

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2023

2023 TOU3 1532

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Alix VERGNES-CLEMENT

le 28 avril 2023

**PREVALENCE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE CHEZ LES PATIENTS SUICIDANTS
AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES DE TOULOUSE**

Directeurs de thèse : Dr Adeline CLENET et Dr François OLIVIER

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Madame le Docteur Adeline CLENET	Assesseur
Monsieur le Docteur François OLIVIER	Assesseur
Madame le Docteur Juliette SALLES	Suppléant
Madame le Docteur Stéphanie LAFONT-RAPNOUIL	Invitée

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENTE Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-STAOU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Bertrand	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
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. ROQUES-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. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Huques
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Professeur Associé de Médecine Générale M. ABITTEBOUL Yves Mme BOURGEOIS Odile M. BOYER Pierre M. CHICOULAA Bruno Mme IRI-DELAHAYE Motoko M. PIPONNIER David M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène Mme MALAUDA Sandra
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie	
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	
P.U. Médecine générale M. MESTHÉ Pierre Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
M.C.U. Médecine générale			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leïla	
Mme PUECH Marielle	

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Arbus, pour me faire l'honneur de présider mon jury, pour votre bienveillance et votre écoute auprès des internes,

Madame le Docteur Adeline Clénet, pour avoir accepté de m'accompagner dans ce projet, pour ton soutien et ta disponibilité, vivre cette thèse a été bien plus simple que je ne le pensais grâce à toi,

Monsieur le Docteur François Olivier, pour votre sympathie envers moi, pour m'avoir aiguillée, aidée à réfléchir, et encouragée,

Madame le Docteur Juliette Salles, pour ton esprit brillant, merci pour les conseils que tu as pu nous donner au cours de cette thèse,

Madame le Docteur Stéphanie Lafont Rapnouil, pour avoir été un tuteur de stage si pédagogue, et pour avoir été la première à m'aider pour mener à bien ce projet.

A la Ferrepsy,

A Madame Alexandrine Salis, pour tes précieux conseils, ta réactivité, toute l'aide que tu m'as apportée,

A Monsieur Sébastien Dejean, pour votre aide, pour m'avoir traduit le langage des statistiques et pour avoir toujours répondu à mes questions,

A Madame Patricia Delclaux, qui a su trouver tous les articles que je recherchais, même les reliques,

Et à tous ceux qui ont participé à construire et mener cette thèse, notamment tous les professionnels, travaillant à l'utox, qui m'ont aidé tout au long de ce travail.

Aux équipes auprès de qui j'ai pu apprendre,

A l'équipe des urgences de 2020, dont j'ai déjà cité le nom : Adeline, Juliette, Stéphanie, mais également Ariane, Emmanuelle, Guilhem et Marie, pour m'avoir accompagnée et enseignée la clinique malgré le climat des urgences, pour avoir fait preuve de patience et de confiance,

A l'équipe de l'Usahc et à Sylvain, merci pour votre accueil, votre authenticité et votre investissement, et pour m'avoir fait découvrir la clinique institutionnelle,

A l'équipe du CMPP, pour m'avoir fait confiance, pour avoir partagé cette tranche de vie, à Thomas pour son humilité, sa bienveillance et sa rigueur,

A toute l'équipe de médecine légale, pour votre sympathie avant tout, et pour votre loufoquerie cruellement réelle, votre lucidité sur la vie, et sur la mort, vous côtoyer m'a apportée une vision neuve de l'existence,

A l'équipe de psychiatrie périnatale, Ludivine, Carole, Elisabeth, Aurélie, Delphine, Maxime et Isabelle pour les sacrés humains que vous êtes, pour votre bienveillance et votre optimisme dans la difficulté, pour votre envie de transmettre. Malgré l'intensité de ce stage, en votre compagnie tout a été plus facile,

Mais aussi à Prunella et aux assistantes sociales de la maternité, qui débordent de courage, d'énergie et d'optimisme malgré la complexité de leur travail,

Et à tous les patients que j'ai rencontrés, et que je rencontrerai, pour m'avoir attribuée leur confiance, et pour tout ce qu'ils m'apprennent chaque jour.

A ma famille, ce trésor sensible,

A ma mère, source de lumière, d'inspiration, d'amour et de connaissances. Philosophe des temps modernes, près de l'essentiel, qui sait mêler le drame et la beauté de la vie. Pour ton amour de tous, avec ou sans poils,

A mon beau-père, amateur de torchemitre et autres folies de lutin(s), égayeur de vie, et apprenti bricoleur. Tu as teinté mon sens de l'humour et mon imaginaire d'absurde,

A Clarisse, précieux double, femme de courage, rêveuse et inspirante. Tu sais être à la fois un abominable fripon, et un solide compagnon de voyage. Et bien sûr à Kiki, pour sa dangereuse placidité,

A Julie, ma grande sœur, premier modèle, indestructible et résiliente, créatrice d'un petit monde merveilleux, peuplé d'êtres vivants, tortue, canasson et autres moutmout, il n'y a pas de choses que tu ne saches créer de tes mains,

A Charles, mon grand frère, sensible, brillant d'intelligence et de mélancolie, de ruse et d'humour, âme poète et musicienne. Grand être contemplatif, et lucide, qui je le sais trouvera le calme en lui,

A Antoine, mon grand frère, plein de rigueur, à la fois bucheron et grand ourson, ami de l'altitude et de la solitude, des blagues douteuses et de la tendresse, grand stressé pour le quotidien, mais pas pour pendouiller d'un hélicoptère,

A Peyo, qui ne m'aura pas achetée avec des piles, mais avec le respect que j'ai pour lui, pour avoir co-fabriqué mes petits monstres de neveux, et avec l'épanouissement qu'il apporte à ma sœur,

Aux enfants, Felix, Charlie, Mahault, Camille, brillants petits microbes, sautillantes petites crapules, regorgeant d'humour et d'inventivité, pour qui j'éprouve une immense tendresse,

A Sophie, ma cousine, ma sœur, avec qui j'ai grandi et traversé l'adolescence, tu m'as inspirée le courage de m'affranchir des limites, d'aller chercher la liberté,

A Gilles, Nathalie, et mes cousins, famille Rivallier, pleine de douceur et de jovialité, amateur de chats, d'olives et de chips, aux souvenirs ensemble et à tous ceux à venir,

*A Joëlle, pour l'aide et le soutien dont tu as fait preuve pour ma famille, pour ta douceur, ta bougeotte et ta curiosité du monde, pour ton esprit vif et pour ton amour des nuns,
A William, pour avoir fait partie des hallowineux, même dans les scénarios les plus douteux et les plus improvisés, pour le plaisir que c'est à chaque fois de te revoir,
Vous faites partie de ma famille.*

A Lo, coéquipière et passagère robuste du même vaisseau. Celle qui motive, qui accomplit, qui m'accompagne, qui vie et donne envie de vivre. Pour l'amour que tu me portes au quotidien, pour ton courage et ta force, pour ta capacité à évoluer, et pour le bonheur que tu m'apportes. Et bien sûr, pour ton humour légendaire, et pour m'avoir prêté tes talents pour le traitement de texte, et les tableaux excel,

Enfin, à toutes les terribles bestioles à quatre pattes qui vivent sous mon toit, qui savent allier génie et ridicule, qui me font rire, et m'apportent joie de vivre, douceur, légèreté et exaspération dans mon quotidien. Vous me rappelez tous les jours ce qui, dans la vie, est essentiel.

A mes amis,

A Aubrée, pour ta sensibilité, ton authenticité. Nos ressemblances, nos histoires et nos amours des chats ont permis de rendre plus solide chaque année cette belle amitié. Râler de notre condition a toujours été avec toi un plaisir,

A Eva, pour toute ces années d'amitié, à travers le temps et nos évolutions, pour tous ces moments depuis l'adolescence où j'ai aimé être en ta présence, pour l'humour nul que l'on partage, qui nous suit à travers les années, pour la remarquable femme que tu es, Et bien sûr, à Adrien et à Mimo, pour leur courage, leur détermination (si si, Mimo aussi) et leur mignonnerie,

A Junien, grand fou, farfadet de Bordeaux, pour ta sensibilité, et pour m'avoir montrée que finalement les jeux de société ne sont pas si terribles. Merci pour l'ami que tu sais être, et parce que tu me fais tellement rire,

A Morgan, pour supporter Lo et rire à ses farces même les plus médiocres, pour être toujours partant pour tout et surtout pour manger, pour toujours dire que, finalement quoi qu'on mange, « c'est un régal »,

A Noémie B., inspirante personne, que je connais depuis peu et qui me paraît pourtant si familière, redoutablement brillante, merci pour ton ouverture d'esprit, ta soif de découverte, et ton intelligence humaine,

A Adam, Claire, Anaïs, pour avoir traversé une des épreuves les plus rudes de notre internat ensemble, dans un bouquet de personnalités plus différentes les unes que les autres, notre union a fait la force,

A Romane, A Lina, libres comme l'air, pour votre sensibilité et votre humanité, et pour avoir eu les discours houblonnés les plus inspirés en soirée,

A Nono D., pour ton extravagance, ta capacité à foncer tête baissée, mais aussi pour ta sensibilité. Merci pour ta fougue et ton amour de la vie, tu m'as montrée qu'être soi faisait le plus grand des biens,

A Sarah, pour ton amour de Noël, pour tes blagues de même qualité que celles de ma sœur, pour ton courage et ta résilience, parce qu'être en ta compagnie est tellement agréable,

A Nathanaël, à Léa, pour leur force intérieure créatrice, mais aussi leurs fragilités et la passion qui les animent. Vous aurez toujours une place dans mon cœur.

Et à tous ceux que je ne cite pas, qui m'apprennent, me font rire, et qui m'accompagnent dans cette drôle d'expérience que la vie.

TABLE DES MATIERES :

I.	<u>INTRODUCTION</u>	13
	1. Le trouble d'anxiété sociale	
	a. Définition	
	b. <i>Épidémiologie</i>	
	i. Généralités	
	ii. Prise en charge	
	iii. Suicidalité et comorbidités	
	2. Le suicide en France	
	3. Problématique : quelle est la prévalence du trouble anxieté sociale parmi les patients suicidants?	
	4. Objectifs de l'étude	
	a. <i>Objectif primaire et critère de jugement principal</i>	
	b. <i>Objectifs secondaires</i>	
II.	<u>MATERIEL ET METHODES</u>	20
	1. Description de l'étude	
	2. Déroulement de l'étude	
	a. <i>Mesures</i>	
	b. <i>Gestion des données</i>	
	3. Considérations éthiques et légales	
	4. Règles relatives à la publication	
III.	<u>RESULTATS</u>	26
	1. Description de la population de patients inclus	
	2. Prévalence du trouble d'anxiété sociale	
	3. Résultats du dépistage à la MADRS et sévérité	
	4. Résultats du dépistage au questionnaire AUDIT et sévérité	
	5. Comparaison des deux sous-groupes : avec ou sans dépistage positif à l'échelle d'anxiété sociale de Leibowitz	
IV.	<u>DISCUSSION</u>	31
	1. Prévalence du trouble d'anxiété sociale chez les patients suicidants	
	a. <i>Arrêt anticipé de l'étude</i>	
	b. <i>Pourquoi un taux si important de dépistage positif à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ?</i>	
	i. Le contexte sanitaire	
	ii. La surreprésentation du trouble de la personnalité borderline	
	iii. La crise suicidaire et le champ relationnel	
	iv. La dynamique de la crise suicidaire : une symptomatologie bruyante, et labile	
	2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population suicidante	
	3. Comorbidités et distribution	
	a. <i>Épisode dépressif caractérisé</i>	
	b. <i>Trouble de l'usage de l'alcool</i>	

4. Limites

- a. *Analyse des biais méthodologiques*
 - i. *Biais de sélection*
 - ii. *Biais de mesure*
- b. *La psychométrie et l'évaluation standardisée*
- c. *La problématique du diagnostic aux urgences psychiatriques ?*

5. Conclusion

V.	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	42
VI.	<u>ANNEXES</u>	45
	1. Échelle de Liebowitz	
	2. Échelle MADRS	
	3. Auto-questionnaire AUDIT	
	4. Fiche recueil	

I-INTRODUCTION

1. Le trouble anxiété sociale

a. Définition :

Les troubles anxieux sont un des troubles psychiatriques les plus fréquents. En effet, dans la population générale française âgée de 18 à 65 ans, l'ensemble de ces troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15 % et une prévalence sur la vie entière d'environ 21 %.¹

Parmi ces troubles, nous allons plus particulièrement nous intéresser au trouble d'anxiété sociale.

L'anxiété sociale est liée à l'idée de ressentir un sentiment négatif de rejet par autrui (honte, mépris, humiliation). Dans une situation où le patient pense qu'il est observé, ce dernier craint de manifester des symptômes d'angoisse, et de susciter une appréciation négative par les autres. Cela résulte en, de manière quotidienne, une peur extrême d'agir sur le plan relationnel, en dualité ou en groupe. L'individu va donc subir avec difficultés ces situations, ou les fuir.

On peut retrouver sa définition dans le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5ème édition), la totalité des critères suivants étant nécessaire pour établir le diagnostic :

A. Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Les exemples de situations incluent les interactions sociales (par exemple avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (par exemple en train de manger ou boire) et les situations de performance (par exemple faire un discours).

B. La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (par exemple humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession, d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

J. Si une autre affection médicale (par exemple maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Il est à noter qu'il n'est décrit actuellement plus qu'un seul sous type de ce trouble : le trouble d'anxiété sociale circonscrit aux situations de performance.

b. Épidémiologie

i. Généralités :

L'âge d'apparition du trouble serait en moyenne de 15,5 ans ². Le sexe-ratio femmes/hommes est décrit aux alentours de 1,3³.

En termes de prévalence, les données actuelles restent hétérogènes. En effet, la prévalence vie entière dans la population générale varie de 3 à 13 % selon les études au niveau international ⁴.

En France, il a été décrit une prévalence sur la vie entière de 4,7 % ¹.

En consultation de psychiatrie de ville en France, il est décrit un taux de 12 à 20% de trouble anxiété sociale parmi l'ensemble des troubles psychiatriques rencontrés. ^{5,6}

Pour autant, ces chiffres sont probablement sous-estimés notamment en médecine ambulatoire. Une étude concernant un groupe de patients souffrant d'anxiété sociale retrouvait un taux de diagnostic de trouble anxieux par le médecin généraliste chez seulement 24.2 % d'entre eux ; la majorité de ces patients n'avaient donc pas été diagnostiqués. ³

ii. Prise en charge :

De plus, même lorsque le trouble est repéré, la prise en charge réalisée n'est pas forcément adaptée.

Le traitement spécifique des troubles anxieux dans les recommandations définies par l'HAS est la thérapie cognitivo-comportementale et les antidépresseurs sérotoninergiques. ^{1 7 8}

Dans une enquête sur des patients présentant un trouble d'anxiété sociale, il a été observé qu'environ 60 % des patients bénéficiaient déjà d'une prise en charge psychiatrique au moment de l'enquête, mais seulement 17 % d'entre eux bénéficiaient d'une thérapie comportementale et cognitive et 48 % d'un traitement par antidépresseurs⁹.

Ainsi, on constate que le trouble d'anxiété sociale est une pathologie fréquente, sous-diagnostiquée, insuffisamment traitée bien qu'invalidante.

Ces éléments sont préoccupants au vu de la morbi-mortalité de ce trouble.

iii. Suicidalité et comorbidités :

La HAS définit une tentative de suicide de la manière suivante : « comportement autodirigé, potentiellement préjudiciable, dont l'issue n'est pas fatale et pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention de mourir ». ¹⁰

On qualifie alors un patient ayant réalisé une tentative de suicide, de patient « suicidant ».

De manière générale, les troubles anxieux sont repérés comme facteur de risque indépendant de tentative de suicide ^{11,12}.

Concernant plus spécifiquement ce trouble, l'étude Phoenix réalisée en 2006 relevait que parmi les patients souffrant d'anxiété sociale, 39.3 % d'entre eux présentaient un risque suicidaire et 15.3 % avaient un antécédent de tentative de suicide⁹.

Par ailleurs, le trouble anxiété sociale est fréquemment associé à des comorbidités.

Dans environ 70 % des cas, le trouble d'anxiété sociale précéderait l'apparition d'autres troubles psychiques, ce qui pourrait suggérer alors que ces comorbidités surviendraient en conséquence du trouble.²

Les principales comorbidités de cette pathologie sont l'épisode dépressif caractérisé, ainsi que les troubles de l'usage de substance, notamment de l'alcool.

Dans l'étude française Phoenix, parmi un groupe de patients anxieux sociaux, un taux de 48 % d'épisode dépressif associé à l'anxiété sociale a été retrouvé, ainsi qu'un taux de 10.6% présentant un trouble de l'usage de l'alcool⁹.

Il est important de souligner que ces deux comorbidités sus-citées constituent de manière indépendante des facteurs de risque de tentative de suicide.

Or il est à présent démontré que le facteur de risque personnel le plus robuste de décès par suicide est un antécédent de tentative de suicide au cours de la vie.^{13,14}

Ainsi, les antécédents de tentatives de suicide multiplient par un facteur dix à trente le risque de mort par suicide.¹⁵

2. Le suicide en France :

La HAS définit le suicide de la manière suivante :

« Décès causé par un comportement autodirigé préjudiciable pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention de mourir ». ¹⁰

La France représente l'un des pays avec les taux les plus élevés de suicide en Europe, avec 8355 décès par suicide enregistrés en 2017. Et ceci, sachant que la sous-évaluation de ces chiffres est estimée à 10 %. ¹⁶

A ce chiffre, s'ajoute environ 200 000 tentatives de suicide donnant lieu à un contact avec le système de soins par an. ¹⁷

En France, le suicide est la 1^{ère} cause de mortalité des 25-34 ans (20 % environ du total des décès dans cette tranche d'âge) et la 2^{ème} cause (après les accidents de la circulation) chez les 15-24 ans. ¹⁶

Le Baromètre de Santé publique France 2017 a souligné que près de 5% des 18-75 ans de la population générale déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois et plus de 7% déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie. ¹⁶

Le suicide fait pourtant partie des causes de mortalité évitable, notamment grâce aux actions de prévention sanitaires pouvant être mises en œuvre. ¹⁴

Ainsi, il a été observé entre 2000 et 2019 que le taux de suicide mondial normalisé selon l'âge a diminué de 36%. ¹⁸

En France, les stratégies nationales de prévention du suicide ayant prouvé leur efficacité sont principalement les suivantes¹⁹ :

- Le maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide,
- La formation des professionnels de santé,
- La prévention de la contagion suicidaire,
- La mise en place d'un numéro national de prévention du suicide,
- Une meilleure information du public.

Cependant, les éléments épidémiologiques décrits ci-dessus amènent fortement à penser que le suicide représente toujours une problématique de santé publique majeure, requérant une attention toute particulière et une poursuite du développement de moyen de prévention et de prise en charge.

3. Problématique : quelle est la prévalence de trouble d'anxiété sociale parmi les patients suicidants ?

A notre connaissance, aucune étude française n'a été réalisée sur la prévalence du trouble anxieux sociale parmi les patients suicidants.

Nous rappelons que dans la littérature, au niveau international, il a été retrouvé que la prévalence au cours de la vie entière dans la population générale du trouble anxieux sociale était de 3 à 13%.

Sur la base de ces informations, nous avons fait l'hypothèse que la prévalence du trouble d'anxiété sociale chez les patients pris en charge aux urgences pour une tentative de suicide serait dans la tranche supérieure de prévalence en population générale, et nous avons donc pris pour la suite la borne supérieure de 13%.

Nous avons proposé pour cela de mener une étude observationnelle pour évaluer la prévalence de ce trouble chez les patients suicidants aux urgences de Purpan, à Toulouse.

Nous avons recherché également les comorbidités épisode dépressif caractérisé et trouble de l'usage de l'alcool afin de contrôler ces facteurs dans l'analyse des résultats, et, en objectif secondaire, de visualiser la distribution de ces comorbidités au sein des deux groupes de patients (présentant un trouble anxieux sociale, ou en l'absence de trouble anxieux sociale).

Retombées attendues :

Cette étude devrait donner un chiffre de référence sur la proportion de trouble d'anxiété sociale chez les patients suicidants pris en charge aux urgences. Les professionnels pourraient s'appuyer sur ces données pour des recherches ultérieures.

Ce travail, nous l'espérons, permettrait également de sensibiliser les soignants sur l'intérêt de détecter ce trouble, et ainsi de permettre une orientation et un accès à des soins plus adaptés. En effet, la difficulté de communication avec autrui chez ces patients peut avoir un impact sur leur capacité à demander de l'aide, et à pouvoir faire part de leur souffrance, il s'agit donc d'une population avec laquelle les soignants doivent être particulièrement vigilants lors de la prise en charge notamment lors de crises suicidaires.

En soulignant ces particularités et en renforçant nos connaissances sur cette population, cela pourrait à terme encourager la mise en place de mesures de prévention du suicide plus spécifiques à cette pathologie.

4. Objectifs de l'étude :

a. Objectif primaire et critère de jugement principal :

L'objectif principal de cette recherche était d'estimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale au sein de la population de patients pris en charge aux urgences dans un contexte de passage à l'acte auto agressif avec intentionnalité suicidaire.

Le critère de jugement principal était la présence d'un trouble d'anxiété sociale chez le patient, défini dans cette étude par un score \geq à 56 sur l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.

b. Objectifs secondaires :

Les objectifs secondaires de cette étude étaient les suivants :

- Description sociodémographique et clinique de la population.

Les données sociodémographiques relevées dans cette étude étaient les suivantes : sexe, âge, date d'admission dans le service et orientation à la sortie.

Enfin, les données cliniques et diagnostiques relevées étaient : diagnostic principal (selon la CIM 10), suivi psychiatrique antérieur, traitement antidépresseur en cours, traitement anxiolytique en cours, antécédent de tentative de suicide, et moyen employé pour la tentative de suicide.

- Mesurer la proportion de patients présentant un épisode dépressif caractérisé.

Dans cette étude, la présence d'un épisode dépressif caractérisé est déterminée par un score \geq 22 sur l'échelle Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), au sein des deux sous-populations de suicidants (avec ou sans présence d'un trouble d'anxiété sociale).

- Visualiser la distribution du niveau de sévérité de dépression au sein des deux sous-populations de suicidants (avec ou sans présence d'un trouble d'anxiété sociale) d'après le score obtenu à l'échelle MADRS.

- Mesurer la proportion de patients présentant un risque de trouble de l'usage de l'alcool.

Dans cette étude, la présence d'un trouble de l'usage de l'alcool est déterminée par un score ≥ 6 chez la femme, et ≥ 7 chez l'homme sur l'échelle Alcohol Use Disorders Test (AUDIT), au sein des deux sous-populations de suicidants (avec ou sans présence d'un trouble d'anxiété sociale).

- Visualiser la distribution du niveau de risque du trouble de l'usage de l'alcool au sein des deux sous populations de suicidants (avec ou sans présence d'un trouble d'anxiété sociale) d'après le score obtenu à l'échelle AUDIT.

II-MATERIEL ET METHODES

1. Description de l'étude :

Plan expérimental :

Il s'agit d'une étude prospective sur données de santé menée au sein de l'unité toxicologique des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse, sur une période initiale de 12 mois, du 01 février 2022 au 31 janvier 2023 visant à évaluer la prévalence du trouble anxiété sociale chez les patients suicidants. Cette étude n'impliquait pas la personne humaine (Hors loi Jardé), il s'agissait d'une collecte de données à partir du dossier médical.

Période de l'étude :

Le recueil des informations s'est déroulé sur 9 mois, du 01 février 2022 au 31 octobre 2022.

Site participant :

L'étude s'est déroulée au sein de l'unité toxicologique du service des urgences du CHU de Toulouse. Il s'agit d'une unité d'hospitalisation de courte durée, accueillant des patients suicidants, principalement à la suite d'une intoxication médicamenteuse volontaire, et pour qui une surveillance somatique s'avère nécessaire.

Population étudiée :

Tous les patients pris en charge à l'unité toxicologique des urgences dans un contexte de passage à l'acte avec intentionnalité suicidaire sur une période de 9 mois du 01 février 2022 au 31 octobre 2022 ont été recensés.

Les données des patients présentant les critères ci-dessous ont été recueillies.

Critères d'inclusion :

- Personne adressée aux urgences psychiatriques dans le cadre d'un passage à l'acte auto-agressif avec intentionnalité suicidaire,
- Âgée de plus de 15 ans (âge médian de début des troubles).
- Et pour lesquelles les tests suivants ont été réalisés au cours de leur prise en charge dans le cadre de la tentative de suicide : échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, échelle MADRS et questionnaire AUDIT.
Ces trois échelles font partie de la batterie de tests réalisés de manière systématique lors d'une prise en charge aux urgences du CHU de Toulouse pour tentative de suicide depuis 2020 pour permettre d'identifier notamment les facteurs de risques associés à la tentative de suicide.

2. Déroulement de l'étude :

L'étude ne prévoyait aucun examen complémentaire par rapport à la prise en charge standard et n'avait pas d'influence sur la stratégie thérapeutique.

a. *Mesures :*

- **Objectif primaire :**

Nous rappelons que le critère de jugement principal dans cette étude était la présence d'un trouble anxiété sociale, défini par un score supérieur ou égal à 56 sur l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale 1987, validation de la version française par Yao et al., 1999)^{20,21} est l'échelle de référence internationale concernant ce trouble, elle est utilisée dans les études contrôlées concernant la phobie sociale.

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz est une auto-évaluation qui mesure l'anxiété sociale et n'établit pas de diagnostic clinique. Elle comprend 24 items permettant de mesurer simultanément l'anxiété et l'évitement d'une personne dans les situations d'interaction sociale et les situations de performance.

Le score global va de 0 à 144. Les normes françaises sont les suivantes :

- 56-65 : indique une phobie sociale modérée ;
- 66-80 : indique une phobie sociale marquée ;
- 81-95 : indique une phobie sociale sévère ;
- > 95 : indique une phobie sociale très sévère.

- **Objectifs secondaires :**

- * Proportion d'épisode dépressif caractérisé

La mesure de la proportion de patients présentant un épisode dépressif caractérisé, défini dans cette étude par un score ≥ 22 à l'échelle MADRS, a été réalisée au sein des deux sous-populations de patients suicidants (classées avec ou sans présence d'un trouble d'anxiété sociale).

L'échelle MADRS (développé par S. Montgomery et M. Asberg en 1979²², validation de la version Française par Peyre, Martinez, Calache, Verdoux, Bourgeois et al., en 1989)²³ évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique, ainsi que les idées suicidaires.

L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6 :

- De 0 à 6 points : le patient est considéré comme sain.
- De 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère.
- De 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne.
- > 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère.

Dans les études sur le risque suicidaire, la dépression est cotée à partir de 22 à 28 de score MADRS^{24,25}. Nous retiendrons donc dans cette étude la présence d'un épisode dépressif à partir du seuil de 22 à l'échelle MADRS.

* Proportion de trouble de l'usage de l'alcool :

La mesure de la proportion de patients présentant un risque de trouble de l'usage de l'alcool, défini dans cette étude par un score ≥ 6 chez la femme, et ≥ 7 chez l'homme sur l'échelle AUDIT, a été réalisée au sein des deux sous populations de patients suicidants (considérés avec ou sans présence d'un trouble d'anxiété sociale).

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, validation de la version originale par JB Saunders, OG Aastad 1993, et de la version française par P. Gache, P Michaud 2006)^{26,27} développé sous l'égide de l'OMS est le questionnaire de référence pour évaluer la consommation de boissons alcoolisées.

Il repose sur une série de 10 questions portant sur les douze mois précédents. Les questions 1 à 3 mesurent la consommation d'alcool, de 4 à 6 les comportements liés à la consommation, de 7 à 8 les effets néfastes et enfin de 9 à 10 les problèmes liés à la consommation d'alcool. Chaque question va de 0 à 4 points. Le total maximum de points est de 40.

Les résultats sont à interpréter de la manière suivante :

- Score inférieur à 6 pour une femme ou à 7 pour un homme : consommation à un risque « faible » ou « anodin ».
- Score entre 6 et 11 pour une femme ou 7 et 12 pour un homme : présence d'une consommation à risque ou à problème.
- Score supérieur à 12, pour une femme ou un homme : le risque d'alcoolodépendance peut être soupçonné.

b. Gestion des données :

Recueil des données

Le recensement des patients suicidants a été effectué de façon active dans le service. Les données ont été extraites à partir du dossier médical et transcrites sur une fiche de recueil conçue dans le cadre de l'étude.

Description des variables recueillies

Les informations recueillies étaient les suivantes :

Données sociodémographiques et administratives :

- sexe,
- âge,
- date d'admission dans le service,
- orientation à la sortie.

Données cliniques et diagnostiques :

- diagnostic principal (selon la CIM 10),
- suivi psychiatrique antérieur,
- traitement antidépresseur en cours,
- traitement anxiolytique en cours,
- antécédent de tentative de suicide,
- moyen employé pour la tentative de suicide.
- score échelle d'anxiété sociale de Liebowitz
- score échelle MADRS
- score questionnaire AUDIT.

Circuit des données et méthode de protection de leur confidentialité

Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de l'étude ont été recueillies.

Saisie des données :

Les données recueillies sur la grille de recueil étaient anonymes. Un code unique a été attribué à chaque patient. Il était composé des initiales du nom et prénom et du numéro attribué par ordre croissant de recensement.

Seuls les professionnels de santé du centre conservaient le lien entre le code patient de l'étude et les nom(s) et prénom(s) des patients. La saisie des données et la constitution du fichier informatisé ont été assurées par l'interne en charge de l'étude.

Toutes les précautions utiles ont été mises en place pour préserver la sécurité des données traitées, en particulier leur confidentialité, leur intégrité et leur disponibilité.

Analyse des données

Les données de l'étude ont fait l'objet d'un traitement statistique par l'Institut de Mathématiques de Toulouse.

Dans un premier temps, une analyse descriptive de l'ensemble de la population de l'étude a été effectuée. Les données quantitatives ont été présentées à l'aide de l'effectif de données renseignées, du minimum, du maximum, des moyennes, des écarts-type, de la médiane et les valeurs extrêmes. Les données qualitatives ont été présentées à l'aide d'effectif et de pourcentage. Les pourcentages ont été calculés sur le nombre de données observées.

Les caractéristiques des patients atteints ou non du trouble anxiété sociale ont été décrites, ainsi que la distribution des fréquences selon les comorbidités d'intérêt (épisode dépressif caractérisé et trouble de l'usage de d'alcool).

Pour les objectifs secondaires, selon la nature des données, des tests statistiques paramétriques ou non paramétriques ont été réalisés pour comparer deux groupes d'échantillon. Dans les cas devant tenir compte du sexe du patient (score AUDIT), des analyses type ANOVA à deux facteurs ont été mises en œuvre.

Conservation des documents et des données

Les données de la recherche ont été hébergées sur un serveur sécurisé.

Les principales mesures de sécurité des données sur ce serveur comprennent : contrôles logiques d'accès (droits utilisateurs) ; sécurité de connexion (authentification) ; échanges chiffrés (SSL) ; surveillance physique des locaux où sont hébergées les données ; sauvegardes quotidiennes des données.

Les données seront conservées jusqu'à la publication des résultats de la recherche. Elles feront l'objet d'un archivage sur support informatique pour une durée de quinze (15) ans.

3. Considérations éthiques et légales

Engagement de conformité à la « Méthodologie de référence » MR 004

Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence pour les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé » (MR004 modifiée). La FERREPSY, promoteur de la recherche, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence ». (n° Enregistrement CNIL du responsable de traitement : 2216176).

Demande d'avis au Comité d'Éthique

Cette recherche a été soumise le 28/01/2022 à l'évaluation du Comité d'Éthique de l'Hôpital Gérard Marchant, Toulouse.

Modalités d'information de la population concernée

Les patients, et le cas échéant les responsables de l'autorité parentale des mineurs concernés par la recherche ont été informés par une note de présentation de la recherche.

Cette information générale reprend les mentions prévues à l'article 32-I de la loi Informatique et Libertés, notamment les modalités d'exercice de leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition. Les droits d'accès, de rectification et d'opposition s'exerçaient à tout moment auprès du responsable de traitement des données.

4. Règles relatives à la publication

La Ferrepsy Occitanie, en tant que responsable du traitement, est propriétaire des données et aucune utilisation ou transmission à un tiers ne peut être effectuée sans son accord préalable.

Seront premiers signataires des publications, les personnes ayant participé à l'élaboration du protocole et son déroulement ainsi qu'à la rédaction des résultats. La Ferrepsy Occitanie est mentionnée comme étant le Responsable du traitement des données.

III-RESULTATS :

1. Description de la population de patients inclus :

Recrutement et inclusion :

Durant 9 mois, un total de 895 patients admis dans le service de l'unité toxicologique a été constaté. Parmi ces patients, tel que renseigné sur les dossiers, 485 soit environ 54% des patients avaient réalisé un geste catégorisé « avec intentionnalité suicidaire ».

A l'examen des dossiers, 72 patients soit environ 15% des patients ayant réalisé un geste avec intentionnalité suicidaire, répondaient à la totalité des critères d'inclusion (Fig. 1).

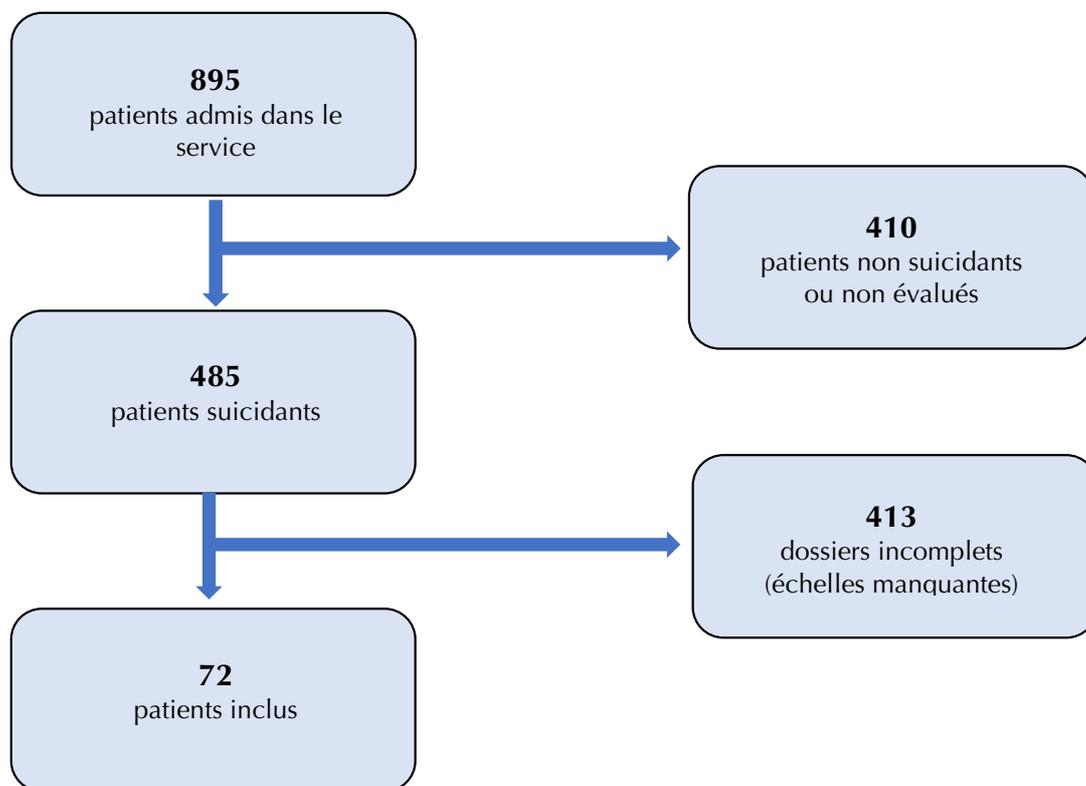


Figure 1 : Flow chart

Caractéristiques socio démographiques et cliniques :

Dans la cohorte, l'âge moyen était de 24,5ans, 69,4% des patients étaient des femmes. Les trois diagnostics principaux majoritaires retrouvés étaient les suivants : trouble de la personnalité de type borderline (30,6%), trouble de l'adaptation (20,8%), et épisode dépressif caractérisé (20,8%).

54,2% des patients bénéficiaient d'un suivi psychiatrique au moment de l'étude.

Un traitement antidépresseur était prescrit chez 55,4% des patients, et un traitement anxiolytique chez 72,2% des patients.

Un antécédent de tentative de suicide était retrouvé chez 68,1% des patients (Fig. 2).

Données	
Caractéristiques socio démographiques	
Age (années)	24,5
Sexe féminin (%)	69,4
Caractéristiques cliniques (%)	
Diagnostic principal	
Trouble de la personnalité borderline	30,6
Trouble de l'adaptation	20,8
Épisode dépressif caractérisé	20,8
Trouble anxieux non phobique	12,5
Trouble de l'usage de l'alcool	6,9
Trouble de l'usage de substances autres	2,8
Trouble du spectre de la schizophrénie	2,8
Trouble d'anxiété sociale	1,4
Suivi	
Oui	54,2
Non	44,4
Non renseigné	1,4
Antidépresseurs	
Oui	55,6
Non	41,7
Non renseigné	2,8
Anxiolytiques	
Oui	72,2
Non	25
Non renseigné	2,8
Antécédent(s) de tentative(s) de suicide	
Oui	68,1
Non	25
Non renseigné	6,9
Orientation	
Hospitalisation	40,7
Suivi réactif	16,7
Suivi ambulatoire	34,7
Pas de suivi	1,4
Non renseigné	5,6

Figure 2 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients inclus

2. Prévalence de trouble d'anxiété sociale :

50 patients (soit 70%) ont été classés avec trouble d'anxiété sociale, contre 22 (soit 30%) sans trouble d'anxiété sociale.

Un score moyen de 69 a été retrouvé à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.

La répartition des scores parmi ces patients était la suivante (Fig. 3) :

Sévérité	Score à l'EAS de Liebowitz	Proportion de patients (%)
Modérée	56-65	12,5
Marquée	66-80	22,2
Sévère	81-95	18
Très sévère	>95	16,7

Figure 3 : Répartition des patients en fonction des scores obtenues à l'échelle d'anxiété sociale (EAS) de Liebowitz

Les deux parties du score de l'échelle de Liebowitz, soit S (situation d'interaction sociale) et P (situation de performance), étaient fortement corrélées positivement (indice 0,64) (Fig. 4).

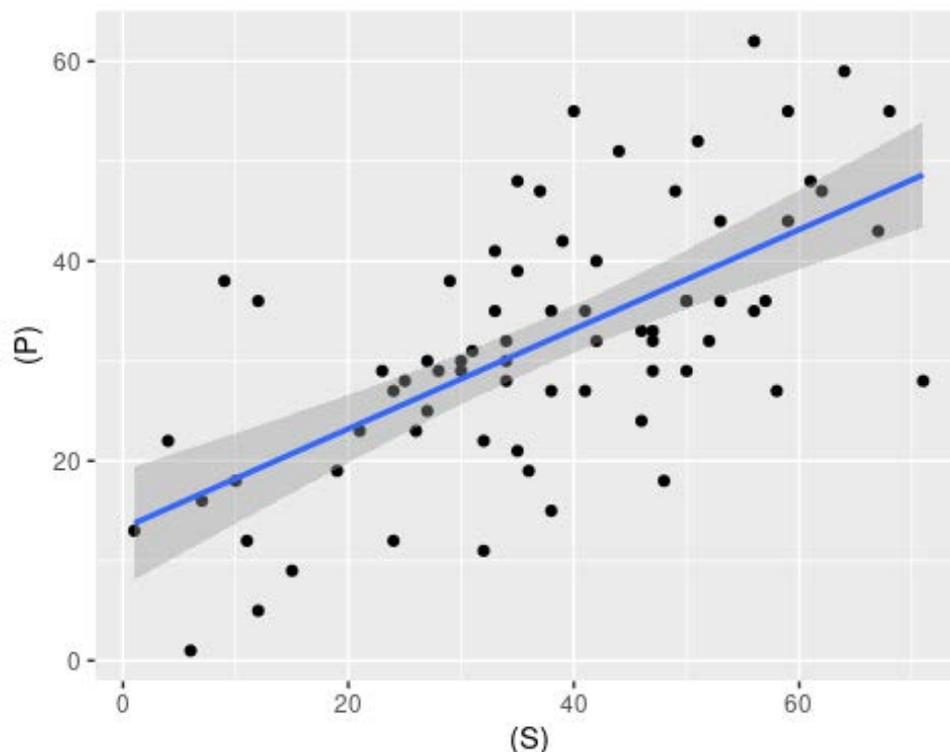


Figure 4 : Corrélation des scores P et S à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

3. Résultats du dépistage à la MADRS et sévérité :

37 (soit 51,4%) patients ont été classés avec épisode dépressif caractérisé, contre 34 (soit 47,2%) sans épisode dépressif caractérisé.

Un score moyen de 23 à l'échelle MADRS a été retrouvé.

La répartition des scores parmi les patients était la suivante (Fig.5) :

Sévérité	Score à la MADRS	Proportion de patients (%)
Absent ou léger	< 22	47,2
Modéré	22-34	37,5
Sévère	>34	15,3

Figure 5 : Répartition des patients en fonction des scores obtenues à l'échelle MADRS

4. Résultats du dépistage au questionnaire AUDIT et sévérité :

33 patients (45,8%) ont été considérés comme à risque de présenter un trouble de l'usage de l'alcool, contre 39 patients (54,2%) à risque faible de trouble de l'usage de l'alcool.

La répartition des scores parmi les patients était la suivante (Fig.6) :

Consommation d'alcool	Score	AUDIT	Proportion de patients (%)
	Homme	Femme	
Faible risque	<7	<6	54,2
A risque	7-13	6-13	13,9
Risque d'alcool-dépendance		>13	31,9

Figure 6 : Répartition des patients en fonction des scores obtenues à l'auto-questionnaire AUDIT

5. Comparaison des deux sous-groupes : avec ou sans dépistage positif à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Parmi les données relevées à l'aide de la fiche recueil, aucune différence significative n'a pu être observée entre les deux sous populations, avec ou sans dépistage positif à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz.

Il est à noter que concernant les scores à l'échelle AUDIT et MADRS, aucune différence n'a été constatée également avec les scores recodés en classe (Fig. 7).

Données	EAS positive (%)	EAS négative (%)	p value
Age médian (en année)	24	30	0,39
Sexe féminin	72	63,6	0,66
Diagnostic principal :			
Trouble de la personnalité borderline	34	22,7	
Trouble de l'adaptation	20	22,7	
Épisode dépressif caractérisé	24	13,6	
Trouble anxieux non phobique	8	22,7	0,59
Trouble de l'usage de l'alcool	6	9	
Trouble de l'usage de substance autre	4	0	
Trouble du spectre de la schizophrénie	2	4,5	
Trouble d'anxiété sociale	2	0	
Suivi	54	54,5	1
Antidépresseurs	56	54,5	0,97
Anxiolytiques	74	68,1	0,63
Antécédent(s) TS	74	54,5	0,39
Orientation :			
Hospitalisation	44	36,3	
Suivi réactif	14	22,7	0,29
Suivi ambulatoire	38	27,2	
Retour à domicile sans suivi	0	4	
Scores MADRS >22	56	40	0,39
Scores AUDIT >6h, >7f	46	45,4	0,99

Figure 7 : Comparaison des caractéristiques entre les deux populations : dépistage positif à l'EAS de Liebowitz, et dépistage négatif à l'EAS de Liebowitz

IV-DISCUSSION :

1. Prévalence de trouble d'anxiété sociale chez les patients suicidants

Nous rappelons que dans la littérature internationale, un taux de 3 à 13% de trouble anxieux social vie entière dans la population générale est décrit.

Nous avons émis comme hypothèse une prévalence de ce trouble chez les patients suicidants de 13%. Or, la prévalence retrouvée sur l'étude a été largement au-dessus de ce chiffre, aux alentours de 70% de la totalité des dossiers examinés. Ce chiffre surestime donc largement la prévalence attendue du trouble.

a. Arrêt anticipé de l'étude :

L'étude était initialement prévue pour 12 mois. En effet une estimation de 1500 passages annuels pour tentative de suicide avait été retenue. Pour 1500 patients inclus, un nombre de 174 patients présentant un trouble d'anxiété sociale dans l'échantillon était requis afin de pouvoir estimer une prévalence du trouble anxieux social chez les patients suicidants avec une précision de +/- 5%.

Cependant, le nombre de patients recrutés étaient bien en deçà des estimations réalisées. Par ailleurs, la discordance entre la prévalence du trouble anxieux social dans l'étude et la prévalence du trouble décrite dans la population générale était telle, qu'un arrêt de l'étude a été réalisé de manière anticipée, après 9 mois de recrutement.

b. Pourquoi un taux si important de patients avec un dépistage positif à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz ?

i. Le contexte sanitaire :

Tout d'abord, il semble important de souligner le contexte sanitaire et sociétal dans lequel l'étude a été menée. Elle a en effet eu lieu au cours de la crise sanitaire du Covid 19, constituant un facteur de stress environnemental complexe supplémentaire. Une hausse des idées suicidaires et de comportements auto agressifs a été observée sur cette période^{28,29}, ainsi qu'une majoration des symptômes anxieux de manière générale, notamment chez l'adolescent et le jeune adulte.³⁰⁻³²

ii. La surreprésentation du trouble de la personnalité borderline :

Dans cette étude, un taux de 30,6% de patients inclus présentaient un diagnostic principal de trouble de la personnalité borderline.

Or, il a été mis en avant un phénomène psychopathologique commun entre ces deux troubles. Il semble intéressant de relever que les troubles de l'attachement ainsi que les expériences d'exclusion sociale sont des facteurs étiologiques communs à ces deux troubles. Il est décrit dans ces deux pathologies un mauvais encodage des signaux

sociaux, et donc une représentation mentale des situations sociales erronée, ainsi qu'une sensibilité haute au rejet par autrui^{33,34}. Ceci a pu générer des faux positifs à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, et surestimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale dans notre étude.

iii. La crise suicidaire et le champ relationnel :

Par ailleurs, nous pourrions faire l'hypothèse que de tels résultats à l'échelle de Liebowitz témoigneraient d'une symptomatologie affectant le champ relationnel chez le patient lors de la crise suicidaire, sans pour autant attester d'un trouble d'anxiété sociale constitué antérieur.

En 1953, le professeur Ringel, est le premier à décrire un syndrome pré suicidaire³⁵. Il s'agit d'un syndrome transnosographique au-delà de tout diagnostic psychiatrique, qui serait constitué de la triade suivante :

- * Constriction croissante de la sphère vitale du patient avec repli, retrait relationnel, et émoussement des émotions,
- * Agressivité dirigée contre soi-même,
- * Envahissement de l'imaginaire par les idées suicidaires.

Plus récemment, certains auteurs ont émis l'hypothèse que la crise suicidaire constituait un syndrome à part entière, nommé « Acute Suicidal Affective Disturbance », qui pourrait selon les auteurs entrer comme entité nosographique dans les référentiels au même titre par exemple que l'épisode dépressif caractérisé.^{36 37} Parmi les symptômes, l'altération des facultés sociales et le repli sur soi sont décrits, reprenant la théorie interpersonnelle de Joiner.³⁸

Selon cette théorie, la meilleure prédiction d'un passage à l'acte suicidaire devant des idées suicidaires résidait en le repérage des éléments suivants : l'impression d'être un fardeau pour les autres, l'impression de ne plus appartenir à un groupe, et l'absence de peur de mourir. Ces trois éléments constituaient selon lui le plus solide prédicteur de passage à l'acte suicidaire.

On constate donc qu'une dimension de détérioration du fonctionnement social était mentionnée dans la description de ces tableaux pré suicidaires.

Dans cette étude, on pourrait alors supposer que certains symptômes signalés comme présents par le patient pourraient en fait témoigner d'une dynamique de retrait relationnel. Et ce, sans préjuger forcément d'un trouble d'anxiété sociale.

Par ailleurs, rappelons que parmi les facteurs de risques suicidaires, existe la souffrance due aux facteurs communautaires, tels que l'acculturation, la discrimination, les violences interpersonnelles.¹⁴ Ces difficultés environnementales peuvent générer en elles-mêmes un retrait relationnel, en dehors de tout trouble.

Le résultat de ces composantes suscitées est alors le même ; l'interaction avec autrui devient difficile, et est évitée.

Ceci pourrait expliquer la présence de nombreux faux positifs au passage de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz au décours d'une crise suicidaire.

La dimension sociale dans le travail de crise aux urgences semblerait donc indispensable à évaluer, et la restauration du fonctionnement social antérieur importante à soutenir. Et ce, d'autant plus qu'il est reconnu que le support social est un facteur protecteur contre le suicide^{14,39}. En effet, le soutien social peut amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs, et peut être source de résilience chez le patient.

Cette étude permet donc de ré-insister sur cet aspect de la crise, de re-sensibiliser les professionnels aux difficultés relationnelles des patients durant cette période, et vient appuyer la nécessité de la proactivité nécessaire pour la suite de la prise en charge.

iv. La dynamique de la crise suicidaire : une symptomatologie bruyante et labile

La conception psychodynamique du suicide met en avant la notion de crise. Un moment de rupture survient dans la vie du patient, avec bouleversement de son équilibre environnemental et psychique.

Le geste suicidaire a alors fonction de solution, de résolution de la crise, dans le but de soulager le patient de l'état de tension interne qui le traverse.

Lorsque le patient traverse cette crise, une multitude de symptômes peuvent survenir, fluctuer, et disparaître, sans s'installer dans le temps.

Dans la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie concernant la crise suicidaire (2000), il était mis en avant durant cette période la notion d'une clinique changeante, labile.⁴⁰

« La pratique clinique montre que la sémiologie des situations suicidantes est labile, trompeuse, et présente des aspects assez particuliers : elle n'est pas forcément identique à celle qui a précédé l'acte et se montre extrêmement mobile, sensible à l'ambiance ainsi qu'aux relations interpersonnelles. »

Pour toutes les raisons précédemment citées, de nombreux patients ont donc pu présenter des symptômes d'anxiété sociale au cœur de la crise suicidaire, sans présenter un trouble d'anxiété social antérieurement constitué.

2. Caractéristiques socio démographiques et cliniques de la population suicidante

Nous rappelons que dans l'étude, l'âge était en moyenne de 24,5 ans, un taux de 69,4% de femmes avait été retenu, et les diagnostics principaux étaient les suivants : trouble de la personnalité borderline (30,6%), trouble de l'adaptation (20,8%), épisode dépressif caractérisé (20,8%), trouble anxieux (12,5%), et trouble de l'usage de l'alcool (6,9%). 68% de patients présentaient un antécédent de tentative de suicide.

Selon les données du baromètre suicide France en 2017, la population suicidante avait les caractéristiques suivantes : ratio d'environ 60% de femmes tout âge confondu, âge médian de 25 ans, diagnostics principaux : épisode dépressif caractérisé (32%), trouble de l'usage de l'alcool (23%), et troubles anxieux (10%).

37,7% de patients présentaient un antécédent de tentative de suicide.

Sur le plan sociodémographique, les données entre cette étude et la littérature sont donc globalement concordantes. Cependant, des divergences au niveau des caractéristiques cliniques sont observées par rapport à notre étude, avec une prépondérance des diagnostics trouble de la personnalité borderline et trouble de l'adaptation dans l'étude, ainsi qu'un moindre taux de diagnostic épisode dépressif caractérisé, et trouble de l'usage de l'alcool.

Un taux bien supérieur de patients présentant un antécédent de tentative de suicide, à 68% dans l'étude contre 37,7% dans les données du baromètre suicide France est à noter. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce chiffre serait en partie dû à la surreprésentation de patients atteints d'un trouble de la personnalité borderline dans notre étude. En effet, dans une étude réalisée sur le CHU de Toulouse en 2022, examinant une population de patients suicidants pris en charge aux urgences psychiatriques, il est apparu que le trouble de la personnalité borderline est une pathologie associée à un risque de réitération suicidaire plus important⁴¹.

Dans cette même étude réalisée à Toulouse en 2022, il a été retrouvé dans la cohorte de patients un âge de 38,5 ans, soit une population plus âgée que dans notre étude, avec un ratio de 66% de femmes. La proportion de tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire était de 86%.

Il avait été retrouvé les diagnostics principaux suivants : épisode dépressif caractérisé (41% contre 20,8% dans l'étude), trouble de l'adaptation (28% contre 20,8% dans l'étude), trouble de la personnalité borderline (25% contre 30,6% dans l'étude).

Ainsi, en comparaison à cette précédente étude, on peut constater dans notre étude un taux plus faible de diagnostics principaux d'épisode dépressif caractérisé et de trouble de l'adaptation, et un taux plus important de diagnostic de trouble de la personnalité borderline.

Il est par ailleurs intéressant de relever dans l'étude un taux de seulement 54% de patients bénéficiant d'un suivi antérieur au moment de l'évaluation aux urgences, malgré un taux de 68% de patients multi-suicidants.

On peut donc supposer un nombre non négligeable de patients pour qui a lieu une rupture de suivi en ambulatoire au décours d'un geste.

3. Comorbidités et distribution

a. Épisode dépressif caractérisé :

Nous rappelons que parmi les patients présentant un trouble d'anxiété sociale, un taux de 48% d'épisode dépressif caractérisé comorbide avait été retrouvé dans l'étude Phoenix.⁹

Dans notre étude, le nombre de patients ayant un dépistage positif à l'échelle MADRS était à 51,4% des patients.

Nous pouvons donc observer là des taux similaires entre l'étude, et la littérature française.

b. Trouble de l'usage de l'alcool :

Toujours dans l'étude Phoenix, la comorbidité trouble de l'usage de l'alcool était retrouvée chez 10,6% des patients présentant un trouble d'anxiété sociale.

Or dans l'étude, 45,8% des patients ayant présenté un dépistage positif à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz avait un score à l'échelle AUDIT en faveur d'un risque de trouble de l'usage de l'alcool.

Nous rappelons que selon le baromètre Santé Publique France de 2017, dans la population suicidante, un trouble de l'usage de l'alcool était repéré chez 23% des patients.

Le taux important retrouvé dans notre étude dénote donc avec les données de la littérature.

Nous pourrions émettre l'hypothèse qu'un questionnaire concernant les consommations de boissons alcoolisées permet de dépister un risque de trouble de l'usage de l'alcool plus précisément qu'un entretien standardisé, du fait d'une éventuelle crainte de jugement chez le patient lors de l'entretien.

4. Limites

a. Analyse des biais méthodologiques :

i. Biais de sélection :

Biais de recrutement :

o Lieu de l'étude

Nous rappelons que le service de l'unité toxicologique des urgences est un service d'hospitalisation, qui reçoit des patients ayant réalisé une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire principalement, et nécessitant une surveillance somatique.

Seul ce service fait passer la batterie d'échelles utilisée pour l'étude aux patients durant leur hospitalisation. Ce service a donc été choisi comme lieu unique de l'étude, limitant ainsi la représentativité de notre groupe de patients inclus.

Les moyens employés de manière générale pour réaliser une tentative de suicide sont divers. L'identification par le clinicien de la méthode employée fait partie de l'évaluation de la crise suicidaire.

Du fait d'un recrutement réalisé exclusivement dans l'unité toxicologique, cette diversité n'a pas pu être représentée, et la totalité des moyens employés relevés dans cette étude était l'intoxication médicamenteuse volontaire.

- o Étude de la représentativité :

Dans le souci de contrôler la représentativité de ce groupe de patients, les données concernant les patients suicidants non inclus dans l'étude ont été recueillies, et comparées à celles de la population des patients inclus.

La proportion d'hommes et de femmes n'était pas significativement différente ($p=1$). On a pu constater que l'âge des patients retenus étaient significativement plus faible que celui des patients non retenus, avec un âge médian de 24,5 ans contre 34 ans chez les non inclus ($p=0,004$).

Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés étaient les mêmes, soit épisode dépressif caractérisé, trouble de l'adaptation, et trouble de la personnalité de type borderline. Il a été noté une différence du pourcentage de patients présentant un trouble anxieux, avec une proportion de 12,5% chez les patients inclus, contre 3,6% chez les patients non inclus. Ainsi, cette donnée permettrait également d'expliquer une surestimation de la prévalence du trouble d'anxiété sociale dans l'étude.

Au niveau des pourcentages de suivi ($p=0,994$), de traitement anti dépresseur ($p=0,312$), de traitement anxiolytique ($p=0,2927$), et d'antécédent de tentatives de suicide ($p=0,4256$), aucune différence significative n'a été retrouvée.

Les modes employés pour la tentative de suicide étaient à 96% une intoxication médicamenteuse volontaire. Les autres moyens employés étaient classés : autre moyen à 2%, pendaison 1%, et précipitation d'un lieu élevé à 0,2%.

Sur le plan de l'orientation, une différence significative a été observée ($p=0,007$).

Chez les patients non inclus, le taux d'hospitalisation était de 51,7%, le taux de suivi réactif était de 8 %, le taux de suivi ambulatoire était de 30,2%, et le taux de retour à domicile sans suivi de 10%.

Au total, il a été constaté un taux plus important d'hospitalisation et de retour à domicile sans suivi chez les patients non inclus, et un taux supérieur de suivi ambulatoire et de suivi réactif chez les patients inclus.

Nous pouvons faire l'hypothèse que les patients hospitalisés, donc avec une symptomatologie plus bruyante, ainsi que les patients refusant un suivi à l'extérieur ont été moins enclins à accepter la passation des échelles.

ii. Biais de mesure :

Biais de subjectivité :

o Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal de cette étude a été mesuré avec l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, qui reste un outil de mesure de l'intensité des symptômes d'anxiété sociale. Bien que des études de validation de l'échelle aient été réalisées pour s'assurer de la comparabilité des diagnostics obtenus par évaluation clinique et obtenus par cette échelle, il est important de rappeler que cet outil ne se substitue pas à une évaluation clinique et ne peut donc être utilisé seul comme outil fiable de diagnostic.

o L'intentionnalité :

Dans cette étude, seuls les patients ayant réalisé un geste catégorisé « avec intentionnalité suicidaire » étaient inclus. On rappelle qu'ils ont constitués environ 50% des patients admis dans le cadre d'un geste auto agressif à l'unité toxicologique des urgences.

Les autres intentionnalités, notamment intentionnalité anxiolytique ou hypnotique, antalgique ou récréative par exemple, ont été exclues.

L'évaluation de l'intentionnalité est réalisée lors de la première évaluation aux urgences par l'infirmier psychiatrique, puis par le médecin psychiatre. Elle constitue une question complexe, car demande entre autres choses une lucidité du patient sur son geste au moment de la primo évaluation ainsi qu'une absence de dissimulation, et demande une évaluation juste du professionnel.

Un exemple d'outil utilisé en évaluation d'urgence est l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck ⁴⁷. Plusieurs dimensions sont alors explorées afin de définir le risque de décès par suicide ultérieur. Un questionnaire est adressé aux patients, et parmi les questions se trouve celle de l'intentionnalité déclarée par le patient.

Elle illustre la complexité de l'évaluation de l'intentionnalité, qui ne peut donc être jugée sur une seule réponse déclarative sur le désir de mourir, ou non.

Dans cette étude, seuls les patients pour qui une intentionnalité suicidaire claire déclarée ont été retenus. L'évaluation de la nature de l'intentionnalité restant un exercice difficile aux urgences¹⁷, nous ne pouvons donc exclure une sous-estimation de la proportion de patients suicidants.

o Les diagnostics principaux :

Nous rappelons que cette étude a été réalisée sur dossiers.

A la suite de l'évaluation du patient par le clinicien, une fiche est remplie par ce dernier dans le dossier médical, renseignant les observations et évaluations réalisées. Sur cette fiche est renseigné un diagnostic principal.

Les hypothèses diagnostiques sont déterminées par le clinicien en charge de l'évaluation, et soumis à sa subjectivité.

La distinction de diagnostic principal par rapport aux diagnostics secondaires est finalement également clinicien-dépendant.

Biais de rappel :

Il est possible que certains patients aient traversés une période de leur vie où la symptomatologie recherchée était présente. Nous ne pouvons exclure pour certains patients la question d'un biais de rappel, où ces derniers ont reporté notamment dans l'échelle d'anxiété sociale la présence de symptômes anciens ne faisant plus partie du tableau clinique actuel.

b. La psychométrie et l'évaluation standardisée :

Une discordance :

Dans cette étude, nous constatons que l'évaluation psychométrique, soit par échelle ou questionnaire, n'a pas été en mesure de repérer la présence d'un diagnostic fiable chez le patient.

Il a donc été constaté les différences de pourcentages des diagnostics suivantes, entre l'évaluation clinique et psychométrique (Fig.8) :

TROUBLES	DIAGNOSTIC CLINIQUE	ECHELLE POSITIVE
Trouble anxiété sociale	1,4%	70%
Épisode dépressif caractérisé	20,8%	51,4%
Trouble de l'usage de l'alcool	6,9%	45,8%

Figure 8 : tableau comparatif des proportions de diagnostic (en%) obtenus à l'aide de l'entretien clinique et au dépistage par échelle

Nous nous sommes alors questionnés sur la nature des critères faisant que la psychométrie n'a pas pu apporter une information fiable dans cette étude.

Il semble intéressant de souligner dans ces échelles l'absence de certains critères indispensables dans l'évaluation du diagnostic standardisé.

Notamment, n'est pas explorée la notion de durée dans les questions adressées au patient ou au clinicien sur les échelles MADRS et de Liebowitz.

Nous soulignons aussi l'absence de notion d'impact sur le fonctionnement du patient, ainsi que de l'absence de recherche de diagnostics différentiels pouvant expliquer la symptomatologie.

Le défaut d'exploration de ces dimensions a donc pu être source d'erreurs d'évaluation.

Il semble intéressant de réfléchir à la pertinence de la réalisation d'échelles durant la crise, dans un but de recherche diagnostique. Les outils psychométriques ne seraient peut-être pas adaptés à une symptomatologie si bruyante et dynamique que la crise. Mais, peut être trouveraient-ils leur intérêt en tant que témoins des symptômes présents lors de la crise, et alors utiles pour monitorer leur évolution.

L'entourage du patient, en tant que témoin des symptômes antérieurs à la crise :

Afin de gagner en objectivité, il paraît essentiel de pouvoir questionner l'entourage proche du patient. Ceci, afin de nous renseigner sur le cortège de symptômes dont pouvait souffrir le patient avant le geste, apportant également une notion de temporalité concernant les symptômes observés aux urgences.

Cela permet également la mobilisation de l'entourage, qui rappelons-le est souvent indispensable, constituant un levier précieux dans la prise en charge de la crise.⁴⁸

c. La problématique du diagnostic aux urgences psychiatriques :

Le diagnostic en psychiatrie reste un outil précieux. Il peut avoir pour les professionnels une fonction de simplification à la communication, et permettre de proposer une prise en charge spécifique au trouble selon les bonnes pratiques. Pour le patient, il peut avoir fonction de compréhension des symptômes présentés, et d'identification à un groupe. Cependant, définir un diagnostic peut parfois se révéler complexe, notamment en contexte d'urgence.

Des études de concordance entre les diagnostics posés aux urgences et ceux posés en hospitalisation ultérieure ont été réalisées.

Une des premières études sur le domaine, américaine, montrait que la concordance entre diagnostics était moyenne. En statistique, le coefficient kappa mesure l'accord entre observateurs : un coefficient de 1 montre une concordance parfaite entre deux observateurs. Dans cette étude, il était retrouvé des coefficients kappa allant de 0,64 pour les troubles psychotiques, à 0,58 pour les troubles de l'usage de substance, à 0,50 pour les troubles de l'humeur.⁴²

Aux Pays Bas en 2016, une étude comparant les diagnostics posés aux urgences et plus tard en hospitalisation retrouvait un coefficient kappa de 0,81 pour les troubles psychotiques, à 0,6 pour les troubles de l'usage de l'alcool, à 0,39 pour les épisodes dépressifs caractérisés, à 0,31 pour les troubles de personnalité.⁴³

Ainsi, il semble que pour les troubles de l'humeur, les troubles de personnalité, et les troubles de l'usage de l'alcool, la concordance entre les diagnostics émis aux urgences et posés en hospitalisation serait relativement faible.

Comme précédemment évoqué, l'évaluation du patient étant soumise à la dynamique de la crise, la symptomatologie est donc labile, et le diagnostic difficile à poser aux urgences, ce qui pourrait expliquer ce défaut de concordance.

Concernant plus précisément la crise suicidaire, pour reprendre la conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie de 2000, du fait de cette sémiologie labile, il était mis en avant la question de la fiabilité inter et intra évaluateurs lors de l'évaluation :

« La perception du type de fonctionnement mental, par le même thérapeute, peut être très différente à peu d'intervalles et on observe de notables divergences d'évaluations si plusieurs cliniciens interviennent successivement pendant le séjour hospitalier (...) cela peut constituer un écueil dans l'appréciation de la sémiologie et inciter à se donner le temps d'une rencontre à distance de la crise ».

De cette manière, la question de l'évaluation du diagnostic aux urgences lors d'une crise suicidaire, ainsi que la passation d'échelles pourraient être sujets à une grande variabilité intra et inter évaluateurs, et donc à de possibles erreurs.

Baxter ⁴⁴ estimait que dans la majorité des cas, le diagnostic porté en urgence devra être remis en question lors de l'hospitalisation du malade.

Par ailleurs, il semblerait que nombreuses situations de crise ne relèveraient pas nécessairement de l'existence d'une pathologie psychiatrique chez le patient.

Après analyse du fonctionnement d'une unité d'urgence psychiatrique à Reims, Pascalis faisait le constat suivant : « l'environnement familial et social s'intrique avec les facteurs psychologiques et médicaux, et revêt une importance primordiale. Les mésententes familiales, les ruptures sentimentales, l'éthylisme aiguë et ses conséquences amènent parfois des malades, sans que l'on puisse pour autant parler de maladies psychiatriques pour beaucoup d'entre eux...il est bien difficile dans certains cas de porter un diagnostic précis, qui a lieu, de plus, en période de crise. » ⁴⁵

M. De Clerq indiquait qu'à l'évaluation des patients aux urgences psychiatriques en Belgique, finalement seulement 35% des patients relevaient d'un diagnostic psychiatrique traditionnel, 14% d'un « diagnostic de crise individuelle, existentielle » et dans 51% des cas, le diagnostic ne pouvait être autre que la crise d'un système ; couple, famille, ou institution. ⁴⁶

Ainsi, il paraît intéressant de questionner la réelle nécessité de rechercher un diagnostic psychiatrique au moment de l'évaluation aux urgences.

La primo évaluation, plus que temps d'évaluation diagnostic, serait peut-être avant tout le temps de l'évaluation des facteurs de crise, et des moyens nécessaires de contenance et de protection nécessaires pour le patient, en fonction du risque de réitération du geste suicidaire.

5. Conclusion :

Cette étude ne nous a pas permis d'obtenir une estimation fiable de la prévalence des patients présentant un trouble d'anxiété sociale au décours d'un geste suicidaire aux urgences psychiatriques.

Il semble cependant intéressant de relever la proportion de patients dans cette étude ayant un score à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz supérieur ou égal à 56, soit un taux de 70%. On pourrait supposer que l'altération de la sphère relationnelle pourrait faire partie du processus de génération de la crise suicidaire ou faire symptôme entrant dans le cadre de la crise, et semble intéressante à évaluer.

Ajouter cette dimension à l'évaluation du patient aux urgences permettrait d'intégrer un travail de restauration du fonctionnement social dans la prise en charge ultérieure.

De plus, afin de suivre l'évolution de la symptomatologie, nous pourrions imaginer monitorer ces symptômes d'anxiété sociale, présents au cœur de la crise, mais qui ne feraient plus forcément trouble à l'amendement de la crise.

Par ailleurs, nous avons constaté un écart manifeste entre les diagnostics cliniques évalués par le psychiatre et ceux repérés par la psychométrie.

Nous faisons l'hypothèse que, face à une symptomatologie de crise, l'établissement d'un diagnostic aux urgences et notamment à l'aide d'échelle semblent inadéquat, devant un fort risque de se tromper.

Rappelons que le diagnostic psychiatrique reste un outil important à la prise en charge du patient, mais peut-être ne serait-il fiable et pertinent que lorsqu'il est posé à distance de la primo évaluation aux urgences psychiatriques.

La première rencontre avec un patient en crise suicidaire, du fait de l'aspect labile de la symptomatologie, ne serait peut-être pas le temps de l'évaluation du diagnostic psychiatrique.

*Vu le président
du jury le 28/03/23*

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MEDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70054 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESB : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Vu et permis d'imprimer
Le Président de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maternité, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

le 30/03/2023

[Signature]

V-BIBLIOGRAPHIE :

1. HAS. "Troubles anxieux graves ", Guide ALD n° 23. Preprint at (2007).
2. Schneier, F. R. Social Phobia. *Arch Gen Psychiatry* **49**, 282 (1992).
3. Weiller, E., Bisserbe, J.-C., Boyer, P., Lepine, J.-P. & Lecrubier, Y. Social Phobia in General Health Care: An Unrecognised Undertreated Disabling Disorder. *British Journal of Psychiatry* **168**, 169–174 (1996).
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5*. vol. 2013.
5. Pélissolo, A. *et al.* [Anxiety disorders in private practice psychiatric out-patients: prevalence, comorbidity and burden (DELTA study)]. *Encephale* **28**, 510–9.
6. Rouillon, F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **166**, 63–70 (2008).
7. Jefferson, J. W. Social phobia: a pharmacologic treatment overview. *J Clin Psychiatry* **56 Suppl 5**, 18–24 (1995).
8. Schneier, F. R. Treatment of social phobia with antidepressants. *J Clin Psychiatry* **62 Suppl 1**, 43–8; discussion 49 (2001).
9. Pélissolo, A. *et al.* Les phobies sociales en psychiatrie : caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge (étude Phœnix). *Encephale* **32**, 106–112 (2006).
10. HAS. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. (2021).
11. Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S. & Brown, W. A. Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* **68**, 183–190 (2002).
12. Sareen, J. *et al.* Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry* **62**, 1249 (2005).
13. Turecki, G. & Brent, D. A. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* **387**, 1227–39 (2016).
14. Organisation mondiale de la Santé. *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*. (2014).
15. Gunnell, D. & Frankel, S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* **308**, 1227–33 (1994).
16. Santé publique France. *Suicide et tentative de suicide: données nationales et régionales*. (2019).
17. Observatoire nationale du suicide. *Suicide: état des lieux des connaissances et perspectives de recherche*. (2014).
18. World Health Organisation. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. . Preprint at (2021).
19. Ministère de la santé et de la prévention, direction générale de la santé. *STRATÉGIE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE* . (2022).
20. Heimberg, R. G. *et al.* Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med* **29**, 199–212 (1999).
21. Yao, S. N. *et al.* [Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version]. *Encephale* **25**, 429–35 (1999).
22. Montgomery, S. A. & Åsberg, M. A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry* **134**, 382–389 (1979).
23. Peyre, F., Martinez, R., Calache, M., Verdoux, H. & Bourgeois, M. [New validation of the Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS) on a sample of 147 hospitalized depressed patients]. *Ann Med Psychol (Paris)* **147**, 762–7 (1989).

24. Fu, D.-J. *et al.* Esketamine Nasal Spray for Rapid Reduction of Major Depressive Disorder Symptoms in Patients Who Have Active Suicidal Ideation With Intent. *J Clin Psychiatry* **81**, (2020).
25. Ohlsson, L. *et al.* Leaky gut biomarkers in depression and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* **139**, 185–193 (2019).
26. SAUNDERS, J. B., AASLAND, O. G., BABOR, T. F., de LA FUENTE, J. R. & GRANT, M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* **88**, 791–804 (1993).
27. Gache, P. *et al.* The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcohol Clin Exp Res* **29**, 2001–2007 (2005).
28. Ammerman, B. A., Burke, T. A., Jacobucci, R. & McClure, K. Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the U.S. *J Psychiatr Res* **134**, 32–38 (2021).
29. Farooq, S., Tunmore, J., Wajid Ali, M. & Ayub, M. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Res* **306**, 114228 (2021).
30. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes - 5e rapport. (2022).
31. Premraj, L. *et al.* Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci* **434**, 120162 (2022).
32. Guessoum, S. B. *et al.* Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res* **291**, 113264 (2020).
33. Gutz, L., Roepke, S. & Renneberg, B. Cognitive and affective processing of social exclusion in borderline personality disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* **87**, 70–75 (2016).
34. Gutz, L., Renneberg, B., Roepke, S. & Niedeggen, M. Neural processing of social participation in borderline personality disorder and social anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* **124**, 421–431 (2015).
35. Ringel, E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav* **6**, 131–49 (1976).
36. Tucker, R. P., Michaels, M. S., Rogers, M. L., Wingate, L. R. & Joiner, T. E. Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *J Affect Disord* **189**, 365–78 (2016).
37. Rogers, M. L. *et al.* Acute suicidal affective disturbance: Factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. *J Affect Disord* **211**, 1–11 (2017).
38. van Orden, K. A. *et al.* The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* **117**, 575–600 (2010).
39. Motillon-Toudic, C. *et al.* Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry* **65**, e65 (2022).
40. Fédération française de psychiatrie. Conférence de consensus. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge, . Preprint at (2000).
41. RUSE Jeanne. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients faisant appel au dispositif vigilans: analyse comparative d'une cohorte rétrospective de 579 patients adressés par le CHU de Toulouse. (Université Paul Sabatier, 2022).
42. Lieberman, P. B. & Baker, F. M. The Reliability of Psychiatric Diagnosis in the Emergency Room. *Psychiatric Services* **36**, 291–293 (1985).

43. Penterman, E. J. M., Sabelis, F. G. L. M., Rasing, S. P. A., van der Staak, C. P. F. & Nijman, H. L. I. [The validity of acute assessments of psychiatric conditions made by psychiatric emergency staff]. *Tijdschr Psychiatr* **58**, 777–784 (2016).
44. Baxter S., C. B. , U. R. Psychiatric emergencies. Dispositional determinants and the validity of the decision to admit. *American Journal of Psychiatry* (1968).
45. G. PASCALIS, J. D. B. C. et al. Urgence en Psychiatrie et Psychiatrie en urgence. in (1980).
46. M. De Clercq. L'intervention systémique pour répondre aux urgences psychiatriques. *Thérapie familiale* **9**, (1988).
47. Beck, R. W., Morris, J. B. & Beck, A. T. Cross-Validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep* **34**, 445–446 (1974).
48. HAS. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Recommandations des bonnes pratiques. Preprint at (2000).

VI-ANNEXES

1. Échelle de Liebowitz
2. Échelle MADRS
3. Auto-questionnaire AUDIT
4. Fiche recueil

Annexe 1 :

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Traduction: Lepine.

Révision et validation française: Yao et al. 1999.

L'échelle de Liebowitz mesure les symptômes de phobie sociale.

Dépouillement et interprétation du score

Total (de 0 à 72): additionner tous les items de la colonne « Évitement ».

Cette classification, dans la version française, diverge légèrement de celle de Liebowitz.

Dans la version américaine de l'échelle, l'item 21 a été coté « P » (performance), ce qui représente de toute évidence une erreur. La version française utilisée pour l'étude de validation (Yao *et al.* 1999), a considéré l'item 21 : « Essayer de "draguer" quelqu'un » comme un item d'interaction sociale « S ».

Ce qui donne, finalement, le même nombre d'items « S » et d'items « P » pour l'ensemble de l'échelle: douze items d'interaction sociale et douze items de performance.

Pour le score total (à partir des études anglophones) :

Phobie sociale modérée : 56-65.

Phobie sociale marquée : 65-80.

Phobie sociale sévère : 80-95.

Phobie sociale très sévère : plus de 95.

Validation

Avec l'échelle de phobie sociale du questionnaire des peurs de Marks et Matthews, c'est l'échelle la plus utilisée et la mieux validée en français ou en anglais.

Échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Date :/...../.....

Nom : Prénom : Sexe : Âge :

	ANXIÉTÉ 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	ÉVITEMENT 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
TOTAL	A =	E =
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S =	E.S =
P = Performance	A.P =	E.P =

Annexe 2 :

ECHELLE DE DEPRESSION

MADRS

S. MONTGOMERY et M. ASBERG, 1979

Traduction française : T. LEMPERIERE



NOM: _____

PRENOM: _____

SEXE:

AGE:

DATE: _____

EXAMINATEUR: _____

CONSIGNES

La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5).

Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.

Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.

1- Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture.

Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

0 Pas de tristesse.

1

2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.

3

4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.

5

6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2- Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir.

Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

3- Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse.

Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4- Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5- Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel.
Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6 - Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer.
Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7- Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8- Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux

circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

9- Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de pêché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou inébranlables.

10 - Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Annexe 3 :

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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 avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
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		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Annexe 4 :

 <p>FERREPSY Occitanie <small>Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale</small></p>	<p><i>Fiche de Recueil</i></p> <p>Prévalence du trouble anxieux sociale chez les patients suicidants</p> <p>SAD-SA</p> <p><i>Version n° 1 du 19/11/2021</i></p>	 <p>Hôpitaux de Toulouse</p>
---	---	---

INFORMATION PATIENT		
Initiale Patient	<input type="text"/> <input type="text"/> Nom Prénom	Etiquette
Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> Age	
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
N° patient	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

INFORMATION RECHERCHE et REMISE NOTICE INFORMATION	
Date de remise NI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>

ADMISSION DANS LE SERVICE	
Date d'admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>

ANTECEDENTS	
Diagnostic principal (CIM 10)	
Suivi psychiatrique antérieur en place	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement antidépresseur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement anxiolytique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Antécédents de TS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

INFORMATION SUR LA TENTATIVE DE SUICIDE	
Moyen employé pour la tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Pendaison <input type="checkbox"/> Intoxication médicamenteuse volontaire/autre substance <input type="checkbox"/> Plaie par arme à feu <input type="checkbox"/> Précipitation d'un lieu élevé <input type="checkbox"/> Autre, précisez.....

SCORES ECHELLES ET QUESTIONNAIRE	
Echelle d'anxiété sociale de <u>Liebowitz</u>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Echelle MADRS	<input type="text"/> <input type="text"/>
Questionnaire AUDIT	<input type="text"/> <input type="text"/>

ORIENTATION A LA SORTIE	
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Suivi réactif <input type="checkbox"/> Suivi ambulatoire <input type="checkbox"/> Retour à domicile sans suivi

**PREVALENCE DU TROUBLE D'ANXIETE SOCIALE CHEZ LES PATIENTS SUICIDANTS
AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES DE TOULOUSE**

RESUME EN FRANÇAIS :

Le trouble d'anxiété sociale est une pathologie fréquente, sous-diagnostiquée, insuffisamment traitée bien qu'invalidante. Il constitue en lui-même un facteur de risque de tentative de suicide et de décès par suicide. Afin de pouvoir prévenir d'un passage à l'acte auto agressif, il paraît nécessaire de proposer un dépistage pour une prise en charge adaptée de ces patients présentant une difficulté à pouvoir interagir avec autrui, et donc à pouvoir demander de l'aide. Afin d'avoir un chiffre de référence, nous avons proposé cette étude prospective, sur données de santé afin de rechercher la prévalence de trouble anxiété sociale chez les patients suicidants à l'unité toxicologique des urgences de Toulouse. Notre hypothèse était de retrouver un chiffre de prévalence de 13% (borne supérieure de la prévalence du trouble anxiété sociale dans la population générale). Différents paramètres ont également été recueillis dans les dossiers, dans le but de rechercher des différences épidémiologiques et cliniques entre les deux sous populations, avec ou sans trouble d'anxiété sociale. Sur les patients présentant tous les critères d'inclusion, 70% d'entre eux avaient un score supérieur à 56 à l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, utilisée comme mesure du critère de jugement principal. Cette étude ne nous a donc pas permis de pouvoir conclure à un chiffre de prévalence du trouble d'anxiété sociale chez les patients suicidants, mais a peut-être mis en lumière la présence d'une symptomatologie d'altération des relations apparentée au trouble anxiété sociale dans la crise suicidaire. Elle a par ailleurs soulevé la question de la pertinence de l'utilisation de la psychométrie, et même la pertinence d'une évaluation diagnostique de manière plus globale lors de la primo évaluation du patient aux urgences psychiatriques. La crise étant un processus dynamique, l'évaluation du patient aux urgences ne serait peut-être pas le temps d'une évaluation diagnostique, mais celle d'une évaluation globale du patient et de son environnement afin de proposer la prise en charge la plus adaptée. Afin de limiter le risque d'erreur, une évaluation diagnostique serait peut-être plus intéressante à distance.

TITRE EN ANGLAIS: Social anxiety disorder in patients who attempted suicide in psychiatric emergencies of Toulouse

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : trouble anxiété sociale, phobie sociale, trouble anxieux, suicide, tentative de suicide

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

Directeurs de thèse : Adeline CLENET et François OLIVIER