de passation est brève (5 à 10 minutes).

Il a une bonne cohérence interne avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach à 0,97 pour les sujets déprimés et  $\alpha$  à 0,79 pour les sujets contrôles.

Il a une bonne fidélité test/ retest avec un coefficient  $r$  à 0,81.

#### 6) Questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé sous l'égide de l'OMS en 1982 en collaboration avec des centres de médecine de premier recours, pour le dépistage précoce des buveurs à risques.

Il concerne la quantité d'alcool consommée et les dommages induits par la consommation et évalue le mésusage sur les douze derniers mois (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993).

Il est composé de 10 items cotés de 0 à 4. Les questions 1 à 3 mesurent la consommation d'alcool, de 4 à 6 les comportements liés à la consommation, de 7 et 8 évaluent les effets néfastes de l'alcool et enfin de 9 à 10 les problèmes liés à la consommation d'alcool.

Les 8 premiers items traitent de la relation qu'a le patient avec l'alcool dans l'année écoulée et les 2 derniers items n'ont pas de temporalité.

Le score total est la somme des 10 items et varie de 0 à 40. Un score supérieur ou égal à 5 montre une consommation à risque. Un score supérieur ou égal à 7 pour une femme, et supérieur ou égal à 8 pour un homme, montre un usage nocif. Un score supérieur ou égal à 11 pour une femme, et supérieur ou égal à 12 pour un homme, met en évidence une alcoolo-dépendance probable.

Ce questionnaire permet de façon intéressante de faire la distinction entre les consommateurs à risque et les alcoolo-dépendants selon le DSM IV et CIM 10 (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993).

C'est un instrument sensible et spécifique dans différentes populations pour repérer les patients consommateurs à problème en utilisant 8 points comme valeur de repère, plus on augmente cette valeur, plus le test devient spécifique de l'alcoolo-dépendance mais il perd en sensibilité.

La fidélité test/ retest et la consistance interne sont favorables.

Ce questionnaire est intéressant dans la population hospitalière masculine pour laquelle aucun problème d'alcool n'a été identifié. En effet dans cette situation l'AUDIT a permis de repérer avec une sensibilité de 74% et une spécificité de 89% des patients consommant plus de 40g/ 24 heures ou plus de 50g d'alcool pur par occasion de boire (Allen, Litten, Fertig, & Babor, 1997).

La validation en français de l'AUDIT a montré que celui-ci était un outil fiable de détection précoce des buveurs excessifs, avec une remarquable consistance interne avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach de 0,88 (Accietto, 2003).

Pour la dépendance, un score supérieur ou égal à 12 donne une sensibilité de 78,3% et une spécificité de 96,9% chez les hommes et de respectivement 100% et 99,1% chez les femmes.

La durée de passation est brève (moins de 5 minutes).

#### **e. Calcul du nombre de sujets nécessaire et estimation de la puissance**

Pour tester notre hypothèse principale, le calcul du nombre de sujets nécessaire et l'estimation de la puissance nécessaire de l'étude sont basés sur les résultats des études précédemment citées.

Les taux attendus de récurrence suicidaire à 6 mois était de 30% dans le groupe prise en charge standard et de 10% dans le groupe CTB.

Afin de détecter une différence de 20% de répétition de tentative de suicide entre nos 2 groupes, il était nécessaire de recruter 62 sujets par groupe (soit 124 au total), avec un risque bilatéral à 5% et une puissance de 80% (Machin, Campbell, Tan, & Tan, 2011).

#### **f. Méthodes statistiques**

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata (StataCorp, 2011. Stata Statistical Software : Release 12. College Station, TX: StataCorp LP).

Les variables qualitatives étaient décrites à l'aide d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives à l'aide de moyenne et d'écart-type (en cas de distribution normale) ou de médiane et d'intervalle interquartile (en cas de distribution asymétrique).

Un test de Fisher exact permettait de comparer le taux de récurrence de TS dans chaque groupe entre T0 et T2.

Les tests de Student ou de Mann-Whitney (si les conditions de normalité des distributions et d'égalité des variances ne sont pas remplies) permettaient de comparer les moyennes de variables quantitatives.

Une ANOVA pour mesures répétées permettait de comparer l'évolution de variables quantitatives mesurées à trois reprises (inclusion, 3<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois) entre les deux groupes.

Les tests étaient bilatéraux, le seuil de significativité était fixé à 5% et la puissance à 80%.

### **3. Résultats**

#### **a. Statistiques descriptives**

Durant les 12 mois de recrutement, 1587 patients se sont présentés aux urgences de Toulouse Purpan pour TS.

25,5% de ces patients (n=404) étaient évaluables lors de mes périodes de recrutement (en moyenne 20 demi-journées par mois).

297 patients soit 73,5% n'étaient pas éligibles à l'étude du fait d'une dépendance à des toxiques (alcool principalement), d'un suivi psychiatrique déjà effectif ou d'un autre critère d'exclusion.

Sur les 107 patients éligibles, 90 ont été inclus (84%), 10 exclus secondairement du fait d'un changement d'orientation pour la prise en charge du patient (9%) et 7 ont refusé de participer à l'étude (6,5%). Sur les 90 patients inclus, 57 étaient dans le groupe CTB (63,3%) et 33 dans le groupe prise en charge standard (36,7%).

A un an du début des inclusions, 57 patients ont atteint le temps T2 (soit 6 mois) (soit 63,3% de la population incluse) et ont été contactés ; 36 patients faisaient partis du groupe CTB et 21 patients du groupe prise en charge standard (figure 3).

Dans le groupe prise en charge standard, 9 patients ont été orientés vers une hospitalisation (temps plein ou temps partiel) (soit 42,9%) et 12 patients ont été orientés vers un suivi ambulatoire par un psychiatre (en Centre Médico Psychologique (CMP) ou en libéral) ou un psychologue (soit 57,1%).

Les admissions au CTB ont été fermées durant 116 jours durant notre période de recrutement.

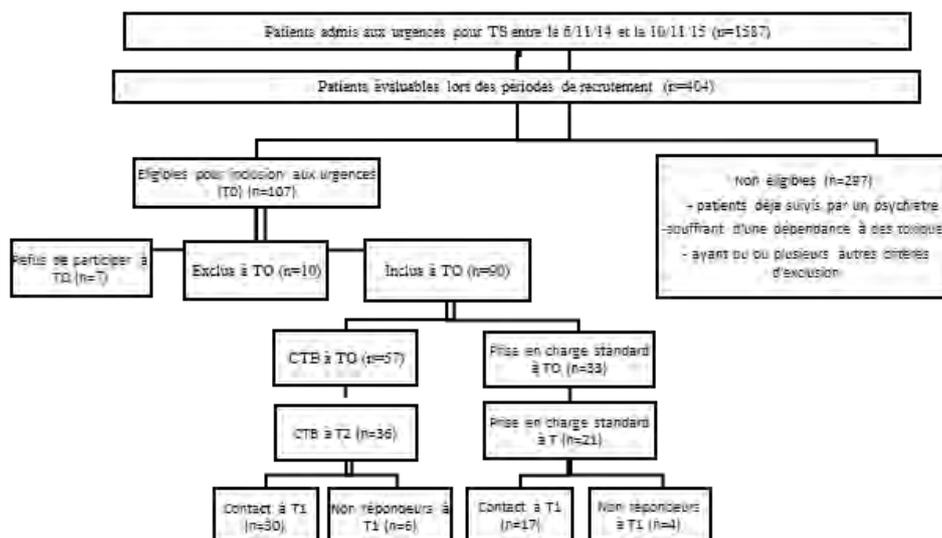


Figure 3 : Flow chart (TO : inclusion aux urgences psychiatriques, T2 : recontact à 6 mois)

### 1) Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes éligibles pour l'inclusion dans l'étude

#### Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants

Les participants du groupe CTB et du groupe prise en charge standard ne différaient pas concernant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques au moment de l'inclusion.

Ces données sont détaillées dans le tableau de l'annexe 5.

Les patients hospitalisés et ceux pris en charge en ambulatoire dans le groupe prise en charge standard étaient également comparables.

Les patients inclus étaient pour 82,2% des femmes, d'âge moyen 32,5ans [23-45], 51,1% d'entre eux étaient en couple, 54,4% avaient un emploi, 31,1% avaient des enfants à charge, 66,7% n'avaient pas d'antécédent de trouble psychiatrique diagnostiqué, 28,9% avaient des antécédents de violence et/ou maltraitance dans enfance, 56,2% avaient un antécédent familial de trouble psychiatrique, 42,2% avaient eu un traitement psychotrope (hors benzodiazépines) dans les 6 derniers mois, et 47,8% des benzodiazépines dans les 6 derniers mois.

Les gestes suicidaires ayant conduit à l'admission aux urgences étaient pour 94,4% d'entre eux une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV), pour 2,2% une pendaison ou électrocution et pour 3,3% une intoxication associée à une automutilation. Lors des IMV, les psychotropes étaient les principaux médicaments, utilisés seuls (55,7%), ou associés à une prise d'alcool (11,4%). Venaient ensuite les médicaments de la pharmacie usuelle, utilisés seuls (22,7%), ou associés à une prise d'alcool (5,7%) et dans une moindre mesure les traitements spécialisés (traitement cardiologique par exemple) (5,7%).

Les diagnostics retrouvés à T0, étaient pour 72,2% un épisode dépressif majeur actuel, pour 4,4% un épisode maniaque ou hypomane actuel, pour 44,5% un trouble anxieux actuel (trouble panique et/ ou état de stress post traumatique), pour 5,6% un abus de substance et pour 1,1% une dépendance à une substance.

75% des patients inclus dans le groupe CTB et 84% des patients inclus dans le groupe prise en charge standard ont respecté l'orientation proposée aux urgences. Les orientations du groupe prise en charge standard correspondaient à un suivi par le médecin traitant et/ou un suivi par psychiatre/psychologue ou une prise en charge en hôpital de jour ou une hospitalisation.

Les patients ayant respecté l'orientation proposée aux urgences avaient tendance à avoir un score d'intentionnalité suicidaire à l'échelle de Pierce plus élevé à l'inclusion, que ceux n'ayant pas respecté l'orientation (9 [7-13,5] versus 6 [3-11]). Cette différence était à la limite d'être significative ( $p=0,052$ ).

Dans le groupe CTB, 69,4% des patients ont eu un suivi effectif (c'est-à-dire 3 consultations et plus) contre 56% dans le groupe prise en charge standard. Les patients ayant un suivi effectif avaient significativement plus souvent des antécédents familiaux de suicide ( $p=0,043$ ) et avaient un score AUDIT, à l'inclusion, significativement plus élevé ( $p=0,039$ ) (sans atteindre le seuil de dépendance) que les patients dont le suivi n'était pas effectif (moins de 3 consultations).

#### Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes exclues de l'étude

10 patients ont été exclus secondairement du fait d'un changement d'orientation pour la prise en charge du patient.

Ces patients différaient des patients inclus sur certains points : ils étaient plus âgés (41,5 ans versus 32,5 ans pour les patients inclus,  $p=0,036$ ), plus souvent en couple (90% versus 51,1% pour les patients inclus,  $p=0,021$ ), étaient plus souvent parents et avaient plus d'enfants à charge (70% d'enfant à charge versus 31,1% pour les patients inclus,  $p=0,030$  ; avec entre 1 et 3 enfants pour les patients exclus, versus entre 0 et 2 enfants pour les patients inclus,  $p=0,026$ ).

Par ailleurs le moyen utilisé différait entre les patients inclus et exclus. 97,8% des patients inclus avaient réalisé une intoxication médicamenteuse volontaire plus ou moins associée à une auto mutilation, versus 70,0% des patients exclus ( $p=0,007$ ). En effet 30,0% des patients exclus avaient réalisé un geste par pendaison ou électrocution.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les scores aux échelles entre les patients inclus et exclus de l'étude.

#### Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des personnes ayant refusé de participer à l'étude

7 patients ont refusé de participer à l'étude. 4 étaient des femmes et 3 des hommes, avec une moyenne d'âge de 44 ans [25-74]. Tous avaient fait une intoxication médicamenteuse volontaire.

La cause principale de refus était le fait de « ne pas avoir envie de répondre à des questions ».

#### 2) Non répondants

47 patients (82,5%) ont répondu à nos sollicitations à 6 mois; parmi eux, 91,5% ont répondu par téléphone et 8,6% par mail.

10 patients (17,5%) n'ont pas répondu à nos sollicitations par téléphone et/ ou par mails. 6 faisaient partis du groupe CTB (16,7%) et 4 du groupe prise en charge standard (19%).

Ils étaient considérés comme non répondants car n'ayant donné aucune réponse suite à plusieurs appels et mails. Certains n'ont pas pu être recontacté car ils avaient un faux numéro mais la plupart n'ont simplement pas répondu à nos sollicitations.

Parmi ces 10 patients, nous avons pu récupérer les données concernant le critère principal de jugement, la donnée récidive de TS, pour 3 patients. Cette donnée a été recueillie auprès du médecin traitant ou grâce au dossier informatisé des urgences. 1 seul de ces 3 patients avait refait une TS (donnée recueillie dans le dossier informatisé des urgences).

Il est à noter, qu'aucun patient n'a exprimé sa volonté de mettre fin à sa participation à l'étude.

### 3) Perdus de vue

Au total, 7 des patients non répondeurs (2 du groupe prise en charge standard et 5 du groupe CTB) ont été considérés comme perdus de vue (12,3%) car aucune information concernant une éventuelle récidive de TS n'a pu être obtenue, que ce soit auprès du patient, lors de la consultation des dossiers des urgences ou lors de l'appel de son médecin traitant.

Les données sociodémographiques et cliniques à l'inclusion des patients perdus de vue, étaient comparables aux patients non perdus de vue.

Il est à noter qu'aucun des perdus de vue n'avait d'enfant ( $p=0,072$ ).

Parmi ces 7 patients, 2 étaient vivants de façon certaine à T2 (donnée transmise par le médecin traitant). Pour les 5 autres, aucune information concernant la donnée « vivant ou mort » n'était disponible.

## **b. Analyses bivariées**

### 1) Récidive de tentative de suicide à 6 mois de suivi (annexes 6 et 7)

Au cours de notre étude, 10 patients ont répété une TS, soit 17,5% des patients ayant atteint le temps T2. Il a été retrouvé un taux de récidive de TS de 12,9% pour le groupe CTB (4 patients) et de 31,6% pour le groupe prise en charge standard (6 patients dont 1 s'étant suicidé).

Ainsi, nous observons une tendance à la diminution du risque de récidive de TS dans le groupe CTB. Cependant il n'a pas pu être mis en évidence de différence statistiquement significative pour la répétition de TS entre les 2 groupes ( $p=0,150$ ).

Ces données sont mises en évidence dans la figure 4.

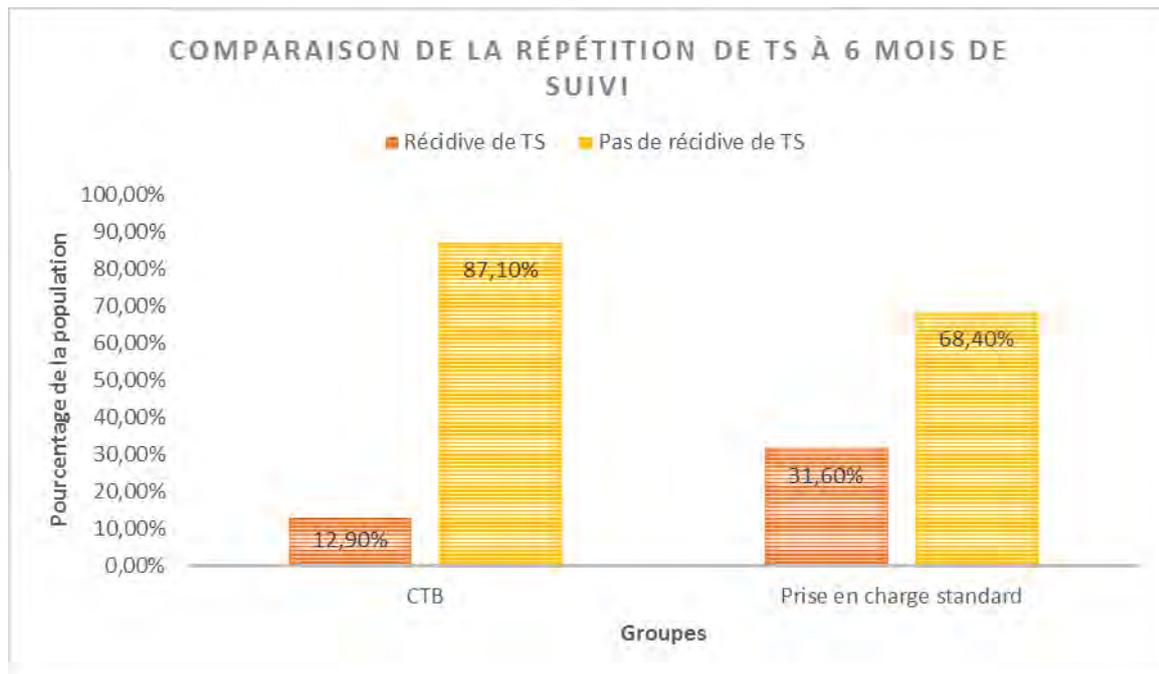


Figure 4 : Comparaison de la répétition de TS à 6 mois de suivi entre le groupe CTB et le groupe prise en charge standard ( $p=0,150$ ).

La donnée récursive de TS a pu être obtenue dans 33,3% des cas auprès du patient exclusivement, dans 8,3% grâce à la consultation du dossier informatisé des urgences exclusivement et dans 58,3% grâce à ces deux sources d'informations.

Les délais de récursive de TS étaient comparables entre les 2 groupes. La médiane était à 2 mois et 9 jours avec un minimum de 3 jours et un maximum de 5 mois et 6 jours.

Les patients ayant répété une TS dans les 6 mois de suivi avaient plus d'antécédents familiaux de TS ( $p=0,048$ ), souffraient plus souvent d'une (ou plusieurs) pathologie(s) mentale(s) ( $p=0,018$ ) et d'abus de substance ou de dépendance ( $p=0,048$ ) et prenaient plus souvent un traitement psychotrope à T1 ( $p=0,030$ ).

Ils étaient également plus souvent suivis au temps T2 ( $p=0,039$ ), en majorité par un psychiatre libéral ou en CMP ( $p=0,012$ ). Ils avaient, à 6 mois, un score de dépression à la BDI II plus élevé (14 [3-27],  $p=0,034$ ), cotant au diagnostic de dépression modérée.

Ils avaient tendance, à T2, à avoir plus souvent un traitement psychotrope ( $p=0,089$ ), à être plus souvent sans emploi ou étudiant ( $p=0,068$ ) et à avoir un score plus élevé à l'échelle de désespoir ( $p=0,086$ ) indiquant un fort désespoir et un risque suicidaire important.

Il n'y avait pas de différence dans le pourcentage de récidivants selon le type de prise en charge hospitalisation (37,5%) ou ambulatoire (27,3%) dans le groupe prise en charge standard.

Il n'a pas été retrouvé d'association significative entre le suivi effectif (au moins 3 consultations) ou non, en fonction du groupe de prise en charge, et la récurrence de TS (test exact de Fisher). Cependant il est intéressant de noter que, parmi les 11 patients du groupe prise en charge standard ayant eu un suivi effectif, 36,4% ont refait une TS au cours des 6 mois de suivi, versus 9,1% des 22 patients du groupe CTB ayant eu un suivi effectif.

## 2) Récidive de tentative de suicide à 3 mois de suivi

Le statut de 61 patients a été recueilli à T1, 25 du groupe prise en charge standard et 36 du groupe CTB. Parmi eux, 8 patients, soit 13,1% ont répété une TS ; avec 8,3% dans le groupe CTB (3 patients) et 20% dans le groupe prise en charge standard (5 patients) ( $p=0,254$ ).

## 3) Mesures des critères de jugement secondaires (annexe 8)

Dans le groupe CTB, les scores aux échelles ont tendance à s'améliorer entre l'inclusion et 6 mois, alors que dans le groupe prise en charge standard, entre 3 et 6 mois, les scores de dépression ont tendance à augmenter ( $p=0,166$ ) et la consommation d'alcool augmente de manière significative par rapport au groupe CTB ( $p=0,023$ ).

En effet les patients du groupe prise en charge standard augmentaient leur score au questionnaire AUDIT entre l'inclusion et 6 mois de suivi de manière plus importante que le groupe CTB (0,5 [-2 ; 3,5] versus 0 [-3 ; 0] avec  $p=0,023$ ) (figure 5).

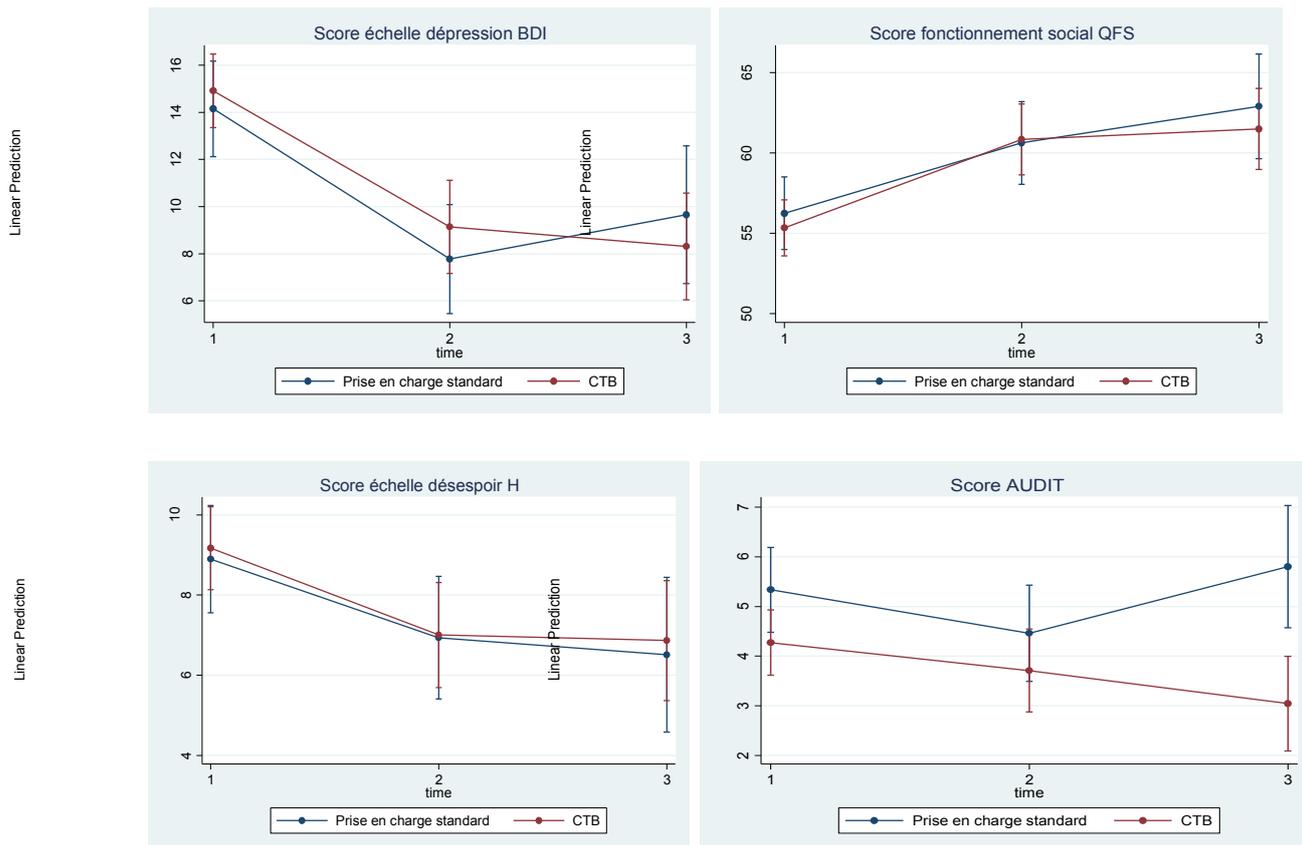


Figure 5: Evolution des scores aux échelles de dépression, de fonctionnement social, de désespoir et de consommation d'alcool, entre l'inclusion, 3 mois et 6 mois de suivi entre les deux groupes ( $p=0,023$  pour scores AUDIT).

L'ANOVA pour mesures répétées a montré qu'il n'y avait pas d'effet significatif du groupe (CTB/ prise en charge standard) sur les scores de dépression, de fonctionnement social, de désespoir et de consommation d'alcool.

De même il n'y avait pas d'effet significatif du type de prise en charge (hospitalisation/ ambulatoire) sur les différents scores.

## 4. Discussion

### a. Résultats de l'étude

Bien que le suicide soit un enjeu majeur de Santé Publique et que plusieurs études aient été publiées sur la prévention de la récurrence suicidaire, aucune ne portait sur l'évaluation de la prise en charge dans un Centre de Thérapie Brève.

Notre étude comparative prospective nous a permis de suivre 2 groupes de patients à 6 mois après leur admission aux urgences psychiatriques de Toulouse pour TS : un groupe CTB et un groupe prise en charge standard.

Il est nécessaire de préciser que l'étude est encore en cours. Le recrutement se poursuit afin d'atteindre un nombre de participants suffisant, selon le nombre de sujets nécessaires calculé a priori. Cela pourrait permettre d'avoir des résultats significatifs.

Par conséquent, les résultats présentés sont des résultats intermédiaires, calculés à partir des données actuellement en ma possession. 103 patients sont inclus dans l'étude à l'heure actuelle.

#### 1) Récurrence de TS

##### Résultats

Nous avons observé que 17,5% des patients avaient refait une TS à 6 mois de suivi; 12,9% dans le groupe CTB et 31,6% dans le groupe prise en charge standard. Ces chiffres montrent une tendance protectrice de la prise en charge au CTB par rapport à la récurrence de TS ( $p=0,150$ ).

Ces résultats confirment les résultats de la Thèse du Docteur Violette Amaya (2012) qui retrouvaient un taux de récurrence de TS de 9,5% pour les patients suivis au CTB et de 15,3% pour les patients non suivis au CTB. Du fait de la nature rétrospective de cette étude, la donnée récurrence de TS n'avait pu être recueillie que dans le dossier des urgences.

##### Mode de recueil de la donnée récurrence de TS

Dans la littérature, il a été mis en évidence que le taux de récurrence de TS variait selon le mode de recueil de cette donnée. L'étude de Carroll, et al. (2014b) montrait que le recueil auprès des patients permettait d'avoir plus d'informations sur le taux de récurrence de TS. Ce

qui pourrait expliquer la différence de résultats retrouvés dans l'étude du Docteur Amaya (2012) (9,5% pour les patients suivis au CTB versus 15,3% pour les non suivis au CTB) et dans la nôtre (12,9% de récurrence de TS dans le groupe CTB versus 31,6% dans le groupe prise en charge standard). Effectivement dans notre étude, dans 33,3% des cas, la donnée récurrence de TS a pu être obtenue seulement après recontact du patient. En effet cette donnée ne pouvait être disponible qu'auprès du patient car il s'agissait de TS non médicalisées.

Dans notre étude le pourcentage important de patient ayant refait une TS de suicide dans les 6 mois de suivi interroge. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce résultat soit lié à l'exhaustivité de notre recueil, à la fois auprès du patient et dans le dossier informatisé des urgences. En effet la consultation du dossier informatisé des urgences nous permettait de récupérer 8,3% des TS qui seraient passées inaperçues si le recueil avait été réalisé exclusivement auprès du patient.

Nos résultats sont comparables avec ceux de l'étude de Brown qui retrouve 14% de récurrence suicidaire dans le groupe TCC et 32% dans le groupe contrôle (Brown et al., 2005). Cependant dans cette étude la donnée récurrence de TS n'a été recueillie qu'auprès du patient, et non de façon conjointe dans le dossier médical. Nous pouvons donc nous demander si ces résultats auraient été augmentés avec l'ajout du recueil de la récurrence de TS dans le dossier des urgences.

Nos résultats apportent, pour les études futures, un argument méthodologique solide en faveur de l'utilisation de moyens croisés pour le recueil des récurrences de TS.

### Taux de récurrence de TS

L'importance du nombre de patients ayant refait une TS dans notre étude, peut également s'expliquer par le fait que notre population était probablement plus sévère que certaines populations où les patients à haut risque suicidaire avaient été exclus de l'étude (Guthrie, 2001 ; Hvid, 2011). Par conséquent, dans ces études, on retrouve des pourcentages de récurrence de TS à 6 mois de suivi, de l'ordre de, respectivement 9% et 8,7% dans le groupe expérimental et de 28% et 21,9% dans le groupe contrôle.

### Facteurs de risque suicidaires

Notre étude met en évidence les facteurs de risque suicidaires retrouvés dans la littérature, à savoir l'antécédent personnel de TS (Hawton, & Van Heeringen, 2009), l'existence d'une pathologie mentale (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003) et l'usage nocif d'alcool ou

de toxiques (Beautrais et al., 1996). Mais également l'antécédent familial de TS et la prise d'un traitement psychotrope.

### Type de suivi

Nous avons observé que les patients récidivants bénéficiaient plus souvent d'un suivi à 6 mois après leur passage aux urgences et que ce suivi était réalisé plus fréquemment par un psychiatre en libéral ou un psychiatre au CMP.

Il n'est pas étonnant de retrouver que le suivi de ces patients est majoritairement réalisé par des psychiatres, en CMP ou en libéral. En effet on peut supposer que les patients récidivants sont des patients plus fragiles, nécessitant un suivi psychiatrique, et pas simplement psychologique ou médical par le médecin traitant.

De plus à 6 mois post-urgences, les patients du groupe CTB ne sont plus suivis par ce dispositif de soins, dans lequel la prise en charge est limitée à 1 à 2 mois de suivi avec mise en place par la suite, si le patient le nécessite, d'un relais par une prise en charge ambulatoire (le plus souvent psychiatre libéral ou psychologue). On peut supposer que les patients nécessitant un suivi avec un psychiatre après la prise en charge au CTB sont également les patients les plus vulnérables et probablement les plus à risque de récurrence de TS.

Nous avons également pu mettre en évidence que parmi les 11 patients du groupe prise en charge standard ayant eu un suivi effectif (c'est-à-dire s'étant rendus à plus de 3 consultations), 36,4% ont refait une TS, contre seulement 9,1% des 22 patients du groupe CTB ayant eu un suivi effectif.

Ces résultats montrent que lorsque les patients ont un suivi effectif au CTB, le taux de récurrence est encore plus faible, alors que le taux de récurrence reste élevé dans le groupe prise en charge standard, malgré un suivi effectif.

### Type de prise en charge

Notre étude a mis en évidence que les patients du groupe prise en charge standard ayant refait une TS, étaient pour 37,5% d'entre eux pris en charge en hospitalisation (temps plein ou temps partiel) et pour 27,3% d'entre eux pris en charge en ambulatoire. Ces résultats nous font penser que l'hospitalisation, par opposition à une prise en charge ambulatoire, ne protège

pas du risque de récurrence suicidaire. Ceci est en accord avec les données actuelles de la littérature (Carroll et al, 2014a) qui retrouvent que l'admission en hospitalisation après une TS n'est pas associée à une diminution du risque de récurrence suicidaire.

### Délai de récurrence

Il est également intéressant de noter que notre étude a mis en lumière que la médiane du délai de récurrence était de 2 mois et 9 jours, ce qui est en accord avec la littérature (Vaiva et al., 2006), mettant en évidence qu'un tiers des récurrences a lieu moins d'un mois après la TS index. Ceci laisse supposer qu'il est nécessaire d'avoir une prise en charge précoce et intensive dans les premiers mois suivant une TS. Le CTB répond bien à cette exigence avec un délai de réactivité de 24h à 72h après la sortie des urgences et une prise en charge ambulatoire entre 1 à 3 entretiens par semaine.

### 2) Critères de jugement secondaires

Bien que la dépendance à une substance soit un critère d'exclusion dans notre étude, 5,6% des patients inclus souffraient d'un abus de substance et 1,1% d'une dépendance à une substance. Ces chiffres sont probablement le reflet d'une sous-évaluation de la comorbidité addictive de nos patients.

Par conséquent, la donnée consommation d'alcool nous semblait pertinente à rechercher et à quantifier dans notre population, grâce à l'échelle AUDIT. Premièrement parce que la dépendance à des toxiques est un facteur de risque suicidaire (Beautrais, et al., 1996). Et deuxièmement parce que même si les patients ne présentent pas de dépendance avérée, beaucoup présentent un abus de substance, augmentant lui aussi le risque de passage à l'acte suicidaire.

Cette intuition clinique a été pertinente, nous permettant de mettre en évidence que les patients du groupe CTB ont significativement une consommation d'alcool moins élevée que le groupe prise en charge standard à 6 mois de suivi.

Aucune des études randomisées contrôlées avec résultats significatifs concernant la prévention de la récurrence de TS, n'a évalué l'évolution de la consommation d'alcool au cours du suivi. Par conséquent, notre étude est la première, à notre connaissance, à mettre en

évidence une amélioration de la consommation d'alcool des patients pris en charge au CTB, concomitamment à la tendance protectrice vis-à-vis de la récurrence suicidaire.

Ce résultat cependant interroge ; le CTB n'étant pas une structure de soin spécialisée en addictologie. Nous pouvons imaginer que la prise en charge étayante intensive du CTB, avec une attention spécifique sur la consommation d'alcool, la mobilisation de l'entourage et la prise en charge de la souffrance du patient peuvent tendre à diminuer la consommation d'alcool, reflet de la vulnérabilité et de la détresse des individus.

Les patients du groupe CTB ont une tendance globale, au cours des six mois de suivi, à être moins déprimés et moins désespérés, à retrouver un fonctionnement social de meilleure qualité et à diminuer leur consommation d'alcool. Comparativement aux patients du groupe prise en charge standard, les patients du groupe CTB, ont tendance à être moins déprimés à 6 mois de suivi, sans toutefois atteindre une significativité. Cela laisse supposer que le CTB est un dispositif de soins qui semble plus efficace qu'une prise en charge standard, pour traiter les symptômes dépressifs. Ceci se comprend aisément par le fait que la prise en charge au CTB est très attentive aux souffrances des patients ; les psychiatres recherchant de manière systématique si il existe ou non un épisode dépressif caractérisé, qu'ils prennent en charge de manière psychothérapeutique, voire médicamenteuse si cela est nécessaire.

L'évaluation des symptômes dépressifs au cours du suivi post TS est une donnée largement étudiée dans les études de prévention du risque suicidaire (Gutrie, 2001 ; Brown, 2005 ; Linehan, 2006 ; Slee, 2008 ; Hatcher, 2011). L'outil utilisé de manière préférentiel est celui de notre étude, à savoir la BDI (I ou II).

L'amélioration des symptômes dépressifs dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle, à 6 mois de suivi post TS, est ainsi retrouvé dans les études de Gutrie (2001), Brown (2005) et Slee (2008) de manière statistiquement significative.

### 3) Respect de l'orientation proposée aux urgences et suivi effectif

Notre étude a mis en évidence de très bons résultats avec 75% des patients orientés vers le CTB qui s'étaient rendus à au moins une consultation au CTB, et 92,6% d'entre eux qui avaient eu un suivi effectif (plus de 3 consultations).

Dans la littérature il est retrouvé qu'après un passage aux urgences pour TS, 70% des patients sortent avec une proposition de suivi ambulatoire. Parmi ces patients seulement la moitié, soit 35% refuseront de s'engager dans une prise en charge (Lizardi & Stanley, 2010).

Le groupe prise en charge standard avait également de très bons résultats avec 84% de respect de l'orientation proposée aux urgences, mais seulement 66,6% des patients s'engageaient dans un suivi. Mais il est à noter que quasiment un quart des patients du groupe prise en charge standard était orienté vers une hospitalisation à temps plein, orientation nécessairement respectée du fait du transfert direct du patient des urgences vers le lieu d'hospitalisation.

En effet sur les 21 patients du groupe prise en charge standard (n=25 à T1) ayant respecté l'orientation, 5 d'entre eux ont été hospitalisés. Si nous excluons de nos calculs ces patients hospitalisés, le taux de respect de l'orientation décline à 64% au lieu des 84% retrouvés initialement. Ceci modère l'importance du taux de respect de l'orientation dans le groupe prise en charge standard.

Par conséquent le taux réel de respect de l'orientation proposée aux urgences est nettement plus élevé dans le groupe CTB par comparaison au groupe prise en charge standard (75% versus 64%). Nous pouvons faire l'hypothèse que le travail d'articulation qui est effectué entre les urgences et le CTB (si cela est possible un soignant se rend à la rencontre du patient aux urgences avant sa sortie) permet d'instaurer une alliance précoce dans la prise en charge et une continuité dans les soins qui favorisent la compliance et l'adhésion au suivi.

#### 4) Population de l'étude

Les caractéristiques de la population de notre étude étaient globalement comparables aux données de la littérature : environ  $\frac{3}{4}$  de femmes, d'âge moyen 30 ans (Brown, 2005 ; Hatcher, 2011), environ la moitié étaient en couple (Vaiva, 2006 ; Fleishman, 2008) et plus de la moitié des participants avaient un emploi (Vaiva, 2006).

Concernant les patients qui ont été exclus de l'étude secondairement, les causes d'exclusion étaient multifactorielles : changement d'avis du psychiatre, absence de l'entourage, lieu d'habitation trop éloignée du lieu de soin...

L'orientation de chaque patient est laissée à l'appréciation du psychiatre des urgences qui va réaliser son évaluation. Il n'existe aucune recommandation rigide concernant l'orientation d'un patient au CTB, ce qui laisse une part de subjectivité propre à chaque psychiatre lors de son évaluation.

## **b. Points forts de l'étude**

### **1) Acceptabilité**

L'étude a été très bien acceptée par les patients : seulement 6,5% ont refusé de participer. Ce taux est considéré comme minime face aux autres études de la littérature. Dans l'étude Syscall (Vaiva et al., 2006), le taux de refus était de 28,1% et de 18,8% dans l'étude de l'équipe de Brown (Brown et al., 2005).

Il est d'autant plus important de souligner cet excellent taux de participation (93,5%), que le premier entretien effectué aux urgences, était plutôt long (entre 30 et 45 minutes en moyenne) et réalisé dans une période de souffrance des patients (post TS).

Tous les patients ayant refusé de participer faisaient partie des premiers patients auxquels j'ai proposé l'étude. Il n'y a eu aucun refus par la suite. Après réflexion, cela semble en lien avec les débuts de mise en place de l'étude dans lesquels il me fallait trouver mes repères quant à la première rencontre avec le patient, la manière de délivrer l'information et de recueillir le consentement, le déroulement de l'entretien avec le recueil d'informations et le passage des questionnaires.

Lors des recontacts, les patients ont témoigné de leur satisfaction à ce que quelqu'un prenne de leurs nouvelles et se soucie d'eux. La grande majorité des patients répondait de manière consciencieuse aux questionnaires.

## 2) Faisabilité

A ce jour, 90 patients ont été inclus dans l'étude, ce qui démontre la faisabilité de cette étude auprès de patients admis aux urgences pour TS.

De plus, très peu de patients ont été perdus de vue (12,3%) et peu n'ont pas répondu aux questionnaires à T2 (17,4%). Pour mémoire dans l'étude de Guthrie et al. (2001), le taux de perdus de vue était de 20% et dans l'étude de Vaiva et al (2006), le taux de non réponders au téléphone était de 30%.

L'étude a été débutée en se limitant à 3 appels sur 3 jours différents à 3 horaires différents et 2 envois de mail pour le recontact à T1 et T2, comme cela était fait dans la plupart des autres études.

Mais le terrain est source de nombre d'enseignements et m'a permis de mettre en lumière la nécessité d'insister davantage pour les recontacts. En effet, un des patients m'a répondu au 18<sup>ème</sup> appel, après 17 appels et 15 mails sans réponse. Cette leçon, apprise par la recherche de terrain, est également partagée par d'autres chercheurs. Lors d'un échange avec le Docteur Guillaume Vaiva, celui-ci m'avait fait part de la modification de son protocole a posteriori afin de ne pas limiter le nombre d'appels et de mails pour avoir le plus de chances possible d'avoir un contact avec les patients. En effet le risque d'appeler le patient seulement 3 fois et de lui envoyer seulement 2 mails était de perdre le patient de vue alors que ce patient aurait peut-être répondu au 4<sup>ème</sup> appel ou au 3<sup>ème</sup> mail. Il apparaissait donc pertinent d'arrêter les contacts seulement si un patient nous faisait part de son souhait de ne plus participer à l'étude. Aucun des patients n'a souhaité interrompre sa participation à l'étude. Ce qui démontre la encore une très bonne faisabilité de notre étude.

Cette persévérance au recontact est la clé de mon faible taux de non réponders.

### **c. Limites des résultats**

#### 1) Manque de puissance

La principale limite de notre étude, à l'heure actuelle, est la non significativité de notre résultat principal. Cette absence de significativité s'explique par un manque de puissance de l'étude lié au nombre de participants insuffisant.

En effet, nous avons constaté que les patients qui possédaient les critères de recrutement dans notre étude, représentaient seulement 26,5% des patients se présentant aux urgences pour TS, évaluables, lors de mes périodes de recrutement. D'où une période de recrutement plus longue que prévue, pour un nombre de patient n'ayant pas atteint, à ce jour, notre objectif d'inclusion de 124 sujets.

## 2) Critères d'éligibilité restrictifs

73,5% des patients évaluables lors de mes périodes de recrutement, n'étaient pas éligibles pour notre étude pour deux raisons principales : du fait d'un abus ou d'une dépendance à l'alcool ou d'un suivi psychiatrique actif. Ces deux éléments sont les principaux critères d'exclusion à une prise en charge au CTB. Or nos critères de recrutement dans l'étude étaient les critères d'admission au CTB.

Le caractère restrictif des admissions au CTB s'explique par deux raisons :

- La première concerne la qualité et la cohérence de la prise en charge. En effet les patients souffrant de dépendance à des toxiques ne peuvent pas bénéficier d'une prise en charge au CTB, structure proposant un modèle de crise. La consommation de toxiques interfère avec une mobilisation psychique au moment de la crise.

La pathologie addictive va masquer une possible pathologie mentale sous-jacente à laquelle le thérapeute ne pourra avoir accès sans un sevrage de toxiques; sevrage qui prendra plusieurs semaines, ne laissant pas de place à un travail psychothérapeutique sur la pathologie de fond. La pathologie addictive nécessite une prise en charge spécifique centrée sur la motivation.

Cependant il arrive que certains patients orientés au CTB souffrent d'abus de substances. Effectivement cette donnée clinique n'est parfois pas dépistée aux urgences ; contrairement à notre étude où la recherche de consommation de toxiques était réalisée au moyen du questionnaire MINI et de l'AUDIT.

Quand un patient souffre de dépendance à une substance (principalement à l'alcool), le problème des alcoolisations lors des rendez-vous et de la volonté de sevrage se pose nécessairement. Un travail est tout de même réalisé sur la motivation du sujet au sevrage.

- La seconde raison est une raison économique. En effet le CTB est un petit service qui a des capacités d'admission limitées du fait d'un nombre de soignants limité. Il a été décidé

dans le projet de service, de donner la priorité aux patients n'ayant pas de suivi. Si le CTB bénéficiait de moyens financiers supérieurs et donc de temps infirmier et psychiatre plus importants, les temps de fermeture des admissions n'en seraient que plus restreints voire inexistantes et la capacité d'accueil serait majorée.

Nous avons fait le choix de maintenir les critères d'inclusion et d'exclusion du CTB, pour le groupe prise en charge standard, afin de permettre une bonne comparabilité des deux groupes.

Une autre conséquence du choix de nos critères d'inclusion et d'exclusion, est la limitation de généralisation de nos résultats. Elle doit être limitée aux patients faisant un geste suicidaire et n'ayant pas de suivi psychiatrique actif ni dépendance à des toxiques.

#### **d. Limites méthodologiques**

##### 1) Absence de randomisation

Nous aurions souhaité réaliser une étude randomisée, mais les longs délais de réponse inhérents au Comité de Protection des Personnes (CPP) ne nous auraient pas permis de mettre en place cette étude dans les temps.

##### 2) Durée de suivi

Il aurait été idéal de pouvoir suivre les patients sur une durée plus longue (12 mois ou plus) comme cela est le cas dans plusieurs des études contrôlées, randomisées avec résultats positifs (McLeavey, 1994 ; Linehan, 2006 ; Vaiva, 2006 ; Fleischman, 2008 ; Hatcher, 2011 ; Hassanian-Moghaddam, 2011).

Mais cela n'a pas été possible pour des raisons de temps et de disponibilité. En effet ce projet a demandé un important travail à la fois en amont pour la conception puis sur le terrain pour la réalisation de l'étude à proprement parler. Ainsi si nous avions voulu poursuivre le suivi à 12 mois, il aurait fallu une personne dédiée à temps plein à notre étude.

En résumé, la principale limite de notre étude est l'absence de significativité de nos résultats. La tendance va cependant dans le sens d'un effet protecteur et thérapeutique du CTB, et nous sommes confiants dans la possibilité de les confirmer de façon significative en augmentant la puissance de notre échantillon.

#### **e. Perspectives cliniques**

Le recrutement se poursuit actuellement afin d'atteindre un nombre de sujets suffisant avec un suivi à 6 mois. Jérémy Bos, interne en Santé Publique continue actuellement le recrutement des patients et réalise en parallèle une évaluation du coût médico-économique avec l'aide du Professeur Laurent Molinier.

En effet, à ce jour, aucune évaluation médico-économique d'un Centre de Thérapie Brève par rapport à la prise en charge standard n'a encore été effectuée.

Dans le contexte actuel de meilleure allocation des dépenses de santé, il nous apparaît tout à fait pertinent de nous pencher sur cette question.

L'objectif est d'évaluer le ratio coût/ efficacité entre le groupe CTB et le groupe prise en charge standard.

Nous faisons l'hypothèse que ce ratio sera en faveur du CTB.

Les coûts seront évalués du point de vue sociétal. Les coûts pris en compte seront les coûts directs médicaux et non médicaux, ainsi que les coûts indirects.

Les ressources consommées seront recueillies prospectivement sur une période de 6 mois, auprès de la Direction Régionale du Service Médical de la région Midi-Pyrénées.

Les coûts seront valorisés dans le cadre de la T2A pour les séjours hospitaliers, des tarifs de l'assurance maladie pour les soins de ville et les soins externes hospitaliers et de l'Approche du Capital Humain pour les pertes de productivité.

## 5. Conclusion

Notre étude est, à notre connaissance, la première étude prospective évaluant l'efficacité de la prise en charge de la suicidalité dans un CTB.

Elle est innovante car pourrait devenir la seule étude francophone prospective évaluant la prévention du risque suicidaire chez des adultes, par un dispositif de soins psychothérapeutiques.

Elle a prouvé, à la fois, sa faisabilité sur le plan méthodologique et sa bonne acceptabilité par les patients.

Parmi les 57 patients ayant atteint les 6 mois de suivi, 12,9% du groupe CTB versus 31,6% du groupe prise en charge standard, ont refait une TS. Au stade des résultats intermédiaires, ces chiffres suggèrent une tendance protectrice de la prise en charge au CTB par rapport à la récurrence de TS. Cette tendance peut s'expliquer par plusieurs éléments.

Tout d'abord, le CTB mène une intervention précoce auprès des patients en les recevant en consultation 24h à 72h après leur sortie des urgences. La nécessité d'une prise en charge précoce avait été mise en évidence par l'équipe de Vaiva (Vaiva et al., 2006) avec le constat que 48% des récurrences de TS avait lieu avant le premier mois suivant la TS index.

Deuxièmement le CTB réalise un travail de crise intensif auprès du patient, qui se rapproche de prises en charge psychothérapeutiques, qui ont démontré leur efficacité dans plusieurs études (McLeavey et al., 1994 ; Hvid et al., 2011 ; Kawarishi et al., 2014).

Troisièmement le CTB pratique ce que certains ont appelé « l'éthique de l'inquiétude » (Cornu, 2000). Quand le patient ne se présente pas à un rendez-vous, le soignant appelle le patient voire, si nécessaire, sa personne de confiance. La clinique nous incite à penser que le souci de l'autre, le sentiment pour le sujet de « rester en contact » avec le dispositif de soins, a un impact réel sur la prise en charge.

Non seulement les patients pris en charge au CTB, ont moins tendance à refaire de TS à 6 mois après leur sortie des urgences, mais ils ont également une amélioration à la fois de leur fonctionnement social avec moins de symptômes dépressifs et de sentiment de désespoir et une diminution des consommations d'alcool.

Il s'agit ainsi de résultats préliminaires encourageants. Nous avons de grands espoirs de pouvoir mettre en évidence un effet protecteur du CTB concernant la récurrence suicidaire, une fois le nombre de patient suffisant inclus dans l'étude.

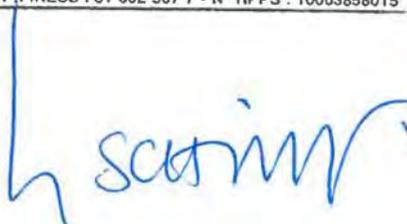
Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

25.02.2016  


Vu le président de  
thèse le 22/02/2016

Professeur Laurent SCHMITT  
*Professeur des Universités*  
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE  
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE  
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne  
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10003858015



### III. BIBLIOGRAPHIE

- Accietto, C. (2003). *La validation d'une version française du questionnaire AUDIT « Alcohol Use Identification Test »*. Thèse de Docteur en médecine, Université de Genève. <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:174>.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2000). *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*. Conférence de consensus. Textes de recommandations. Paris.
- Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: clinical and experimental research*, 21(4), 613-619.
- Amaya, C.V. (2012). *Retour aux urgences des patients adressés au Centre de Thérapie Brève de Toulouse : étude observationnelle sur un an*. Thèse de Docteur en médecine spécialisée clinique, non publiée, Université Paul Sabatier, Toulouse.
- ANAES. (2000). Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
- Andreoli, A., Lalive, J., Garrone, G. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris: SIMEP.
- Aouba, A., Eb, M., Rey, G., Pavillon, G., Jouglà, E. (2011). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'InVS*, 22, 249-255.
- Aouba, A., Pequignot, F., Camelin, L; & Jouglà, E. (2011). Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide, 2006. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'InVS*, 47-48, 498-501.
- Baudelot, C., & Estabiet, R. (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, Seuil.
- 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. *Am J Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Beck, F., Guignard, R., Du Roscoät, E. & Saïas, T. (2011). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*, 47-48, 488 -492.

- Beck, A.T., Steer, R.A., Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. DOI: 10.1016/0272-7358(88)90050-5.
- Bosc, M., Dubini, A., & Polin, V. (1997). Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-Evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(1), S57-S70. DOI: 10.1016/S0924-977X(97)00420-3.
- Bostwick, J.M., Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J psychiatry*, 157(12), 1935-1932.
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X, Hollande, J.E. & Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 563-570.
- Caroll, R., Metcalfe, C., Gunnell D. (2014a). Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 476-483.
- Caroll, R., Metcalfe, C., Gunnell, D. (2014b). Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non fatal repetition: systematic review and meta analysis. *Plos One*, 9(2). DOI: 10.1371/journal.pone.0089944.
- Carter, G.L., Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H., D'Este, C. (2007). Postcards from the Edge: 24-months outcomes of a randomized controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, 191, 548-553.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33(3), 395-405.
- Cedereke, M., Ojehagen, A. (2005). Prediction of repeated parasuicide after 1-12 months. *European Psychiatry*, 20, 101-109.
- CépiDC-Inserm (Centre d'Epidémiologie sur les causes médicales de décès- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), données 2010 et 2011.
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. (2014). Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-

2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 51 p. Disponible à partir de l'URL: <http://www.invs.sante.fr>

- Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P., Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347, f5239.
- Cohidon, C., Santin, G., Geoffroy-Perez, B., Imbernon, E. (2010). Suicide et activité professionnelle en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58, 139-150.
- Cook, C.C. (2014). Suicide and religion. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 254-255.
- Cornu, M. (2000). Le souci est-il un problème? *Ethique et Psychiatrie, Lausanne*.
- Daigle, M.S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-629.
- De Coulon, N. (1999). *La crise. Strategies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Gaetan Morin Editeur.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J., De Silva, D. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 703-709.
- 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. DOI: 10.1080/13811110802324698.
- Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A. et al. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1465-1675.
- Gunnell, D., Eddleston, M., Philips, M.R., & Koradsen, F. (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: a systematic review. *BMC public health*, 7, 357.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G. & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *British Medical Journal*, 323(7305), 135-138.

- Hatcher, S., Sharon, C., Coggan, C. (2009). Beyond randomized controlled trials in attempted suicide research. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 39, 396-407.
- Hawton, K.L., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*, 66(6), 693-704.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Heyerdahl, F., Bjornaas, M.A., Dahl, R., Hovda, K.E., Nore, A.K., Ekeberg, O., & Jacobsen, D. (2009). Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *The British Journal Of Psychiatry*, 194, 73-79.
- Hvid, M., Vangborg, K., Sorensen, H.J., Nielsen, I.K., Stenborg, J.M., Wang, A.G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide. II. The Amager project, a randomized controlled trial. *Nordic*
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraishi, Y., & Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 66-78.
- Kleiman, E.M, Liu, R.T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540-545.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, I., Janavs, J., & Dunbar, G.C. (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. DOI: 10.1016/S0924-9338(97)83296-8.
- Linehan, M.M., Anne Comtois, K., Murray, A.M., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lizardi, D. & Stanley, B. (2010). Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr. Serv.*, 61(12), 1183-1191.
- Machin, D., Campbell, M.J., Tan, S.B. & Tan, S.H. (2011). Sample size tables for clinical studies. *Editor John Wiley & Sons.*

- McLeavey, B.C., Daly, R.J., Ludgate, J.W., Murray, C.M. (1994). Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self-poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 382-394.
- Mann, J.J., Currier, D.M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *Eur Psychiatry*, 25(5), 268-271.
- Mendez-Bustos, P., De Leon-Martinez, V., Miret, M., Baca-Garcia, E., & Lopez-Castroman, J. (2013). Suicide reattempters : a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), 281-295.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. (2013). Rapport Monalisa, Préconisations pour une Mobilisation Nationale contre l'isolement social des Agés.
- Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 345: e4972. DOI: 10.1136/bmj.e4972.
- Mouaffak, F., Marchand, A., Castaigne, E., Arnoux, A., Hardy, P. (2015). OSTA program: a French follow up intervention program for suicide prevention. *Psychiatry Research*, 230(3), 913-918.
- Nebhinami, N. (2014). Religious service attendance as a protective factor against suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 404.
- Nicastro, R., Zanello, A., Merlo, M.C.G, & McQuillan, A. (2009). Caractéristiques psychométriques du questionnaire de fonctionnement social chez des patients borderline. *L'Encéphale*, 35(5), 436-442. DOI: 10.1016/j.encep.2008.06.003.
- Nordentoft, M., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- O'Connor, R.C., Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. En ligne [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1), consulté le 23 avril 2014.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*. En ligne [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778\\_fre.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1)
- Palmer, B.A., Pankratz, V.S., Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arc Gen Psychiatry*, 62(3), 247-253.
- Pierce, D.W. (1981). The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 391-396. DOI: 10.1192/bjp.139.5.391.
- Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, 360(9340), 1126-1130.
- Salkovskis, P.M., Atha, C., Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: a controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-876.
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health*, 8(12), 4550-4562.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, 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-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*, 13(4), 303-316.
- Slee, N., Garnefski, N., Van Der Leeden, R., Arensman, E., Spinhoven, P. (2008). Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 202-211.
- Stenager, E., Stenager, E. (2009). Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman, D., Wasserman, C., editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: *Oxford University Press*, 293-299.
- Terra, J.L. (2003). La prevention du suicide. *Actualité et dossier en santé publique*, 45, 19-62.
- Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, F., 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. *British Medical Journal*, 332(7552), 1241-1245.

Van der Sande, R., Van Rooijen, L., Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., Van der Graaf, Y., et al. (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomized controlled intervention study. *British Journal of Psychiatry*, 171, 35-41.

Vinet, M.A., Le Jeanic, A., Lefèvre, T., Quelen, C., & Chevreur, K. (2013). Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. *Conférence : EPI-CLIN 2013*, vol 62.

Walter, M. (2003). Évaluer le risque suicidaire. *Revue du Praticien*, 2003, 53: 1186-1190.

Zanello, A., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Maercker, A., & Guimon, J. (2006). Validation du Questionnaire de Fonctionnement Social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *L'Encéphale*, 32(1), 45-59. DOI : 10.1016/S0013-7006(06)76136-X.

## IV. ANNEXES

### Annexe 1: Les programmes de prévention

#### 1. Au niveau international

- IASP: Association Internationale pour la Prévention du Suicide

Cette association a été fondée en 1960 par le Professeur Erwin Ringel et compte des professionnels et des bénévoles de plus de 50 pays. C'est une organisation non gouvernementale en lien officiel avec l'Organisation Mondiale de la Santé dans le but de prévenir le suicide. Elle comporte plusieurs groupes de recherche :

- Un groupe de travail pour le « développement et l'amélioration d'une meilleure synergie internationale pour réduire le nombre de suicides chez le personnel des forces armées et des différents corps policiers dans le monde »
- Un groupe pour « améliorer la recherche et la mise en réseau des pratiques entre les experts dans les domaines du suicide, de la psychiatrie et de la médecine d'urgence »
- Un groupe pour « l'élaboration de standards internationaux pour les personnes œuvrant sur les lignes d'écoute »
- Un groupe pour « mieux comprendre comment les suicides sont comptabilisés dans les diverses bases de données nationales »
- Un groupe sur la postvention, qui met « l'accent sur le deuil par suicide et les personnes endeuillées »
- Un groupe « suicide et médias » qui « vise l'établissement de normes afin de promouvoir un traitement responsable et éthique du suicide par les divers médias d'information ».
- Un groupe « suicide en milieu carcéral » qui « vise à mettre en commun les connaissances et l'expertise sur les comportements suicidaires en milieu carcéral dans le but de faciliter la dissémination de l'information nécessaire à une prévention efficace du suicide dans les prisons et pénitenciers »

- Un groupe « suicide chez les personnes âgées » afin « d’avoir une perception accrue et une meilleure compréhension du suicide chez les personnes âgées »

## 2. Au niveau national

En France le suicide a été reconnu comme priorité de Santé Publique dès la fin des années 1990.

- Un programme national d’action contre le suicide 2011-2014 met en avant 6 grands axes : développement de la prévention et de la postvention, amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire, information et communication autour de la prévention du suicide, formation des professionnels, études et recherches, et suivi et animation du programme d’action contre le suicide.
- Le Programme Monalisa (Mobilisation Nationale contre l’Isolement social des âgés) mis en place par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé en juillet 2013, a pour but de lutter contre l’isolement pour les personnes âgées. En effet 12% des français sont seuls. Ce chiffre place la France parmi les 3 trois pays d’Europe les plus touchés par l’isolement relationnel. 23% de ces personnes ont plus de 75 ans, soit environ 1,2 million de personnes. Et l’isolement est un des facteurs de risque de suicide.
- GEPS: Groupement d’Etudes et de Prévention du Suicide

Engagé depuis 1969 dans la prévention du suicide, cette association loi de 1901 a pour vocation de soutenir les actions de recherches, de prévention, de formations et d’actions autour de la prévention du suicide.

- UNPS : Union Nationale pour la Prévention du Suicide

Née en 1996 à partir du regroupement d’association, elle a d’abord pour nom « Journée Nationale pour la Prévention du Suicide ». C’est en 2000 que l’association prend le nom qu’on lui connaît actuellement. Elle accompagne les associations qui œuvrent pour la prévention du suicide, pour alerter, sensibiliser l’opinion publique et les responsables politiques de santé sur l’importance de la problématique et la faisabilité des interventions. Le rôle de l’UNPS est d’être le trait d’union entre la société civile et les pouvoirs publics.

- Observatoire National du Suicide

Il a été créé en septembre 2013, placé sous la responsabilité de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), rattachée au ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Son 1<sup>er</sup> rapport est publié en novembre 2014 : Suicide, état des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Le 2<sup>ème</sup> rapport vient juste de paraître (février 2016) et s'intitule « Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives ».

- Suicide Ecoute : écoute téléphonique assurée par des bénévoles
- La Porte Ouverte : rôle de prévention primaire du suicide, sous tendu par le principe « parler, ça fait du bien ».
- SOS Suicide Phénix : fédération ayant pour objectif la prévention du suicide et la promotion des actions de prévention, par le biais de la restauration du lien social par une écoute et un accueil.
- Le Collectif bisontin pour la prévention du suicide : il regroupe les associations bisontines qui adhèrent à l'UNPS (Vivre son deuil, SOS Amitié, l'UNAFAM, Jonathan Pierre Vivantes et la Porte Ouverte).
- PHARE Enfants Parents : lieu d'écoute et d'accueil qui offre un soutien aux parents en difficulté avec leurs enfants et aux parents endeuillés par un suicide.
- Réseau Sentinelles de Médecins Généralistes qui déclarent les cas de TS et de suicides à des fins de veille sanitaire et de recherche. 1300 Médecins Généralistes libéraux, volontaires, répartis sur le territoire métropolitain français.

### 3. Au niveau régional

- PSMP : Prévention du Suicide en Midi Pyrénées. Organisation de la Journée Nationale pour la Prévention du Suicide.

**Annexe 2 : Les études contrôlées randomisées avec résultat significatif concernant la prévention de la récurrence de TS**





## **Annexe 3: Formulaire de non opposition concernant l'étude « CFRS-CTB », groupe CTB**

Madame, Monsieur,

Le présent document décrit l'étude comparative à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations répondant aux différentes questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

### **1) Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?**

A l'occasion de votre passage aux urgences, il vous a été proposé un suivi par le Centre de Thérapie Brève. C'est dans ce cadre-là que nous vous proposons de participer à un programme de recherche qui consiste à suivre l'évolution de votre état de santé et prendre de vos nouvelles en vous contactant 2 fois dans les 6 mois qui viennent (à 3 mois puis à 6 mois).

### **2) Quel est l'objectif de la recherche ?**

Tester le bénéfice éventuel de différentes prises en charge dans les mois suivants votre passage aux urgences.

### **3) Comment va se dérouler la recherche ?**

Un des médecins de notre équipe vous rencontrera afin de vous faire passer plusieurs questionnaires. Cela prendra environ 30 minutes.

Après votre sortie de l'hôpital, vous serez recontacté(e) personnellement par téléphone et/ou par mail, à 3 mois et à 6 mois par un interne en médecine. Cet entretien durera à peu près 10 minutes et sera l'occasion de faire le point sur l'évolution de votre état de santé par le biais de questionnaires standardisés.

Si lors de cet appel vous présentez des difficultés psychologiques, il vous sera alors proposé une prise en charge thérapeutique supplémentaire que vous serez libre d'accepter ou de refuser.

Tous les renseignements recueillis au cours de l'entretien seront informatisés et resteront strictement confidentiels. Seules les personnes collaborant au projet seront autorisées à les consulter. Si vous acceptez de participer à cette étude, les résultats de cette étude seront anonymes.

La durée totale de votre participation à cette étude sera d'environ 6 mois.

Dans le but de réaliser une évaluation médico-économique, nous serons amenés à consulter les données de l'assurance maladie concernant votre prise en charge et la consommation des soins liée à votre prise en charge effectuée au CHU de Toulouse.

### **4) Quels sont les bénéfices attendus ?**

Lors de votre accueil aux urgences, le temps est souvent compté. Les entretiens téléphoniques et les prises en charge éventuellement proposées ici sont susceptibles de vous apporter un soutien supplémentaire dans les mois qui viennent.

### **5) La démarche comporte-t-elle des risques, des effets indésirables et/ou des contraintes particulières ?**

Cette recherche ne comporte à priori aucun risque, les différents contacts personnels proposés sont sensés vous apporter un bénéfice. Néanmoins ces contacts sur l'instant peuvent être positifs mais peuvent aussi réveiller certains souvenirs pénibles.

**6) Existe-t-il des alternatives à la prise en charge ?**

Si vous ne participez pas à cette recherche, vous bénéficiez dans tous les cas d'une prise en charge appropriée à votre situation qui sera celle habituellement proposée aux urgences du CHU de Purpan.

**7) Quels sont mes droits en tant que participant à la recherche ?**

En référence à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous avez un droit d'accès et de rectification concernant toutes les données vous concernant. Vous avez également le droit de vous retirer à tout moment de l'étude ou de refuser d'y participer. Si vous quittez l'étude, vous n'aurez pas à expliquer vos raisons et votre décision ne vous sera pas préjudiciable.

Vous n'aurez à supporter aucune charge financière supplémentaire du fait de votre participation à cette étude.

Vous êtes en droit d'être informé des résultats globaux de l'étude.

**8) A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?**

Vous pouvez vous adresser au Docteur Anjali MATHUR par email : [mathur.a@chu-toulouse.fr](mailto:mathur.a@chu-toulouse.fr).

**Nous vous proposons maintenant de signer un consentement écrit, pour témoigner que nous vous avons informé(e), que votre accord est libre et qu'en cas d'arrêt de l'étude de votre part, vous ne vous opposez pas à l'analyse des données vous concernant.**

**Cela ne dégage en rien la responsabilité de vos médecins ni de tous les autres soignants qui s'occuperont de vous.**

L'investigateur

Nom : .....

Prénom : .....

A Toulouse, le

Signature :

Le participant

Nom :.....

Prénom :.....

A Toulouse, le

Signature :

**Annexe 4 : Cahier d'observation (seulement partie T0)**

T0-T1-T2



**CAHIER D'OBSERVATION**

**ETUDE CFRS-CTB :**

**Patients admis aux urgences pour tentative de suicide : comparaison de la fréquence des récurrences suicidaires après une prise en charge au Centre de Thérapie Brève versus prise en charge standard**

Initiales du patient :    
(La première lettre du nom et la première du prénom)

N° du patient :



## Constitution des temps d'évaluation

	T0 = admission urgences	T1 = 3 mois après T0	T2 = 6 mois après T0
Pré-inclusion : vérification des critères d'inclusion et de non inclusion	X		
Informations et présentation au patient	X		
Non opposition libre et éclairée	X		
Recueil des données sociodémographiques et médicales	X		
PIERCE	X		
MINI	X		
BDI	X	X	X
QFS	X	X	X
Echelle de désespoir	X	X	X
Questionnaire AUDIT	X	X	X
Nouvelle tentative de suicide ? Suivi ?		X	X

## Calendrier prévisionnel des dates des temps d'évaluation

T0 = |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Lieu d'évaluation \_\_\_\_\_

T1 = |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Lieu d'évaluation \_\_\_\_\_

T3 = |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

Lieu d'évaluation \_\_\_\_\_

## Renseignements participants

VÉRIFICATION DES CRITÈRES	OUI	NON
---------------------------	-----	-----

### Critères d'inclusion :

1.  Patients admis au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Toulouse pour une tentative de suicide (TS)
2.  De plus de 18 ans
3.  N'ayant pas de suivi psychiatrique régulier
4.  Acceptant de donner une non opposition éclairée écrite.

Si un ou plusieurs critères ne sont pas cochés : le patient n'est pas à inclure dans l'étude.

### Critères de non inclusion :

5.  Trouble cognitif ou retard mental
6.  Patient sous tutelle ou curatelle
7.  Dépendance à des toxiques
8.  Ne parlant et/ou ne lisant pas le français couramment
9.  Ne pouvant pas fournir assez de coordonnées pour un bon déroulement du suivi (numéro de téléphone personnel ou adresse mail au minimum)
10.  Sans logement
11.  Résidant hors de la Haute Garonne

Si un ou plusieurs critères sont cochés, le patient n'est pas à inclure dans l'étude.

# Temps d'évaluation T0 Admission aux urgences

Date : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

RECUEIL DE LA NON OPPOSITION : OUI NON

Je certifie avoir recueilli la non opposition libre et éclairée du patient le : |\_|\_| |\_|\_|  
|\_|\_| avant toute procédure.

Signature de l'investigateur :

ORIENTATION PROPOSEE PAR PSYCHIATRE DES URGENCES (Nom du Psychiatre  
évaluateur : .....

CTB

Hospitalisation

Médecin traitant

Psychiatre/psychologue/psychothérapeute  en libéral  au CMP

Accueil de Jour Intersectoriel Réactif (AJIR)

RECUEIL DES INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES : .....

Sexe : F M

Année de naissance : .....

### **Contexte socio-environnemental :**

Situation matrimoniale : Célibataire  En couple  Enfant(s) à charge

Nombre d'enfant : .....

Niveau d'étude : Avant Baccalauréat  Baccalauréat  Etudes supérieures

Situation professionnelle : Sans emploi  Emploi  Retraité(e)   
Etudiant(e)

### **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

- Pathologie(s) chronique(s) : oui  non
- Pathologie(s) douloureuse(s) : oui  non

### **Antécédents personnels psychopathologiques :**

- Nombre TS antérieures : .....

- Pathologie psychiatrique : Pathologie psychotique  Trouble de l'humeur   
 Trouble anxieux  Trouble de la personnalité  Addiction  Aucun
- Antécédent hospitalisation en psychiatrie : oui  non
- Suivi régulier : oui  non
- Antécédent de violence/maltraitance (sexuelle ou non) dans l'enfance : oui  non

**Antécédents familiaux psychopathologiques :**

- Suicide(s) : oui  non
- Tentative(s) de suicide : oui  non
- Pathologie(s) psychiatrique(s) : oui  non

**Prise en charge actuelle :**

- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre/ un psychanalyste/ un psychologue/ un psychothérapeute ? oui  non
- Avez-vous un suivi régulier : oui  non  Par qui : .....
- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris un traitement psychotrope (hors benzodiazépine) ? oui  non
- Au cours des 6 derniers mois, avez- vous pris des benzodiazépines ? oui  non

**Type de geste suicidaire:**

- Intoxication  Par quels médicaments : .....
- Auto mutilation (arme blanche, phlébotomie...)
- Autre geste  précisez : .....

**Echelle d'intentionnalité suicidaire de PIERCE**

- 1) Circonstances objectives liées à la tentative de suicide :
- |  |   |          |
|--|---|----------|
| <input type="checkbox"/> <b><i>Isolement</i></b>   | Quelqu'un de présent  | <b>0</b> |
|  | Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (tél par ex)  | <b>1</b> |
|  | Isolement total (nulle présence, pas de contact visuel, ni tél)   | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> <b><i>Moment choisi</i></b>   | Intervention probable   | <b>0</b> |
|  | Intervention improbable   | <b>1</b> |
|  | Intervention très improbable  | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> <b><i>Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui</i></b> | Aucune précaution prise   | <b>0</b> |
|  | Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) | <b>1</b> |
|  | Précautions actives (porte fermée à clé)  | <b>2</b> |
| <input type="checkbox"/> <b><i>Appel à l'aide pendant ou après la tentative</i></b>                          | A averti de son geste une personne pouvant le secourir  | <b>0</b> |
|  | A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste   | <b>1</b> |
|  | N'a contacté, ni averti personne  | <b>2</b> |

**Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires par ex : testament, cadeaux, assurance-vie)**

- Aucune 0
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre 1
- A pris toutes les dispositions ou a fait des plans définitifs 2

- Lettre d'adieu**
- Pas de lettre 0
  - Lettre écrite mais déchirée ou jetée 1
  - Présence d'une lettre 2

2) Propos rapportés par le patient :

- Appréciation de la léthalité du geste par le patient**
- Pensait que son geste ne le tuerait pas 0
  - N'était pas sûr que son geste le tuerait 1
  - Etait sûr que son geste le tuerait 2

- Intention de mort**
- Ne voulait pas mourir 0
  - Incertain ou mélange de 0 et 2 1
  - Voulait mourir 2

- Préméditation**
- Aucun, geste impulsif 0
  - Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative 1
  - Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative 2
  - Suicide envisagé plus d'un jour avant la tentative 3

- Position actuelle vis-à-vis de la tentative**
- Patient heureux de s'en être sorti 0
  - Patient incertain ou mélange de 0 et 2 1
  - Patient désolé d'avoir survécu 2

3) Dangerosité :

- Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (ex : si quelqu'un n'était venu par hasard lui porter secours)**
- Issue favorable certaine 0
  - Mort improbable 1
  - Mort probable ou certaine 2

- La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?**
- Non 0
  - Incertain 1
  - Oui 2

## M.I.N.I

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### 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 $\pm 5\%$ , c. à d. $\pm 3,5$ kg / $\pm 8$ lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER <b>OUI</b> , SI <b>OUI</b> 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 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)			

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

<b>NON</b>	<b>OUI</b>
<b>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL</b>	

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  
**EPISODE DEPRESSIF  
MAJEUR PASSE**

### A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES

**MELANCOLIQUES (option) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a **A2 EST-ELLE COTEE OUI**

NON OUI 12

b Au cours cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux (se) auparavant ?

NON OUI 13

Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez-vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?

**A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI**

→  
NON OUI

**Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :**

A7 Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ce que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?

NON OUI 14

b Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?

NON OUI 15

c Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?

NON OUI 16

d **A3c EST ELLE COTEE OUI ?**

NON OUI 17

e **A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?**

NON OUI 18

f Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?

NON OUI 19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON	OUI
<b>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR</b>	
<i>avec Caractéristiques Mélancoliques</i>	
<b>ACTUEL</b>	

**B. DYSTHYMIE**

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	<b>Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :</b>			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?	→ NON	OUI	28

**B4 EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON	OUI
<b>DYSTHYMIE ACTUEL</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 ?	NON	OUI	1
	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.			
	Si OUI			
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 ?	NON	OUI	3
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.			
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment?	NON	OUI	4
	<b>D1a <u>OU</u> 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 (épisode passe) ou D1b = NON (épisode 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 à 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
<b>EPISODE HYPOMANIAQUE</b>	
ACTUEL	•
PASSE	•

**D4 EST-ELLE COTEE OUI ?**

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON	OUI
<b>EPISODE MANIAQUE</b>	
ACTUEL	•
PASSE	•

**E. TROUBLE PANIQUE**

E1	<p>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 ?</p> <p>NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES</p>	NON	OUI	1
<p>SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1</p>				
E2	<p>Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?</p> <p>SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1</p>	NON	OUI	2

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 E3 = NON, 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 ?	NON	OUI	
	Si E5 NON, PASSER EN E7			
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 E6=OUI, passer à F1	NON	OUI	
			<i>Trouble Panique Vie entière</i>	
			<i>Trouble Panique Actuel</i>	

## I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?	→ NON	OUI	1
	EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...			
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	→ NON	OUI	2

**I3 Au cours du mois écoulé :**

Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3
Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4
Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5
Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6
Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7
Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8
	→		
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	NON	OUI	

**I4 Au cours du mois écoulé :**

Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
Etiez-vous nerveux (se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	→		
	NON	OUI	

I5 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	14
--	-----	-----	----

**I5 EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON	OUI
<b>ETAT DE STRESS</b>	
<b>POST-TRAUMATIQUE</b>	
<b>ACTUEL</b>	

**K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)**

## CARTE DES SUBSTANCES

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

<b>AMPHETAMINE</b>	<b>ESSENCE</b>	<b>MORPHINE</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ETHER</b>	<b>NEIGE</b>
<b>CAPTAGON</b>	<b>FEUILLE DE COCA</b>	<b>OPIUM</b>
<b>CATOVIT</b>	<b>HASCHICH</b>	<b>PALFIUM</b>
<b>COCAÏNE</b>	<b>HEROÏNE</b>	<b>RITALINE</b>
<b>CODEINE</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>SHIT</b>
<b>COLLE</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>TEMGESIC</b>
<b>CRACK</b>	<b>MESCALINE</b>	<b>TOLUENE</b>
<b>ECSTASY</b>	<b>METHADONE</b>	<b>TRICHLORETHYLENE</b>

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 EXPLORÉ CI-DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :
  - CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT
  - UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE
- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :
  - UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

**K2 En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], 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
- 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 cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux (se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ? NON OUI  
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE
- c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'aviez l'intention ? NON OUI
- 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 SÉLECTIONNÉE] 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**  
**DEPENDANCE à une**  
**(des) SUBSTANCES(S)**  
**ACTUEL**

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 ?  
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**  
**ABUS DE**  
**SUBSTANCE(S)**  
**ACTUEL**

**O. ANXIETE GENERALISEE**

- O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux (se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?  
→  
NON    OUI      1
- NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...
- b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?  
→  
NON    OUI      2

O2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?	→ NON	OUI	3
DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT				
O3	<b>Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux (se), vous arrivait-il souvent:</b>			
a	De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI	4
b	D'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI	5
c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI	6
d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI	7
e	D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI	8
f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI	9

## **Echelle BDI II**

Vous devez entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti au cours des 2 dernières semaines. Si vous hésitez entre 2 phrases, vous pouvez entourer 2 chiffres. Vous ne devez pas entourer plus de 2 chiffres.

### **A**

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

### **B**

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

### **C**

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

### **D**

- 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
- 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
- 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
- 3 Je suis mécontent de tout

### **E**

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

### **F**

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

### **G**

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

**H**

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

**I**

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

**J**

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

**K**

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**L**

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

**M**

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

## PARTIE 1

Ce questionnaire évalue votre fonctionnement social général au cours des deux dernières semaines. Lisez attentivement chacune des questions ci-après puis cochez la réponse appropriée. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

### I. Activités

1. Au cours de ces deux dernières semaines à quelle fréquence avez-vous accompli l'une ou l'autre de ces activités (activités professionnelles, études, activités bénévoles, recherche d'emploi, ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez accompli ces activités au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

### II. Tâches de la vie quotidienne

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous réalisé l'une ou l'autre de ces tâches (ménage, achats, cuisine, éducation des enfants, ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez réalisé ces tâches au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

### III. Loisirs

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous consacré du temps à vos loisirs (sport, activités artistiques ou culturelles, lecture, séance de cinéma ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) des loisirs que vous avez eus au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

### IV. Relations familiales et de couple

1. Durant ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des membres de votre famille (parents, conjoint ou concubin, enfants, fratrie, cousins, ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces membres de votre famille au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

### V. Relations extra familiales

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des personnes de votre entourage extra-familial (amis, voisins, partenaires sexuels occasionnels, ...)?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces personnes de votre entourage extra-familial au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

#### VI. Gestion financière et administrative

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous veillé à votre gestion financière et administrative (paiements, versements, classement,...)?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez veillé à votre gestion financière et administrative au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

#### VII. Santé générale

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pris soin de votre santé générale (hygiène et présentation corporelle, alimentation, soins médicaux et dentaires de base, ...)?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous avez pris soin de votre santé générale au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

#### VIII. Vie collective et informations

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous tenu informé(e) et/ou avez-vous participé à la vie collective (participation à la vie politique, associative, culturelle de votre milieu de vie et information au sujet des actualités régionales et nationales, ...)?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous vous êtes tenu informé(e) et/ou avez participé à la vie collective au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

## Echelle H

**CONSIGNES** – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

---

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.....  Vrai  Faux
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi..  Vrai  Faux
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.....  Vrai  Faux
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.....  Vrai  Faux
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus.....  Vrai  Faux
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.....  Vrai  Faux
7. Mon avenir me semble plus sombre.....  Vrai  Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens....  Vrai  Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur....  Vrai  Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir.....  Vrai  Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.....  Vrai  Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.....  Vrai  Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.....  Vrai  Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux.....  Vrai  Faux
15. J'ai foi en l'avenir.....  Vrai  Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit.....  Vrai  Faux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur....  Vrai  Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain.....  Vrai  Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.....  Vrai  Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.....  Vrai  Faux

## Questionnaire AUDIT

**1.** Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

**2.** Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

**3.** Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**4.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**5.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**6.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**7.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**8.** Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

**9.** Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

**10.** Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

## Annexe 5: Caractéristiques à l'inclusion selon le groupe de prise en charge (N=90)

	Total		Prise en charge standard		CTB		P
	N ou médiane	% ou IQR	N ou médiane	% ou IQR	N ou médiane	% ou IQR	
<b>Sexe</b>							
Homme	16	17,8	7	21,2	9	15,8	0,517
Femme	74	82,2	26	78,8	48	84,2	
<b>Age</b>							
	32,5	23 ; 45	29	22 ; 45	34	25 ; 42	0,384
<b>Situation matrimoniale</b>							
Célibataire	44	48,9	15	45,5	29	50,9	0,620
En couple	46	51,1	18	54,5	28	49,1	
<b>Niveau d'étude</b>							
Avant Bac	44	48,9	13	39,4	31	54,4	0,106
Bac	15	16,7	9	27,3	6	10,5	
Etudes supérieures	31	34,4	11	33,3	20	35,1	
<b>Situation professionnelle</b>							
Sans emploi	25	27,8	13	39,4	12	21,1	0,152
Emploi	49	54,4	17	51,5	32	56,1	
Retraité	4	4,4	0	0,0	4	7,0	
Etudiant	12	13,3	3	9,1	9	15,8	
<b>Enfant à charge</b>							
Non	62	68,9	24	72,7	38	66,7	0,550
Oui	28	31,1	9	27,3	19	33,3	
<b>Nombre d'enfants</b>							
	0	0 ; 2	1	0 ; 2	0	0 ; 2	0,700
<b>Nombre de TS antérieures</b>							
	0	0 ; 1	0	0 ; 1	0	0 ; 1	0,310
<b>Antécédent de pathologie chronique</b>							
Non	63	70,0	22	66,7	41	71,9	0,600
Oui	27	30,0	11	33,3	16	28,1	
<b>Antécédent de pathologie douloureuse</b>							
Non	68	75,6	24	72,7	44	77,2	0,635
Oui	22	24,4	9	27,3	13	22,8	
<b>Pathologie psychiatrique</b>							
Aucun trouble	60	66,7	22	66,7	38	66,7	0,052
Tr. Humeur	14	15,6	2	6,1	12	21,1	
Tr. Anxieux	3	3,3	2	6,1	1	1,8	
Tr. de la personnalité	6	6,7	3	9,1	3	5,3	
Addiction	2	2,2	2	6,1	0	0,0	
Tr. humeur + Tr.	2	2,2	2	6,1	0	0,0	

<b>Personnalité</b>							
Tr. humeur + Tr. personnalité + Tr. Anxieux	1	1,1	0	0,0	1	1,8	
Tr. humeur + addiction	1	1,1	0	0,0	1	1,8	
Tr. humeur + Tr anxieux	1	1,1	0	0,0	1	1,8	
<b>Pathologie psychiatrique (3 classes)</b>							
Aucun trouble	60	66,7	22	66,7	38	66,7	1,000
1 pathologie psychiatrique	25	27,8	9	27,3	16	28,1	
>1 pathologie psychiatrique	5	5,6	2	6,1	3	5,3	
<b>Pathologie psychiatrique (2 classes)</b>							
Non	60	66,7	22	66,7	38	66,7	1,000
Oui	30	33,3	11	33,3	19	33,3	
<b>Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie</b>							
Non	76	84,4	31	93,9	45	78,9	0,059
Oui	14	15,6	2	6,1	12	21,1	
<b>Antécédent de suivi</b>							
Non	57	63,3	23	69,7	34	59,6	0,340
Oui	33	36,7	10	30,3	23	40,4	
<b>Antécédent de violence/maltraitance dans l'enfance</b>							
Non	64	71,1	23	69,7	41	71,9	0,822
Oui	26	28,9	10	30,3	16	28,1	
<b>Antécédent familial de suicide</b>							
Non	72	80,9	26	78,8	46	82,1	0,697
Oui	17	19,1	7	21,2	10	17,9	
<b>Antécédent familial de TS</b>							
Non	59	66,3	22	66,7	37	66,1	0,954
Oui	30	33,7	11	33,3	19	33,9	
<b>Antécédent familial de pathologie psychiatrique</b>							
Non	39	43,8	14	42,4	25	44,6	0,839
Oui	50	56,2	19	57,6	31	55,4	
<b>Consultation d'un thérapeute dans les 6 derniers mois</b>							
Non	71	78,9	26	78,8	45	78,9	0,986

Oui	19	21,1	7	21,2	12	21,1	
<b>Suivi dans les 6 derniers mois</b>							
Non	79	87,8	29	87,9	50	87,7	1,000
Oui	11	12,2	4	12,1	7	12,3	
<b>Prise traitement psychotrope (hors benzodiazépine) dans les 6 derniers mois</b>							
Non	52	57,8	23	69,7	29	50,9	0,082
Oui	38	42,2	10	30,3	28	49,1	
<b>Prise benzodiazépine dans les 6 derniers mois</b>							
Non	47	52,2	19	57,6	28	49,1	0,439
Oui	43	47,8	14	42,4	29	50,9	
<b>Type de geste suicidaire</b>							
Intoxication	85	94,4	31	93,9	54	94,7	1,000
Autre (pendaison ou électrocution)	2	2,2	1	3,0	1	1,8	
Intoxication + automutilation	3	3,3	1	3,0	2	3,5	
<b>Geste initial</b>							
Intoxication ± mutilation	88	97,8	32	97,0	56	98,2	1,000
Autre (pendaison ou électrocution)	2	2,2	1	3,0	1	1,8	
<b>Traitement pris pour IMV</b>							
Psychotrope	49	55,7	17	53,1	32	57,1	0,944
Psychotrope + alcool	10	11,4	4	12,5	6	10,7	
Pharmacie usuelle	20	22,7	8	25,0	12	21,4	
Pharmacie usuelle + alcool	5	5,7	2	6,3	3	5,4	
Traitement somatique	2	2,3	0	0,0	2	3,6	
Non applicable (médicament non connus ou pas d'IMV)	2	2,3	1	3,1	1	1,8	
<b>Traitement pris pour IMV</b>							
Non applicable (médicament non connus ou pas d'IMV)	2	2,3	1	3,1	1	1,8	0,807
Psychotrope ± alcool	59	67,0	21	65,6	38	67,9	
Pharmacie usuelle ± alcool	25	28,4	10	31,3	15	26,8	
Traitement somatique	2	2,3	0	0,0	2	3,6	
<b>Résultats MINI du diagnostic de trouble de l'humeur sur versant dépressif</b>							

Pas de trouble dépressif	23	25,6	8	24,2	15	26,3	0,239
Tb humeur dépressif actuel	39	43,3	18	54,5	21	36,8	
Tb humeur actuel + passé	26	28,9	6	18,2	20	35,1	
Dysthymie actuel	2	2,2	1	3,0	1	1,8	
<b>Résultats MINI du diagnostic de trouble de l'humeur sur versant maniaque/hypomane</b>							
Pas de trouble humeur maniaque/hypomane	77	85,6	29	87,9	48	84,2	0,557
Tb humeur maniaque/hypomane actuel	4	4,4	2	6,1	2	3,5	
Atcd tb humeur maniaque/hypomane	9	10,0	2	6,1	7	12,3	
<b>Résultats MINI du diagnostic de trouble anxieux (PTSD, tb panique, anxiété généralisée)</b>							
Pas de trouble anxieux	47	52,2	20	60,6	27	47,4	0,110
Tb anxieux actuel	34	37,8	8	24,2	26	45,6	
Trouble anxieux passé	3	3,3	1	3,0	2	3,5	
Tb anxieux actuel + passé	6	6,7	4	12,1	2	3,5	
<b>Résultats MINI diagnostic de consommation de toxique</b>							
Pas de consommation de toxique	84	93,3	30	90,9	54	94,7	0,592
Abus de substance	5	5,6	3	9,1	2	3,5	
Dépendance substance	1	1,1	0	0,0	1	1,8	
<b>Score d'intentionnalité suicidaire de PIERCE</b>	9	7 ; 14	10	7 ; 14	9	7 ; 13	0,257
<b>Score échelle dépression BDI</b>	15	9 ; 20	15	9 ; 20	15	11 ; 21	0,589
<b>Score fonctionnement social QFS</b>	57	49 ; 61	57	49 ; 61	57	49 ; 61	0,835
<b>Score échelle désespoir H</b>	9	6 ; 14	9	6 ; 14	8	6 ; 13	0,952
<b>Score AUDIT</b>	4	1 ; 7	4	2 ; 6	4	1 ; 7	0,434

**Annexe 6 : Caractéristiques des patients selon l'occurrence ou non d'une récurrence de TS (N=50)**

	Total		Non		Oui		P
	N ou médiane	% ou IQR	N ou médiane	% ou IQR	N ou médiane	% ou IQR	
<b>T0</b>							
<b>Groupe</b>							
Prise en charge standard	19	38,0	13	32,5	6	60,0	0,150
CTB	31	62,0	27	67,5	4	40,0	
<b>Sexe</b>							
Homme	9	18,0	7	17,5	2	20,0	1,000
Femme	41	82,0	33	82,5	8	80,0	
<b>Age</b>							
	34	24 ; 42	34,5	23 ; 44	30	24 ; 47	0,560
<b>Situation matrimoniale</b>							
Célibataire	24	48,0	21	52,5	3	30,0	0,294
En couple	26	52,0	19	47,5	7	70,0	
<b>Niveau d'étude</b>							
Avant Bac	26	52,0	20	50,0	6	60,0	0,318
Bac	6	12,0	4	10,0	2	20,0	
Etudes supérieures	18	36,0	16	40,0	2	20,0	
<b>Situation professionnelle</b>							
Sans emploi	13	26,0	9	22,5	4	40,0	0,222
Emploi	26	52,0	23	57,5	3	30,0	
Retraité	3	6,0	3	7,5	0	0,0	
Etudiant	8	16,0	5	12,5	3	30,0	
<b>Enfant à charge</b>							
Non	31	62,0	25	62,5	6	60,0	1,000
Oui	19	38,0	15	37,5	4	40,0	
<b>Nombre d'enfants</b>							
	0	0 ; 2	1	0 ; 2	0,5	0 ; 2	0,847
<b>Nombre de TS antérieures</b>							
	0	0 ; 1	0	0 ; 1	0,5	0 ; 1	0,279
<b>Antécédent de pathologie chronique</b>							
Non	35	70,0	28	70,0	7	70,0	1,000
Oui	15	30,0	12	30,0	3	30,0	
<b>Antécédent de pathologie douloureuse</b>							
Non	37	74,0	31	77,5	6	60,0	0,420
Oui	13	26,0	9	22,5	4	40,0	
<b>Pathologie psychiatrique</b>							

Aucun trouble	32	64,0	28	70,0	4	40,0	0,022*
Tr. Humeur	7	14,0	6	15,0	1	10,0	
Tr. Anxieux	2	4,0	2	5,0	0	0,0	
Tr. de la personnalité	4	8,0	3	7,5	1	10,0	
Addiction	1	2,0	0	0,0	1	10,0	
Tr. humeur + Tr. Personnalité	1	2,0	0	0,0	1	10,0	
Tr. humeur + Tr. personnalité + Tr. Anxieux	1	2,0	0	0,0	1	10,0	
Tr. humeur + addiction	1	2,0	1	2,5	0	0,0	
Tr. humeur + Tr anxieux	1	2,0	0	0,0	1	10,0	
<b>Pathologie psychiatrique (3 classes)</b>							
Aucun trouble	32	64,0	28	70,0	4	40,0	0,018*
1 pathologie psychiatrique	14	28,0	11	27,5	3	30,0	
>1 pathologie psychiatrique	4	8,0	1	2,5	3	30,0	
<b>Pathologie psychiatrique (2 classes)</b>							
Non	32	64,0	28	70,0	4	40,0	0,138
Oui	18	36,0	12	30,0	6	60,0	
<b>Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie</b>							
Non	43	86,0	35	87,5	8	80,0	0,618
Oui	7	14,0	5	12,5	2	20,0	
<b>Antécédent de suivi</b>							
Non	32	64,0	27	67,5	5	50,0	0,463
Oui	18	36,0	13	32,5	5	50,0	
<b>Antécédent de violence/maltraitance dans l'enfance</b>							
Non	33	66,0	27	67,5	6	60,0	0,717
Oui	17	34,0	13	32,5	4	40,0	
<b>Antécédent familial de suicide</b>							
Non	40	80,0	33	82,5	7	70,0	0,397
Oui	10	20,0	7	17,5	3	30,0	
<b>Antécédent familial de TS</b>							
Non	35	70,0	31	77,5	4	40,0	0,048*
Oui	15	30,0	9	22,5	6	60,0	

<b>Antécédent familial de pathologie psychiatrique</b>							
Non	19	38,0	17	42,5	2	20,0	0,282
Oui	31	62,0	23	57,5	8	80,0	
<b>Consultation d'un thérapeute dans les 6 derniers mois</b>							
Non	37	74,0	32	80,0	5	50,0	0,101
Oui	13	26,0	8	20,0	5	50,0	
<b>Suivi dans les 6 derniers mois</b>							
Non	43	86,0	35	87,5	8	80,0	0,616
Oui	7	14,0	5	12,5	2	20,0	
<b>Prise traitement psychotrope (hors benzodiazépine) dans les 6 derniers mois</b>							
Non	26	52,0	22	55,0	4	40,0	0,490
Oui	24	48,0	18	45,0	6	60,0	
<b>Prise benzodiazépine dans les 6 derniers mois</b>							
Non	25	50,0	21	52,5	4	40,0	0,480
Oui	25	50,0	19	47,5	6	60,0	
<b>Type de geste suicidaire</b>							
Intoxication	47	94,0	39	97,5	8	80,0	0,098
Autre (pendaison ou électrocution)	2	4,0	1	2,5	1	10,0	
Intoxication + automutilation	1	2,0	0	0,0	1	10,0	
<b>Geste initial</b>							
Intoxication +- mutilation	48	96,0	39	97,5	9	90,0	0,363
Autre (pendaison ou électrocution)	2	4,0	1	2,5	1	10,0	
<b>Traitement pris pour IMV</b>							
Psychotrope	27	56,3	21	53,8	6	66,7	0,517
Psychotrope+alcool	7	14,6	7	17,9	0	0,0	
Pharmacie usuelle	8	16,7	5	12,8	3	33,3	
Pharmacie usuelle+alcool	3	6,3	3	7,7	0	0,0	
Traitement somatique spécifique (cardio,	2	4,2	2	5,1	0	0,0	

insuline...)							
Non applicable (médicament non connus ou pas d'IMV)	1	2,1	1	2,6	0	0,0	
<b>Produit pris pour IMV (4 classes)</b>							
Non applicable (médicament non connus ou pas d'IMV)	1	2,1	1	2,6	0	0,0	0,824
Psychotrope +- alcool	34	70,8	28	71,8	6	66,7	
Pharmacie usuelle +-alcool	11	22,9	8	20,5	3	33,3	
Traitement somatique spécifique (cardio, insuline...)	2	4,2	2	5,1	0	0,0	
<b>Résultats MINI du diagnostic de trouble de l'humeur sur versant dépressif</b>							
Pas de trouble dépressif	17	34,0	15	37,5	2	20,0	0,547
Tb humeur dépressif actuel	22	44,0	16	40,0	6	60,0	
Tb humeur actuel + passé	11	22,0	9	22,5	2	20,0	
<b>Résultats MINI du diagnostic de trouble de l'humeur sur versant maniaque/hypom an</b>							
Pas de trouble humeur maniaque /hypomane	44	88,0	36	90,0	8	80,0	0,189
Tb humeur man/hypom actuel	3	6,0	1	2,5	2	20,0	
Atcd tb humeur man/hypom	3	6,0	3	7,5	0	0,0	
<b>Résultats MINI du diagnostic de trouble anxieux (PTSD, tb panique, anxiété génér</b>							
Pas de trouble anxieux	32	64,0	26	65,0	6	60,0	0,851
Tb anxieux actuel	15	30,0	11	27,5	4	40,0	
Trouble anxieux passé	1	2,0	1	2,5	0	0,0	

Tb anxieux actuel+passé	2	4,0	2	5,0	0	0,0	
<b>Résultats MINI diagnostic de consommation de toxique</b>							
Pas de consommation de toxique	45	90,0	38	95,0	7	70,0	0,048*
Abus de substance	4	8,0	2	5,0	2	20,0	
Dépendance substance	1	2,0	0	0,0	1	10,0	
<b>Score d'intentionnalité suicidaire de PIERCE</b>	9	6 ; 13	8,5	6 ; 12,5	8,5	8 ; 11	0,806
<b>Score échelle dépression BDI</b>	14	8 ; 20	13,5	7,5 ; 19,5	14,5	8 ; 17	0,739
<b>Score fonctionnement social QFS</b>	58	51 ; 62	58,5	52,5 ; 62	51	46 ; 60	0,088
<b>Score échelle désespoir H</b>	8	5 ; 13	7	4,5 ; 11	9	6 ; 14	0,401
<b>Score AUDIT</b>	4	1 ; 7	4	1,5 ; 7	3,5	1 ; 8	0,845
<b>T1</b>							
<b>Respect de l'orientation proposée aux urgences</b>							
Non	12	24,0	9	22,5	3	30,0	0,686
Oui	38	76,0	31	77,5	7	70,0	
<b>Nombre de consultations dans l'orientation proposée aux urgences</b>							
Aucune	12	24,0	9	22,5	3	30,0	0,863
Moins de 3	5	10,0	4	10,0	1	10,0	
3 et plus	33	66,0	27	67,5	6	60,0	
<b>Suivi actuel</b>							
Non	14	28,6	12	30,0	2	22,2	1,000
Oui	35	71,4	28	70,0	7	77,8	
<b>Par qui est réalisé le suivi</b>							
Aucun	14	28,6	12	30,0	2	22,2	0,485
Médecin traitant	6	12,2	5	12,5	1	11,1	
Psychiatre libéral	11	22,4	7	17,5	4	44,4	
Psychologue	4	8,2	4	10,0	0	0,0	
CMP	2	4,1	1	2,5	1	11,1	
CTB	11	22,4	10	25,0	1	11,1	
Psychiatre libéral +	1	2,0	1	2,5	0	0,0	

Psychologue							
<b>Par qui est réalisé le suivi (2 classes)</b>							
Aucun	14	28,6	12	30,0	2	22,2	0,632
Autre que CTB	24	49,0	18	45,0	6	66,7	
CTB	11	22,4	10	25,0	1	11,1	
<b>Prise traitement psychotrope</b>							
Non	22	44,9	21	52,5	1	11,1	0,030*
Oui	27	55,1	19	47,5	8	88,9	
<b>Situation professionnelle actuelle</b>							
Emploi	26	53,1	24	60,0	2	22,2	0,069
Sans emploi	12	24,5	8	20,0	4	44,4	
Etudiant	8	16,3	5	12,5	3	33,3	
Retraité	3	6,1	3	7,5	0	0,0	
<b>Orientation aux urg lors TS index</b>							
CTB	31	62,0	27	67,5	4	40,0	0,150
Prise en charge standard	19	38,0	13	32,5	6	60,0	
<b>Score échelle dépression BDI</b>	9	2 ; 13	8,5	2 ; 12	6,5	1 ; 13	0,850
<b>Score fonctionnement social QFS</b>	65	56 ; 69	65	56 ; 69	61	56 ; 69	0,837
<b>Score échelle désespoir H</b>	8	5 ; 13	5,5	2 ; 11	7	2 ; 11	0,945
<b>Score AUDIT</b>	3	1 ; 6	3,5	1 ; 6	3,5	1 ; 8	0,757
<b>T2</b>							
<b>Suivi actuel</b>							
Non	28	62,2	26	70,3	2	25,0	0,039*
Oui	17	37,8	11	29,7	6	75,0	
<b>Par qui est réalisé le suivi</b>							
Aucun	27	60,0	25	67,6	2	25,0	0,012*
Médecin traitant	2	4,4	2	5,4	0	0,0	
Psychiatre libéral	8	17,8	5	13,5	3	37,5	
Psychologue	4	8,9	4	10,8	0	0,0	
CMP	4	8,9	1	2,7	3	37,5	
<b>Prise traitement psychotrope</b>							
Non	27	61,4	25	67,6	2	28,6	0,089
Oui	17	38,6	12	32,4	5	71,4	
<b>Situation professionnelle actuelle</b>							

Emploi	25	55,6	23	62,2	2	25,0	0,068
Sans emploi	10	22,2	7	18,9	3	37,5	
Etudiant	7	15,6	4	10,8	3	37,5	
Retraité	3	6,7	3	8,1	0	0,0	
<b>Orientation aux urg lors TS index</b>							
CTB	31	62,0	27	67,5	4	40,0	0,252
Prise en charge standard	19	38,0	13	32,5	6	60,0	
<b>Score échelle dépression BDI</b>	6	1 ; 13	5,5	0 ; 9,5	14	3 ; 27	0,034*
<b>Score fonctionnement social QFS</b>	62	57 ; 71	63	59 ; 71	50	47 ; 73	0,167
<b>Score échelle désespoir H</b>	5	2 ; 11	4	2 ; 9	11	5 ; 12	0,086
<b>Score AUDIT</b>	2	1 ; 5	2	1 ; 4	5	0 ; 11	0,369

\*p<0,05 = résultat significatif

**Annexe 7 : Pourcentages de récidivants selon le groupe de prise en charge (N=10)**

	Total		Prise en charge standard		CTB		p
	N	%	N	%	N	%	
<b>Récidive à T2</b>	10	20,0	6	31,6	4	12,9	0,150

Test exact de Fisher

**Annexe 8 : Evolution des score BDI, QFS, H et AUDIT entre T0 et T1 et entre T0 et T2, selon le groupe prise en charge standard**

	Total			Prise en charge standard			CTB			p
	N	Méd	IIQ	N	Méd	IIQ	N	Méd	IIQ	
<b>Entre T0 et T1</b>										
BDI	58	-5	[-12 ; -2]	24	-4,5	[-14 ; -2]	34	-5,5	[-12 ; -1]	0,956
QFS	58	5,5	[-1 ; 12]	24	4,5	[-4 ; 10]	34	6,5	[1 ; 13]	0,498
H	58	-3	[-5 ; 0]	24	0,3	[-7,5 ; 1,5]	34	-2,5	[-5 ; 0]	0,804
AUDIT	58	0	[-1 ; 0]	24	0	[-4 ; 1]	34	0	[-1 ; 0]	0,642
<b>Entre T0 et T2</b>										
BDI	43	-6	[-11 ; 0]	16	-3	[-10 ; 3]	27	-7	[-12 ; -2]	0,166
QFS	43	6	[-1 ; 12]	16	-5	[-2 ; 12,5]	27	6	[-1 ; 12]	0,948
H	43	-2	[-5 ; 1]	16	-3	[-6 ; 2]	27	-2	[-5 ; 1]	0,794
AUDIT	43	0	[-3 ; 0]	16	0,5	[-2 ; 3,5]	27	0	[-3 ; 0]	0,023

Les résultats présentés sont des effectifs, des médianes et intervalles interquartiles

**Annexe 2 : Les études contrôlées randomisées avec résultat significatif concernant la prévention de la récurrence de TS**

Catégorie d'intervention	Auteurs	Nombre de participants	Méthodologie	Récurrence de TS	Significativité	Délai suivi	Année	Pays
Thérapie cognitive comportementale	Brown	120	-Thérapie cognitive (CT) -TAU + 10 séances d'intervention thérapeutique	-CT=14% -TAU=32%	p=0,049	6 mois	2005	Etats Unis
	Linehan	101	-Dialectal Behavior Therapy (DBT) -Community treatment by experts (CTBE)	-DBT=23,1% -CTBE=46%	p=0,01	1 an de traitement puis 1 an de suivi post traitement	2006	Etats Unis
	Salkovskis	20	-TCC par résolution de problème (CBPS) à domicile par IDE -TAU	-CBPS=0% -TAU=37,5%	p=0,049	6 mois	1990	Angleterre
	Slee	90	-TCC (12 séances) +TAU -TAU	Nombre moyen de TS dans les 3 derniers mois: -TCC=1,18 -TAU=4,58	p<0,05	9 mois	2008	Pays Bas

Thérapie interpersonnelle et de résolution de problème	Guthrie	119	-Thérapie brève psychodynamique interpersonnelle (PIT) (4 séances à domicile avec IDE) -TAU	-PIT=9% -TAU=28%	p=0,009	6 mois	2001	Royaume Uni
	Hatcher	1094	-Thérapie par résolution de problème -TAU	-Intervention=13,5% -TAU=22,1% RR=0,39 IC95%[0,07-0,60]	p=0,03 (pour les patients avec plusieurs antécédents de TS)	12 mois	2005	Etats Unis
	Hvid	133	-OPAC programme(Outreach, Problem solving, Adherence, Continuity) -TAU	-OPAC=8,7% -TAU=21,9%		6 mois	2011	Norvège
	McLeavey	39	-Thérapie interpersonnelle de résolution de problème (IPSST) -groupe contrôle : thérapie brève centrée sur les problèmes	-IPSST=10,5% -contrôle=25%	Non décrit	12 mois	2006	Etats Unis

Thérapie par contacts	Fleischmann	1867	-Intervention Brève et Contact (BIC) -TAU	Morts par suicide : -BIC=0,2% -TAU=2,2%	p< 0,001	18 mois	2006	France
	Hassanian-Moghaddam	2113	-9 cartes postales -TAU	RRR=0,42	IC95%[0,11-0,63]	12 mois	2008	Brésil, Inde, Sri Lanka, Iran, Chine
	Vaiva	605	-contact téléphonique à 1 mois -contact téléphonique à 3 mois -TAU	-contact 1 mois=12% -contact 3 mois=17% -TAU=22%	p=0,03 Entre contact à 1 mois et TAU à 6 mois de suivi	13 mois	2008	Pays Bas
Case management	Kawanishi	824	-gestion de cas (case mangement continu) -TAU	RR=0,50 IC95%[0,32-0,80]	p=0,003	6 mois	2014	Japon

**Patients admitted for a suicide attempt: comparing the frequency of suicide re-attempt after a Brief Therapy Center (BTC) care versus treatment as usual: CFSR-BTC study.**

---

ABSTRACT :

Background: Suicide attempts constitute a serious clinical problem. People who attempt suicide are at high risk of further repetition.

Objectives: The main objective is to compare the rate of repetition of suicide attempt during a six months period for patients taken care in Brief Therapy Center (BTC) versus treatment as usual. The secondary objective is to compare, at 3 and 6 months, between BTC group and treatment as usual group, the evolution of depressive symptoms, hopelessness score, social functioning and alcohol consumption.

Method: This is a prospective study comparing BTC care and treatment as usual for patients admitted in emergency for suicide attempt. Evaluation was at inclusion, at 3 and 6 months. The main outcome was the repetition of suicide attempt at 6 months.

Results: At 6 months, the rate of repetition of suicide attempt was lower for BTC group (12,9%) than in the treatment as usual group (31,6%) ( $p=0,150$ ). There was a global improvement of scores of depression, hopelessness, social functioning and alcohol consumption for the CTB group at 6 months.

Conclusion: Our findings suggest a protective effect of the BTC care on the proportion who repeated a suicide attempt.

---

KEY WORDS: suicide attempt, repetition, Brief Therapy Center, treatment as usual, prevention.

---

---

**Patients admis aux urgences pour tentative de suicide : comparaison de la fréquence des récurrences suicidaires, après une prise en charge au Centre de Thérapie Brève versus prise en charge standard : Etude CFRS-CTB.**

---

**RESUME:**

En France, un décès sur 50 est un suicide ; et l'antécédent de tentative de suicide (TS) est le facteur de risque principal de suicide. Bien que la prévention du suicide soit un enjeu majeur de Santé Publique et que plusieurs études aient été publiées sur ce sujet, aucune n'a évalué l'efficacité d'un Centre de Thérapie Brève (CTB), en tant que dispositif de soin de prévention tertiaire du risque suicidaire.

Il s'agit d'une étude prospective comparant un groupe CTB et un groupe prise en charge standard, 6 mois après leur admission aux urgences psychiatriques de Toulouse pour TS. L'objectif principal était de comparer dans les deux groupes, le nombre de patient ayant refait au moins une TS dans les 6 mois de suivi. L'objectif secondaire était de comparer entre les deux groupes, à 3 mois et à 6 mois de leur passage aux urgences, l'évolution des symptômes dépressifs, du score de désespoir, du fonctionnement social et de consommation d'alcool.

90 patients ont été inclus dans l'étude et parmi eux, 57 ont atteint 6 mois de suivi. Au total 17,5% des patients ont refait une TS à 6 mois de suivi; 12,9% dans le groupe CTB et 31,6% dans le groupe prise en charge standard ( $p=0,150$ ). Il a été retrouvé une amélioration globale des scores de dépression, de désespoir et du fonctionnement social dans le groupe CTB à 6 mois de suivi, avec une diminution statistiquement significative des consommations d'alcool ( $p=0,023$ ) par rapport au groupe prise en charge standard.

Cette étude a prouvé sa faisabilité sur le plan méthodologique (seulement 12,3% de patients perdus de vue) et sa bonne acceptabilité par les patients (93,5% des patients ayant accepté de participer à l'étude).

Au stade des résultats intermédiaires, elle suggère une tendance protectrice de la prise en charge au CTB par rapport à la récurrence de TS.

---

**TITRE EN ANGLAIS:** Patients admitted for a suicide attempt: comparing the frequency of suicide re-attempt after a Brief Therapy Center (BTC) care versus treatment as usual: CFRS-BTC study.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLÉS :** tentative de suicide, récurrence suicidaire, Centre de Thérapie Brève, prise en charge standard, prévention.

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**  
Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directeur de thèse :** Docteur Etienne VERY, **Co-directeur :** Docteur Anjali MATHUR