

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

---

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1581

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement

par

**Bernard TIRET**

Le 03 octobre 2018

**Etude ISA : Intentionnalité Suicidaire et Alcool en cas  
d'intoxication médicamenteuse volontaire. Etude de 516 patients  
pris en charge au CHU Toulouse Purpan**

**Directrices de thèse**

Docteur Juliette SALLES

Docteur Emmanuelle BOUGON

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Madame le Docteur Juliette SALLES	Assesseur
Madame le Docteur Emmanuelle BOUGON	Suppléant

## TABLEAU du PERSONNEL HU

### des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1<sup>er</sup> septembre 2017

#### Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

#### Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
<b>P.U. Médecine générale</b>		<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		<b>P.A Médecine générale</b>	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale



## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

### P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

### P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

#### P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve      Médecine Générale

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytogologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytogologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Leila

## Remerciements

A notre président du jury,

**Monsieur le Professeur Christophe ARBUS**, nous vous remercions de la confiance et du soutien que vous nous avez accordé dans la réalisation de ce projet. Nous vous témoignons notre reconnaissance pour votre implication et votre volonté à ce que nous bénéficions de la plus optimale des formations, pour votre abnégation à faire bouger les lignes. C'était un réel plaisir et une vraie chance de travailler dans votre service.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect à votre égard.

**Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT**, nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. C'est un honneur de vous compter parmi ce jury, malgré toutes les responsabilités qui vous incombent. Merci d'avoir pris le temps pour vous pencher sur mon écrit.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect à votre égard.

**Monsieur le Professeur Philippe BIRMES**, nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je vous remercie également de pouvoir bénéficier actuellement de votre savoir-faire sur l'UF1. C'est avec une fierté non dissimulée que j'évolue dans votre service, après avoir évolué face à vous, maillot sur le dos et ovale à la main.

Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon respect à votre égard.

**Madame le Docteur Juliette SALLES**, je te remercie de m'avoir fait confiance pour ce très beau projet que tu as mené de main de maître avec une énergie folle. Je suis véritablement impressionné par tes capacités à multiplier les travaux de recherche et ta volonté à faire avancer nos connaissances.

Sois assurée de ma profonde reconnaissance et de mon respect à ton égard.

**Madame le Docteur Emmanuelle BOUGON**, je te remercie de m'avoir épaulé, guidé, et encouragé lors de la période de recrutement, ainsi que pour tous les mails de correction que tu prenais le temps de m'envoyer et qui m'ont permis de rester focalisé sur notre objectif commun. Merci également pour ta rigueur et tes connaissances, que tu m'as fait partager lors de mes stages aux Urgences.

Sois assurée de ma profonde reconnaissance et de mon respect à ton égard.

Je remercie les équipes médicale et paramédicale des Urgences du CHU Purpan pour l'aide que vous m'avez apporté dans la réalisation de ce long, mais si beau projet. Merci à Christophe, Maryse, Anne, Stéphanie, Catherine, Carlos, Ariane, et tous les collègues infirmiers et aides-soignants que j'apprécie toujours autant de retrouver, à l'hôpital ou ailleurs.

A Adeline Gallini pour l'aide statistique.

Au Docteur Pierre Saunière, tu resteras à jamais le premier qui m'a transmis le goût de la psychiatrie de secteur. Un bonheur de t'avoir côtoyé.

A l'équipe de l'UFHC, et ses personnalités toutes plus belles les unes que les autres. Un clin d'œil tout particulier à Lulu tout de même. Et un profond respect pour Jessica.

Aux Docteurs Piquet et Farrugia, ainsi qu'aux équipes soignantes d'HopTiMom, ElanGo et du CMPP de St Céré.

Au Docteur Roussel, ainsi qu'à ses confrères et aux soignants du secteurs Nord du CH du Gers.

Aux collègues du CMP de Lectoure, qui m'ont fait adorer le CMP rural.

Aux Docteurs Bernheim et Pasquier, ainsi qu'à toutes les soignantes de l'APJA.

Aux Docteurs Boyer-Vidal, Varet-Legros et Métais, je suis vraiment pressé de vous retrouver et de retravailler à vos côtés. Un vrai régal d'évoluer au sein de cette belle équipe.

Aux équipes soignantes de Camille Claudel, de l'AJIR et du CMP de Nailloux, merci de votre bienveillance et à très bientôt pour de nouvelles aventures.

Aux Docteurs Bourcier et Dupuch, ainsi qu'à l'équipe soignante de l'UF1, un grand merci pour votre savoir-être et bravo pour votre jovialité en toutes circonstances, et d'autant plus en cette période de grand stress pour la soutenance de thèse.



A Adèle, ma femme, merci d'être comme tu es avec moi, de m'accompagner depuis plus de douze ans maintenant. Merci pour ton amour.

A Alexandre, mon fils, pour avoir fait de moi un homme. Les jours ne sont plus les mêmes depuis que tu es là. Ni les nuits d'ailleurs...

A Maman, pour avoir sacrifié tant de chose afin que j'en sois là aujourd'hui. Merci, simplement merci.

A Papa, pour m'avoir façonné et rendu plus fort et affirmé, malgré le peu de temps passé ensemble.

A Candice, pour me montrer depuis plusieurs années qu'il faut insister et croire en ses rêves.

A Elodie, dont la détermination et le courage m'ont toujours épaté malgré les épreuves.

A Mathieu, pour ton flegme à toute épreuve, et pour nous avoir prouvé ce dont tu es capable.

A ma famille, Papi, Tonton, Tatie, mes cousines, sur qui je sais pouvoir m'appuyer.

A ma belle-famille, pour m'avoir ouvert votre porte et même votre cœur.

A ceux qui ne sont plus là, Papi, mes grands-mères, la douleur de vous voir partir est à la hauteur de l'affection que je vous porte. Aujourd'hui encore.

A mes amis, du début à Seysses, en passant par le Collège de Frouzins et le Lycée de Cugnaux, mais aussi de la fac et des différents endroits où j'ai travaillé par le passé. Il est difficile pour moi de tous vous citer sans faire de jaloux.

A mes co-internes, rencontrés dans mes différents stages, et dont certains resteront, pour longtemps encore, des amis. Merci à Charlène, présente depuis le Lot, et à Phifou, partenaire de stress de thèse.

A Uber Eats et aux pâtes carbo.

« Selon les statistiques, il y a une personne sur cinq qui est déséquilibrée. S'il y a quatre personnes autour de toi et qu'elles te semblent normales, c'est pas bon. »

Jean-Claude Van Damme

## Table des matières

<b>1</b>	<b><i>Introduction</i></b> .....	<b>4</b>
1.1	<b>Épidémiologie des consommations d'alcool</b> .....	<b>4</b>
1.2	<b>Alcool et psychopathologie</b> .....	<b>6</b>
1.2.1	Définitions : Consommation d'alcool et trouble lié à l'usage d'alcool .....	6
1.2.2	Échelles diagnostiques .....	8
1.3	<b>Consommation d'alcool et troubles psychiatriques</b> .....	<b>9</b>
1.3.1	Généralités .....	9
1.3.2	Alcool et épisode dépressif caractérisé .....	12
1.3.3	Alcool et anxiété .....	12
1.3.4	Alcool et troubles de la personnalité .....	13
1.3.5	Alcool et schizophrénie .....	13
1.4	<b>Suicide</b> .....	<b>14</b>
1.4.1	Épidémiologie du suicide .....	14
1.4.2	Crise suicidaire .....	17
1.4.3	Suicide et prise en charge .....	20
1.5	<b>Suicide et alcool</b> .....	<b>23</b>
1.5.1	Un lien décrit dans la littérature .....	23
1.5.2	Hypothèses neurobiologiques .....	24
1.6	<b>Hypothèses et objectif de notre étude</b> .....	<b>26</b>
<b>2</b>	<b><i>Matériel et méthodes</i></b> .....	<b>28</b>
2.1	<b>Population étudiée</b> .....	<b>29</b>
2.1.1	Critères d'inclusion .....	30
2.1.2	Critères d'exclusion .....	30

<b>2.2</b>	<b>Ethique .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3</b>	<b>Mesures.....</b>	<b>31</b>
2.3.1	Échelle de Pierce.....	31
2.3.2	Alcoolémie .....	32
<b>2.4</b>	<b>Analyse statistique .....</b>	<b>32</b>
<b>3</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Population de l'étude .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2</b>	<b>Description selon le score de Pierce .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3</b>	<b>Description selon l'alcoolémie.....</b>	<b>38</b>
<b>3.4</b>	<b>Corrélation entre intentionnalité suicidaire et alcoolémie .....</b>	<b>42</b>
<b>3.5</b>	<b>Corrélation en fonction du trouble lié à l'usage d'alcool .....</b>	<b>44</b>
<b>4</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>Bibliographie .....</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>60</b>

## Liste des abréviations

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

DETA CAGE : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool / Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

HAS : Haute Autorité de Santé

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

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

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

OCDS : Obsessive Compulsive Drinking Scale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

RUD : Risque, Urgence, Dangerosité

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

SFA : Société Française d'Alcoologie

VADS : Voies Aéro-Digestives Supérieures



# 1 Introduction

Notre travail a pour but d'étudier les liens entre les comportements suicidaires et la consommation d'alcool. Pour ce faire il est important de définir dans un premier temps l'importance de l'exposition à l'alcool dans la population et de distinguer les notions de prises ponctuelles d'alcool considérées comme des alcoolisations aiguës des prises chroniques d'alcool qui s'intègrent à la définition d'un trouble lié à l'usage d'alcool. Il existe également un lien entre le trouble lié à l'usage de l'alcool et les autres pathologies psychiatriques. L'intrication des troubles a un rôle important dans la genèse des comportements suicidaires, nous nous attacherons donc à décrire ces intrications. L'ensemble des définitions développées dans l'introduction ci-dessous auront pour objectif de clarifier le rationnel de notre travail.

## 1.1 Épidémiologie des consommations d'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France (1). La consommation d'alcool est en baisse depuis 1960, notamment du fait de la diminution de la consommation du vin de table (1). En 2008, la Société Française d'Alcoologie (SFA) recense 9,7 millions d'usagers réguliers d'alcool (plus de trois consommations par semaine) et 6,4 millions d'usagers quotidiens en France (1). La consommation quotidienne d'alcool est plus importante chez les personnes de 65 à 75 ans. En effet, ce type de consommation est retrouvé chez plus de la moitié des personnes dans cette population (2,3).

Parmi la population adulte française, la SFA considère que 9% des personnes connaissent un mésusage de l'alcool (1), alors qu'environ 5% des personnes souffrent d'un trouble lié à l'usage d'alcool (1,4).

La consommation d'alcool varie selon le genre, les hommes ayant en moyenne plus recours à l'alcool que les femmes (1,5). En effet, cette différence est retrouvée par plusieurs auteurs, qu'il s'agisse de la consommation hebdomadaire d'alcool (60% des hommes, 35% des femmes) (5), l'usage régulier (33,4% des hommes, 12,1% des femmes) (1), ou la consommation quotidienne d'alcool (15% des hommes, 5% des femmes) (5).

En France, 5 millions de personnes sont exposées à des difficultés d'ordre médical, psychologique ou social, en lien avec la consommation d'alcool (2,4). Les complications les plus fréquentes liées à l'usage de l'alcool sont les cancers, principalement des voies aéro-digestives supérieures (VADS), et la cirrhose hépatique, responsables respectivement de dix mille et sept mille décès par an en France (1). A noter qu'il existe une corrélation entre la consommation d'alcool et le tabagisme dans la constitution des cancers des VADS (6,7). Enfin, 10% à 20% des accidents du travail sont causés par l'alcool, à travers les accidents de la route sur le trajet du travail, mais aussi l'état d'ébriété sur le lieu de travail amenant à des blessures (2,4). Chaque année en France, vingt-trois mille décès (18500 hommes pour 4500 femmes) sont directement imputables à la consommation d'alcool. Il s'agit de la troisième cause de décès après les maladies cardio-vasculaires et les cancers (1,6). Outre la cirrhose hépatique et les cancers des VADS, les autres complications fréquemment associées à la consommation d'alcool, tant aigue que chronique, sont les accidents de la route, les troubles liés à l'usage d'alcool avérées et les décès par suicide (3,7). En effet, 5% à 25% des suicides en France seraient commis sous l'emprise de l'alcool (2).

Enfin, la consommation d'alcool est souvent associée à d'autres usages de substances psychoactives. En 2000, 15% des 18-44 ans en France déclarent avoir un usage concomitant de deux ou plus de deux substances psychoactives (1). Cette polyconsommation concerne principalement l'alcool, le tabac et le cannabis. En 2005, près de 6% de la population adulte en France présente une addiction commune à l'alcool et au tabac. Près de 1% de cette même

population reconnaît une polyaddiction, à la fois à l'alcool, au tabac et au cannabis (1). La polyconsommation régulière affecte particulièrement les populations adolescentes, puisqu'en 2003, 20% des garçons de dix-sept ans et 9% des filles du même âge étaient concernés (1).

## 1.2 Alcool et psychopathologie

### 1.2.1 Définitions : Consommation d'alcool et trouble lié à l'usage d'alcool

La quatrième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 4) distinguait classiquement plusieurs niveaux de consommation d'alcool : l'usage simple, le mésusage, l'abus de substance et la dépendance (8,9).

L'usage simple correspondait à une forme d'usage asymptomatique, pour laquelle il n'existe pas, ou pas encore, de conséquences manifestes de l'usage d'alcool (10). Cet usage peut correspondre à une alcoolisation aigue.

Le mésusage d'alcool comprenait l'usage à risque et les troubles liés à l'usage de l'alcool (10). Une alcoolisation aigue ayant entraîné des complications notamment un geste suicidaire rentre dans le cadre d'un usage à risque. Au-delà d'un seuil de consommation il existe également un risque de complication physiques et psychiques liées aux consommations qui conduit à considérer l'usage d'alcool comme à risque. En France, le seuil de ce risque est situé à 21 verres par semaine pour les hommes et 14 verres par semaine pour les femmes (10,11).

La dépendance psychique correspondait à la préoccupation à acquérir de l'alcool, un usage répétitif et compulsif en dépit des conséquences pathologiques, et des rechutes répétées (8).

La dépendance physique retrouvait des signes de sevrage à l'arrêt de l'alcool, calmés par la reprise des consommations (8).

La 10<sup>e</sup> révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) définit le phénomène d'addiction comme « *un ensemble de processus comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités* » (12).

Griffith Edwards a particulièrement développé le concept d'addiction, qu'il définit comme un ensemble de troubles se caractérisant par des phénomènes d'habitation et une compulsion vis-à-vis de la consommation d'un toxique (13). Selon ses critères, l'addiction comporte des symptômes d'altération du comportement, d'altération de l'état subjectif, et enfin des signes de sevrage (13). La caractéristique essentielle du phénomène d'addiction à l'alcool consiste alors en un désir irrésistible, parfois compulsif de boire de l'alcool (8). Ces définitions ont conduit à une unification de la définition de l'addiction dans la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5).

Le DSM 5 a abouti à une unification des deux catégories précédentes, en regroupant les symptômes d'abus et de dépendance sous la forme de 11 critères diagnostiques. Elle introduit la notion de craving décrite comme « *l'envie irrésistible de consommer la substance, après l'absorption d'une faible quantité de produits, ou en dehors de toute consommation* » (14). Le niveau de sévérité du trouble est lié au nombre de critères et le DSM 5 unifie le concept du trouble lié à l'usage d'alcool comme « *un usage d'alcool inadéquat caractérisé par une utilisation continue par un sujet qui a conscience de souffrir d'un problème persistant ou récurrent, dans des conditions présentant un danger physique* » (14).

Cette définition intègre la dimension chronique du trouble lié à l'usage d'alcool dont l'évolution connaît des phases de sevrage, d'abstinence et des phases de rechute. Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le phénomène d'addiction peut se remettre en place beaucoup plus rapidement qu'initialement, ce qui marque la sévérité de la maladie avec des dimensions de repli social et une faible sollicitation des soins (13).

### 1.2.2 Échelles diagnostiques

Il existe différentes échelles d'évaluations standardisées permettant d'évaluer la consommation d'alcool, et un potentiel trouble lié à l'usage de ce dernier. L'échelle OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) (Annexe 1) permet d'obtenir un score d'appétence alcoolique global, et de discuter du caractère compulsif et obsessionnel de la consommation d'alcool (15). Le questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) (Annexe 2) permet d'évaluer le niveau de consommation d'alcool sur les douze derniers mois, et discuter d'une potentielle dépendance à la substance (16). Le questionnaire DETA CAGE (DETA pour « Diminuer, Entourage, Trop et Alcool ») (Annexe 3) est la version française du questionnaire CAGE (Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener). Il comprend quatre questions orientées vers le mésusage d'alcool, et explore la vie entière du sujet (17).

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Annexe 4) est un outil de première ligne dans l'exploration de la dépendance alcoolique (18,19). Il explore les consommations d'alcool sur les douze derniers mois, à travers dix questions abordant à la fois les aspects quantitatifs et qualitatifs de la consommation d'alcool. En effet, le questionnaire interroge la quantité ingérée, la fréquence des consommations d'alcool, mais aussi l'impact sur le fonctionnement quotidien du patient et les modifications de son comportement (18). Chaque question cote de 0 à 4 et donne donc une valeur sur 40. En



fonction des résultats obtenus, le questionnaire AUDIT permet de faire la distinction entre une consommation excessive d'alcool, un abus d'alcool, ou une dépendance alcoolique (19). Ce questionnaire a été validé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec une sensibilité de 89% et une spécificité de 98% pour le diagnostic d'un mésusage de l'alcool (20). Il existe une version courte de ce questionnaire AUDIT, appelée AUDIT-C, qui correspond aux trois premières questions de l'AUDIT (19). C'est cette dernière que nous avons utilisée pour réaliser notre étude.

### 1.3 Consommation d'alcool et troubles psychiatriques

#### 1.3.1 Généralités

Sur le plan de la classification des pathologies mentales, le DSM différencie les syndromes de « dépendance » et « d'abus d'alcool » (14). L'abus d'alcool correspond à une période où la consommation d'alcool comporte une nocivité sociale, professionnelle, psychologique et somatique, sans qu'existe encore une véritable dépendance (8,21). Il correspond à la « consommation nocive pour la santé » de la CIM-10 (12).

Selon ces classifications, le diagnostic de trouble lié à l'usage d'alcool est discuté en fonction de différents facteurs, qui sont le caractère primaire du comportement alcoolique, ou secondaire à un trouble psychiatrique, la présence d'un syndrome de dépendance caractérisé ou d'une conduite d'usage nocif, le caractère permanent ou intermittent de la consommation, et l'âge du début de la conduite alcoolique (8). La prise en compte de ces facteurs permet de proposer un modèle de classification intégrée. Dès la fin des années 80, Robert Cloninger (22) a d'ailleurs distingué le caractère primaire ou secondaire de la consommation d'alcool, et a décrit l'intérêt d'une classification en type I et type II.

L'alcoolisme primaire, qui représente environ 70% des formes d'alcoolisme, correspond dans la majorité des cas au type II de Cloninger (22). Il représente une conduite alcoolique de début précoce, généralement avant l'âge de 20 ans, à forte charge génétique et dont les déterminants psychopathologiques essentiels sont l'impulsivité, les traits sociopathiques et la tendance à rechercher des sensations fortes (8). Cette tendance a été décrite par Marvin Zuckerman comme un besoin d'expériences nouvelles et complexes, en relation avec la nécessité de maintenir un niveau optimal élevé d'activation cérébrale (23,24). A partir d'un auto-questionnaire, Zuckerman propose de distinguer quatre dimensions de recherche de sensations : recherche de danger et aventure, d'expériences, d'une désinhibition, et d'une susceptibilité à l'ennui. L'auteur postule que c'est pour lutter contre la monotonie que va être utilisé, dans une perspective quasi antidépressive, un comportement ou un toxique dont le sujet deviendra finalement dépendant (21,23). L'auteur résume ainsi les rapports entre alcoolisme et recherche de sensations : une première période dite expérimentale, initiale, est symbolisée par la recherche de sensations dans toutes ses dimensions. La période plus tardive, correspondant à l'installation de la dépendance, serait moins induite par la recherche de sensations que par les nécessités adaptatives vis-à-vis de l'anxiété du sevrage, du stress et des difficultés familiales secondaires au trouble lié à l'usage d'alcool (25).

Les troubles psychiatriques (dépression, anxiété, symptômes psychotiques) et les troubles du comportement (hétéro-agressivité) rencontrés chez les patients appartenant au type II de Cloninger, sont, pour l'auteur, secondaires à l'alcoolisation, et liés aux effets pharmacologiques de l'alcool (8).

En ce qui concerne les décès par suicide, le DSM 5 met en avant que la dépendance alcoolique est la deuxième pathologie la plus fréquemment associée à la réalisation d'un suicide accompli (14). En effet, plusieurs études ont montré un lien étroit entre la consommation d'alcool et le risque suicidaire. Les patients souffrant de trouble lié à l'usage

d'alcool ont sept fois plus de risque de se suicider que la population générale (26). Ce taux de suicide au cours de la vie d'un sujet souffrant de trouble lié à l'usage d'alcool est estimé entre 7 et 15% (26). En effet, un taux d'alcoolémie élevé est retrouvé chez 46 à 77% des patients admis pour tentative de suicide, et chez 10 à 69% des sujets s'étant suicidé (27–30). Ce lien est retrouvé tant pour une consommation aigue que chronique d'alcool (31–33).

L'alcoolisme secondaire représente environ 30% des cas, et correspond au type I de Cloninger (8,22). Il peut être génétiquement influencé dans certains cas, mais représente le plus souvent une conduite « d'automédication » par l'alcool en réponse à différents troubles psychiatriques, généralement l'anxiété généralisée, les troubles anxieux phobiques, la dépression, la schizophrénie, ou encore des troubles graves de la personnalité. La nature de l'interrelation entre l'alcoolisme et la pathologie mentale demeure malgré tout mal élucidée (34). Le début est donc plus tardif, et l'évolution plus lente vers des complications somatiques et psycho-sociales. Ces formes peuvent impliquer, elles aussi, une consommation permanente ou intermittente, de même qu'un abus ou une dépendance d'emblée (8).

La première difficulté du clinicien sera celle du repérage sémiologique de la pathologie mentale chez le sujet souffrant de trouble lié à l'usage d'alcool. Les difficultés diagnostiques peuvent être liées à la distinction difficile entre les symptômes de l'intoxication alcoolique et les symptômes psychiatriques, ou encore à des attitudes de déni qui conduisent à mettre en avant des symptômes anxieux ou dépressifs afin de minimiser les consommations d'alcool ou encore de le justifier (8,21). Le repérage de ces symptômes n'en est pas moins un objectif primordial, les complications psychiatriques non reconnues et non traitées péjorant le pronostic du trouble lié à l'usage d'alcool (8). Mc Lellan a ainsi démontré une corrélation entre la sévérité des symptômes psychiatriques et la sévérité du trouble lié à l'usage d'alcool (35).

### 1.3.2 Alcool et épisode dépressif caractérisé

L'association entre consommation d'alcool et épisode dépressif caractérisé est fréquente, mais l'hétérogénéité des populations étudiées et la diversité des méthodes d'évaluation donnent une grande variabilité de résultats (36). En effet, Schuckit et al (37) estiment que 25% à 67% des patients souffrant d'un trouble lié à l'usage d'alcool sont considérés comme ayant présenté des symptômes dépressifs sévères. Murray et al (38) retrouvent une fréquence de 40% d'épisodes dépressifs caractérisés chez des patients souffrant de dépendance alcoolique, hospitalisés pour une atteinte hépatique. Quant à Hesselbrock et al (39), ils estiment à 38% chez les hommes et 52% chez les femmes le pourcentage d'épisodes dépressifs caractérisés dans une cohorte de patients hospitalisés sur l'ensemble des services hospitaliers et souffrant de trouble lié à l'usage d'alcool.

### 1.3.3 Alcool et anxiété

L'anxiété, comme l'épisode dépressif caractérisé, est souvent associée à la dépendance alcoolique. La relation entre alcoolisme et anxiété est complexe. L'anxiété isolée ou associée à d'autres symptômes, est un facteur favorisant les alcoolisations (40). Si l'alcool est souvent utilisé à visée anxiolytique par les patients, il s'avère que cette substance majeure, à terme, l'anxiété (8), notamment à travers les symptômes constatés lors du sevrage en alcool (40). En effet, dans une population de patients souffrant d'une dépendance à l'alcool, la fréquence de l'agoraphobie varie entre 4,6% et 42% (41,42), celle de la phobie sociale entre 7,5% et 57% (41,42), et celle du trouble panique entre 4,6% et 50% (41,42). La prévalence de ces symptômes est au final six à neuf fois supérieure chez les patients souffrant d'un trouble lié à l'usage d'alcool par rapport à la population générale (43,44). Globalement, la fréquence

du trouble lié à l'usage d'alcool chez les personnes présentant des symptômes d'anxiété varie entre 16% et 25% (8).

#### 1.3.4 Alcool et troubles de la personnalité

L'alcool, par la désinhibition engendrée lors de la prise, peut être mésusé par des sujets présentant des troubles de l'affirmation de soi, comme c'est le cas dans certains troubles de la personnalité (45). La consommation d'alcool des patients présentant un trouble de la personnalité de type antisociale est l'une des formes les plus fréquentes d'alcoolisme secondaire (8). Si la consommation d'alcool est fréquente dans cette catégorie de la population, les conduites antisociales sont également fréquentes au cours de l'évolution d'une conduite alcoolique. Les consommations chez les patients présentant un trouble de la personnalité de type antisociale sont souvent intermittentes, et soumises aux aléas de l'impulsivité (8). Enfin, en ce qui concerne les patients souffrant d'un trouble de la personnalité de type borderline, Nace et al (46) ont retrouvé une fréquence de personnalité état limite dans une population d'alcooliques hospitalisés de 14%.

#### 1.3.5 Alcool et schizophrénie

Concernant la relation entre consommation d'alcool et trouble psychotique, Batel et al (47) ont montré une prévalence de 32,6% d'abus ou de dépendance alcoolique dans une population de patients souffrant de schizophrénie. Il est important de noter que la schizophrénie est associée à un plus haut risque de décès prématuré (48), avec une mortalité deux fois plus importante que dans la population générale (49). En effet, au-delà du nombre élevé de suicides dans cette population, la prévalence des comorbidités somatiques, incluant les troubles cardio-vasculaires, gastro-intestinaux, respiratoires, néoplasiques, infectieux et



endocriniens, varie de 19% à 57% chez les personnes souffrant de schizophrénie (50). L'abus d'alcool et la dépendance alcoolique sont également responsables d'une augmentation de la mortalité chez les patients atteints de schizophrénie, notamment à travers le risque majoré de cancers liés à l'alcool (51,52).

## 1.4 Suicide

### 1.4.1 Épidémiologie du suicide

Selon un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 803 900 personnes se sont données la mort dans le monde en 2012 (53). Ce nombre correspond à 11,4 suicides pour 100000 habitants. De manière générale, les hommes (15 pour 100000 habitants) sont plus concernés que les femmes (8 pour 100000 habitants) par le décès par suicide.

En France, plusieurs instituts sont chargés de recueillir les données épidémiologiques concernant les suicides et tentatives de suicide. L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) rapporte un nombre de 10334 suicides sur l'année 2010, ce qui correspond à 2% de la mortalité générale (54). Le suicide est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans (20% de l'ensemble des décès pour la tranche d'âge), et la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et les 35-44 ans (16% de l'ensemble des décès de ces deux tranches d'âge). Toujours selon les résultats de l'INSERM, le nombre de suicides serait en diminution depuis vingt ans.

Dans ses deux rapports de 2014 et 2016, l'Observatoire National du Suicide (ONS) retrouve 9715 suicides en France en 2012, soit 12,3 suicides pour 100000 habitants (55,56). On note également des caractéristiques régionales, puisqu'un nombre plus important de suicides est retrouvé dans les régions Nord-Pas-de-Calais (20,4 pour 100000 habitants) et Bretagne (24,8 pour 100000 habitants) (55,56).

Par ailleurs, il existe une disparité en fonction du sexe, puisque le taux de suicide est de 19,3 pour 100000 hommes et de 6 pour 100000 femmes. Les hommes sont donc plus nombreux à mourir par suicide, et l'on distingue des tranches d'âge plus à risque : 25-44 ans et après 70 ans (55,56).

Les moyens létaux utilisés par les hommes sont, la pendaison dans plus de la moitié des cas, une arme à feu dans 15% des cas, et l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) dans 11% des cas de suicide (55,56).

La tentative de suicide est « un acte ayant un résultat non mortel, dans lequel un individu initie délibérément un comportement inhabituel qui, sans intervention d'autrui, provoque une automutilation, ou ingère délibérément une substance en excès du dosage thérapeutique prescrit ou généralement reconnu ». (57), En 2012, il y a eu plus de seize millions de tentatives de suicide réalisées dans le monde. Cela représente en proportion un décès par suicide pour vingt tentatives (53).

Alors que nous venons d'évoquer une diminution linéaire des suicides depuis bientôt dix ans, les résultats de l'INSERM révèlent que les tentatives de suicides sont en progression constante en France depuis cette période (54). En 2012, l'ONS dénombre ainsi plus de 200000 tentatives de suicide. Nous observons 190000 passages aux Urgences pour ce motif, dont près de deux tiers concernent des femmes (63,3%). 70000 patients sont hospitalisés dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique hors psychiatrie suite à ces passages à l'acte, ce qui représente 90000 séjours d'hospitalisation par an (55,56).

Dans ses récents rapports, l'ONS reprend des données de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) concernant les tentatives de suicide (55,56). En 2010, 0,3% des hommes et 0,7% des femmes ont fait un passage à l'acte suicidaire. Cette étude

montre également que 3,4% des hommes et 4,4% des femmes ont eu des idées suicidaires au moins une fois en 2010 dans notre pays (55,56).

Les femmes sont significativement plus nombreuses à réaliser des tentatives de suicide, avec des tranches d'âge plus à risque : 15-20 ans et 40-50 ans. Cette différence s'explique par la dangerosité variable des vecteurs utilisés lors du passage à l'acte, puisque 80% des personnes tentant de se suicider ont recours à une IMV, moyen principalement utilisé par les femmes (55,56). Les hommes favorisant plutôt le passage à l'acte par pendaison ou arme à feu, où l'on retrouve une plus grande létalité lors des passages à l'acte suicidaire.

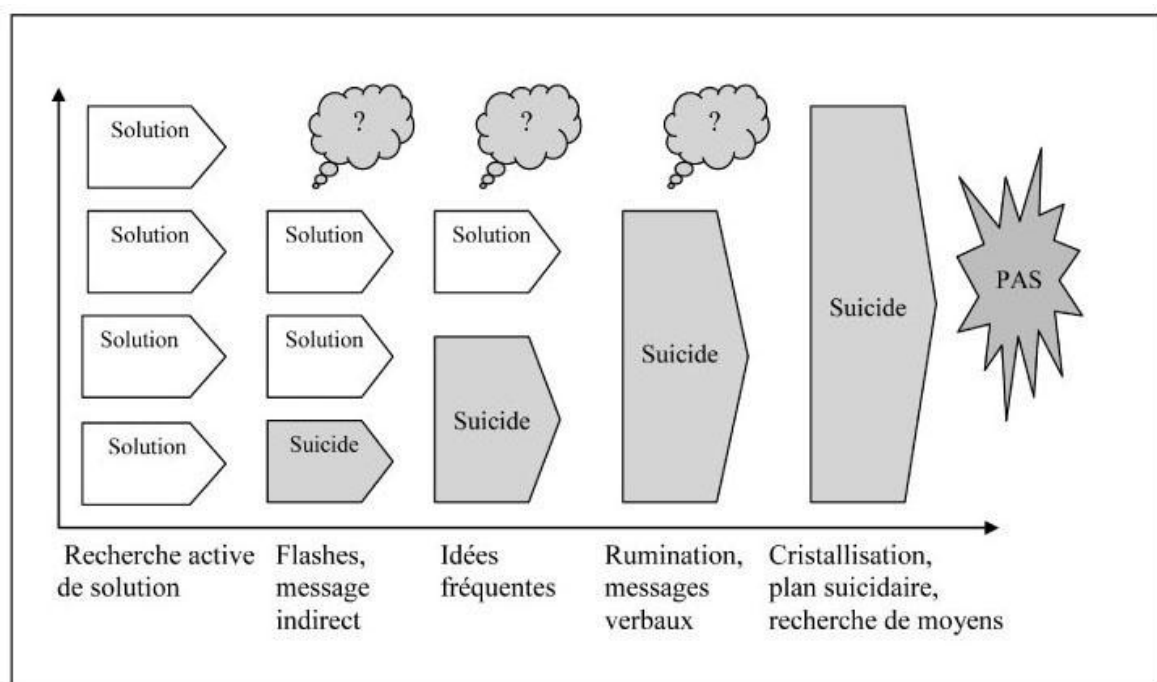
Dans la littérature, plusieurs études (58–61) ont mis en évidence un risque important de récurrences de tentatives de suicide après un premier geste suicidaire. En effet, Laurent et al (59) dénombrent un taux de 11,6% de récurrence d'un geste suicidaire dans les 6 mois suivant un premier geste suicidaire, de 17,3% la première année, et de 26,2% dans les deux ans. Ces études (59,61) révèlent qu'environ un tiers des patients ayant réalisé un geste suicidaire passeront à nouveau à l'acte dans les années à venir (34% à cinq ans pour Laurent et al, 31,6% à 13 ans pour Hall et al).

L'ensemble de ces études (58–61) conclut à un risque accru de récurrence lors de la première année suivant un premier geste suicidaire, et décrit un intérêt à une vigilance renforcée durant cette période à travers un suivi psychiatrique adapté.

Holley et al (58) retrouvent également un taux de 5,6% de patients décédés par suicide durant les treize premières années suivant un premier geste suicidaire. Ce pourcentage représente un risque relatif de décès vingt-six fois supérieur à la population générale.

### 1.4.2 Crise suicidaire

La crise suicidaire (figure 1) est définie en 2011 par Lorillard et al (62) comme un processus dont l'évolution temporelle est graduelle en fonction des facteurs de stress. L'ensemble de ces facteurs va engendrer le dépassement des capacités d'adaptation du sujet, l'apparition progressive d'idées suicidaires, qui vont faire l'objet d'un scénario suicidaire, qui peut aller jusqu'au passage à l'acte. Le risque majeur de cette crise est le suicide (63).



*PAS : Passage à l'Acte Suicidaire*

*Figure 1 : Modélisation de la crise suicidaire, d'après Psychopathologie du suicide, par Jérémie Vandevorde (2013).*

La crise est considérée, d'après Nicolas de Coulon (64), comme un moment de rupture dans l'équilibre intrapsychique ou interpersonnel du patient qui l'amène à une prise de contact avec un professionnel en santé mentale. Elle émerge, le plus souvent, au travers de tentatives de suicide ou de menaces suicidaires, d'alcoolisations pathologiques, d'agitations aiguës,

voire de délire d'allure psychotique (65). Il existe un caractère d'urgence qui exige une intervention immédiate. Celle-ci admet un délai maximal de 24h (64,65).

Au cours d'une crise suicidaire, le patient va présenter un certain nombre de symptômes, tels que de l'anxiété, une irritabilité, une tristesse de l'humeur, ou encore un sentiment d'échec, d'inutilité, une perte de l'estime de soi ou de la confiance en soi. Ces symptômes vont apparaître à la faveur d'un ou plusieurs facteurs précipitants, indépendamment de la présence éventuelle d'un épisode dépressif caractérisé. En réaction à ces événements subis, le patient va chercher des solutions pour faire face à la crise. Mais progressivement, ses capacités d'adaptation vont s'en trouver altérer, et le patient va commencer à envisager un geste suicidaire. L'objectif de l'intervention de crise sera de permettre au patient de récupérer l'intégralité de son fonctionnement antérieur (64,65).

La conférence de consensus de 2000, définissant les contours de la prise en charge de la crise suicidaire, décrit trois niveaux de symptômes devant faire évoquer ce diagnostic (63). Au premier rang, nous observons les manifestations les plus évidentes qui sont l'expression d'idées suicidaires, évoquées par le patient à son entourage de manière plus ou moins concrète. Au second rang, figurent les manifestations de la crise psychique, telles que l'asthénie, l'anxiété, la tristesse, l'irritabilité, les troubles du sommeil, l'anhédonie, l'aboulie, le sentiment de dévalorisation, les troubles de la mémoire, la perte d'appétit ou la boulimie, les ruminations anxieuses, et une recrudescence des consommations alcoolotabagiques (63). En effet, l'abus d'alcool ou la dépendance alcoolique multiplie par huit le risque de crise suicidaire (63). Au quotidien, l'entourage peut à ce stade repérer des signes de souffrance psychique, comme un faciès triste, hypomime, des pleurs, une perturbation de la relation avec l'entourage, l'abandon des activités habituelles, un isolement, ou un abus de substances toxiques (63). A un stade ultérieur, la crise peut s'exprimer par des signes



particulièrement préoccupants, comme du désespoir, une souffrance psychique intense ou la recherche soudaine de moyens létaux (63).

Il existe divers facteurs de risque favorisant l'apparition d'une crise suicidaire. Selon leur degré d'importance, ils sont classés en facteurs primaires, secondaires et tertiaires (63). Les facteurs de risque primaires sont la présence d'un trouble psychiatrique, les antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide, la verbalisation d'une intention suicidaire ou une impulsivité. Dans la dépression et la schizophrénie notamment, un lien a été démontré entre la survenue d'une tentative de suicide et la diminution récente de l'intensité du traitement (diminution des posologies, espacement des consultations) (63). Concernant les antécédents personnels de tentative de suicide, ils sont un élément biographique à considérer avec attention, car 30% à 40% des suicidants récidivent, majoritairement dans l'année qui suit le premier épisode (66). Ajoutons que 10% des suicidants décèdent par suicide dans les dix ans suivant la première tentative (1% par an) (63,66).

Dans les facteurs secondaires, nous retrouvons des éléments issus de la biographie et du mode de vie du patient, comme les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, ainsi que les événements de vie potentiellement traumatiques.

Enfin, les facteurs tertiaires regroupent des éléments non modifiables que sont l'appartenance au sexe masculin, ou des périodes de la vie à risque (jeune adulte, personne âgée) (63). A noter que l'existence de marqueurs biologiques spécifiques du risque suicidaire n'a pu être scientifiquement démontrée (26).

### 1.4.3 Suicide et prise en charge

Après un geste suicidaire la prise en charge de crise s'initie sur les premières 24h, par une période dite d'interaction de crise. Elle sert à mener une réflexion avec le patient et ses proches, avant de s'engager dans une voie thérapeutique définie (64,65,67). Elle commence par la rencontre avec le patient, et prend fin une fois le plan d'action défini. Le cadre est expliqué au patient dès le début de la prise en charge. Cette dernière a une durée de deux mois au maximum, le nombre et la fréquence des entretiens étant discuté avec le patient. L'intervention de crise utilise une forme de psychothérapie adaptée à la pratique psychiatrique d'urgence. L'objectif prioritaire de son travail réside en la mise à jour et la négociation des conflits. Pour ce faire, l'utilisation de pratiques systémiques ou cognitivo-comportementales est privilégiée (64,65,68,69).

La période d'intervention de crise doit permettre à l'équipe d'élaborer une hypothèse de crise qui prend en considération les facteurs de crise et ce qui a pu être repéré du fonctionnement psychique du patient (64,65,68,69). Dans ce contexte de crise suicidaire, il est primordial d'intervenir sur les différents éléments identifiés comme moteur de cette escalade tels que les facteurs de stress environnementaux, une pathologie psychiatrique intercurrente (épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux), ou une recrudescence des consommations d'alcool et autres toxiques.

L'intervention de crise démarre une fois cette étape préalable achevée. Elle est basée sur une prise en charge pluridisciplinaire spécifique, avec une équipe composée de psychiatres et d'infirmiers, dont certains sont référents de la prise en charge (64,65,67-69). L'intérêt de ce travail en équipe est multiple. Il permet tout d'abord de pouvoir proposer une densité d'entretiens suffisamment étayante devant la gravité du tableau clinique présenté par le patient. Ensuite, il donne la possibilité d'échanger autour de ces situations souvent délicates et à forte charge émotionnelle. Enfin, cette prise en charge double psychiatre/infirmier

permet de reproduire le clivage souvent observé dans ces situations de crise suicidaire, notamment dans des populations à risque comme les personnes présentant un trouble de la personnalité de type borderline (64,65,68).

La Haute Autorité de Santé (HAS), à travers une conférence de consensus en 2000 (63), a défini des principes de base inhérents à cette prise en charge spécifique, notamment la nécessité d'impliquer l'entourage familial et social dans la prise en charge du patient (63). La mobilisation de l'entourage permet en outre une dédramatisation du recours à la psychiatrie, crainte largement observée dans la population et facteur de résistance. Cette implication transversale a comme incidence une diminution du taux des réhospitalisations à un an (63). L'autre modalité d'intervention recommandée est d'associer l'intervention de crise à un suivi au long cours à venir. L'entourage du patient doit être également sollicité dans la réflexion du suivi à mettre en place après la crise, afin de favoriser l'adhésion du patient aux soins. Ce suivi doit être envisagé et organisé au mieux dès le début de la prise en charge de crise (63,65,68). Il s'agit d'abord d'évaluer les recours à disposition, d'identifier les différents intervenants déjà impliqués dans la prise en charge du patient. Puis, en cas d'implication de nouveaux professionnels, de favoriser l'établissement d'un lien avec le patient et son entourage, à travers la prise de contact, de rendez-vous, la mise à disposition d'un compte-rendu rapide, ou l'accompagnement du sujet dans la démarche de relai (63,65,68).

Sur la fin de la prise en charge de crise, nous observons une phase de réactualisation (65,68). Elle consiste en une réémergence de symptômes, évocateurs d'une rechute, en lien avec la séparation qui se profile avec l'équipe soignante. Néanmoins, le patient est plus dans la verbalisation que dans l'action ou le passage à l'acte (65). Cette étape permet in fine la séparation avec l'équipe de crise.

En cas de risque suicidaire majeur, le recours à l'hospitalisation comme moyen de contenance et de protection du patient s'impose devant l'imminence du passage à l'acte suicidaire. Elle permet également de mettre à distance certains facteurs, professionnels ou familiaux, dont l'intrication participe à la crise (63). Hospitaliser ces patients permet par ailleurs de faire une évaluation plus approfondie de leur état psychiatrique, et de travailler avec eux l'établissement d'une relation de confiance. La RUD (pour « Risque, Urgence, Dangersité »), est une échelle qui permet l'évaluation du risque suicidaire (70). Elle doit être utilisée dans ce contexte de crise suicidaire afin de s'assurer de l'absence de dangersité à court terme, et d'évaluer la possibilité d'un retour à domicile pour une prise en charge ambulatoire de crise. Dans le cas où le RUD est trop élevé, il est nécessaire de poursuivre les soins en hospitalisation, pour permettre une surveillance constante des patients à haut risque suicidaire. En cas de refus d'hospitalisation de la part du patient, et si la dangersité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir à une hospitalisation sans consentement, conformément aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 (63). Il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et notre impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge, et l'aspect transitoire de cette mesure, afin de travailler l'alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue (63).

Par ailleurs, il est nécessaire d'évaluer la compliance aux soins avant de proposer une prise en charge de crise en ambulatoire, y compris pour les patients qui ont bénéficié au préalable d'un passage aux urgences, voire d'une courte hospitalisation de 24h à 48h afin de prévenir tout passage à l'acte suicidaire. En effet, selon les études, 10% à 50% des patients, dans ce contexte de prise en charge initiale aux Urgences, suivent l'orientation proposée d'une prise en charge ambulatoire de crise (63). La compliance de ces patients a tendance à s'accroître lorsque les équipes soignantes s'investissent dans une relance systématique, par téléphone

ou courrier, ou lorsqu'un suivi à domicile est proposé aux patients ne s'étant pas présenté aux rendez-vous (63).

Lorsque le geste suicidaire s'accompagne d'une prise d'alcool, il est parfois postulé que la prise d'alcool elle-même a pu entraîner l'apparition d'idées suicidaires, voire du geste suicidaire, alors réalisé de manière impulsive, en réaction à des événements désagréables. La question de la prise en charge de ces patients se pose, le contexte étant différent de celui définissant la crise suicidaire classique. Cependant, les facteurs prédictifs d'une plus grande dangerosité suicidaire chez les sujets consommateurs d'alcool ne sont pas identifiés (71).

## 1.5 Suicide et alcool

### 1.5.1 Un lien décrit dans la littérature

Les données épidémiologiques établissent un lien entre la consommation d'alcool, le trouble lié à l'usage de l'alcool et le risque suicidaire. En effet, dans ses travaux sur une cohorte de 40000 patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool, et suivis sur 40 ans, Rossow (72,73) a retrouvé un risque relatif de réalisation d'une tentative de suicide de 27,1 pour la population de cette cohorte, par rapport à la population générale. Pour Adès et Lejoyeux (72), 20% à 60% des patients admis pour une tentative de suicide souffriraient d'un trouble lié à l'usage d'alcool. Il existerait une disparité selon le sexe dans ces résultats puisque selon Suominen (72,74), 64% des hommes admis pour une tentative de suicide souffriraient d'un trouble lié à l'usage d'alcool, contre 21% chez les femmes. Une revue de la littérature (72,75) estime à 7% le risque de décès par suicide chez les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool. L'étude de Rossow (73) citée précédemment retrouve quant à elle un risque suicidaire relatif de 6,9 dans cette population, par rapport à la population générale. Wilcox

et al (72,76) évoquent même un risque dix fois plus important de décéder par suicide en cas de trouble lié à l'usage d'alcool.

Concernant les alcoolisations aiguës, différentes études (72,77) décrivent de 35% à 73% de patients intoxiqués par l'alcool lors de la réalisation d'un geste suicidaire, en fonction des populations étudiées. Si l'on s'intéresse aux personnes décédées à la suite du passage à l'acte suicidaire, les chiffres retrouvés sont similaires (72,77,78).

### 1.5.2 Hypothèses neurobiologiques

Si le lien entre la consommation d'alcool et le risque suicidaire a été montré, le mécanisme en cause est mal connu (79).

Plusieurs hypothèses neurobiologiques sont avancées pour expliquer cette corrélation.

Une première hypothèse serait que l'alcool, en permettant une désinhibition chez un patient suicidant, serait facilitateur du passage à l'acte (80). Cette hypothèse tient compte de l'implication de l'alcool dans l'altération des effets inhibiteurs du système nerveux central, protégeant habituellement le sujet d'un passage à l'acte suicidaire. Des études de neuro-imagerie ont également permis d'identifier le cortex préfrontal dorsolatéral comme une région cérébrale responsable de l'ajustement du contrôle exécutif (81). Or, il a été montré que de fortes consommations d'alcool altèrent l'activation de cette région cérébrale mais aussi du cortex cingulaire antérieur, ce qui diminuerait ces capacités d'ajustement (82). D'autres auteurs rapportent que la consommation chronique d'alcool est responsable d'une réduction globale du volume des régions frontales du cortex cérébral (83). Une méta-analyse de 2014 (84) démontre en effet la responsabilité de l'alcool, ainsi que de la plupart des toxiques neurostimulants (cocaïne, MDMA, méthamphétamine) et du tabac, dans ce mécanisme.

Une autre hypothèse est de considérer que la consommation d'alcool pourrait altérer les capacités de coping (figure 2), à savoir les stratégies d'ajustement permettant au sujet de faire face aux situations stressantes (85).

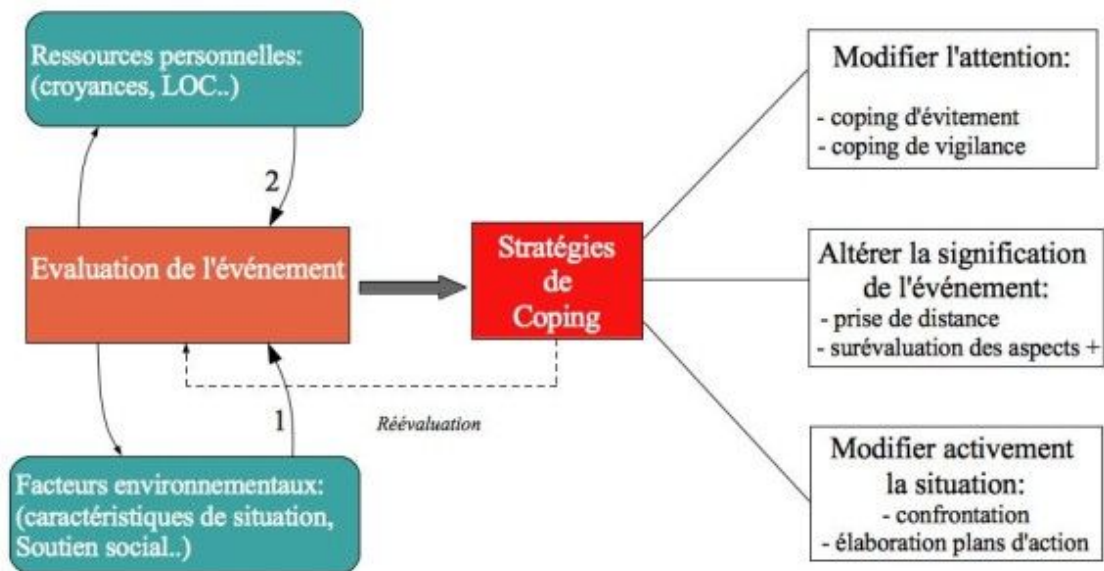


Figure 2 : Modélisation des stratégies de coping, d'après Site-psychologie, Jean-Nicolas Pous (2010)

Certains auteurs ont en effet décrit un phénomène de myopie neuropsychologique sous l'effet de l'alcool (86,87). Il correspond en la prise en compte exclusive, dans une situation donnée, de l'information la plus saillante au détriment d'autres informations périphériques. Cette vision tronquée d'une situation donnée pourrait alors entraîner un trouble du jugement et des altérations de certaines fonctions exécutives, dont la prise de décision et conduire à une levée d'inhibition (86). Ce phénomène pourrait donc recréer des conditions similaires à celles observées chez les patients en crise suicidaire présentant alors des altérations des fonctions exécutives (87). Dans ce cas, le passage à l'acte suicidaire serait non planifié et

découlerait d'une réaction inadaptée à des événements extérieurs, le sujet étant focalisé sur les informations négatives. Ainsi, la consommation d'alcool, par les modifications qu'elle induit, pourrait amplifier les éléments décrits dans la genèse d'une crise suicidaire.

## 1.6 Hypothèses et objectif de notre étude

Notre introduction a pu montrer les liens étroits qui existent entre le trouble lié à l'usage de l'alcool, le suicide et les tentatives de suicide. Elle a pu mettre en perspective l'effet de l'alcool sur les cognitions et ses possibles interactions avec la genèse et l'amplification d'une crise suicidaire. Toutefois, alors que les liens épidémiologiques entre le trouble lié à l'usage de l'alcool et le suicide sont bien décrits, il existe peu de données sur les liens entre l'intoxication aiguë en alcool et le geste suicidaire. Or, la consommation d'alcool en aigu, par les modifications qu'elle induit, peut précipiter des gestes suicidaires ou être utilisée afin de précipiter des passages à l'acte planifiés.

Notre hypothèse est que l'effet de la consommation d'alcool, par des effets propres cognitifs, pourrait expliquer en partie l'association fréquemment décrite entre alcoolisation et geste suicidaire. Pour préciser ce lien, nous proposons de décrire les caractéristiques d'une population de patients admis pour une intoxication médicamenteuse volontaire afin de préciser les différences entre les patients présentant une alcoolémie positive et négative.

L'objectif principal de cette étude est donc d'étudier les liens entre la consommation d'alcool et les caractéristiques du geste suicidaire en termes de planification et d'intention, évaluées par l'échelle de Pierce (88).

L'objectif secondaire est d'étudier les effets de l'alcoolisation aiguë en fonction de la présence ou non d'un trouble lié à l'usage d'alcool. Pour ce faire, nous nous proposons de comparer le score d'intentionnalité suicidaire de Pierce des patients admis au service



d'Accueil des Urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire dans un contexte d'alcoolisation aiguë selon que ces patients aient ou non des critères du trouble lié à l'usage d'alcool.

## 2 Matériel et méthodes

En France, les autorités sanitaires recommandent que chaque patient admis aux Urgences pour une tentative de suicide soit évalué par un psychiatre durant son hospitalisation (63).

Notre étude se déroule au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse Purpan, qui accueille la plupart des personnes ayant réalisé une tentative de suicide dans le département.

En fonction du lieu où le geste suicidaire est réalisé, les patients peuvent également être pris en charge au CHU de Toulouse Rangueil. A l'hôpital Purpan, les patients admis pour une intoxication volontaire sont hospitalisés sur les Urgences, une fois l'assurance d'une stabilisation clinique, dans l'Unité Toxicologique. Ceci afin de poursuivre une surveillance optimale de leur état de conscience, avant une évaluation psychiatrique. Les patients ont préalablement bénéficié d'une première évaluation par un médecin urgentiste, qui prescrit une analyse biologique, comprenant le dosage de l'alcoolémie sanguine.

L'équipe de liaison psychiatrique intervient dans un second temps. Elle est composée d'un infirmier, d'un psychiatre sénior et d'un interne de spécialité. Cette équipe peut réaliser des entretiens psychiatriques tous les jours de la semaine et à toute heure de la journée. Il est nécessaire d'obtenir une parfaite stabilisation sur le plan physique et cognitif, afin de réaliser une évaluation fiable sur le plan psychiatrique. Pour ce faire, avant l'évaluation psychiatrique par le médecin, l'infirmier fait passer aux patients des tests de vigilance et d'évaluation cognitive, afin de s'assurer de la possibilité de réaliser l'entretien psychiatrique ultérieur. Au CHU de Toulouse Purpan, les infirmiers font passer aux patients le test de cinq mots de Dubois (89), avec rappel immédiat et différé. Il est nécessaire que ce test soit parfaitement validé pour que l'entretien médical puisse être réalisé. Une autre condition de réalisation de cet entretien est une alcoolémie négative au moment du passage du psychiatre.

Lorsque l'intoxication volontaire est associée à une consommation d'alcool, l'équipe mobile d'addictologie peut rencontrer le patient, à sa demande et/ou sur sollicitation du médecin urgentiste ou du psychiatre de liaison.

Les patients évaluables d'un point de vue psychiatrique bénéficient donc d'un entretien infirmier, puis psychiatrique. Le psychiatre recherche alors des antécédents personnels et familiaux, notamment psychiatriques, des éléments biographiques, anamnestiques, du mode de vie du patient, et de facteurs ayant précipité le geste suicidaire. Cet entretien permet également d'évaluer la présence d'une pathologie psychiatrique évolutive, voire en cours de décompensation. Il évalue enfin le risque suicidaire que présente le patient au moment où il est vu en entretien. Il s'aide pour cela de l'échelle RUD (70), que nous avons évoqué précédemment, et de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Pierce (88), en se servant des informations recueillies auprès du patient, mais également de ses proches ou des professionnels de santé inclus dans la prise en charge du patient.

A l'issue de cette évaluation, il peut être proposé au patient :

- Une hospitalisation complète, qu'elle soit libre ou dans le cadre de soins sans consentement
- Une hospitalisation de crise sur l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) psychiatrique
- Un retour au domicile avec programmation de soins psychiatriques ambulatoires

## 2.1 Population étudiée

Nous avons utilisé des données administratives et des informations concernant les critères socio-démographiques et leur parcours de soins, afin de comparer les différents sujets inclus.

Au cours de la période d'inclusions, 98 patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion (41 patients mineurs, 57 avec des troubles cognitifs). Pour 3 patients, les données recueillies étaient incomplètes. Finalement, 516 patients ont participé à l'étude.

Nous avons choisi d'inclure les patients ayant réalisé un geste suicidaire seulement par intoxication médicamenteuse volontaire dans le souci d'une meilleure comparabilité des scores à l'échelle de Pierce entre les groupes, et pour des questions d'organisation des soins afin de limiter le nombre de patients perdus de vue.

### 2.1.1 Critères d'inclusion

Pour notre étude, nous avons inclus les majeurs admis pour une intoxication médicamenteuse volontaire, capables de comprendre le français, acceptant de participer à l'étude.

### 2.1.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu les patients refusant de participer à l'étude, ceux présentant une pathologie neurodégénérative ou un retard mental. Pour des aspects légaux nous avons également exclus les patients mineurs. Enfin, les patients ayant ingéré d'autres substances que l'alcool et les tentatives de suicides autre que par le biais d'une intoxication médicamenteuse volontaire n'étaient pas concernés par l'étude.

## 2.2 Ethique

Cette étude clinique a été approuvée par le Comité pour la Protection des Personnes, No. ID-RCB: 2017-A00641-52.

Elle est enregistrée auprès de l'US National Library of Medicine, numéro d'étude NCT03230448.

## 2.3 Mesures

### 2.3.1 Échelle de Pierce

L'échelle de Pierce (88) est un outil validé scientifiquement qui permet d'évaluer l'intentionnalité suicidaire après une tentative de suicide. Cette échelle (Annexe 5) comprend 11 items et établit un score allant de 0 à 25. Un score compris entre 0 et 3 indique une faible intentionnalité suicidaire, lorsqu'il est compris entre 4 et 10 cela indique une intentionnalité moyenne, et cette intentionnalité est élevée lorsque le score est supérieur à 10. Les informations nécessaires à la passation de l'échelle de Pierce peuvent être recherchées par les différents intervenants dans la prise en charge du patient, à la fois l'équipe de secours sur place si le patient est conscient, mais aussi le médecin urgentiste et l'équipe de psychiatrie lors de l'évaluation. Les items qu'elle contient sont divisés en trois sous-catégories, qui sont :

- Les « circonstances objectives », qui retracent les conditions dans lesquelles le geste suicidaire a été mis en œuvre, les éventuelles précautions prises contre la découverte du geste suicidaire par l'entourage, si le patient était éventuellement isolé de ses proches au moment du geste. Ces circonstances objectives sont documentées par l'équipe de psychiatrie selon les dires du patient et de son entourage le cas échéant.
- Les « propos rapportés par le patient », qui tiennent compte des déclarations du patient concernant l'intention associée au geste, son éventuelle préméditation les jours ou les semaines précédant la réalisation du geste ou son caractère impulsif, le ressenti du patient a posteriori du passage à l'acte.
- La « dangerosité », qui évalue le résultat prévisible de la tentative de suicide en termes de létalité, et la prévisibilité de la mort sans intervention médicale. Cette dangerosité est estimée à l'issue de l'entretien d'évaluation psychiatrique.

### 2.3.2 Alcoolémie

Le taux d'alcool dans le sang est mesuré par un dosage effectué lors du bilan sanguin systématique, prélevé au moment de l'admission du patient aux Urgences. Nous avons considéré comme positive toute alcoolémie supérieure à 0,05g/L. Nous avons choisi ce seuil afin d'inclure toute consommation d'alcool, y compris les plus faibles.

Nous avons ensuite évoqué la question de l'influence de la consommation d'alcool sur le score de Pierce par corrélation.

## 2.4 Analyse statistique

Les caractéristiques de l'échantillon ont été décrites à l'aide d'effectifs et en pourcentages pour les variables qualitatives, et de paramètres de distribution appropriés pour les variables quantitatives (moyenne et écart-type, médiane et intervalles interquartiles). Les caractéristiques ont été comparées à l'aide du test du Chi<sup>2</sup> pour les valeurs qualitatives et par le test de Student ou le test de Mann Withney selon la distribution en valeurs quantitatives. La corrélation entre le score d'intentionnalité de Pierce et le taux d'alcool dans le sang a été évaluée par le coefficient de Spearman et la significativité du coefficient de corrélation testé.

Nous avons calculé le nombre de patients à inclure pour obtenir un résultat significatif en ce qui concerne le critère de jugement principal. Ce calcul était basé sur les données d'une étude pilote réalisée sur 40 patients, et a établi que nous devons inclure 110 patients. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA / SE 14.2.

## 3 Résultats

### 3.1 Population de l'étude

Un total de 165 hommes (31,9%) et 351 femmes (68,1%) a été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 40,4 ans (SD = 14,8) et l'âge médian était de 42 ans. La majorité des patients présentaient un ou plusieurs antécédents de tentative de suicide (59,7%), et 17,8% avaient des antécédents familiaux de tentative de suicide. En utilisant les critères du DSM V (14), la prévalence des troubles de l'humeur dans notre échantillon était de 44%, comprenant 33% de patients présentant un épisode dépressif caractérisé, et 11% atteints d'un trouble bipolaire. 30% des patients souffraient d'un trouble lié à l'usage d'alcool. Un diagnostic de schizophrénie était posé chez 3,5% des patients de cette étude. Dans cet échantillon, plus d'un patient sur trois (34%) présentait un trouble de la personnalité, majoritairement un trouble de personnalité borderline (20,1% de l'ensemble des patients de l'étude). Concernant le mode de vie, la plupart des patients ne vivaient pas seuls (65,3%), et dans un logement à 91,8%. Par contre, seuls 38,3% des patients de cet échantillon exerçaient une activité professionnelle au moment de leur passage aux Urgences. Les caractéristiques globales de l'échantillon ont été détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1. Description des caractéristiques des patients inclus (N=516)

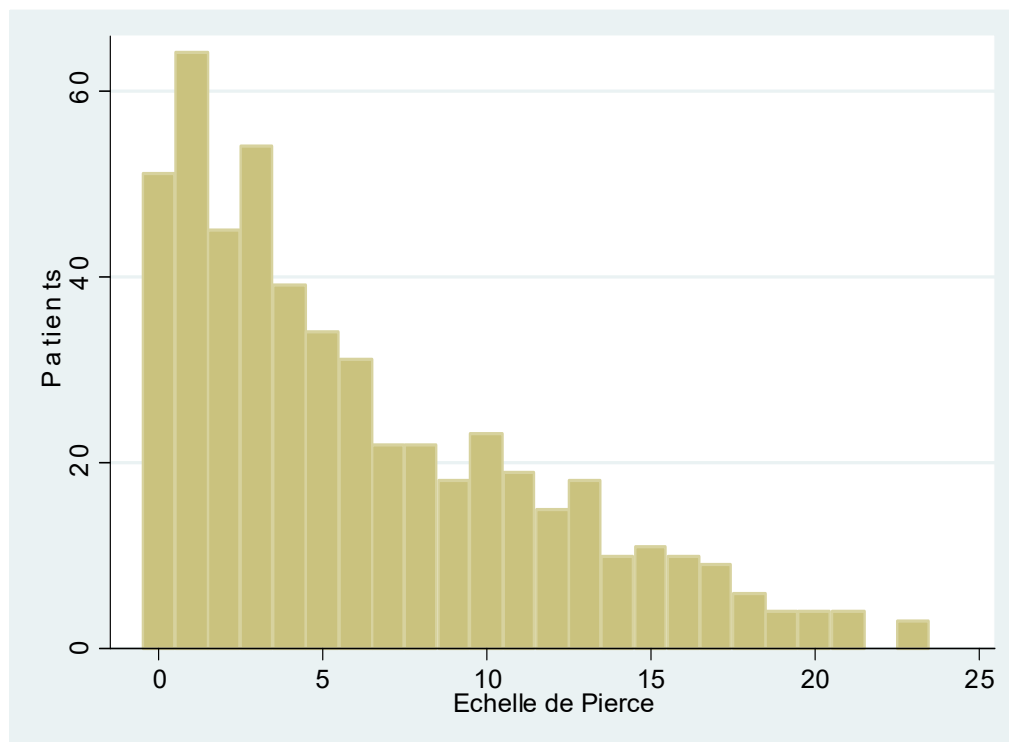
	N	%
Classe d'âge		
18-39 ans	233	45.16
40-59 ans	242	46.90
60 ans ou plus	41	7.95
Sexe		
Masculin	165	31.98
Féminin	351	68.02
Antécédent personnel tentative suicide	308	59.69
Antécédent familial tentative suicide	92	17.83
Pathologie psychiatrique	351	68.02
Dépression	170	32.95
Schizophrénie	18	3.49
Bipolarité	59	11.43
Anxiété	29	5.62
Dépendance alcoolique	155	30.04
Trouble de la personnalité	178	34.50
Détail du trouble de la personnalité		
Borderline	104	20.16
Dépendant	45	8.72
Évitant	1	0.19
Histrionique	6	1.16
Narcissique	3	0.58
Obsessionnel	2	0.39
Pas de trouble	338	65.50
Psychopathique	17	3.29
Vit seul	179	34.69
Emploi	198	38.37
Logement	474	91.86

### 3.2 Description selon le score de Pierce

Le score de Pierce moyen, révélateur de l'intentionnalité suicidaire, était de 6,22 (écart type = 5,41). 41,5% des patients de notre échantillon présentaient une intentionnalité faible (score de Pierce compris entre 0 et 3), 36,6% une intentionnalité moyenne (score de Pierce compris entre 4 et 10), et 21,9% avaient une intentionnalité élevée (score de Pierce supérieur ou égal



à 11). La distribution du score de Pierce pour l'ensemble de l'échantillon est présentée sur la figure 3. A noter qu'il n'y a pas de distribution biphasique, ce qui semble attester du fait qu'il n'existe pas deux sous populations distinctes (à savoir une population avec une forte intentionnalité utilisant l'alcool pour passer à l'acte et une population avec une faible intentionnalité réalisant un passage à l'acte impulsif).



*Figure 3. Distribution du score d'intentionnalité de Pierce*

Les caractéristiques des patients de notre étude qui ont influencé le score de Pierce étaient l'âge ( $p = 0,042$ ), la présence d'une dépression ( $p < 0,001$ ), ou d'un trouble de la personnalité ( $p = 0,032$ ). L'augmentation de chacun des deux premiers paramètres était associée à une augmentation significative de l'intentionnalité suicidaire. A l'inverse, la présence d'un trouble de la personnalité était un élément favorable à une intentionnalité suicidaire faible.

Par contre, aucune preuve n'a été faite d'une éventuelle influence du sexe, des antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide, ou d'un trouble lié à l'usage d'alcool, sur le score de Pierce. Le mode de vie des patients semble également ne pas influencer significativement sur l'intentionnalité suicidaire.

L'ensemble de ces résultats est détaillé dans le tableau 2.

Tableau2 : Description des patients en fonction des 3 classes d'intentionnalité

	Intentionnalité faible N=214		Intentionnalité moyenne N=189		Intentionnalité élevée N=113		p
	N	%	N	%	N	%	
Classe d'âge							0.042
18-39 ans	107	50.00	88	46.56	38	33.63	
40-59 ans	93	43.46	88	46.56	61	53.98	
60 ans ou plus	14	6.54	13	6.88	14	12.39	
Sexe							0.676
Masculin	72	33.64	56	29.63	37	32.74	
Féminin	142	66.36	133	70.37	76	67.26	
Antécédent tentative suicide	126	58.88	115	60.85	67	59.29	0.918
Antécédent familial tentative suicide	32	14.95	34	17.99	26	23.01	0.194
Pathologie psychiatrique	130	60.75	128	67.72	93	82.30	<0.001
Dépression	37	17.29	68	35.98	65	57.52	<0.001
Schizophrénie	7	3.27	7	3.70	4	3.54	0.972
Bipolarité	29	13.55	23	12.17	7	6.19	0.128
Anxiété	14	6.54	8	4.23	7	6.19	0.577
Dépendance alcoolique	70	32.71	54	28.57	31	27.43	0.526
Trouble de la personnalité	84	39.25	66	34.92	28	24.78	0.032
Borderline	49	22.90	36	19.05	19	16.81	
Dépendant	17	7.94	21	11.11	7	6.19	
Évitant	0	0.00	1	0.53	0	0.00	
Histrionique	4	1.87	2	1.06	0	0.00	
Narcissique	2	0.93	0	0.00	1	0.88	
Obsessionnel	1	0.47	0	0.00	1	0.88	
Psychopathique	11	5.14	6	3.17	0	0.00	

	Intentionnalité faible N=214		Intentionnalité moyenne N=189		Intentionnalité élevée N=113		p
	N	%	N	%	N	%	
Aucun trouble de personnalité	130	60.75	123	65.08	85	75.22	
Vit seul	70	32.71	73	38.62	36	31.86	0.357
Emploi	77	35.98	70	37.04	51	45.13	0.241
Logement	192	89.72	173	91.53	109	96.46	0.104
Classes d'Audit_C abrégé							0.068
Pas de consommation à risque	126	58.88	129	68.25	78	69.03	
Consommation d'alcool à risque pour la sante	18	8.41	6	3.17	4	3.54	
Trouble lié à l'usage d'alcool	70	32.71	54	28.57	31	27.43	
Alcoolémie positive	79	36.92	69	36.51	27	23.89	0.039

Si nous considérons à présent les sous-scores de l'échelle de Pierce, le score moyen des circonstances objectives était de 2,5 (écart type = 2,4), celui de la catégorie des propos rapportés par les patients était de 2,6 (écart type = 2,7), et celui évaluant la dangerosité atteignait 1,1 (écart type = 1,2). La distribution de l'échantillon en fonction de ces sous-scores est représentée sur la figure 4.

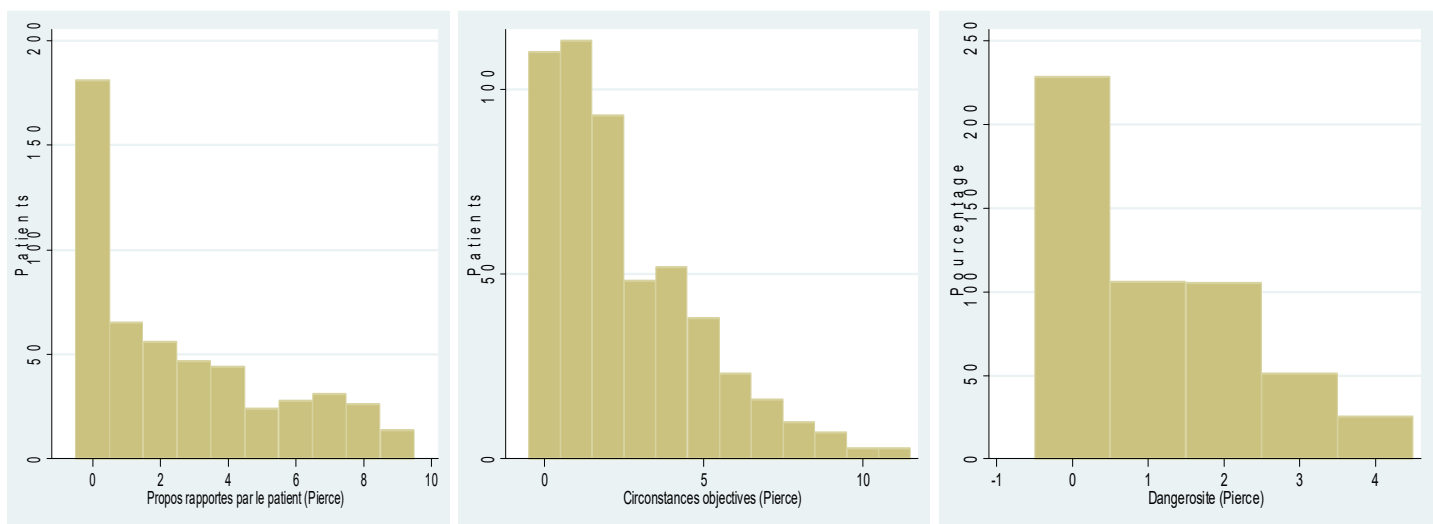
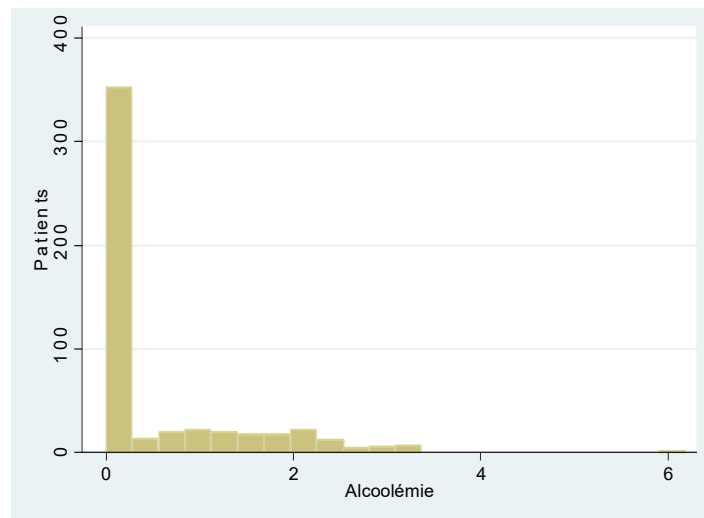


Figure 4. Distribution des sous-scores de l'échelle de Pierce

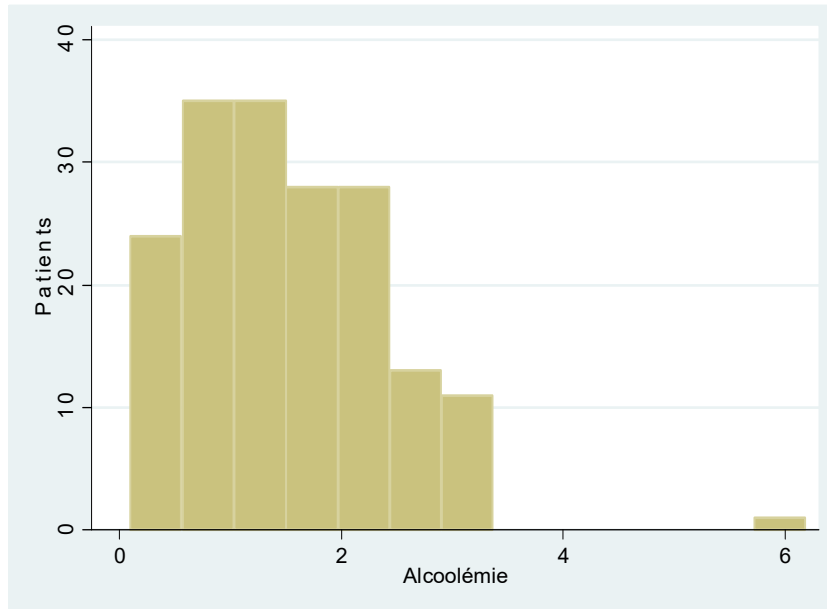
### 3.3 Description selon l'alcoolémie

L'alcoolémie moyenne, sur l'ensemble de notre population, était de 0,51g/L (écart type = 0,88). 341 patients (66 %) avaient une alcoolémie négative et 175 (34%) avaient consommé de l'alcool au moment de leur geste. La distribution de l'alcoolémie est représentée sur la figure 5.



*Figure 5. Distribution de l'alcoolémie*

Si nous considérons uniquement la population de l'étude qui présentait une alcoolémie positive, l'alcoolémie moyenne était de 1,51g/L (écart type = 0,89). La distribution de l'alcoolémie dans cette population spécifique est détaillée sur la figure 6.



*Figure 6. Distribution de l'alcoolémie chez les patients avec une alcoolémie positive (N=115)*

Si l'on observe les caractéristiques de cette population présentant une alcoolémie positive, en comparaison avec la population présentant une alcoolémie négative, nous constatons qu'il y avait plus d'hommes ( $p = 0,001$ ), de plus de 40 ans ( $p = 0,034$ ), exerçant une activité professionnelle ( $p = 0,023$ ). Concernant les affections psychiatriques, la première population retrouvait plus d'anxiété ( $p = 0,037$ ) et de trouble lié à l'usage d'alcool ( $p < 0,001$ ).

A contrario, il n'y avait pas de différences significatives entre les populations concernant la présence d'une pathologie psychiatrique chronique, telle que dépression, bipolarité ou schizophrénie, ainsi que d'un éventuel trouble de personnalité. Les antécédents de tentatives de suicide, tant personnels que familiaux, ou le mode de vie (logement, vivre seul ou non) ne diffèrent pas non plus entre les deux groupes.

Concernant le score de Pierce entre les deux populations suscitées, nous avons noté une intentionnalité suicidaire inférieure dans le groupe des patients qui présentaient une

alcoolémie positive (5,19, écart type = 4,75), par rapport aux patients qui avaient une alcoolémie négative (6,74, écart type = 5,65). Cette différence était significative ( $p = 0,039$ ). Si l'on considère à présent les sous-scores de l'échelle de Pierce, nous avons constaté que cette différence significative d'intentionnalité suicidaire entre les deux groupes se retrouvait uniquement dans la catégorie des propos rapportés par le patient. En effet, le score de Pierce dans cette sous-catégorie était de 0,9 (écart type = 2,4) dans le groupe de patients qui présentaient une alcoolémie positive, contre 1,2 (écart type = 2,8) dans le groupe de patients avec une alcoolémie négative ( $p = 0,003$ ). Nous n'avons pas observé de différences significatives concernant les scores des sous-catégories des circonstances objectives ( $p = 0,118$ ) et de la dangerosité ( $p = 0,417$ ) de l'échelle de Pierce, entre la population de patients qui présentaient une alcoolémie positive, et ceux qui avaient une alcoolémie négative.

La description détaillée des patients de cette étude en fonction de l'alcoolémie est présentée dans le tableau 3.

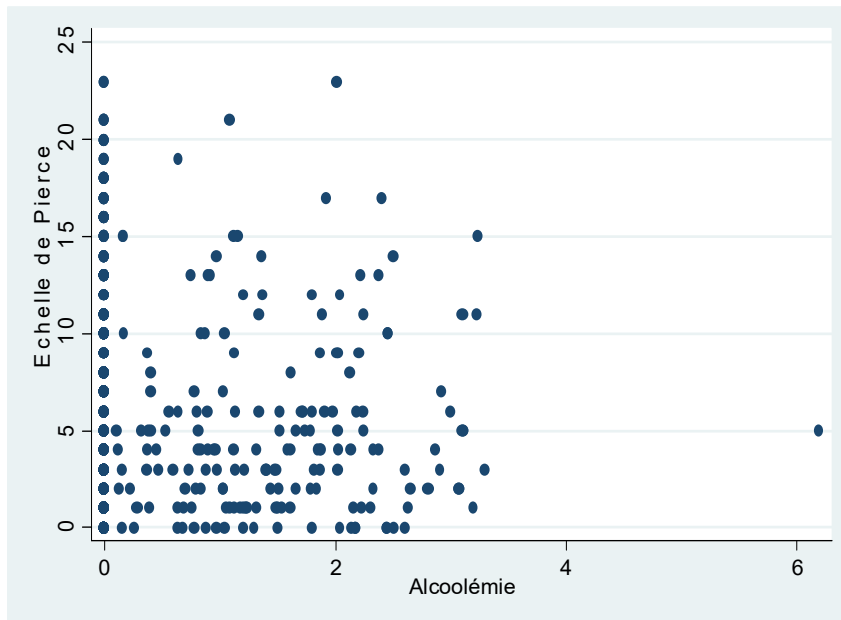
*Tableau 3. Description des patients en fonction de l'alcoolémie*

	Alcoolémie				p
	Négative N=341		Positive N=175		
	N	%	N	%	
Classe d'âge					0.034
18-39 ans	166	48.68	67	38.29	
40-59 ans	146	42.82	96	54.86	
60 ans ou plus	29	8.50	12	6.86	
Sexe					0.001
Masculin	93	27.27	72	41.14	
Féminin	248	72.73	103	58.86	
Antécédent personnel tentative suicide	203	59.53	105	60.00	0.918
Antécédent familial tentative suicide	62	18.18	30	17.14	0.770
Pathologie psychiatrique	208	61.00	143	81.71	<0.001
Dépression	112	32.84	58	33.14	0.946
Schizophrénie	13	3.81	5	2.86	0.576

	Alcoolémie				p
	Négative N=341		Positive N=175		
	N	%	N	%	
Bipolarité	43	12.61	16	9.14	0.241
Anxiété	14	4.11	15	8.57	0.037
Dépendance alcoolique	47	13.78	108	61.71	<0.001
Trouble de la personnalité	118	34.60	60	34.29	0.943
Borderline	80	23.46	24	13.71	
Dépendante	18	5.28	27	15.43	
Évitant	1	0.29	0	0.00	
Histrionique	3	0.88	3	1.71	
Narcissique	1	0.29	2	1.14	
Obsessionnel	1	0.29	1	0.57	
Pas de trouble	223	65.40	115	65.71	
Psychopathique	14	4.11	3	1.71	
Vit seul	111	32.55	68	38.86	0.154
Emploi	119	34.90	79	45.14	0.023
Logement	314	92.08	160	91.43	0.797
Intentionnalité (Pierce)					0.039
Intentionnalité faible	135	39.59	79	45.14	
Intentionnalité moyenne	120	35.19	69	39.43	
Intentionnalité élevée	86	25.22	27	15.43	
Circonstances objectives (Pierce)					0.118
0	69	20.23	41	23.43	
1 ou 2	129	37.83	77	44.00	
3 ou plus	143	41.94	57	32.57	
Propos rapportés par le patient (Pierce)					0.003
0	112	32.84	69	39.43	
1 ou 2	70	20.53	51	29.14	
3 ou plus	159	46.63	55	31.43	
Dangerosité (Pierce)					0.417
0	147	43.11	82	46.86	
>0	194	56.89	93	53.14	
Classes d'Audit_C abrégé					<0.001
Pas de consommation à risque	281	82.40	52	29.71	
Consommation d'alcool à risque pour la sante	13	3.81	15	8.57	
Trouble lié à l'usage d'alcool	47	13.78	108	61.71	

### 3.4 Corrélation entre intentionnalité suicidaire et alcoolémie

Comme nous l'avons vu précédemment, l'analyse des résultats du score de Pierce en fonction de l'alcoolémie a révélé la présence d'une corrélation entre la consommation d'alcool au moment du geste et l'intentionnalité suicidaire. Ce lien va dans le sens d'un score de Pierce moyen plus faible chez les patients ayant consommé de l'alcool, et plus particulièrement concernant les questions sur les propos rapportés par les patients ( $r = -0,11$ ,  $p = 0,013$ ), que pour les autres sous-scores. La relation entre le score de Pierce total et l'alcoolémie est représentée sur la figure 7.



*Figure 7. Relation entre score d'intentionnalité et alcoolémie*

Concernant les sous-scores, nous n'avons noté aucune corrélation entre les circonstances objectives et le score d'alcoolémie ( $r = -0,07$ ,  $p = 0,111$ ). Cette absence de corrélation est décrite sur la figure 8.



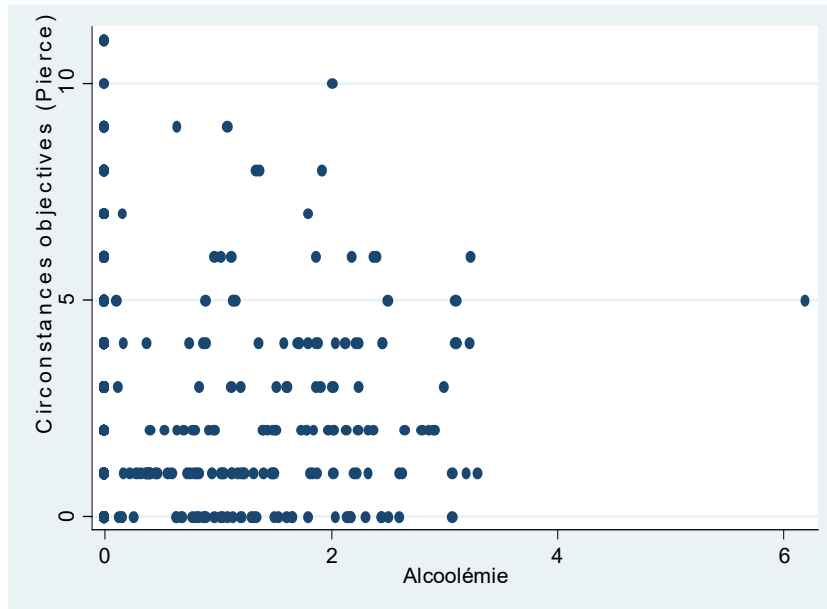


Figure 8. Relation entre le sous-score concernant les circonstances objectives et alcoolémie

Il n'y avait également aucune corrélation statistique entre la dangerosité et l'alcoolémie ( $r = 0,068$ ,  $p = 0,122$ ). La figure 9 met en exergue ce résultat.

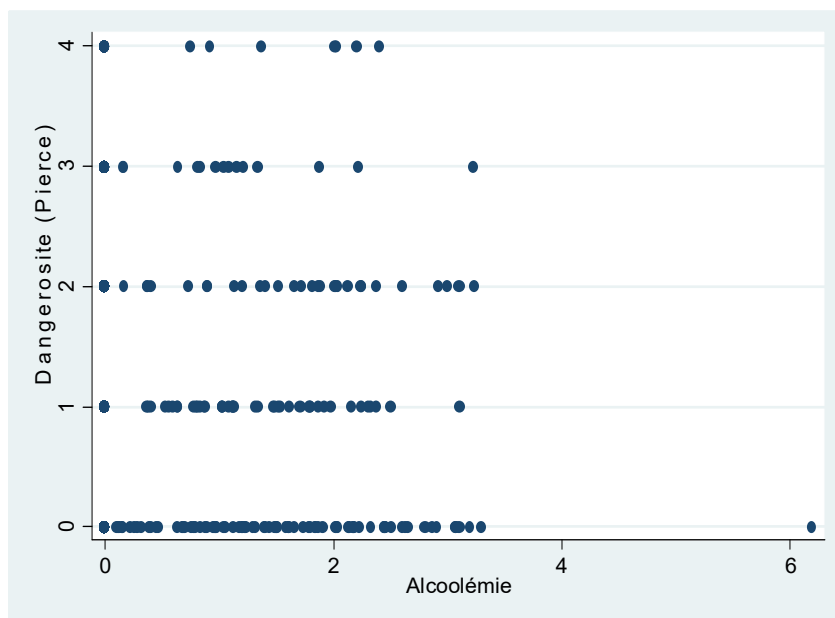


Figure 9. Relation entre le sous-score concernant la dangerosité et alcoolémie

A l'inverse, une corrélation statistique a été confirmée entre les questions concernant les propos rapportés par les patients et l'alcoolémie ( $r = 0,136$ ,  $p = 0,002$ ), comme le montre la figure 10.

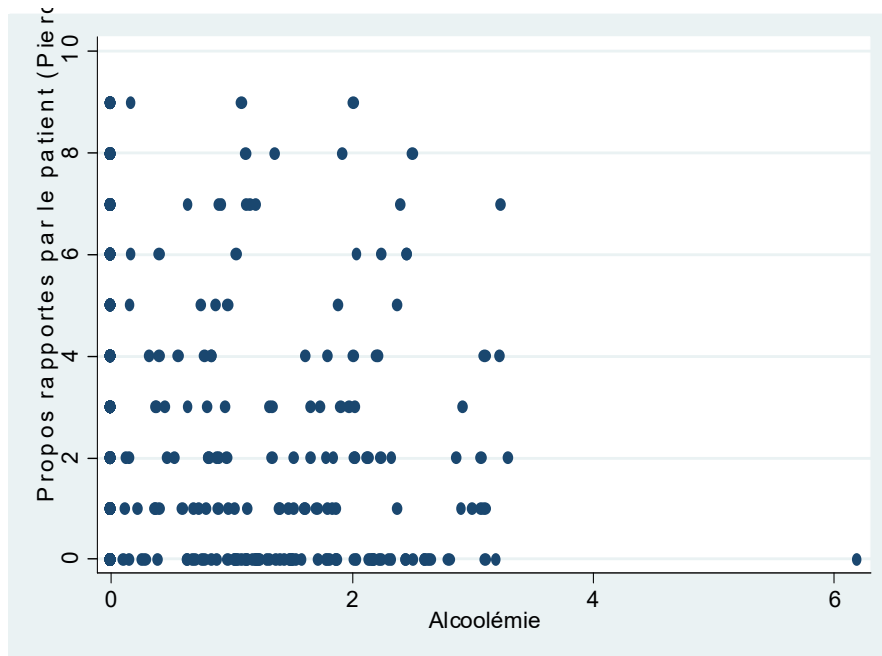


Figure 10. Relation entre le sous-score concernant les propos rapportés et alcoolémie

### 3.5 Corrélation en fonction du trouble lié à l'usage d'alcool

Lorsque nous avons analysé ces résultats en séparant la population de l'étude en deux groupes, en fonction de la présence ou non d'un trouble lié à l'usage d'alcool, nous avons observé une absence de corrélation statistique entre intentionnalité suicidaire et alcoolémie ( $r = -0,089$ ,  $p = 0,09$  pour ceux ne présentant pas de trouble lié à l'usage d'alcool ;  $r = -0,13$ ,  $p = 0,106$  pour ceux présentant un trouble lié à l'usage d'alcool). Ces résultats sont détaillés sur la figure 11.

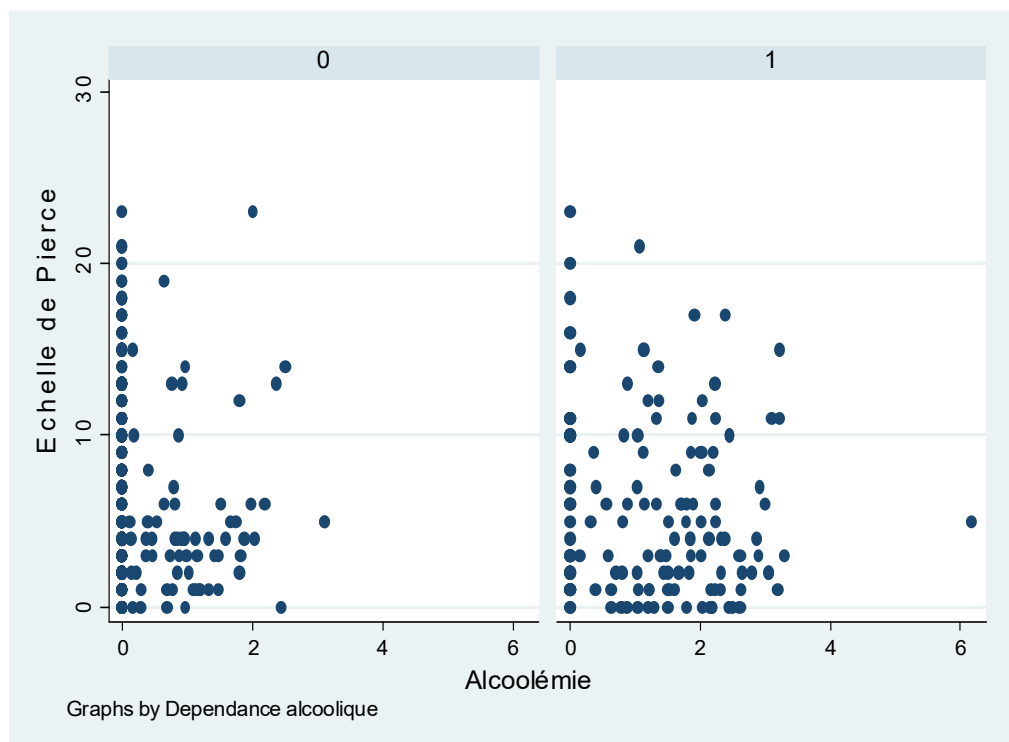


Figure 11. Relation entre le score d'intentionnalité et alcoolémie selon le trouble lié à l'usage d'alcool (0 = absent)

L'analyse des différents sous-scores va également dans le sens d'une absence de significativité statistique entre intentionnalité suicidaire et alcoolémie, en fonction de la présence ou non d'un trouble lié à l'usage d'alcool. Cette absence de corrélation a été observée, tant au niveau des circonstances objectives ( $r = -0,102$ ,  $p = 0,053$  pour ceux ne présentant pas de trouble lié à l'usage d'alcool ;  $r = -0,048$ ,  $p = 0,557$  pour ceux présentant un trouble lié à l'usage d'alcool) (voir figure 12), que sur les propos rapportés par les patients ( $r = -0,092$ ,  $p = 0,082$  pour ceux ne présentant pas de trouble lié à l'usage d'alcool ;  $r = -0,157$ ,  $p = 0,051$  pour ceux présentant un trouble lié à l'usage d'alcool) (voir figure 13), ou sur la dangerosité ( $r = -0,048$ ,  $p = 0,365$  pour ceux ne présentant pas de trouble lié à l'usage d'alcool ;  $r = -0,11$ ,  $p = 0,172$  pour ceux présentant un trouble lié à l'usage d'alcool) (voir figure 14).

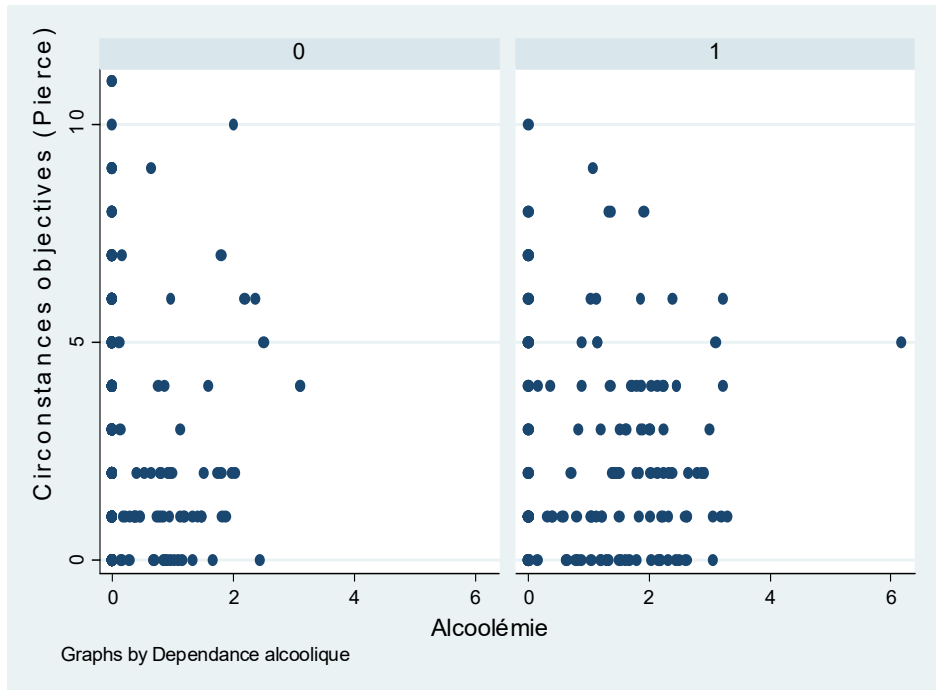


Figure 12. Relation entre le sous-score concernant les circonstances objectives et alcoolémie selon le trouble lié à l'usage d'alcool (0 = absent)

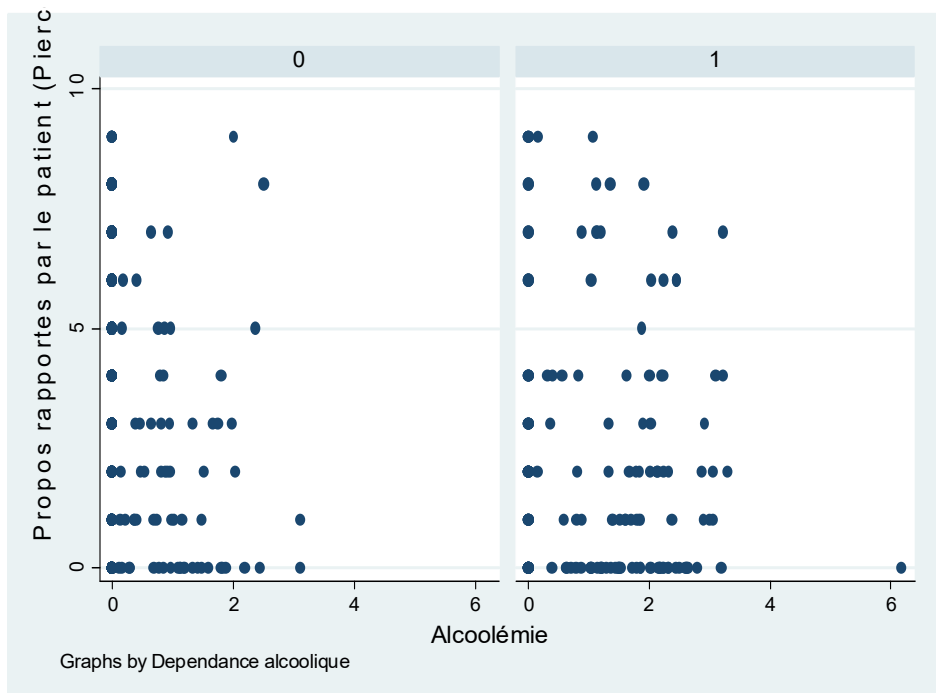


Figure 13. Relation entre le sous-score concernant les propos rapportés et alcoolémie selon le trouble lié à l'usage d'alcool (0 = absent)

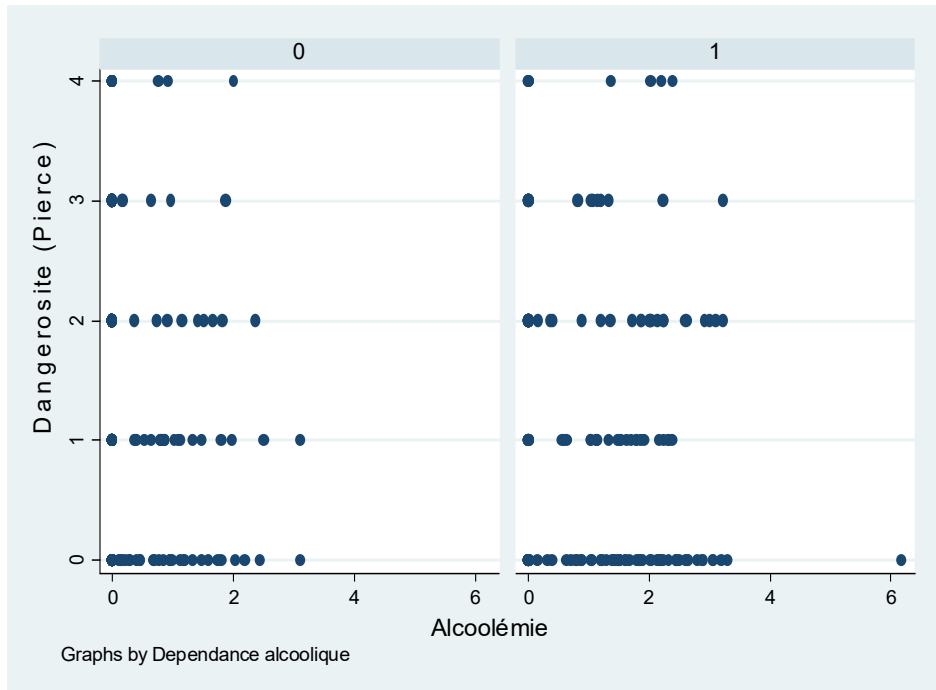


Figure 14. Relation entre le sous-score concernant la dangerosite et alcoolémie selon le trouble lié à l'usage d'alcool (0 = absent)

## 4 Discussion

L'objectif principal de notre étude était d'identifier un lien entre la consommation aigue d'alcool au moment d'une intoxication médicamenteuse volontaire et l'intentionnalité suicidaire évaluée par le score de Pierce. Aucune étude, à notre connaissance, n'a abordé spécifiquement ce point.

Les résultats de cette étude montrent que l'intentionnalité suicidaire est significativement plus faible chez les patients ayant présenté une consommation aigue d'alcool. Des études antérieures (90) ont émis l'hypothèse que la consommation d'alcool chez les personnes qui tentent de se suicider, dans le but de faciliter ce passage à l'acte, pouvait représenter un groupe distinct dans l'échantillon de la population laissant supposer l'existence d'un sous-groupe caractérisé par une plus forte intentionnalité suicidaire. Dans notre étude, la distribution de notre échantillon montre une décroissance linéaire du score d'intentionnalité, et ne retrouve pas de répartition biphasique qui pourrait attester de l'existence de deux sous-groupes.

Comparativement aux patients n'ayant pas consommé d'alcool, les patients qui présentaient une alcoolémie positive étaient plus souvent des hommes. La différence significative d'intentionnalité suicidaire persistait entre les deux groupes après ajustement de ce facteur. Nous n'avons pas trouvé d'association entre les troubles de la personnalité du cluster B, auxquels sont associées des caractéristiques impulsives (borderline, antisociale, narcissique et histrionique) et l'intentionnalité suicidaire ou la consommation aigue d'alcool. Ce résultat rejoint les résultats d'études antérieures (90) révélant des différences entre caractéristiques impulsives individuelles et acte impulsif, sans planification. Une autre étude (91), réalisée à partir d'un échantillon de patients hospitalisés au décours d'une tentative de suicide, toutes modalités de passage à l'acte confondues, a également montré qu'il n'y avait pas de

corrélation entre une préparation ou non du geste suicidaire et le caractère impulsif de ce dernier. L'auteur a précisé que la préparation du geste, le temps passé à envisager ce geste, et l'estimation par le patient de la part d'impulsivité dans la réalisation de ce dernier ne fonctionneraient pas forcément de manière conjointe, mais plutôt comme des entités indépendantes.

L'intentionnalité suicidaire évalue différentes dimensions, comprenant les circonstances objectives de mise en pratique du geste, les propos rapportés par le patient sur son ressenti, mettant en jeu la subjectivité du patient, et le risque léthal lié au geste. Nous avons constaté que la seule dimension qui différait entre le groupe de patients ayant consommé de l'alcool et celui de patients non alcoolisés, est celle des propos rapportés par le patient. En effet, les circonstances objectives, considérant la planification de l'acte (isolement, choix du lieu, rédaction d'une lettre) ne différaient pas entre les deux groupes. L'évaluation du risque léthal n'a également pas montré de différence significative entre les groupes. Toutefois cette donnée doit être pondérée par le fait que notre étude ne permettait d'évaluer qu'un mode opératoire par intoxication médicamenteuse volontaire uniquement.

Ainsi, notre étude retrouvait que la consommation aigue d'alcool influençait l'intentionnalité suicidaire en influant spécifiquement sur le sous-score des propos rapportés par les patients lors de la passation de l'échelle de Pierce. Cette corrélation se fait dans le sens d'une diminution du score d'auto-évaluation sur l'échelle de Pierce, y compris chez les patients ayant une intentionnalité suicidaire élevée. Une hypothèse que nous pouvons évoquer pour expliquer ce résultat serait une modification des fonctions cognitives au moment du geste suicidaire sous l'effet de l'alcool, et notamment un trouble du jugement avec des difficultés pour le patient à rapporter les motivations et le déroulé de son geste lors du passage à l'acte après l'épisode d'alcoolisation. En effet, des études antérieures ont démontré que l'intoxication alcoolique pouvait modifier la perception et les capacités d'abstraction et de

conceptualisation (92), la capacité d'encoder un grand nombre d'informations situationnelles simultanées (93), ainsi que l'élaboration cognitive nécessaire pour réaliser cet encodage (94). Ces effets pourraient conduire à une mauvaise appréhension des motivations (planification) et du déroulement du geste suicidaire. Une étude de Steele et al (87) a initié le concept de myopie neuropsychologique de l'alcool, en expliquant que la consommation d'alcool transforme la réalité perçue, appauvrissant la largeur, la profondeur et la chronologie de notre compréhension, en limitant la capacité de l'individu à relier son expérience immédiate avec l'expérience antérieure. De plus, si le phénomène de myopie alcoolique limite notre capacité à relier l'expérience immédiate avec l'expérience antérieure, la consommation d'alcool influence également les affect éprouvées lors d'une action avec une augmentation de l'humeur positive comparativement au placebo (95). Cet effet pourrait atténuer la perception du risque et les sentiments négatifs éprouvés lors de la tentative de suicide et le vécu de dangerosité. Une étude (96) a notamment retrouvé que dans un contexte d'alcoolisation aigue, l'intentionnalité suicidaire n'était pas corrélée à la modalité de passage à l'acte et à sa létalité. Cet élément amène à reconsidérer la pertinence du lien de causalité entre l'intentionnalité du geste suicidaire au moment de sa réalisation, la dangerosité éventuelle, et le souvenir du geste tel qu'il est perçu et rapporté par le patient.

Plusieurs études antérieures, notamment les travaux de K. R. Conner, ont mis en évidence que le trouble lié à l'usage d'alcool était un facteur de risque de comportements suicidaires (90,97-100). Et l'auteur a décrit l'intrication de facteurs prédisposants (90,97,98,100) et de facteurs déclenchants (98-100) pour expliquer le basculement vers un passage à l'acte suicidaire chez les patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool. Concernant notre objectif secondaire, qui s'intéressait à l'influence d'une alcoolisation aigue sur l'intentionnalité suicidaire chez les patients présentant un trouble lié à l'usage d'alcool, notre étude n'a pas permis de montrer de lien de corrélation significatif, par probable manque de



puissance dans ce sous-groupe. En effet, ce lien était observé dans la population totale de notre étude.

Les différentes limites de notre travail étaient tout d'abord le caractère transversal de l'étude, qui n'a pas permis de discuter des éventuels liens de causalité entre les différents paramètres étudiés. Ensuite, l'alcoolémie mesurée chez les différents patients de notre échantillon ne correspondait pas stricto sensu à la quantité d'alcool dans le sang que présentaient les patients au moment de leur geste, mais était mesurée à l'arrivée aux urgences. Le taux était alors minoré au moment du dosage sanguin. Enfin, notre étude s'est intéressée uniquement aux patients ayant réalisé des intoxications médicamenteuses volontaires. Les résultats que nous avons obtenus semblent donc difficilement superposables d'emblée aux patients réalisant des passages à l'acte suicidaires utilisant d'autres modalités opératoires.

## 5 Conclusion

Le résultat principal de notre étude consiste en l'existence d'une intentionnalité suicidaire plus faible chez les patients ayant réalisé une intoxication alcoolique au moment de leur passage à l'acte, indépendamment de la présence d'un éventuel diagnostic de trouble lié à l'usage de l'alcool.

Dans notre étude, la différence d'intentionnalité suicidaire entre les deux groupes (intoxication alcoolique lors du passage à l'acte, ou non) est constatée au niveau des propos rapportés par les patients sur le feedback de leur geste suicidaire. En effet, les résultats concernant les circonstances objectives et le risque étaient similaires entre les deux groupes. Ce résultat nous amène à considérer l'influence de la prise d'alcool sur les propos rapportés par le patient de son passage à l'acte.

Il pose également la question des limites des échelles d'évaluation du risque suicidaire actuellement disponibles, notamment chez les patients ayant consommé de l'alcool au moment du geste suicidaire. Ce constat nous amène aussi à considérer le recueil des informations apportées par l'entourage socio-familial, afin d'étayer au maximum les propos des patients lors de l'évaluation par le psychiatre des urgences.

Les résultats de cette étude doivent nous conduire à une réflexion plus globale sur la conduite à tenir et un possible élargissement de l'indication à mettre en place une prise en charge de crise, décrite plus haut. En effet, pour une évaluation similaire et des résultats à l'échelle de Pierce comparables, doit-on être plus vigilants concernant les patients qui étaient alcoolisés au moment de leur passage à l'acte, en prenant en compte l'impact probable de l'alcool sur les propos rapportés par le patient quant à ces motivations et à la réalisation du geste suicidaire ?

## 6 Bibliographie

1. Données épidémiologiques sur la consommation d'alcool. Société française d'alcoologie; 2008.
2. 435.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/435.pdf>
3. 07Alcool.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/07Alcool.pdf>
4. ANPA\_03.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://appel-arlon.net/telech/ANPA\\_03.pdf](http://appel-arlon.net/telech/ANPA_03.pdf)
5. Richard J-B, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en France en 2014. *Evolutions*. avr 2015;(32).
6. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. *Bull Epidémiologique Hebd*. 7 mai 2013;(n°16-17-18):163-8.
7. INCa. Les cancers en France. Les données. Boulogne-Billancourt. 2015;245.
8. Adès J, Lejoyeux M. Conduites alcooliques : aspects cliniques. *Encycl Méd Chir Elsevier Paris*. 1996;Psychiatrie(37-398-A-40).
9. Masson H. Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie Membre de l'Académie de médecine. :1082.
10. RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
11. SFA2003\_Mesusages.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2003\\_Mesusages.pdf](https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/SFA2003_Mesusages.pdf)
12. CIM-10 Version:2008 [Internet]. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>
13. Edwards G. Problems and dependence : the history of two dimensions. Lader MM, Edw G Drummonds DC Eds *Nat Alcohol Drug Relat Probl Oxf Med Publ*. 1992;1-13.
14. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | DSM Library [Internet]. Disponible sur: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
15. ocds.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://test-addicto.fr/tests\\_pdf/ocds.pdf](http://test-addicto.fr/tests_pdf/ocds.pdf)
16. questionnaire-face.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://test-addicto.fr/tests\\_pdf/questionnaire-face.pdf](http://test-addicto.fr/tests_pdf/questionnaire-face.pdf)
17. data-cage.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://test-addicto.fr/tests\\_pdf/data-cage.pdf](http://test-addicto.fr/tests_pdf/data-cage.pdf)

18. AUDIT.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.reseau-addictions-rap.fr/liens%20et%20documentation/Liens%20outils/AUDIT.pdf>
19. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med.* 14 sept 1998;158(16):1789-95.
20. Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addict Abingdon Engl.* mars 1993;88(3):349-62.
21. Lejoyeux M, Claudon M, Mourad I. La dépendance alcoolique : données cliniques et psychopathologiques. *Perspect Psy.* déc 1999;38(5):340-5.
22. Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse.* 1988;7(3-4):3-16.
23. Zuckerman M. Is sensation-seeking a predisposing trait for alcoholism ? Gotheil E, Druley KA, Pasko Weinstein SP Eds *Stress Addict.* 1987;(New York : Brunner-Mazel).
24. Adès J, Lejoyeux M. Conduites alcooliques (historique du concept, définition, aspects épidémiologiques, étiopathogénie). *Encycl Méd Chir Elsevier Paris.* 1996;Psychiatrie(37-398-A-30).
25. Zuckerman M. The psychophysiology of sensation seeking. *J Pers.* mars 1990;58(1):313-45.
26. Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* nov 2001;16(7):410-7.
27. James IP, Scott-Orr DN, Curnow DH. Blood alcohol levels following attempted suicide. *Q J Stud Alcohol.* mars 1963;24:14-22.
28. Mayfield DG, Montgomery D. Alcoholism, Alcohol Intoxication, and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry.* 1 sept 1972;27(3):349-53.
29. Merrill J, Milner G, Owens J, Vale A. Alcohol and attempted suicide. *Br J Addict.* janv 1992;87(1):83-9.
30. Hayward L, Zubrick SR, Silburn S. Blood alcohol levels in suicide cases. *J Epidemiol Community Health.* juin 1992;46(3):256-60.
31. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry.* avr 1990;47(4):383-92.
32. Borges G, Rosovsky H. Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *J Stud Alcohol.* sept 1996;57(5):543-8.

33. Berglund M, Ojehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res.* oct 1998;22(7 Suppl):333S-345S.
34. Adès J. Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale. *Congrès Psychiatr Neurol Lang Fr LXXXVI° Sess.* 1989;Tome III(Paris : Masson).
35. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry.* juin 1983;40(6):620-5.
36. Adès J, Lejoyeux M. Dépression et alcoolisme. *Rev Prat Med Gen.* 1992;(6):61-71.
37. Schuckit MA. Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry.* févr 1986;143(2):140-7.
38. Murray R, Gurling H, Bernadt M, Ewusi-Mensah I, Saunders J, Clifford C. Do personality and psychiatric disorders predispose to alcoholism ? Edw G Littleton J Eds *Pharmacol Treat Alcohol.* 1984;London : Croom-Helm.
39. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry.* nov 1985;42(11):1050-5.
40. Adès J, Lejoyeux M. Alcool et anxiété. *Rev Prat Med Gen.* 1993;(7):27-34.
41. Servant D, Navarre C, Bailly D, Parquet P. Alcoolisme et troubles anxieux. Etude de la comorbidité dans une population d'alcooliques hospitalisés pour sevrage. *Alcoologie.* 1990;(2):62-8.
42. Mullaney JA, Trippett CJ. Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* déc 1979;135:565-73.
43. Kushner MG. Relationship between alcohol problems and anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* janv 1996;153(1):139-40.
44. Chignon JM, Lépine JP. [Panic disorder and alcoholism: effects of comorbidity]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* sept 1993;38(7):485-93.
45. Pellet J, Cottraux J. Alcoolisme et structure psychotique. *Confront Psychiatr.* 1972;(8):21-65.
46. Nace EP, Saxon JJ, Shore N. A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Arch Gen Psychiatry.* janv 1983;40(1):54-6.
47. Batel P, Lejoyeux M, Adès J. Prevalence and severity of alcoholism among schizophrenics : a clinical study. *Alcohol Alcohol.* 1993;(28):242.
48. Bouza C, López-Cuadrado T, Amate JM. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *Gen Hosp Psychiatry.* avr 2010;32(2):156-63.

49. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*. avr 2008;69(4):514-9.
50. Sim K, Chan YH, Chua TH, Mahendran R, Chong SA, McGorry P. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: a 24-month, longitudinal outcome study. *Schizophr Res*. déc 2006;88(1-3):82-9.
51. Hjorthøj C, Østergaard MLD, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT, et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry*. sept 2015;2(9):801-8.
52. Chang C-K. Impact of additive alcohol and substance use disorders on the mortality of people with schizophrenia and mood disorders. *Evid Based Ment Health*. 2016;19(2):55.
53. 9789242564778\_fre.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf)
54. Suicide : autopsie psychologique et prévention [Internet]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/suicide-autopsie-psychologique-et-prevention>
55. rapports2014-mel.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapports2014-mel.pdf>
56. ons2016\_synthese.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_synthese.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_synthese.pdf)
57. Platt S. Epidemiology of suicide and parasuicide. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. janv 1992;6(2 Suppl):291-9.
58. Holley HL, Fick G, Love EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 1998;33(11):543-51.
59. Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J, Bost M. A 5-year follow-up study of suicide attempts among French adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. mai 1998;22(5):424-30.
60. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet Lond Engl*. 24 avr 1999;353(9162):1397-400.
61. Hall DJ, O'Brien F, Stark C, Pelosi A, Smith H. Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using linked data. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 1998;172:239-42.
62. Documents : Comment traiter la tentative de suicide ? 1ère partie : efficacité des interventions psychosociales chez les patients suicidants à la sortie des urgences

[Internet]. Disponible sur: <http://bibliotheques.ch-sainte-anne.fr/Record.htm?idlist=2&record=19222892124910400749>

63. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge)
64. de Coulon N. La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. 1999.
65. Mathur A. L'intervention de crise. Le modèle d'une stratégie thérapeutique. 2004.
66. Walter M. La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. *adsp*. déc 2003;(45):25-30.
67. Baillon G. Les Urgences de la Folie. L'accueil en santé mentale. 1998.
68. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. 1986.
69. de Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. 1997.
70. Richard-Devantoy S, Jollant F. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Santé Ment Au Qué*. 2012;37(2):151-73.
71. Kattimani S, Menon V, Sarkar S, Arun AB, Venkatalakshmi P. Role of Demographic and Personality Factors in Mediating Vulnerability to Suicide Attempts under Intoxication with Alcohol: A Record-based Exploratory Study. *Indian J Psychol Med*. déc 2016;38(6):540-6.
72. Relations entre crise suicidaire et alcool [Internet]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/lejoyeux.html>
73. Rossow I, Romelsjö A, Leifman H. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addict Abingdon Engl*. août 1999;94(8):1199-207.
74. Suominen K, Isometsä E, Henriksson M, Ostamo A, Lönnqvist J. Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatr Scand*. août 1997;96(2):142-9.
75. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 1998;172:35-7.
76. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*. 7 déc 2004;76 Suppl:S11-19.
77. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
78. Hayward L, Zubrick SR, Silburn S. Blood alcohol levels in suicide cases. *J Epidemiol Community Health*. juin 1992;46(3):256-60.

79. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res.* mai 2004;28(5 Suppl):18S-28S.
80. Suokas J, Lönnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1995;91(1):36-40.
81. Mansouri FA, Tanaka K, Buckley MJ. Conflict-induced behavioural adjustment: a clue to the executive functions of the prefrontal cortex. *Nat Rev Neurosci.* févr 2009;10(2):141-52.
82. Ahmadi A, Pearlson GD, Meda SA, Dager A, Potenza MN, Rosen R, et al. Influence of alcohol use on neural response to Go/No-Go task in college drinkers. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* oct 2013;38(11):2197-208.
83. Chanraud S, Martelli C, Delain F, Kostogianni N, Douaud G, Aubin H-J, et al. Brain morphometry and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* févr 2007;32(2):429-38.
84. Smith JL, Mattick RP, Jamadar SD, Iredale JM. Deficits in behavioural inhibition in substance abuse and addiction: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 1 déc 2014;145:1-33.
85. Définitions : coping - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coping/19114>
86. Sevincer AT, Oettingen G. Alcohol myopia and goal commitment. *Front Psychol.* 2014;5:169.
87. Steele CM, Josephs RA. Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. *Am Psychol.* août 1990;45(8):921-33.
88. Pierce DW. The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* nov 1981;139:391-6.
89. Test de 5 mots [Internet]. Disponible sur: [http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer\\_5mots.html](http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer_5mots.html)
90. Conner KR, Bagge CL, Goldston DB, Ilgen MA. Alcohol and suicidal behavior: what is known and what can be done. *Am J Prev Med.* sept 2014;47(3 Suppl 2):S204-208.
91. May AM, Klonsky ED. « Impulsive » suicide attempts: What do we really mean? *Personal Disord.* 2016;7(3):293-302.
92. Tarter RE, Jones BM, Simpson CD, Vega A. Effects of task complexity and practice on performance during acute alcohol intoxication. *Percept Mot Skills.* août 1971;33(1):307-18.
93. Saults JS, Cowan N, Sher KJ, Moreno MV. Differential effects of alcohol on working memory: distinguishing multiple processes. *Exp Clin Psychopharmacol.* déc 2007;15(6):576-87.



94. Birnbaum IM, Johnson MK, Hartley JT, Taylor TH. Alcohol and elaborative schemas for sentences. *J Exp Psychol [Hum Learn]*. mai 1980;6(3):293-300.
95. Fairbairn CE, Sayette MA. The effect of alcohol on emotional inertia: a test of alcohol myopia. *J Abnorm Psychol*. août 2013;122(3):770-81.
96. Nielsen AS, Stenager E, Brahe UB. Attempted suicide, suicidal intent, and alcohol. *Crisis*. 1993;14(1):32-8.
97. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Caine ED. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(4):367-85.
98. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*. mai 2004;28(5 Suppl):6S-17S.
99. Conner KR, Houston RJ, Swogger MT, Conwell Y, You S, He H, et al. Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: role of event severity, timing, and type. *Drug Alcohol Depend*. 1 janv 2012;120(1-3):155-61.
100. Conner KR, Li Y, Meldrum S, Duberstein PR, Conwell Y. The role of drinking in suicidal ideation: analyses of Project MATCH data. *J Stud Alcohol*. mai 2003;64(3):402-8.

## 7 Annexes

### 1 . Echelle OCDS

Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool et votre désir de contrôler cette consommation **dans les 7 derniers jours**.  
Veuillez entourer le chiffre en face de la réponse qui s'applique le mieux à votre état.

**Q1 Lorsque vous ne buvez pas d'alcool, combien de votre temps est occupé par des idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool?**

- 0 A aucun moment
- 1 Moins d'une heure par jour
- 2 De 1 à 3 heures par jour
- 3 De 4 à 8 heures par jour
- 4 Plus de 8 heures par jour

**Q2 A quelle fréquence ces pensées surviennent-elles?**

- 0 Jamais
- 1 Pas plus de 8 fois par jour
- 2 Plus de 8 fois par jour, mais pendant la plus grande partie de la journée je n'y pense pas
- 3 Plus de 8 fois par jour et pendant la plus grande partie de la journée
- 4 Ces pensées sont trop nombreuses pour être comptées et il ne se passe que rarement une heure sans que plusieurs de ces idées ne surviennent

**Q3 A quel point ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool interfèrent-elles avec votre activité sociale ou professionnelle (ou votre fonction)? Y a-t-il quelque chose que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités seraient-elles atteintes si vous travailliez?)**

- 0 Les pensées relatives à la consommation d'alcool n'interfèrent jamais. Je peux fonctionner normalement
- 1 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent légèrement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais mes performances globales n'en sont pas affectées
- 2 Les pensées relatives à la consommation d'alcool interfèrent réellement avec mes activités sociales ou professionnelles, mais je peux encore m'en arranger
- 3 Les pensées relatives à la consommation d'alcool affectent de façon importante mes activités sociales ou professionnelles
- 4 Les pensées relatives à la consommation d'alcool bloquent mes activités sociales ou professionnelles

**Q4 Quelle est l'importance de la détresse ou de la perturbation que ces idées, pensées, impulsions ou images liées à la consommation d'alcool génèrent lorsque vous ne buvez pas?**

- 0 Aucune
- 1 Légère, peu fréquente et pas trop dérangeante
- 2 Modérée, fréquente et dérangeante mais encore gérable
- 3 Sévère, très fréquente et très dérangeante
- 4 Extrême, presque constante et bloquant les capacités

**Q5 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point faites-vous des efforts pour résister à ces pensées ou essayer de les repousser ou de les détourner de votre attention quand elles entrent dans votre esprit? (Évaluez vos efforts faits pour résister à ces pensées, et non votre succès ou votre échec à les contrôler réellement)**

- 0 Mes pensées sont si minimes que je n'ai pas besoin de faire d'effort pour y résister. Si j'ai de telles pensées, je fais toujours l'effort d'y résister
- 1 J'essaie d'y résister la plupart du temps
  - 2 Je fais quelques efforts pour y résister
  - 3 Je me laisse aller à toutes ces pensées sans essayer de les contrôler, mais je le fais avec quelque hésitation
  - 4 Je me laisse aller complètement et volontairement à toutes ces pensées

**Q6 Lorsque vous ne buvez pas, à quel point arrivez-vous à arrêter ces pensées ou à vous en détourner?**

- 0 Je réussis complètement à arrêter ou à me détourner de telles pensées
- 1 Je suis d'habitude capable d'arrêter ces pensées ou de me détourner d'elles avec quelques efforts et de la concentration
- 2 Je suis parfois capable d'arrêter de telles pensées ou de m'en détourner
- 3 Je n'arrive que rarement à arrêter de telles pensées et ne peux m'en détourner qu'avec difficulté
- 4 Je n'arrive que rarement à me détourner de telles pensées même momentanément

**Q7 Combien de verres de boissons alcooliques buvez-vous par jour?**

- 0 Aucun
- 1 Moins d'un verre par jour
- 2 De 1 à 2 verres par jour
- 3 De 3 à 7 verres par jour
- 4 8 verres ou plus par jour

**Q8 Combien de jours par semaine buvez-vous de l'alcool?**

- 0 Aucun
- 1 Pas plus d'un jour par semaine
- 2 De 2 à 3 jours par semaine
- 3 De 4 à 5 jours par semaine
- 4 De 6 à 7 jours par semaine

**Q9 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité professionnelle? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation? (Si vous ne travaillez pas actuellement, à quel point vos capacités professionnelles seraient-elles affectées si vous travailliez?)**

- 0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement
- 1 Le fait de boire interfère légèrement avec mon activité professionnelle mais l'ensemble de mes capacités n'en est pas affecté
- 2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mon activité professionnelle,

mais je peux m'en arranger

3 Le fait de boire affecte de façon importante mon activité professionnelle

4 Les problèmes d'alcool bloquent mes capacités de travail

**Q10 A quel point votre consommation d'alcool interfère-t-elle avec votre activité sociale? Existe-t-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause de cette consommation?**

0 Le fait de boire n'interfère jamais – je peux fonctionner normalement

1 Le fait de boire interfère légèrement avec mes activités sociales, mais l'ensemble de mes capacités n'est pas affecté

2 Le fait de boire interfère de manière certaine avec mes activités sociales, mais je peux encore m'en arranger

3 Le fait de boire affecte de façon importante mes activités sociales

4 Les problèmes d'alcool bloquent mes activités sociales

**Q11 Si l'on vous empêchait de boire de l'alcool quand vous désirez prendre un verre, à quel point seriez-vous anxieux ou énervé?**

0 Je n'éprouverais ni anxiété ni irritation

1 Je ne deviendrais que légèrement anxieux ou irrité

2 L'anxiété ou l'irritation augmenterait mais resterait contrôlable

3 J'éprouverais une augmentation d'anxiété ou d'irritation très importante et dérangeante

4 J'éprouverais une anxiété ou une irritation très invalidante

**Q12 A quel point faites-vous des efforts pour résister à la consommation de boissons alcooliques? (Évaluez uniquement vos efforts pour y résister et non votre succès ou votre échec à réellement contrôler cette consommation)**

0 Ma consommation est si minime que je n'ai pas besoin d'y résister – si je bois, je fais l'effort de toujours y résister

1 J'essaie d'y résister la plupart du temps

2 Je fais quelques efforts pour y résister

3 Je me laisse aller presque à chaque fois sans essayer de contrôler ma consommation d'alcool, mais je le fais avec un peu d'hésitation

4 Je me laisse aller complètement et volontairement à la boisson

**Q13 A quel point vous sentez-vous poussé à consommer des boissons alcooliques?**

0 Je ne me sens pas poussé de tout

1 Je me sens faiblement poussé à boire

2 Je me sens fortement poussé à boire

3 Je me sens très fortement poussé à boire

4 Le désir de boire est entièrement involontaire et me dépasse

**Q14 Quel contrôle avez-vous sur votre consommation d'alcool?**

0 J'ai un contrôle total

1 Je suis habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur elle

2 Je ne peux la contrôler qu'avec difficulté

3 Je dois boire et je ne peux attendre de boire qu'avec difficulté

4 Je suis rarement capable d'attendre de boire même momentanément

## Interprétation du questionnaire OCDS

### Calcul du score du questionnaire Echelle des Pensées Obsédantes et des Envies Compulsives de Boire (Obsessive Compulsive Drinking Scale)

Le questionnaire comprend 2 sous-échelles :

- Les questions 1 à 6 scorent les **Pensées Obsédantes** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 1 et 2, auquel on ajoute les scores des questions 3, 4, 5 et 6. Le score maximal sur l'échelle des pensées obsédantes est donc de 20.

○  $PO = \max(q1, q2) + q3 + q4 + q5 + q6$

- Les questions 7 à 14 scorent les **Envies Compulsives** de consommation de la façon suivante : on retient le score le plus élevé entre les questions 7 et 8, de même avec les questions 9 et 10, on ajoute les scores des questions 11 et 12, puis le score le plus élevé entre les questions 13 et 14.

○  $EC = \max(q7, q8) + \max(q9, q10) + q11 + q12 + \max(q13, q14)$

- Le score total s'obtient par l'addition des scores PO et EC

○  $\text{Score total OCDS} = PO + EC$

Pour indication, dans une étude de validation du questionnaire en français portant sur 50 alcoolodépendants en sevrage, abstinents depuis 2 semaines au maximum, voici les scores moyens obtenus :

- Score total :  $11.3 \pm 7.6$

- Score PO :  $5.9 \pm 4.2$

- Score EC :  $5.5 \pm 4.1$

## 2 . Questionnaire FACE

À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais = 0

Une fois par mois ou moins = 1

Deux à quatre fois par mois = 2

Deux à trois fois par semaine = 3

Quatre fois par semaine ou plus = 4

Score :

Combien de verres « standard » buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

« 1 ou 2 » = 0

« 3 ou 4 » = 1

« 5 ou 6 » = 2

« 7 à 9 » = 3

« 10 ou plus » = 4

Score :

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

Non = 0

Oui = 4

Score :

Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Non = 0

Oui = 4

Score :

Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Non = 0

Oui = 4

Score :

Score total :

*L'interprétation du questionnaire FACE est la suivante :*

*Homme*

*score inférieur à 5 = risque faible ou nul*

*score de 5 à 8 = consommation excessive d'alcool probable*

*score supérieur à 8 = trouble lié à l'usage d'alcool probable*

*Femmes*

*score inférieur à 4 = risque faible ou nul*

*score de 4 à 8 = consommation excessive d'alcool probable*

*score supérieur à 8 = trouble lié à l'usage d'alcool probable*

### **3 . Questionnaire DETA CAGE**

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.



#### 4 . Questionnaire AUDIT

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

- Jamais - 0 point
- 1 fois/mois ou moins - 1 points
- 2 à 4 fois/mois - 2 points
- 2 à 3 fois par semaine - 3 points
- 4 fois/semaine - 4 points

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

- 1 ou 2 - 0 point
- 3 ou 4 - 1 points
- 5 ou 6 - 2 points
- 7 à 9 - 3 points
- 10 ou plus - 4 points

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

- Jamais - 0 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points

- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

**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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

**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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

**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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

**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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

**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 point
- Moins d'une fois par mois - 1 points
- Une fois par mois - 2 points
- Une fois par semaine - 3 points
- Chaque jour ou presque - 4 points

**9. Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?**

- Non - 0 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

**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 point
- Oui, mais pas dans les 12 derniers mois - 2 points
- Oui, au cours des 12 derniers mois - 4 points

## **Test Audit, l'analyse du score**

score inférieur ou égal à 6 (chez l'homme) ou inférieur ou égal à 5 (chez la femme) : non consommation ou une consommation non problématique

score supérieur ou égal à 7 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 6 (chez la femme) : consommation d'alcool à risque pour la santé

score supérieur ou égal à 13 : alcoolisme dépendance.

## 5 . Echelle de Pierce

Intentionnalité faible : 0 à 3

Intentionnalité moyenne : 4 à 10

Intentionnalité forte : 11 à 25

### I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

#### 1 Isolement

Quelqu'un de présent : 0

Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1

Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2

#### 2 Moment choisi

Intervention probable : 0

Intervention improbable : 1

Intervention très improbable : 2

#### 3 Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

Aucune précaution prise : 0

Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1

Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

#### 4 Appel à l'aide pendant ou après la tentative

A averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0

A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1

N'a contacté ou averti personne : 2

#### 5 Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

Aucune : 0

A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1

A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

#### 6 Lettre d'adieu

Pas de lettre : 0

Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1

Présence d'une lettre : 2

## II : PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

### 1 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

### 2 Intention de mort

Ne voulait pas mourir : 0

Incertain ou mélange des deux : 1

Voulait mourir : 2

### 3 Préméditation

Aucune, 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 après la tentative : 3

### 4 Position actuelle vis à vis de la tentative

Patient heureux de s'en être sorti : 0

Patient incertain ou mélange des 2 : 1

Patient désolé d'avoir survécu : 2

## III : DANGEROUSITE

### 1 Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

Issue favorable certaine : 0

Mort improbable : 1

Mort probable ou certaine : 2

### 2 La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

Non : 0

Incertain : 1

Oui : 2

**ISA STUDY : SUICIDAL INTENTIONALITY AND ALCOHOL IN  
CASE OF VOLUNTARY DRUG INTOXICATION ; STUDY OF 516  
PATIENTS TREATED AT TOULOUSE PURPAN UNIVERSITY  
HOSPITAL**

Toulouse, October 3, 2018

---

**ABSTRACT :**

**Introduction :** To study the links between alcohol consumption and the characteristics of suicidal gesture in terms of planning and intention. The number of suicide attempts has been steadily increasing over the past decade, while the various studies show a correlation between alcohol consumption and the risk of suicidal acts. **Material and methods :** 516 patients were evaluated and submitted to the Pierce scale at ERU Toulouse Purpan after their suicide attempt. **Results :** Our study found a significantly lower suicidal intentionality ( $p = 0.039$ ) in patients who had a positive BAC when acting out, specifically for the scale questions regarding patient feedback on their gesture ( $p = 0.003$ ). **Conclusion :** These results lead us to consider the impact of alcohol on the memory of suicidal gesture, as well as the concept of neuropsychological myopia of alcohol, transforming perceived reality, and precipitating individuals to the act.

---

**ADMINISTRATIVE DISCIPLINE :** Specialized clinical medicine

---

**KEYWORDS :** Voluntary drug poisoning, suicidal intentionality, alcohol, suicide attempt, emergency room, Pierce scale, AUDIT survey, addiction

---

**TITLE AND ADDRESS OF UFR OF LABORATORY :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Thesis research supervisors :** Juliette SALLES and Emmanuelle BOUGON



**ETUDE ISA : INTENTIONNALITE SUICIDAIRE ET ALCOOL EN  
CAS D'INTOXICATION MEDICAMENTEUSE VOLONTAIRE. ETUDE  
DE 516 PATIENTS PRIS EN CHARGE AU CHU TOULOUSE  
PURPAN**

Toulouse, le 03 octobre 2018

---

**RESUME EN FRANÇAIS :**

**Introduction :** Etudier les liens entre la consommation d'alcool et les caractéristiques du geste suicidaire en termes de planification et d'intention. Le nombre de tentatives de suicide est en augmentation constante depuis une dizaine d'années, alors que les différents travaux montrent une corrélation entre la consommation d'alcool et le risque de passage à l'acte suicidaire. **Matériel et méthodes :** 516 patients ont été évalués et soumis à l'échelle de Pierce aux Urgences du CHU de Toulouse Purpan, au décours de leur tentative de suicide. **Résultats :** Notre étude retrouve une intentionnalité suicidaire significativement plus faible ( $p = 0,039$ ) chez les patients qui présentaient une alcoolémie positive lors du passage à l'acte, spécifiquement pour les questions de l'échelle concernant le feedback des patients sur leur geste ( $p = 0,003$ ). **Conclusion :** Ces résultats amènent à considérer l'impact de l'alcool sur la mémoire du geste suicidaire, ainsi que le concept de myopie neuropsychologique de l'alcool, transformant la réalité perçue, et précipitant les individus au passage à l'acte.

---

**TITRE ET RESUME EN ANGLAIS :** Voir au recto de la dernière page de la thèse

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLÉS :** Intoxication médicamenteuse volontaire, intentionnalité suicidaire, alcool, tentative de suicide, urgences, échelle de Pierce, questionnaire AUDIT, dépendance

---

**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

---

**Directrices de thèse :** Juliette SALLES et Emmanuelle BOUGON