

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

---

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1505

**THÈSE**

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

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Jérémy BOS**

Le 01 Mars 2019

**Évolution du fonctionnement social après une tentative de suicide :  
Analyse des données de l'étude CFRS-CTB**

Directeur de thèse : Pr Laurent MOLINIER

**JURY**

Monsieur le Professeur	Alain GRAND	Président
Monsieur le Professeur	Laurent MOLINIER	Assesseur
Monsieur le Professeur	Philippe BIRMES	Assesseur
Madame la Docteure	Hélène COLINEAUX	Assesseur
Monsieur le Docteur	Nicolas NAVARRO	Suppléant

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2018**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

**Professeurs Émérites**

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

<b>P.U. - P.H.</b>		<b>P.U. - P.H.</b>	
<b>Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe</b>		<b>2<sup>ème</sup> classe</b>	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. MESTHÉ Pierre	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OUSTRIC Stéphane	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	<b>Professeur Associé Médecine générale</b>	
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	<b>Professeur Associé en Neurologie</b>	
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
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. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
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. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

## P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
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
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
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. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
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. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
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

## P.U. - P.H.

2<sup>ème</sup> classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
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

### Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

### Professeur Associé en Pédiatrie

Mme CLAUDET Isabelle

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

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
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. 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. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

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

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT 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 cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
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. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr CHICOULAA Bruno

Dr FREYENS Anne  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr LATROUS Leila

## Remerciements

**Monsieur le Professeur Alain Grand**  
**Professeur des Universités**  
**Praticien Hospitalier**  
**Département d'épidémiologie**

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon Jury de thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement et la richesse de votre savoir théorique dispensé pendant mon internat.

Vous m'avez éclairé sur l'impact qu'a notre spécialité dans le champ médical et dans la politique de santé, et je ne saurais jamais comment vous remercier suffisamment pour cette ouverture d'esprit. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Laurent Molinier**  
**Professeur des Universités**  
**Praticien Hospitalier**  
**Département d'information médicale**

Je vous suis reconnaissant de faire partie de mon Jury de thèse aujourd'hui. Je vous remercie de l'investissement et de l'intérêt que vous portez à mon parcours professionnel depuis mon semestre dans votre département. Vous avez endossé le rôle de mentor pour moi.

Votre disponibilité, votre écoute et vos compétences font de vous un coordonnateur de DES exceptionnel.

Sachez recevoir ma gratitude sincère et mon respect les plus grands.

**Monsieur le Professeur Philippe Birmes**  
**Professeur des Universités**  
**Praticien Hospitalier**  
**Psychiatrie, psychothérapies et art-thérapie**

Cher professeur,

Je vous remercie grandement de votre présence au sein de mon jury de thèse.

Vous m'avez permis de mener à bien une étude de collaboration entre la psychiatrie et la santé publique.

Votre investissement dans les prémices de cette étude était majeur, sans vous il m'aurait été impossible de poursuivre et de mener à bien ce travail.

Votre encadrement théorique lors de nos premières réunions a été un support indéniable me permettant de prendre conscience de l'intérêt de l'étude CFRS-CTB.

**Madame le Docteur Hélène Colineaux**  
**Assistant Hospitalo-universitaire**  
**Service d'Epidémiologie**

Hélène,

Tu ne le sais pas mais je te considère à la fois comme un médecin et une personne exceptionnelle.

En te côtoyant, j' i appris à remettre en question mes connaissances et mes croyances avec l'éclairage que tu as pu m'apporter.

Ta rigueur, ta méthodologie et ton ouverture d'esprit m'ont inspiré dans ma vie professionnelle et personnelle.

Je te remercie grandement d'avoir accepté de siéger dans mon jury.

**Monsieur le Docteur Nicolas Navarro**  
**Praticien Hospitalier Contractuel**  
**Addictologie clinique**

Nicolas,

Sans ton aide je n'aurais tout simplement jamais pu soutenir cette thèse.

Je te remercie du fond du cœur de ton investissement et de ta gentillesse à mon égard.

## **Aux médecins psychiatres**

Je tiens à remercier les docteurs Marie Sporer, Anjali Mathur et Etienne Very pour leur investissement considérable à mes côtés.

M'avoir formé à l'entretien psychiatrique, et m'avoir encadré tout au long de ce travail de plusieurs années représentait une importante charge de travail que vous avez toujours effectué avec dévotion, rigueur et bienveillance, bien que cela n'ait pas toujours été facile.

Je remercie également Dorian Michaud, Louis Richaud, Sarah Hugot, et Emilie Lacour pour leur gentillesse et leur aide à un moment crucial.

Sans vous il m'aurait été difficile voire impossible de soutenir cette thèse.

## À ma famille et à mes amis

Je remercie en tout premier lieu mes parents qui m'ont supporté et soutenu durant ces années d'externat et même après !

Bien qu'il ait fallu plusieurs années avant que vous ne réussissiez à comprendre concrètement en quoi consistait la santé publique vous avez toujours montré un intérêt pour ce que je faisais et je vous en remercie.

Mais surtout je tiens à vous remercier pour la confiance que vous m'avez toujours accordée. Cela a été un point très important et qui m'a permis de prendre confiance en moi.

À Maxime, mon frère qui m'a fait partager son univers et m'a permis de penser à autre chose qu'à mes études.

Tu ne le sais pas mais cela m'a fait beaucoup de bien, merci beaucoup !

À Christophe, mon frère également. Toutes ces années à tes côtés m'ont permis de tenir le cap et de décompresser. J'espère tellement que l'on pourra se voir plus souvent dans l'avenir que quelques fois par an.

À Clémence qui, non exempte de défauts (elle est italienne ET cardiologue !) m'a toujours soutenu et écouté. Merci beaucoup Clem pour toutes ses années de partage, de rire et de soutien !

À Mathieu, avec qui je partage des choses « uniques ». Nous menons une relation « particulière » que j'apprécie énormément. Merci mec pour toutes ces années dans cette cave.

À Émilien, ami de longue date et fidèle compagnon de jeu mais qui ne daigne pas se déplacer pour ma thèse.

Et enfin,

À Rebecca, une co-interne de santé publique très tolérable, avec qui nous avons plusieurs points communs, dont un relativement important depuis 9 mois.

Sache que ce n'est pas désagréable de te côtoyer.

Disons que je ne te hais point.

Mots clés : épидidyme, 1327, Gencive Gencive, Fnatic, Lancelot, « j'ai besoin d'un coup de main », iconoclaste, watch out for kudus

# Table des matières

<b>PREFACE</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>4</b>
<i>Schéma d'étude</i> .....	4
<i>Évaluation</i> .....	5
<i>Méthodes statistiques</i> .....	5
<b>RESULTATS</b> .....	<b>7</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>25</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>28</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>29</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>32</b>
<i>Annexe 1 : Questionnaire de Fonctionnement Social</i> .....	32
<i>Annexe 2 : Cahier d'observation (partie inclusion uniquement)</i> .....	35
<i>Annexe 3 : Résumé en anglais de 500 mots</i> .....	59

## Préface

Initialement dans le cadre de mon Master 2 Recherche en épidémiologie clinique, puis dans le cadre de ma thèse j'ai travaillé avec une équipe composée du Professeur Birmes, du Dr Very, du Dr Mathur, du Dr Sporer et du Pr Molinier afin de mener à bien l'étude CFRS-CTB.

Dans le cadre de cette étude, j'ai été formé à l'entretien en psychiatrie et j'ai participé à la moitié des recrutements de l'étude, sur une période de 3 ans.

C'était une expérience exceptionnelle et enrichissante pour moi qui ne suis pas clinicien, que d'avoir été face à des patients en crise. La confrontation et la connaissance du terrain pour un médecin de santé publique est selon moi un élément fondamental pour explorer correctement n'importe quelle problématique.

Justement, la problématique du fonctionnement social en tant qu'objectif principal a été abordée assez tardivement dans cette étude, mais dans un cadre d'engagement vis-à-vis de l'équipe qui m'a formé et encadré durant toutes ces années, j'ai mené un travail de thèse pouvant être soumis à publication dans la revue de psychiatrie l'Encéphale (Impact Factor 0,599).

C'est pour cette raison que des éléments spécifiques de rédaction ont été pris en compte, tels que :

La limitation à 3500 mots (3478).

L'absence d'espace interquartile dans la description des résultats : en effet la revue demande aux auteurs de présenter uniquement les extrêmes (minimum et maximum).

Le numéro des tableaux en chiffres romains.

Les tableaux et figures devant être présentés sur des pages séparées du texte.

La production d'un résumé en français de 250 mots.

La production d'un résumé en anglais de 250 mots.

La production d'un résumé en anglais de entre 250 et 750 mots.

La limitation à 50 références bibliographiques.

## Introduction

Le fonctionnement social est un terme utilisé de manière courante en psychiatrie mais dont il est difficile d'obtenir une définition univoque.

Celui-ci peut être approché comme étant le degré auquel une personne est capable d'accomplir plusieurs rôles dans différents environnements sociaux tel qu'au travail, au domicile, dans les relations sociales ou durant les activités de loisirs(1).

Ces dernières décennies, la psychiatrie a pris le pas d'autres spécialités médicales dans l'intérêt que revêtent la qualité de vie et le fonctionnement social au sein de la prise en charge thérapeutique(2-5).

De nos jours les décisions thérapeutiques doivent être basées non seulement sur leur efficacité mais aussi sur leur acceptabilité et sur l'impact qu'elles ont sur la qualité de vie et le fonctionnement social(6). D'un point de vue thérapeutique, la mesure régulière au cours du traitement du fonctionnement social de patients psychiatriques peut être d'un apport important : cela favorise l'attente de changement, permet de valider les progrès réalisés, et d'évaluer l'efficacité de la thérapie(7), tant sur les symptômes que sur la qualité de vie(6). La nécessité de recourir à des mesures de fonctionnement social est double, premièrement car l'évaluation de la symptomatologie seule ne suffit pas pour apprécier l'impact de la pathologie du patient sur sa vie, en effet l'intensité de la relation entre symptômes psychiatriques et fonctionnement social est extrêmement variable entre les individus(8,9). Secondement car l'observance peut être améliorée par la perception du patient de l'amélioration de son fonctionnement social(5).

Le suicide et les tentatives de suicide sont un problème de santé publique reconnu en France(10) avec un nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide estimé entre 176 000 et 200 000 par an(11) et un taux d'hospitalisation en 2015 de 15,3 pour 10.000 habitants(12). D'autre part ce sont des marqueurs majeurs de dysfonctionnement social(12-16).

Le centre de thérapie brève (CTB) de Toulouse est un dispositif de soins de post urgences psychiatriques permettant une prise en charge ambulatoire spécialisée et intensive en se situant dans une démarche psychothérapeutique d'inspiration psychanalytique et centré sur la notion de conflit intrapsychique(17-20). Les principes d'approche systémique et de patient expert à la fois de sa vie et de sa thérapie, y sont primordiaux(21). L'objectif du CTB est de fournir une prise en charge efficace, comme alternative aux prises en charge communément réalisées en France, sur la prévention secondaire et tertiaire du risque suicidaire(21).

Une revue de la littérature a montré qu'une seule étude anglaise étudiait avec une méthodologie suffisante l'impact de la thérapie brève sur le fonctionnement social par rapport aux prises en charge dites classiques après une tentative de suicide(22,23).

Notre objectif principal est de comparer l'efficacité de la prise en charge par le CTB par rapport à une prise en charge standard sur l'évolution à 6 mois du fonctionnement social chez des patients admis aux urgences pour tentative de suicide.

Notre objectif secondaire est de comparer les évolutions à 6 mois des paramètres médico-sociaux et psychologiques entre les deux groupes.

Nous formulons deux hypothèses : premièrement que le fonctionnement social sera amélioré à 6 mois ; secondement que l'amélioration du fonctionnement social se montrera supérieure dans le groupe CTB que dans le groupe standard.

# Matériel et Méthode

## Schéma d'étude

Pour répondre à cet objectif, les données d'une étude observationnelle de cohorte prospective monocentrique ont été utilisées : l'étude CFRS-CTB. Cette étude a été conduite entre Novembre 2014 et Novembre 2017 au sein du CHU de Toulouse Purpan et avait pour objectif principal la comparaison de l'incidence des récurrences suicidaires à 6 mois post urgence chez des patients pris en charge au CTB versus prise en charge standard.

Les données ont été collectées au cours d'un entretien standardisé réalisé par un médecin formé à l'étude, aux urgences psychiatriques de l'hôpital Purpan chez les patients admis pour tentative de suicide.

Les critères d'inclusions étaient le recueil du consentement éclairé, la majorité légale, et le fait de ne pas avoir de suivi psychiatrique actif.

Les critères d'exclusions étaient la dépendance à des toxiques, le défaut de moyen de contact, la présence d'un trouble cognitif ou défaut de langage ne permettant pas le bon remplissage des questionnaires, la mise sous tutelle ou curatelle, et le fait d'être sans logement.

Cette étude a bénéficié d'un accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et du Comité d'Ethique et de la Recherche (CER).

La répartition des patients au sein des groupes CTB ou standard se faisait par un médecin psychiatre indépendant de l'étude et était liée à la capacité d'accueil du CTB ; en effet celui-ci ferme ses admissions lorsque sa capacité d'accueil maximale est atteinte et lors des congés. Les patients inclus dans le groupe standard sont donc des patients dont le psychiatre aurait souhaité un suivi par le CTB mais qui n'ont pas pu y être orientés pour des raisons logistiques.

Les orientations du groupe prise en charge standard correspondaient à un suivi ambulatoire par le médecin traitant et/ou un suivi par psychiatre/psychologue ou une prise en charge en hôpital de jour ou une hospitalisation.

La prise en charge au CTB reposait sur un double suivi, à la fois infirmier et médical avec 1 à 3 consultations externes par semaine, sur une durée de 1 mois, renouvelable 1 fois.

## **Évaluation**

Notre critère de jugement principal était la différence de score au questionnaire de fonctionnement social (QFS) entre le début de l'étude et après 6 mois de suivi, ainsi que les scores aux différents domaines et secteurs d'ajustement social composant le QFS(24).

Les 8 domaines composant le QFS sont : « activités », « tâches de la vie quotidienne », « loisirs », « relations familiales et de couple », « relations extrafamiliales », « gestion financière et administrative », « santé générale », « vie collective et information » ;

Les 3 secteurs d'ajustement social sont les habilités de la vie autonome investiguées par les domaines « tâches de la vie quotidienne », « gestion financière et administrative » et « santé générale », les relations sociales investiguées par les domaines « relations familiales et de couple » et « relations extrafamiliales » et enfin la participation à la vie communautaire investiguées par les domaines « activités », « loisirs » et « vie collective et information » ;

Le score QFS total est la somme des scores de l'ensemble des domaines.

Les autres évaluations portent sur :

Des variables sociodémographiques : l'âge, le sexe, le fait d'avoir des enfants, le niveau d'études (inférieur au baccalauréat, baccalauréat, études supérieures), la situation professionnelle (sans emploi, employé, retraité, étudiant) ;

Des variables médico-psychologiques : le statut et les antécédents personnels et familiaux, la prise récente de médicament psychotropes, la consultation récente d'un psychothérapeute, l'observance thérapeutique ;

Des scores évaluant le statut psychologique et psychiatrique : la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)(25), l'échelle de dépression de Beck (BDI)(26), l'échelle de désespoir de Beck (H)(27) et un questionnaire sur la consommation d'alcool et ses troubles (AUDIT)(28).

## **Méthodes statistiques**

En premier lieu, les variables qualitatives ont été décrites à l'aide d'effectifs et de pourcentages et les variables quantitatives à l'aide de moyenne et d'écart-type (en cas de distribution normale) ou de médiane avec les extrêmes (en cas de distribution asymétrique).

Dans un second temps, les scores de fonctionnement social, les variables sociodémographiques et médico-psychologiques ont été comparées en intention de traiter dans les 2 groupes, avec des analyses bivariées. Dans le cas de variables qualitatives, des tests du chi<sup>2</sup> ont été réalisées, après vérification des conditions d'application. Pour les variables

quantitatives, des tests de Student ou de Mann-Whitney Wilcoxon (si les conditions de normalité des distributions et d'égalité des variances n'étaient pas remplies) ont permis de comparer les 2 groupes. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Le score QFS a été analysé de 2 façons : en tant que variable quantitative pour répondre à notre objectif principal, mais également de manière qualitative en se basant sur les seuils proposées par les créateurs de ce score, pour en tirer une pertinence clinique(24).

Enfin, un modèle de régression logistique a été mis en place avec comme variable réponse le type de prise en charge et en incluant comme variables explicatives toutes celles présentant une significativité  $<0.2$  en analyse bivariée, ainsi que l'âge et le sexe.

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

## Résultats

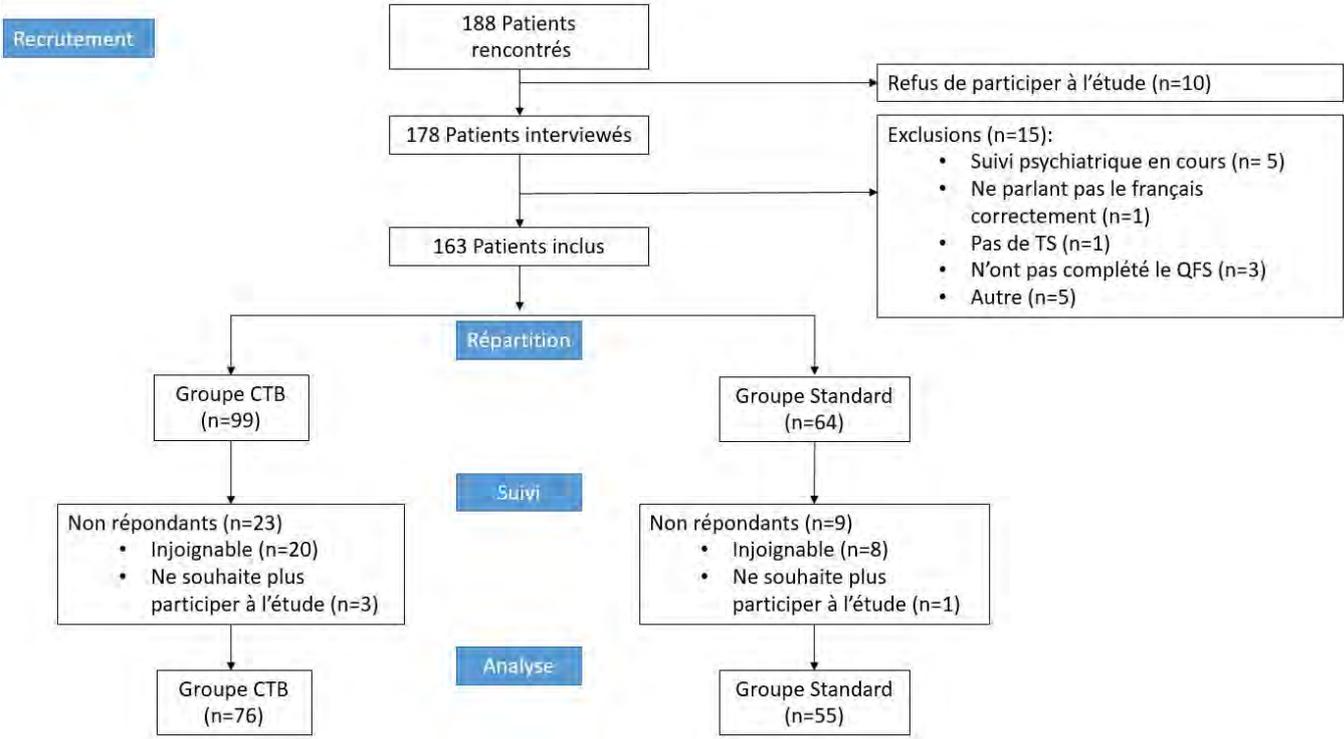
Je vais maintenant vous présenter les résultats de notre étude en commençant par le diagramme des flux, puis nous aborderons la problématique des perdus de vue, avant de comparer les deux groupes à l'inclusion et de répondre à nos objectifs.

### **Inclusion des patients dans l'étude**

Sur 188 patients potentiellement éligibles admis aux urgences de l'hôpital Purpan pour tentative de suicide entre Novembre 2014 et Novembre 2017, 163 ont pu être inclus dans l'étude (Figure 1). Sur ces 163 patients, près de 20% n'ont pas répondu au QFS à la fin des 6 mois de suivi : 23 dans le groupe CTB et 9 dans le groupe standard.

Les données de 131 patients ont finalement pu être analysées : 76 dans le groupe Centre de Thérapie Brève et 55 dans le groupe standard.

Figure 1 : Diagramme des flux



### **Patients perdus de vue**

Par rapport aux patients répondants, les patients perdus de vue (n=32) étaient plus souvent sans enfants (66% vs 43%,  $p=0,016$ ), avec un niveau d'étude inférieur (66% n'avaient pas le bac contre 40% chez les patients répondants,  $p=0,021$ ), mais leur score au QFS à l'inclusion ainsi que leur répartition au sein des deux groupes étaient les mêmes que chez les répondants, à part dans les domaines « tâches de la vie quotidienne » et « vie collective et information » pour lesquels leur score médian était inférieur d'un point ( $p=0,024$  et  $p=0,019$  respectivement) (Tableau I).

Tableau I : Comparaison de la population d'étude et des perdus de vue à l'inclusion

	Population d'étude (n=131)		Perdus de vue (n=35)		Total (n=166)		P
	N ou médiane	% ou extrêmes	N ou médiane	% ou extrêmes	N ou médiane	% ou extrêmes	
<b>Orientation</b>							
CTB	76	58,0	25	71,4	101	60,8	0,149
Groupe standard	55	42,0	10	28,6	65	39,2	
<b>Sexe</b>							
Homme	29	22,1	11	31,4	40	24,1	0,254
Femme	102	77,9	24	68,6	126	75,9	
<b>Age</b>	36	18;71	31	18;63	34	18;71	0,280
<b>Situation matrimoniale</b>							
Célibataire	60	46,2	17	48,6	77	46,7	0,799
En couple	70	53,9	18	51,4	88	53,3	
<b>Enfant(s)</b>							
Non	56	42,8	23	65,7	79	47,6	<b>0,016</b>
Oui	75	57,3	12	34,3	87	52,4	
<b>Niveau d'étude</b>							
Avant Bac	53	40,5	23	65,7	76	45,8	<b>0,021</b>
Bac	28	21,4	6	17,1	34	20,5	
Etudes supérieures	50	38,2	6	17,1	56	33,7	
<b>Situation professionnelle</b>							
Sans emploi	42	32,1	13	37,1	55	33,1	0,866
Employé	67	51,2	18	51,4	85	51,2	
Retraité	6	4,6	1	2,9	7	4,2	
Etudiant	16	12,2	3	8,6	19	11,5	
<b>Au moins 1 item positif au MINI</b>							
Non	22	16,8	9	26,5	31	18,8	0,198
Oui	109	83,2	25	73,5	134	81,2	
<b>QFS total</b>	57	23;71	50,5	23;70	56	23;71	0,062
<b>Activités</b>	8	2;10	8	2;10	8	2;10	0,550
<b>Tâches de la vie quotidienne</b>	8	2;10	7	2;10	8	2;10	<b>0,024</b>
<b>Loisirs</b>	6	2;10	5	2;10	6	2;10	0,690
<b>Relations familiales et de couple</b>	8	2;10	8	2;10	8	2;10	0,875
<b>Relations extrafamiliales</b>	7	2;10	7	2;10	7	2;10	0,447
<b>Gestion financière et administrative</b>	6	2;10	6	2;10	6	2;10	0,128
<b>Santé générale</b>	9	2;10	9	2;10	9	2;10	0,641
<b>Vie collective et informations</b>	6	2;10	5	2;9	6	2;10	<b>0,019</b>
<b>Habilités de vie autonome</b>	23	6;30	21,5	7;28	23	6;30	0,051
<b>Relations sociales</b>	15	6;20	14,5	7;19	15	6;20	0,307
<b>Participation à la vie communautaire</b>	19	6;27	18,5	6;27	19	6;27	0,194
<b>Fréquence des comportements</b>	29	10;38	26	11;36	28	10;38	0,071
<b>Satisfaction des comportements</b>	28	9;39	26	12;37	28	9;39	0,150

## **Description de la population et comparaison des groupes à l'inclusion**

Au niveau sociodémographique, la population était constituée à 78% de femmes et l'âge médian s'établissait à 36 ans [18 ;71] (Tableau II).

La majorité des patients était en couple (54%) et plus de la moitié (57%) avait des enfants.

Plus d'un tiers des patients avait encore au moins un enfant à charge (38%).

À peu près la même proportion de patients avait un niveau inférieur et supérieur au baccalauréat (40% et 38% respectivement). À l'inclusion un peu plus de la moitié de la population avait un emploi, tandis qu'un tiers était sans emploi.

La population présentait de nombreuses pathologies et antécédents psychopathologiques : 20% avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie et 32% avaient subi un acte de violence ou de maltraitance dans l'enfance.

Dans les 6 mois précédent leur geste 43% des patients déclaraient avoir pris un traitement psychotrope, et 28% avaient consulté un psychothérapeute.

Enfin, 83% des patients présentaient un trouble dépressif et/ou anxieux actuel ou passé au MINI.

À l'inclusion, bien que comparables sur la majorité des variables, les deux groupes présentaient quelques différences (Tableau III) :

Le taux d'antécédent d'hospitalisation en psychiatrie était supérieur dans le groupe CTB par rapport au groupe standard (26% vs 11%,  $p=0,029$ ).

De plus, malgré des médianes identiques, deux domaines du QFS étaient significativement moins bien cotés que dans le groupe standard : les tâches de la vie quotidienne (8[2 ;10] vs 8[3 ;10]  $p=0,011$ ) et la gestion financière et administrative (6[2 ;10] vs 7[2 ;10]  $p=0,010$ ). Par construction, le score du secteur d'ajustement social Vie autonome était lui aussi significativement supérieur dans le groupe standard (22[6 ;28] vs 24[9 ;30],  $p=0,003$ ).

Tableau II : Population à l'inclusion dans les deux groupes

	Groupe CTB (n=76)		Groupe standard (n=55)		Total (n=131)		P
	N ou médiane	% ou extrêmes	N ou médiane	% ou extrêmes	N ou médiane	% ou extrêmes	
<b>Sexe</b>							
Homme	19	25,0	10	18,2	29	22,1	0,354
Femme	57	75,0	45	81,8	102	77,9	
<b>Age</b>	36	18;71	36	19;63	36	18;71	0,960
<b>Situation matrimoniale</b>							
Célibataire	38	50,0	22	40,7	60	46,2	0,297
En couple	38	50,0	32	59,3	70	53,9	
<b>Enfant(s)</b>							
Non	35	46,1	21	38,2	56	42,8	0,369
Oui	41	54,0	34	61,8	75	57,3	
<b>Enfant à charge</b>							0,883
Non	43	61,4	32	62,8	75	62,0	
Oui	27	38,6	19	37,3	46	38,0	
<b>Niveau d'étude</b>							
Avant Bac	32	42,1	21	38,2	53	40,5	0,889
Bac	16	21,1	12	21,8	28	21,4	
Etudes supérieures	28	36,8	22	40,0	50	38,2	
<b>Situation professionnelle</b>							
Sans emploi	24	31,6	18	32,7	42	32,1	0,415
Employé	36	47,4	31	56,4	67	51,2	
Retraité	5	6,6	1	1,8	6	4,6	
Etudiant	11	14,5	5	9,1	16	12,2	
<b>Antécédent de tentative de suicide</b>							
Non	43	56,6	36	65,5	79	60,3	0,305
Oui	33	43,4	19	34,6	52	39,7	
<b>Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie</b>							
Non	56	73,7	49	89,1	105	80,2	<b>0,029</b>
Oui	20	26,3	6	10,9	26	19,9	
<b>Antécédent de violence/maltraitance dans l'enfance</b>							
Non	55	72,4	34	61,8	89	67,9	0,202
Oui	21	27,6	21	38,2	42	32,1	
<b>Antécédent de pathologie chronique et/ou douloureuse</b>							
Non	40	52,6	30	54,6	70	53,4	0,828
Oui	36	47,4	25	45,5	61	46,6	
<b>Consultation d'un thérapeute récemment</b>							
Non	53	69,7	41	74,6	94	71,8	
Oui	23	30,3	14	25,5	37	28,2	0,546
<b>Prise traitement psychotrope récemment</b>							
Non	38	50,0	37	67,3	75	57,3	0,051
Oui	38	50,0	18	32,7	56	42,8	

Tableau III : Résultats aux questionnaires dans les deux groupes à l'inclusion

	Groupe CTB (n=76)		Groupe standard (n=55)		Total (n=131)		P
	N ou médiane	% ou extrêmes	N ou médiane	% ou extrêmes	N ou médiane	% ou extrêmes	
<b>MINI versant dépression</b>							
Pas de trouble	17	22,4	14	25,5	31	23,7	0,815
Trouble actuel	33	43,4	27	49,1	60	45,8	
Trouble passé	1	1,3	1	1,8	2	1,5	
Trouble actuel et passé	24	31,6	12	21,8	36	27,5	
Dysthymie actuelle	1	1,3	1	1,8	2	1,5	
<b>MINI versant trouble anxieux</b>							
Pas de trouble	39	51,3	34	61,8	73	55,7	0,365
Trouble actuel	34	44,7	18	32,7	52	39,7	
Trouble passé	0	0,0	1	1,8	1	0,8	
Trouble actuel et passé	3	4,0	2	3,6	5	3,8	
<b>Au moins 1 item positif au MINI</b>							
Non	10	13,2	12	21,8	22	16,8	0,191
Oui	66	86,8	43	78,2	109	83,2	
<b>Répartition des scores QFS</b>							
Pauvre	17	22,4	13	23,6	30	22,9	0,179
Très faible	9	11,8	2	3,6	11	8,4	
Faible	38	50,0	25	45,5	63	48,1	
Moyen	7	9,2	12	21,8	19	14,5	
Bon	5	6,6	3	5,5	8	6,1	
<b>Score QFS total*</b>	56	23;71	58	28;71	57	23;71	0,097
<b>Par domaine*</b>							
Activités	8	2;10	8	2;10	8	2;10	0,553
Tâches de la vie quotidienne	8	2;10	8	3;10	8	2;10	<b>0,011</b>
Loisirs	5.5	2;10	6	2;10	6	2;10	0,903
Relations familiales et de couple	8	2;10	8	2;10	8	2;10	0,385
Relations extrafamiliales	7	2;10	8	2;10	7	2;10	0,794
Gestion financière et administrative	6	2;10	7	2;10	6	2;10	<b>0,010</b>
Santé générale	9	2;10	9	2;10	9	2;10	0,420
Vie collective et informations	6	2;10	6	2;10	6	2;10	0,764
<b>Par secteur d'ajustement social*</b>							
Habilités de vie autonome	22	6;28	24	9;30	23	6;30	<b>0,003</b>
Relations sociales	15	6;20	15	8;20	15	6;20	0,592
Participation à la vie communautaire	19	6;27	20	6;25	19	6;25	0,530
<b>Par indice*</b>							
Fréquence des comportements	28	14;37	30	10;38	29	10;38	0,241
Satisfaction des comportements	28	9;38	28	15;39	28	9;39	0,162
<b>Autres questionnaires</b>							
<b>Intentionnalité suicidaire de Pierce**</b>	8.5	0;18	8	1;22	8	0;22	0,812
<b>Dépression BDI de Beck**</b>	17	0;34	15	0;32	17	0;34	0,275
<b>Désespoir H de Beck**</b>	9	0;20	10	2;19	9	0;20	0,843
<b>Consommation d'alcool</b>							
<b>AUDIT**</b>	4	0;24	3	0;17	4	0;24	0,610

\*Un score élevé représente un meilleur état

\*\*Un score faible représente un meilleur état

### **Évolution du fonctionnement social à 6 mois.**

L'ensemble des scores du QFS s'était significativement amélioré à 6 mois (Tableau IV). Le gain moyen au score QFS est de 7,71 points (IC95%= 6,12-9,30,  $p<0,001$ ).

A l'inclusion, seulement 27 patients (21%) avaient un score QFS supérieur à faible, contre 71 (54%) à 6 mois (Tableau V et Figure 2).

Le niveau de fonctionnement social moyen était coté faible au début du suivi et moyen à la fin du suivi, et ce quel que soit le groupe considéré ( $p<0,001$ ). Chaque patient a en moyenne progressé d'un niveau en terme de fonctionnement social (IC95%= 0.84-1.36,  $p<0,001$ ).

La santé générale était le domaine du QFS le mieux noté à la fois à au début et à la fin du suivi avec une médiane atteignant 10 sur 10. Le domaine le moins bien noté au début du suivi était les loisirs mais celui-ci a nettement progressé en 6 mois (1[2 ;10]  $p<0,001$ ). À 6 mois, le domaine gestion financière et administrative est le moins bien noté avec un score médian de 7 sur 10. Généralement, plus le domaine de fonctionnement social était bas à l'inclusion, plus son augmentation était importante, ceci se remarque dans les deux groupes.

Le score QFS a évolué de manière similaire dans les deux groupes, avec un gain médian de 7 points dans le groupe CTB et de 6 points dans le groupe standard ( $p=0,182$ ) (Tableau VI).

Aucun domaine, ni secteur d'ajustement social, ni indice n'a évolué de manière différente au sein des deux groupes.

Tableau IV : Évolution des scores du QFS entre l'inclusion et 6 mois (n=131)

	À l'inclusion		À 6 mois		Différence médiane	p
	Médiane	Extrêmes	Médiane	Extrêmes		
QFS total	57	23;71	64	41;78	7	<0,001
<b>Par domaine</b>						
Activités	8	2;10	9	2;10	1	<0,001
Tâches de la vie quotidienne	8	2;10	9	4;10	1	<0,001
Loisirs	6	2;10	8	2;10	2	<0,001
Relations familiales et de couple	8	2;10	9	2;10	1	0,001
Relations extrafamiliales	7	2;10	8	2;10	1	<0,001
Gestion financière et administrative	6	2;10	7	2;10	1	0,002
Santé générale	9	2;10	10	3;10	1	<0,001
Vie collective et informations	6	2;10	8	2;10	2	<0,001
<b>Par secteur d'ajustement social</b>						
Habiletés de vie autonome	23	6;30	25	14;30	2	<0,001
Relations sociales	15	6;20	17	7;20	2	<0,001
Participation à la vie communautaire	19	6;27	23	10;29	4	<0,001
<b>Par indice</b>						
Fréquence des comportements	29	10;38	32	15;40	3	<0,001
Satisfaction des comportements	28	9;39	32	17;40	4	<0,001

Tableau V : Évolution de la répartition des scores du QFS entre l'inclusion et 6 mois (n=131)

		<b>À 6 mois</b>							<b>Total</b>
		Pauvre	Très faible	Faible	Moyen	Bon	Très bon	Élevé	
<b>À l'inclusion</b>	Pauvre	8	5	8	5	4	0	0	<b>30</b>
	Très faible	0	1	6	3	0	1	0	<b>11</b>
	Faible	3	4	21	14	7	9	5	<b>63</b>
	Moyen	0	0	3	5	9	1	1	<b>19</b>
	Bon	1	0	0	0	4	2	1	<b>8</b>
	Très bon	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
	Élevé	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
	<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>38</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>131</b>

Figure 2 : Représentation des scores au QFS dans les deux groupes à l'inclusion et à 6 mois

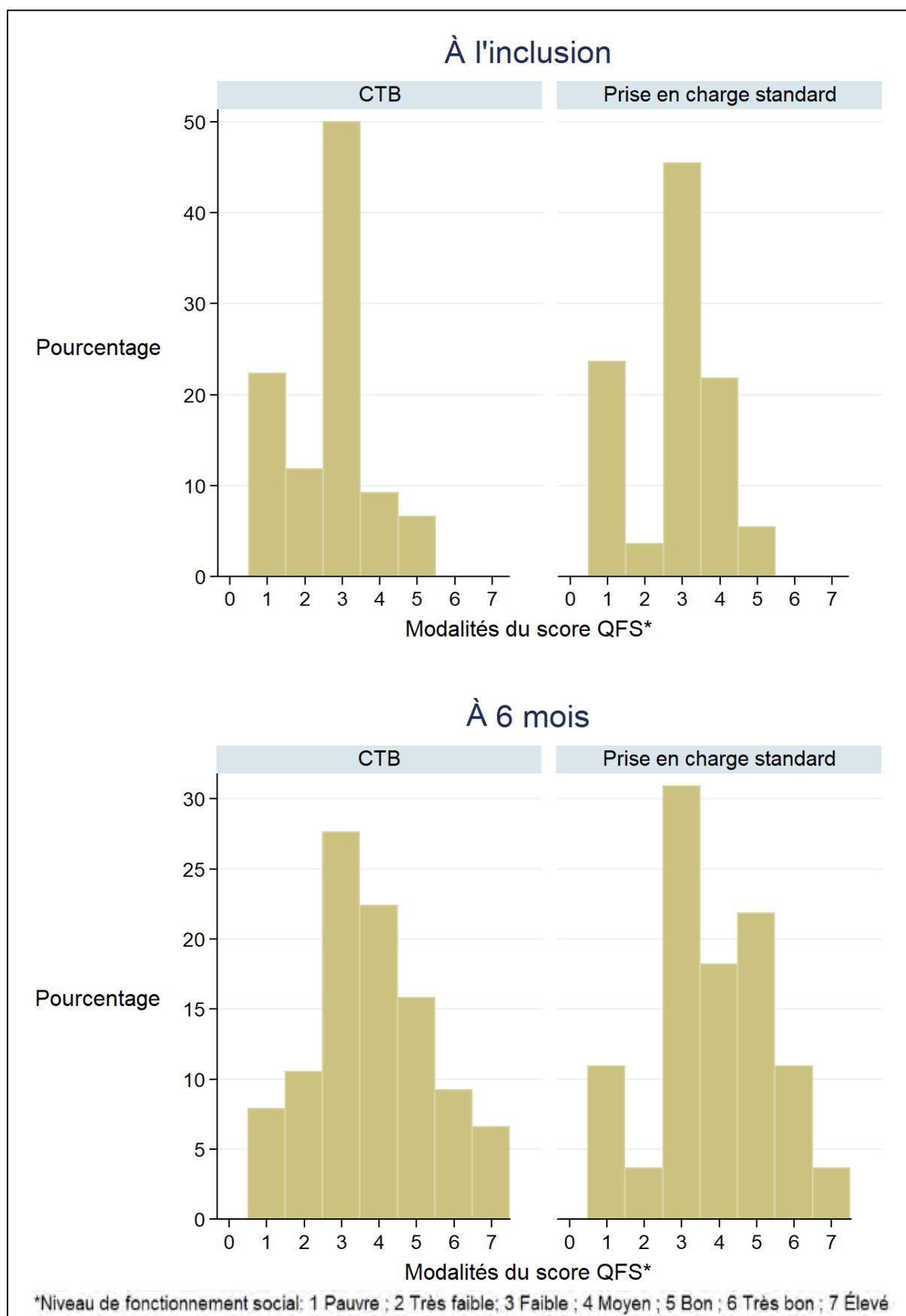


Tableau VI : Comparaison de l'évolution des scores du QFS entre les deux groupes

	<b>Groupe CTB (n=76)</b>		<b>Groupe standard (n=55)</b>		<b>Total (n=131)</b>		<b>p</b>
	<b>médiane</b>	<b>extrêmes</b>	<b>médiane</b>	<b>extrêmes</b>	<b>médiane</b>	<b>extrêmes</b>	
QFS total	7	-21;27	6	-7;24	7	-21;27	0,182
<b>Par domaine</b>							
Activités	0	-8;8	0	-4;6	0	-8;8	0,752
Tâches de la vie quotidienne	1	-4;5	0	-3;5	1	-4;5	0,058
Loisirs	1	-6;7	1	-8;8	1	-8;8	0,923
Relations familiales et de couple	1	-7;6	0	-6;8	0	-7;8	0,676
Relations extrafamiliales	1	-7;6	1	-3;8	1	-7;8	0,893
Gestion financière et administrative	1	-5;7	0	-8;6	0	-8;7	0,396
Santé générale	1	-6;8	0	-2;8	0	-6;8	0,292
Vie collective et informations	1	-5;8	1	-4;7	1	-5;8	0,228
<b>Par secteur d'ajustement social</b>							
Habiletés de vie autonome	2	-8;15	1	-7;14	2	-8;15	0,078
Relations sociales	2	-11;10	1	-4;10	1	-11;10	0,649
Participation à la vie communautaire	4	-10;20	4	-10;16	4	-10;20	0,797
<b>Par indice</b>							
Fréquence des comportements	4	-9;14	3	-9;14	3	-9;14	0,338
Satisfaction des comportements	4	-12;18	3	-5;14	4	-12;18	0,166

Figure 4 : Représentation de la répartition des scores QFS totaux à l'inclusion et à 6 mois, et de l'évolution en fonction du groupe (CTB n=76 et standard n=55)

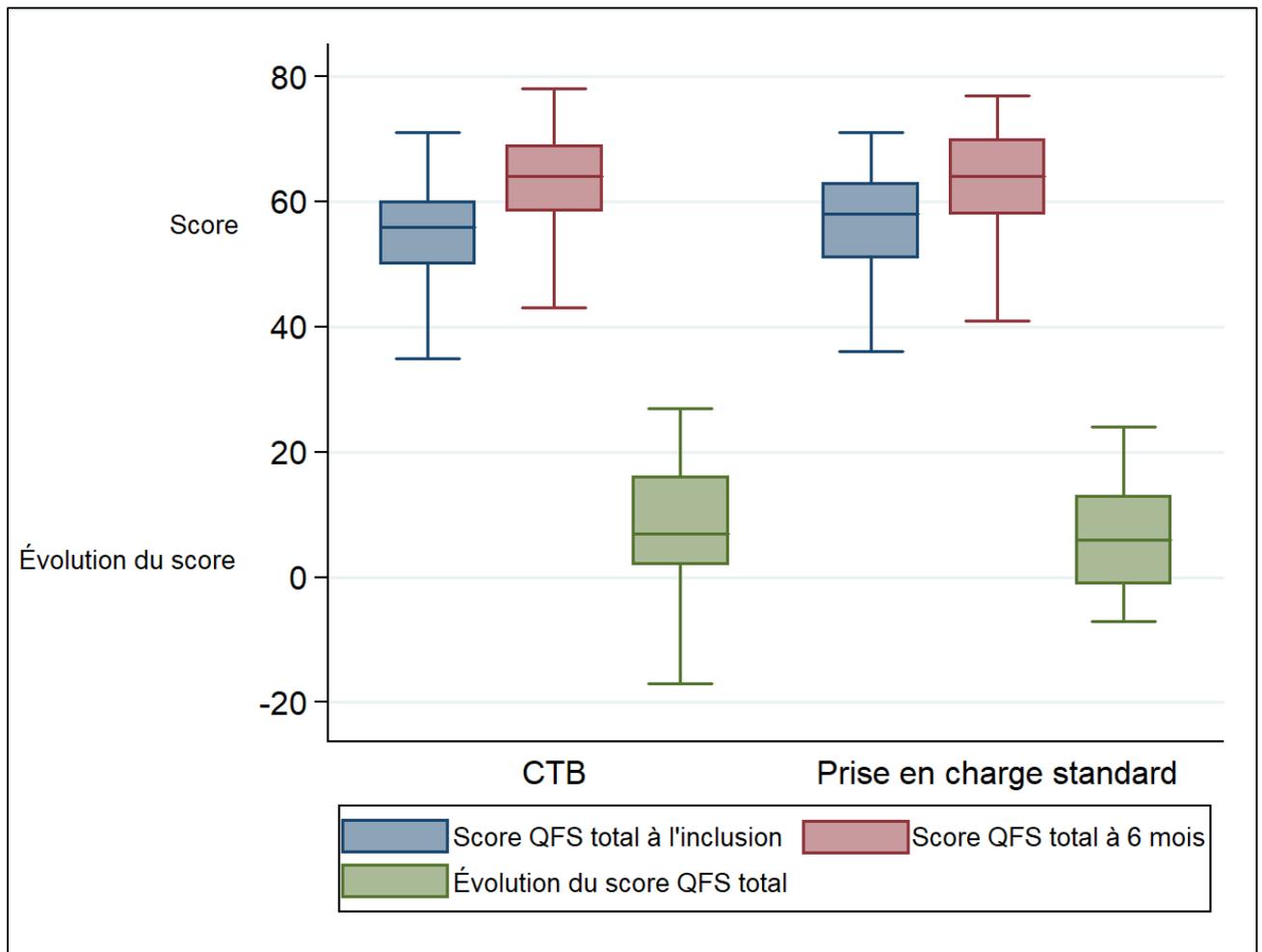
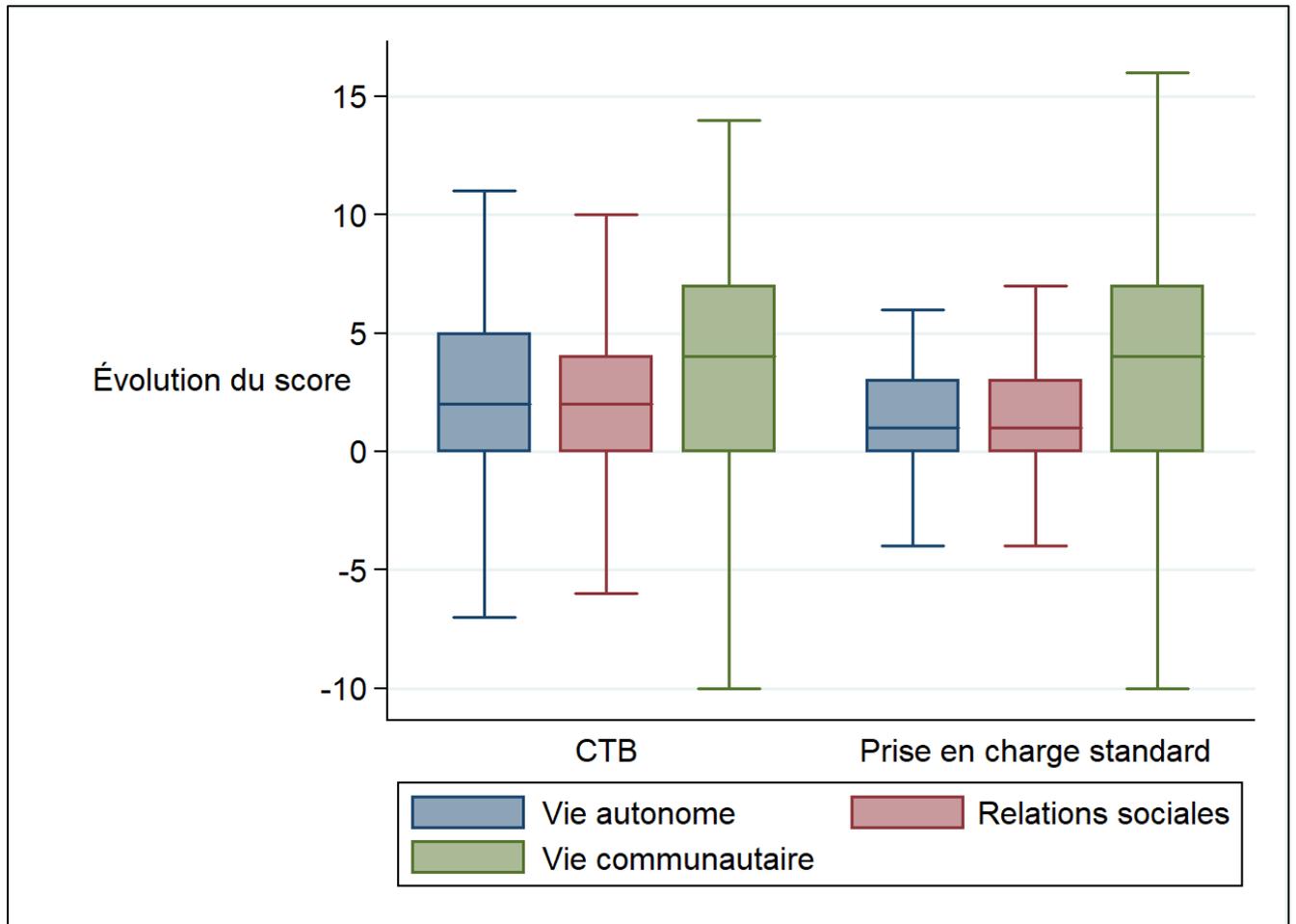


Figure 5 : Représentation de l'évolution des scores aux domaines d'ajustement social en fonction du type de prise en charge (CTB n=76 et standard n=55)



### **Analyses liées à l'objectif secondaire**

Le taux de non observance (aucun rendez-vous effectué dans l'orientation proposée) est près de deux fois supérieur dans le groupe CTB que dans le groupe standard (36% vs 19%,  $p=0,012$ ) (Tableau VII).

L'incidence des récurrences suicidaires n'était pas inférieure dans le groupe CTB par rapport au groupe standard (12% vs 15%,  $p=0,707$ ).

Le score AUDIT a significativement mieux progressé dans le groupe CTB que dans le groupe standard (médiane -0,5 vs 0,  $p=0,010$ ).

Tableau VII : Comparaison de l'évolution des caractéristiques médico-socio-psychologiques entre les deux groupes

	Groupe CTB (n=76)		Groupe standard (n=55)		Total (n=131)		P
	N ou médiante	% ou extrêmes	N ou médiante	% ou extrêmes	N ou médiante	% ou extrêmes	
<b>Nombre de consultations réalisées dans l'orientation proposée</b>							
Aucune	14	18,9	20	36,4	34	26,4	<b>0,012</b>
Moins de 3	6	8,1	9	16,4	15	11,6	
3 et plus	54	73,0	26	47,3	80	62,0	
<b>Suivi psychothérapeutique à 6 mois</b>							
Non	39	56,5	20	40,8	59	50,0	0,093
Oui	30	43,5	29	59,2	59	50,0	
<b>Traitement psychotrope à 6 mois</b>							
Non	41	60,3	27	56,3	68	58,6	0,663
Oui	27	39,7	21	43,8	48	41,4	
<b>Changement de situation professionnelle durant le suivi</b>							
Non	57	85,1	39	81,3	96	83,5	0,586
Oui	10	14,9	9	18,8	19	16,5	
<b>Récidive de tentative de suicide</b>							
Non	63	87,5	46	85,2	109	86,5	0,707
Oui	9	12,5	8	14,8	17	13,5	
<b>Dépression BDI de Beck**</b>	-9	-25;23	-9	-25;21	-9	-25;23	0,268
<b>Désespoir H de Beck**</b>	-2	-15;10	-3	-17;8	-3	-15;10	0,888
<b>Consommation d'alcool AUDIT**</b>	-5	-12;21	0	-11;7	0	-12;21	<b>0,010</b>

\*\* Un score faible représente un meilleur état

### **Analyse multivariée**

La relation entre l'évolution du fonctionnement social et le type de prise en charge n'est pas modifiée avec l'ajustement par les différentes variables liées au groupe de prise en charge (Tableau VIII).

Tableau VIII : Analyse de la relation entre l'évolution du score QFS total et la prise en charge par le CTB versus prise en charge standard après ajustements par un modèle de régression logistique (n=116).

	<b>OR*</b>	<b>IC 95%**</b>	<b>p</b>
<b>Évolution du score QFS total</b>	1,02	0,97-1,07	0,502
<b>Sexe féminin</b>	0,41	0,13-1,26	0,119
<b>Âge</b>	0,99	0,96-1,02	0,647
<b>Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie</b>	3,28	0,89-12,11	0,075
<b>Traitement psychotrope à 6 mois</b>	2,90	1,07-7,83	<b>0,036</b>
<b>Au moins 1 item positif au MINI</b>	1,33	0,44-4,02	0,616
<b>Nombre de consultations réalisées dans l'orientation proposée</b>			
Aucune	Ref.		
Moins de 3	1,04	0,22-4,92	0,956
3 et plus	3,10	1,07-8,98	<b>0,037</b>
<b>Suivi psychothérapeutique à 6 mois</b>	0,25	0,10-0,65	<b>0,004</b>
<b>Evolution du score Audit</b>	0,95	0,85-1,07	0,440

\*OR : Odds Ratio

\*\* IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

## Discussion

L'ensemble des scores du QFS, score total, domaines et indices, ont tous très significativement progressé durant les 6 mois de suivi, cependant ces évolutions ne permettent pas de mettre en évidence une meilleure efficacité du Centre de Thérapie Brève par rapport à la prise en charge standard en terme d'amélioration du fonctionnement social à l'issue des 6 mois de suivi. Malgré cela l'évolution des scores du QFS ont une tendance à être aussi bons, voire meilleurs dans le groupe CTB que dans le groupe standard, mais sans atteindre de significativité statistique. Il est possible qu'une plus longue durée de suivi, ou qu'un nombre plus important de participants aurait pu mener à des résultats plus favorables en faveur du CTB.

Cependant, plusieurs éléments viennent limiter ce dernier point :

Le fait que les analyses aient été menées en intention de traiter et que les patients du groupe CTB aient bénéficié d'un nombre supérieur de consultations, sans pour autant bénéficier de résultats plus favorables.

Le fait que le groupe CTB présentait un potentiel d'amélioration supérieur car partant de scores aux domaines « tâches de la vie quotidienne » et « gestion financière et administrative » inférieurs au groupe standard.

Il existe très peu d'études robustes permettant d'étayer ce résultat, les échelles de fonctionnement social étant en pratique majoritairement utilisées chez les patients schizophrènes(29) et les thérapies brèves étant des prises en charge peu étudiées sur le versant du fonctionnement social. Seule l'étude de Tyrer.P(22) d'une construction méthodologique robuste(30) permet une comparaison avec notre étude et met en évidence des résultats similaires avec une puissance supérieure, bien que dans leur étude les échelles de fonctionnement social ne comprenaient pas le QFS, et que les patients avaient bénéficié d'un nombre de consultations très inférieur à ceux de notre échantillon.

Quasiment les trois quarts de notre échantillon (73,3%) avaient été diagnostiqués comme ayant un trouble dépressif actuel ou actuel et passé. Or une méta-analyse de 2014 a montré que la psychothérapie, dans le cadre d'une dépression, a une efficacité très limitée dans son impact sur le fonctionnement social(31). Ceci pourrait peut-être expliquer partiellement le manque d'amélioration du fonctionnement social dans le groupe CTB, où la psychothérapie prime, par rapport au groupe standard.

Après une tentative de suicide, 35% des patients refusent une prise en charge(32). Nous retrouvons cette valeur dans notre échantillon via le pourcentage de patients n'ayant effectué aucune consultation après leur sortie des urgences : 36% pour le groupe standard et seulement 19% pour le groupe CTB ( $p=0,010$ ).

Le CTB, bien que ne favorisant pas l'amélioration du fonctionnement social permettrait une meilleure adhésion au soin en post-urgence psychiatrique par rapport à la prise en charge standard, et il a été montré que plus le nombre de sessions de traitement était élevé plus le fonctionnement social s'améliorait(31).

Comme dans les résultats intermédiaires présenté par Sporer.M(21) le score AUDIT s'est plus amélioré dans le groupe CTB que dans le groupe Standard. Nous pouvons avancer l'hypothèse que le CTB de par sa prise en charge intensive et globale, comprenant le patient et son entourage, agirait mieux sur la dépendance aux toxiques qu'une prise en charge standard.

Bien que l'objectif du centre de thérapie brève soit la prévention secondaire et tertiaire du risque suicidaire, aucune réduction de ce risque n'a pu être significativement mise en évidence par la prise en charge au CTB par rapport à la prise en charge standard.

L'étude menée présente plusieurs avantages, notamment sur la validité interne : Les caractéristiques de la population de notre étude étaient comparables aux données de la littérature chez des patients ayant fait une tentative de suicide, avec approximativement trois quarts de femmes, un âge médian de 37 ans, quasiment 50% de personnes en couple et la moitié ayant un emploi (23,33–35).

Les deux groupes étaient comparables à l'inclusion sur les critères les plus importants. Concernant les perdus de vue, leur taux de 20% était attendu dans le cadre d'une étude prospective sur des patients pris en charge après une tentative de suicide(35,36) et leurs caractéristiques à l'inclusion étaient comparables à notre échantillon.

L'acceptabilité était excellente avec seulement 10 refus de participation à l'étude (5,3%), ce qui est bien inférieur à ce que l'on retrouve dans la littérature, où le taux de refus est situé entre 18 et 28% (30,33,35).

Enfin, le QFS est un questionnaire validé avec de très bonnes qualités psychométriques(24).

Des faiblesses méthodologiques inhérentes au fait d'utiliser les données d'une autre étude viennent limiter la validité de nos résultats, telles que l'absence de randomisation, le manque de puissance, l'absence de calcul du nombre de sujets nécessaires pour répondre à l'objectif et le fait qu'il n'existe pas de recommandations en ce qui concerne l'orientation d'un patient vers le CTB, ce qui laisse une subjectivité dans l'orientation des patients.

Un inconvénient majeur est la durée de suivi de 6 mois alors que certains auteurs recommandent 12 mois de suivi(30,35) notamment car l'amélioration du fonctionnement social prend plus de temps que la résolution des symptômes dépressifs(1).

Enfin, les nombreux critères de sélection peuvent limiter la validité externe de cette étude ; dans le champ du dysfonctionnement social et du suicide, un suivi psychiatrique régulier ou une consommation de toxiques sont fréquemment retrouvés, alors que les patients présentant ces critères sont exclus de nos analyses(14).

Les faiblesses méthodologiques sont explorées plus en détail ailleurs(21) mais il convient d'insister sur le fait que malgré l'absence de randomisation, les deux groupes étaient comparables à l'inclusion.

La bonne réalisation méthodologique d'études sur la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide est difficile, de par la nécessité de recourir à de très larges effectifs suivis sur une longue période ainsi que par la difficulté éthique et financière de mettre en place un essai thérapeutique randomisé(23).

La littérature met en évidence plusieurs facteurs socio-économiques en lien avec le risque de tentative de suicide tel qu'un faible niveau d'éducation, un faible revenu, le chômage, et l'isolement social(12,14,37-39). Ces facteurs étant rattachés à la qualité de vie et au fonctionnement social, il s'avère important de continuer à l'explorer : un mauvais fonctionnement social est un facteur de risque indirect majeur de tentative de suicide(13).

## Conclusion

Les évolutions des différents scores du QFS ne permettent pas de mettre en évidence une meilleure efficacité du Centre de Thérapie Brève par rapport à la prise en charge standard en terme d'amélioration du fonctionnement social, et ce en dépit d'une meilleure adhésion au soin et d'un nombre de consultations supérieur.

Bien que soumis à l'absence de randomisation et à une durée de suivi faible, nos résultats restent robustes notamment par des caractéristiques comparables entre les deux groupes en début d'étude, ainsi que par la comparabilité de nos résultats avec la littérature scientifique.

Cependant la validité interne est limitée par cette faible durée de suivi et la validité externe par des critères de sélection rigoureux.

Cette étude vient étayer une littérature très peu fournie sur le sujet qui, de plus, est soumise à des biais intrinsèquement liés aux systèmes de santé et aux prises en charge psychiatriques propres à chaque pays.

Les thérapies brèves recouvrent un ensemble de psychothérapies et de prises en charge spécifiques qu'il serait judicieux d'évaluer individuellement sur une période suffisante avant de conclure à une efficacité similaire sur l'amélioration du fonctionnement social par rapport aux prises en charge classiquement mises en œuvre après une tentative de suicide.

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

  
E. SERRANO

**UNIVERSITÉ PAUL SABATIER**  
Département d'Epidémiologie  
Economie de la santé  
et Santé Publique  
37, allées Jules Guesde  
31073 TOULOUSE Cedex

Vu, le Président du Jury  
Dr Alain GRAND



## Bibliographie

1. Bosc M. Assessment of social functioning in depression. *Compr Psychiatry*. févr 2000;41(1):63-9.
2. O'Brien BJ, Buxton MJ, Ferguson BA. Measuring the effectiveness of heart transplant programmes: quality of life data and their relationship to survival analysis. *J Chronic Dis*. 1987;40 Suppl 1:137S-158S.
3. Greer S. *The Quality of Life of Cancer Patients (Monograph Series of European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC), Vol. 17)* By Neil K. Aaronson and Jorn Beckmann, New York: Raven Press. 1987. 304 pp. \$68.50. *Br J Psychiatry*. oct 1987;151(04):565-6.
4. Chambers LW, Macdonald LA, Tugwell P, Buchanan WW, Kraag G. The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. *J Rheumatol*. oct 1982;9(5):780-4.
5. Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. août 1993;2(4):239-51.
6. Hunt SM, McKenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health Policy Amst Neth*. oct 1992;22(3):307-19.
7. Slade M. Routine outcome assessment in mental health services. *Psychol Med*. nov 2002;32(8):1339-43.
8. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*. août 1994;55(8):322-31.
9. Weissman MM. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1975;32(3):357-65.
10. Programme national d'actions contre le suicide. 1988.
11. Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. *St-Maurice Inst Veille Sanit*. 2014;51.
12. Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 2018.
13. Van Meter AR, Paksarian D, Merikangas KR. Social Functioning and Suicide Risk in a Community Sample of Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 16 janv 2019;1-15.
14. Observatoire National du Suicide. SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2016.
15. Hirschfeld RMA, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Möller H-J, et al. Social functioning in depression: A review. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(4):268-75.
16. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable Risk Factors for Attempted Suicide in Australian Clinical and Community Samples. *Suicide Life Threat Behav*. déc 2007;37(6):671-80.

17. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Paris, France: SIMEP; 1986. 197 p.
18. Andreoli AV, Muehlebach A, Gognalons M, Abensur J, Grimm S, Frances AJ. Crisis intervention response and long-term outcome: a pilot study. *Compr Psychiatry*. déc 1992;33(6):388-96.
19. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris; Bruxelles: De Boeck université; 2000.
20. Coulon N de, Oberbeck Ottino S von. La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Paris: Morin; 1999. 318 p. (Des pensées et des actes en santé mentale).
21. Sporer M. Patients admis aux urgences pour tentative de suicide: comparaison de la fréquence des récurrences suicidaire, après une prise en charge au centre de thérapie brève versus prise en charge standard: Etude CFRS-CTB [Internet] [Th.D Psychiatrie]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1362/1/2016TOU31510.pdf>
22. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med*. août 2003;33(6):969-76.
23. Hatcher S, Sharon C, Coggan C. Beyond Randomized Controlled Trials in Attempted Suicide Research. *Suicide Life Threat Behav*. août 2009;39(4):396-407.
24. Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, Maercker A, Guimon J. Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *L'Encéphale*. févr 2006;32(1):45-59.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
26. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1961;4:561-71.
27. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5.
28. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addict Abingdon Engl*. juin 1993;88(6):791-804.
29. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*. déc 2007;116(6):403-18.
30. Tyrer P, Jones V, Thompson S, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, et al. Service Variation in Baseline Variables and Prediction of Risk in a Randomised Controlled Trial of Psychological Treatment in Repeated Parasuicide: The Popmact Study. *Int J Soc Psychiatry*. mars 2003;49(1):58-69.
31. Renner F, Cuijpers P, Huibers MJH. The effect of psychotherapy for depression on improvements in social functioning: a meta-analysis. *Psychol Med*. oct 2014;44(14):2913-26.

32. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv Wash DC*. déc 2010;61(12):1183-91.
33. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 3 août 2005;294(5):563-70.
34. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. sept 2008;86(9):703-9.
35. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 27 mai 2006;332(7552):1241-5.
36. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning  
Commentary: Another kind of talk that works? *BMJ*. 21 juill 2001;323(7305):135-135.
37. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. déc 2010;71(12):1617-28.
38. Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*. oct 2006;67(10):1599-609.
39. Krysinska K, Martin G. The struggle to prevent and evaluate: application of population attributable risk and preventive fraction to suicide prevention research. *Suicide Life Threat Behav*. oct 2009;39(5):548-57.

## Annexes

### **Annexe 1 : Questionnaire de Fonctionnement Social**

## PARTIE 1

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

### I. Activités

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

### II. Tâches de la vie quotidienne

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

### III. Loisirs

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

### IV. Relations familiales et de couple

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

#### V. Relations extra familiales

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

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

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

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

#### VI. Gestion financière et administrative

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

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

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

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

#### VII. Santé générale

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

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

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

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

#### VIII. Vie collective et informations

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

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

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

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

**Annexe 2 : Cahier d'observation (partie inclusion uniquement)**



**CAHIER D'OBSERVATION**

**ETUDE CFRS-CTB :**

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

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

N° du patient : |\_|\_|\_|\_|\_|



## Constitution des temps d'évaluation

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

## Calendrier prévisionnel des dates des temps d'évaluation

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

Lieu d'évaluation \_\_\_\_\_

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

Lieu d'évaluation \_\_\_\_\_

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

Lieu d'évaluation \_\_\_\_\_

## Renseignements participants

### VÉRIFICATION DES CRITÈRES

OUI

NON

#### Critères d'inclusion :

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

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

#### Critères de non inclusion :

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

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

# Temps d'évaluation T0 Admission aux urgences

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

RECUEIL DE LA NON OPPOSITION : OUI NON

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

Signature de l'investigateur :

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

CTB

Hospitalisation

Médecin traitant

Psychiatre/psychologue/psychothérapeute  en libéral  au CMP

Accueil de Jour Intersectoriel Réactif (AJIR)

RECUEIL DES INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES : .....

Sexe : F M

Année de naissance : .....

## Contexte socio-environnemental :

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

Nombre d'enfant : .....

Niveau d'étude : Avant Baccalauréat  Baccalauréat  Etudes supérieures

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

## Antécédents médicaux et chirurgicaux :

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

## Antécédents personnels psychopathologiques :

- Nombre TS antérieures : .....

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

**Antécédents familiaux psychopathologiques :**

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

**Prise en charge actuelle :**

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

**Type de geste suicidaire:**

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

**Echelle d'intentionnalité suicidaire de PIERCE**

- 1) Circonstances objectives liées à la tentative de suicide :
- Isolement*** Quelqu'un de présent **0**  
 Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (tél par ex) **1**  
 Isolement total (nulle présence, pas de contact visuel, ni tél) **2**
  - Moment choisi*** Intervention probable **0**  
 Intervention improbable **1**  
 Intervention très improbable **2**
  - 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**
  - 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, ni averti personne **2**

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

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

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

2) Propos rapportés par le patient :

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

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

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

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

3) Dangerosité :

**Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (ex : si quelqu'un n'était venu par hasard lui porter secours)**

- Issue favorable certaine 0
- Mort improbable 1
- Mort probable ou certaine 2

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

## M.I.N.I

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

### A- EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux (se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	<b>A1 <u>OU</u> A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	→ NON	OUI	
A3	<b>Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :</b>			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER <b>OUI</b> , SI <b>OUI</b> A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	<b>Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?</b> (ou 4 si A1 <u>OU</u> A2 EST COTEE NON)	<b>NON      OUI</b> <b>EPISODE DEPRESSIF</b> <b>MAJEUR ACTUEL</b>		
	SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :			
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou			

sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→	NON	OUI	10
b Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?		NON	OUI	11

**A5b EST-ELLE COTEE OUI ?**

**NON OUI**  
**EPISODE DEPRESSIF**  
**MAJEUR PASSE**

**A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option) SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :**

A6 a <b>A2 EST-ELLE COTEE OUI</b>		NON	OUI	12
b Au cours cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux (se) auparavant ? Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez-vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?		NON	OUI	13
<b>A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI</b>	→	NON	OUI	

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

A7 a Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ce que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?		NON	OUI	14
b Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?		NON	OUI	15
c Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours?		NON	OUI	16
d <b>A3c EST ELLE COTEE OUI ?</b>		NON	OUI	17
e <b>A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?</b>		NON	OUI	18
f Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?		NON	OUI	19

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

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

## B. DYSTHYMIE

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

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

**B4 EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON	OUI
<b>DYSTHYMIE ACTUEL</b>	

## D. EPISODE (HYPO-) MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment?	NON	OUI	4
	<b>D1a <u>OU</u> D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	→ NON	OUI	

D3 Si D1B OU D2B = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL  
Si D1B ET D2B = NON EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

**Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :**

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9

f	Etiez-vous tellement actif (ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10
g	Avez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?	NON	OUI	11
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3 ou 4 si D1a = NON (épisode passe) ou D1b = NON (épisode actuel) ?	→ NON	OUI	
D4	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ? Coter OUI, si OUI à l'un ou l'autre	NON	OUI	12

**D4 EST-ELLE COTEE NON ?**

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

<b>NON</b>	<b>OUI</b>
<b><i>EPISODE HYPOMANIAQUE</i></b>	
<i>ACTUEL</i>	<input type="checkbox"/>
<i>PASSE</i>	<input type="checkbox"/>

**D4 EST-ELLE COTEE OUI ?**

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

<b>NON</b>	<b>OUI</b>
<b><i>EPISODE MANIAQUE</i></b>	
<i>ACTUEL</i>	<input type="checkbox"/>
<i>PASSE</i>	<input type="checkbox"/>

## E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) <b>subitement</b> très anxieux (se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
E2	Si <b>E1 = NON</b> , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ? Si <b>E2 = NON</b> , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1	NON	OUI	2
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ? Si <b>E3 = NON</b> , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1	NON	OUI	3
E4	<b>Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :</b>			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? Si E5 NON, PASSER EN E7	NON	OUI	
E6	Au cours du mois écoulé avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? Si E6=OUI, passer à F1	NON	OUI	

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

I1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?

→  
NON OUI 1

EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...

I2 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?

→  
NON OUI 2

### I3 Au cours du mois écoulé :

Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?

NON OUI 3

Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?

NON OUI 4

Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?

NON OUI 5

Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?

NON OUI 6

Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?

NON OUI 7

Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?

NON OUI 8

→

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?

NON OUI

### I4 Au cours du mois écoulé :

Avez-vous eu des difficultés à dormir ?

NON OUI 9

Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?

NON OUI 10

Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?

NON OUI 11

Etiez-vous nerveux (se), constamment sur vos gardes ?

NON OUI 12

Un rien vous faisait-il sursauter ?

NON OUI 13

→

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?

NON OUI

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

NON OUI

14

I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

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

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

### CARTE DES SUBSTANCES

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

K1 Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→  
NON OUI

ENTOURER CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) :

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI-DESSOUS :

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

**K2 En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours des 12 derniers mois :**

- a Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI
- b Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux (se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ? NON OUI  
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE
- c Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? NON OUI
- d Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? NON OUI 4
- e Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI 5
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? NON OUI 6
- g Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI 7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

<b>NON</b>	<b>OUI</b>
<b>DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCES(S) ACTUEL</b>	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?

--

→  
NON OUI

**K3 Au cours des 12 derniers mois :**

- a Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? NON OUI 8  
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES
- b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire , utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? NON OUI 9
- c Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI 10
- d Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

NON	OUI
<b>ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL</b>	

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : \_\_\_\_\_

**O. ANXIETE GENERALISEE**

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

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ? ➔ NON OUI 3

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRÉCÉDEMMENT

O3 **Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux (se), vous arrivait-il souvent:**

- |   |  |     |     |   |
|---|--|-----|-----|---|
| a | De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?   | NON | OUI | 4 |
| b | D'avoir les muscles tendus ?   | NON | OUI | 5 |
| c | De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?   | NON | OUI | 6 |
| d | D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?   | NON | OUI | 7 |
| e | D'être particulièrement irritable ?  | NON | OUI | 8 |
| f | D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ? | NON | OUI | 9 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON OUI

**ANXIÉTÉ  
GÉNÉRALISÉE  
ACTUELLE**

## Echelle BDI

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

### **A**

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

### **B**

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

### **C**

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

### **D**

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

### **E**

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

### **F**

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

### **G**

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

**H**

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

**I**

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

**J**

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

**K**

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

**L**

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

**M**

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

## Questionnaire QFS

### PARTIE 1

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

#### I. Activités

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

#### II. Tâches de la vie quotidienne

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

#### III. Loisirs

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

#### IV. Relations familiales et de couple

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

#### V. Relations extra familiales

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des personnes de votre entourage extra-familial (amis, voisins, partenaires sexuels occasionnels, ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces personnes de votre entourage extra-familial au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

#### VI. Gestion financière et administrative

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez vous veillé à votre gestion financière et administrative (paiements, versements, classement,...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez veillé à votre gestion financière et administrative au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

#### VII. Santé générale

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez vous pris soin de votre santé générale (hygiène et présentation corporelle, alimentation, soins médicaux et dentaires de base, ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous avez pris soin de votre santé générale au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

#### VIII. Vie collective et informations

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes vous tenu informé(e) et/ou avez-vous participé à la vie collective (participation à la vie politique, associative, culturelle de votre milieu de vie et information au sujet des actualités régionales et mondiales, ...)?
  - Tous les jours
  - Au moins deux fois par semaine
  - Au moins une fois par semaine
  - Une fois tous les 15 jours
  - Jamais
2. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous vous êtes tenu informé(e) et/ou avez participé à la vie collective au cours des 2 dernières semaines ?
  - Très satisfait(e)
  - Plutôt satisfait(e)
  - Moyennement satisfait(e)
  - Plutôt insatisfait(e)
  - Très insatisfait(e)

## Echelle H

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

---

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

## Questionnaire AUDIT (acronyme de Alcohol use disorders test)

### Questions :

### Score :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Annexe 3 : Résumé en anglais de 500 mots**

### **Context**

Taking into account the evaluation of social functioning is a relatively recent approach in psychiatry.

Yet, measure of social functioning is an important part of treatment, mainly in the field of suicide because it increases patient compliance and measures indirect risk of subsequent suicide attempts.

Suicide and suicide attempts are a known public health problem in France with almost 200,000 annual emergency consultations for attempted suicide.

The Toulouse Brief Therapy Center (BTC), a psychiatric post-emergency care system based on a fast, intensive and specialized outpatient care aiming for secondary and tertiary suicide prevention, is an innovative treatment option that should be evaluated in this context.

The BTC puts the patient in the center of his own care, considering him an expert on his life and on his therapy, therefore in responsibility of his own social functioning.

### **Objective**

Our objective is to compare social functioning evolution 6 months after a suicide attempt in patients addressed to the BTC *versus* conventional treatment – Treatment As Usual (TAU).

### **Method**

Data from a 4-year-long monocentric prospective cohort study led from November 2014 to November 2018 were collected at baseline during a standardized interview at the psychiatric emergency unit in patients admitted for suicide attempt who gave their consent.

Major exclusion criteria were substance abuse, no means of contact and homelessness.

Afterwards, patients were assigned either to the BTC (76) or the TAU (55) group by an independent psychiatrist. Patients assigned to the TAU group were those for whom the psychiatrist would have liked a BTC follow-up but could not go there due to logistical reasons.

An evaluation of social functioning was completed at baseline and at 6 months, by phone or e-mail, using the French Social Functioning questionnaire (SFQ).

This score was described and analyzed as a quantitative and as a qualitative variable using Student, Mann-Whiney and chi2 tests, as well as other psychiatric and socio-demographic variables of interest..

### **Results**

Both groups were comparable at baseline and after 32 patients lost to follow-up (20%), data from 131 patients were analyzed.

SFQ scores improved in both groups after 6 months (+7.71 CI95%= 6.12-9.30,  $p < 0,001$ ).

Despite slightly higher results in the BTC group, no significant superiority could be highlighted between the 2 types of care ( $p = 0,182$ ).

**Discussion**

The lack of difference between the two groups could be explained by two main reasons. First, our follow-up period was shorter than recommended in the scientific literature; second because there was no calculation of the number of patients needed.

One English study with strong internal validity finds similar results, which tends to confirm our own findings of non-superiority of one treatment from the other.

**Conclusion**

Our study could not highlight a superiority of the BTC over the TAU in improving social functioning 6 months after a suicide attempt.

Despite negative results, social functioning is an important part of any psychiatric treatment and a major indirect suicide risk factor. As so, studies on the matter should be pursued to find how it can be improved.

## **Evolution of social functioning after an attempted suicide: Data analysis from the CFRS-CTB study**

---

### **ABSTRACT:**

**Introduction** Suicide and attempted suicide are a known public health problem in France with almost 200.000 annual emergency consults for attempted suicide.

Besides, social dysfunction is an indirect risk factor for attempted suicide

The Toulouse brief therapy center (BTC) is a psychiatric post emergency care system, based on a fast intensive and specialized ambulatory care aiming for secondary and tertiary suicide prevention.

Our objective is to compare social functioning evolution 6 months after a suicide attempt in patients addressed to the BTC versus treatment as usual (TAU).

**Method** Data from a 4-year monocentric prospective cohort study were analyzed.

In this study, patients admitted to the psychiatric emergency service for attempted suicide were allocated into the BTC or the TAU group.

An evaluation of social functioning was completed at baseline and at 6 months using the French social functioning questionnaire (SFQ)

**Results** Data from 131 patients were analyzed (76 in the BTC group and 55 in the TAU group); both groups were comparable at baseline.

Overall social functioning improved significantly at 6 months ( $p < 0,001$ ), but despite slightly better results in the BTC group, no evidence of superiority could be highlighted between both types of care ( $p = 0,182$ ).

**Conclusion** This study did not show superiority of the BTC over TAU in improving social functioning 6 months after an attempted suicide.

These results need to be interpreted with care since follow-up duration was lower than usually recommend.

---

**TITLE:** Evolution of social functioning after an attempted suicide: Data analysis from the CFRS-CTB study

---

**ADMINISTRATIVE DISCIPLINE :** Public Health

---

**KEYWORDS :** prospective study, social functioning, suicide attempt, Brief Therapy Center, treatment as usual

---

**UNIVERSITY NAME :**

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

---

**Supervisor :** Laurent MOLINIER

## **Évolution du fonctionnement social après une tentative de suicide : Analyse des données de l'étude CFRS-CTB**

---

### **RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :**

**Introduction** Le suicide et les tentatives de suicide sont un problème de santé publique avec un nombre de passages aux urgences annuel estimé entre 176 000 et 200 000.

Un faible fonctionnement social est un facteur de risque de tentative de suicide.

Le Centre de Thérapie Brève (CTB) de Toulouse est un dispositif de soins de post urgences psychiatriques permettant une prise en charge ambulatoire et intensive ayant pour objectif la prévention du risque suicidaire.

Notre objectif est de comparer l'efficacité de la prise en charge par le CTB par rapport à une prise en charge standard sur l'évolution à 6 mois du fonctionnement social chez des patients admis aux urgences pour tentative de suicide.

**Méthodes** Les données d'une étude observationnelle prospective de cohortes menée pendant 4 ans au CHU de Toulouse Purpan ont été utilisées.

Une évaluation du fonctionnement social par le Questionnaire de fonctionnement social (QFS) était réalisée à l'inclusion et à la fin des 6 mois de suivi.

**Résultats** Les données de 131 patients ont été analysées (76 dans le groupe CTB et 55 dans le groupe standard) ; les deux groupes étaient comparables à l'inclusion.

Le fonctionnement social s'était significativement amélioré à 6 mois ( $p < 0,001$ ) mais sans que l'on puisse mettre en évidence une amélioration supérieure dans le groupe CTB par rapport au groupe standard ( $p = 0,182$ ).

**Conclusion** Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence une supériorité d'une prise en charge par le CTB par rapport à une prise en charge standard dans l'amélioration du fonctionnement social 6 mois après une tentative de suicide

---

**TITRE EN ANGLAIS:** Evolution of social functioning after an attempted suicide: Data analysis from the CFRS-CTB study

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Santé Publique et Médecine Sociale

---

**MOTS-CLÉS :** étude prospective, fonctionnement social, tentative de suicide, Centre de Thérapie Brève, prise en charge standard

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

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

---

Directeur de thèse : Laurent MOLINIER