

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SUDOC	157 116 484
COTE	11 NANT 07hM
LOC.	EXCLU
HOR.	621 357

Année 2011

N°

(déterminé par la scolarité après réception des ex.)

MENTION TRES HONORABLE
avec les félicitations du jury,
avec avis favorable pour l'échange
avec les Universités et les
Facultés étrangères

THESE

MENTION TRES HONORABLE
avec les félicitations du jury,
avec avis favorable pour l'échange
avec les Universités et les
Facultés étrangères

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D E S DE PSYCHIATRIE

par

Pierre DELVOT
né(e) le 06/12/1983 à Valenciennes.

Présentée et soutenue publiquement le 10/10/2011

**LES FACTEURS PRECIPITANT DANS LE PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE.
A PARTIR D'UNE ENQUETE AUPRES D'UN ECHANTILLON DE SUICIDANTES.**

Président : Monsieur le Professeur VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur DELBROUCK

NOM : DELVOT

PRENOM : Pierre

Titre de Thèse :

LES FACTEURS PRECIPITANT DANS LE PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE. A PARTIR D'UNE ENQUETE AUPRES D'UN ECHANTILLON DE SUICIDANTES.

RESUME

Cette étude a pour objet la période, peu étudiée, des 24 heures précédant le passage à l'acte chez 25 femmes prises en charge pour une tentative de suicide. Pour cela, un outil utilisé en sociologie, le Day Reconstruction Method, a été adapté à l'enquête.

Les résultats montrent une majoration progressive des affects négatifs (Net-affect) et du caractère déplaisant des épisodes (U-index) à mesure de la journée. Il est retrouvé un lien statistiquement significatif entre une augmentation de l'intentionnalité suicidaire et une péjoration du Net-affect (sans lien avec les résultats à la MADRS). Un facteur précipitant a été mis en évidence chez deux tiers des patientes et ces événements de vie font essentiellement référence à deux motifs de passage à l'acte (« le deuil » et « l'appel & le chantage »).

D'autre part, est notée une altération de l'efficacité du sommeil la nuit précédente.

Enfin, les sources de joies et peines ont été étudiées. Ces dernières concernent principalement les thèmes de l'avenir et du corps.

MOTS-CLES

Tentative de suicide, crise suicidaire, facteur précipitant, événement de vie, Day Reconstruction Method, sommeil.

Table des matières

Introduction.....	7
Matériel.....	9
Méthode.....	13
Résultats.....	15
A – Descriptions des échantillons du DRM γ et de l'étude Nirvana :.....	15
B – Descriptions des tentatives de suicide et des évaluations psychiatriques :.....	16
C – Vie actuelle :.....	18
1 – niveau de satisfaction de vie « global » : 18	
2 – Auto-évaluation de la santé et de l'enthousiasme : 18	
3 – Quelle source de joie et de peine ? : 18	
4 – La religion : 18	
D – La nuit précédant la tentative de suicide :.....	19
E – Le jour de la tentative de suicide : 19	
1 - La Fatigue au réveil : 19	
2 – Le cycle hormonal : 20	
3 – Un moment particulièrement affreux ou difficile : 20	
F – À l'approche du passage à l'acte : 21	
1 - Net-affect, U-index et solitude: 21	
2 – Évolution des affects au cours des cinq derniers épisodes : 23	
3 – Les affects lors de la tentative de suicide : 26	
Discussion.....	27
A - Puissance de l'enquête et données socio-démographiques.....	27
B – Descriptions des tentatives de suicide et des évaluations psychiatriques :.....	28
C – Vie actuelle :.....	30
1 – niveau de satisfaction de vie « global » : 30	
2 – Auto-évaluation de la santé et de l'enthousiasme : 31	
3 – Quelle source de joie et de peine ? : 31	
4 – La religion : 32	
D – La nuit précédant la tentative de suicide :.....	32
E – Le jour de la tentative de suicide : 33	
1 - La Fatigue au réveil : 33	
2 – Le cycle hormonal : 33	
3 – Un moment particulièrement affreux ou difficile : 33	
F – À l'approche du passage à l'acte :.....	36
1 - Net-affect, U-index et solitude: 36	
2 – Évolution des affects au cours des cinq derniers épisodes : 38	
3 – Les affects lors de la tentative de suicide : 38	
G – les limites de l'étude : 39	
Conclusion.....	41

Introduction

Le suicide est un problème grave de santé publique dans nos sociétés, dans nos pratiques et dans nos vies. En 2005, il a été recensé 10 707 décès par suicide en France⁷² et l'on estime que les tentatives de suicide sont plus de dix fois plus nombreuses, de l'ordre de 160 000 chaque année²⁷. Ce rapport à la mort et à la vie est une question complexe. Comme l'a écrit Albert Camus¹⁹ « Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide ». Cette réflexion sur notre existence a dû animer l'Humanité depuis toujours⁸⁶. La terminologie actuelle est quant à elle beaucoup plus récente. Le mot suicide a été inventé au XII^e siècle par Sir Thomas Browne²⁹, dans une conceptualisation criminologique, par l'imbrication des mots *sui* (de soi) et *caedere* (meurtre, tuer). Depuis, de nombreuses déclinaisons ont vu le jour : suicidaire, suicidant, suicidé, comportement suicidaire, idée suicidaire, velléité suicidaire.... Alain Ehrenberg parle même des « maladies de la modernité » à propos des conduites suicidaires, addictives et des troubles du sommeil^{35,67}.

Il est important de préciser que la psychiatrie n'a pas l'apanage de cette problématique et que la Médecine est un des nombreux acteurs intervenant dans les comportements suicidaires. Par ailleurs, rappelons pour mémoire qu'Émile Durkheim³⁴ a défendu en 1897 l'idée que le suicide est un fait social à part entière.

L'appréhension de la sphère suicidaire en psychiatrie se fait par la prévention et la prise en charge des comportements suicidaires. Ainsi, les tentatives de suicide représentent un motif courant de prise en charge. Cependant, ces passages à l'acte ne disposent pas de cadre nosographique clair tout comme il n'existe pas une pathologie spécifique du suicide.

Cette clinique hétérogène est un véritable défi puisqu'elle nous met face à des patients qui ont délibérément choisi d'abandonner la vie ou leur souffrance. Loin d'être un acte isolé, la prise de cette décision, qui peut sembler contre nature, et sa mise en acte résultent d'un cheminement psychique plus ou moins long.

Différentes conceptualisations⁹² ont été élaborées pour nous aider à penser ces actes : théories psychanalytiques^{4,46,47,48}, théories cognitivistes^{10,13,51,52,82,85,97}, modèle vulnérabilité-stress⁴⁴, modèle neurodéveloppemental^{7,22,69,70}, théorie de l'évasion de soi⁸ et théorie de la psychologie interpersonnelle⁵⁰. Le modèle le plus répandu actuellement est l'approche séquentielle introduisant la notion de crise suicidaire. Ce concept souligne le caractère dynamique de ce phénomène. On estime que la période de crise dure entre 6 et 8 semaines⁴⁴. Il s'agit « d'un état réversible temporaire (...) correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation »³. L'acmé de la crise constitue un échappement où le sujet se retrouve vulnérable, ses moyens de défense étant altérés, alors qu'il est dans un état de souffrance et de rupture.

Au-delà du concept, nous connaissons mal les déterminants en faveur d'un passage à l'acte suicidaire ou en faveur d'un autre mode de résolution. De la « maladie suicidaire »^{17,39,64} expression de la variabilité génétique à l'étude des facteurs de risque⁹⁵, « l'evidence based

medicine » a encore de nombreux sujets à étudier pour mieux comprendre cette crise suicidaire et pour optimiser la prévention ainsi que les prises en charge.

Parmi les facteurs secondaires de risque de suicide³⁸, des études se sont intéressées aux « événements négatifs » (Negative Life Events^{42,49}) et aux « événements de vie stressants » (Stress Life Events^{21,24,45,76,78,98}) pour mieux comprendre l'impact de l'environnement sur le sujet. En plus de l'approche nosographique psychiatrique habituelle, les principaux paramètres analysés ont été la classification, l'accumulation et la chronologie des événements intercurrents. Ainsi, il est démontré que les suicidants présentent 4 fois plus d'événements de vie dans les 6 derniers mois que la population générale et 1,5 fois plus que les déprimés ne faisant pas de tentative de suicide^{20,77}. Un pic de fréquence est retrouvé dans le dernier mois précédant le geste avec un tiers des événements de vie³. Une étude réalisée sur Rennes en 2008 retrouve un événement de vie dans le mois précédant chez 25,9% des suicidants¹⁵. Les suicidants ne diffèrent pas des non-suicidants en ce qui concerne les niveaux de stress face aux événements de vie mais ils présentent des variabilités d'impulsivité au cours du temps et moins de motifs pour vivre⁸⁰.

Du fait du caractère dynamique et transitoire de la crise suicidaire, on peut distinguer les événements de vie précédemment décrits et les événements de vie dits précipitants. Ces derniers interviennent alors que la crise est déjà présente. Théoriquement, les facteurs sont considérés comme précipitants s'ils surviennent dans la semaine précédant la tentative de suicide. Par exemple, un nombre important de conflits interpersonnels (violences, hostilité, déceptions) et chez les adolescents des problèmes sentimentaux ou disciplinaires ont été rapportés comme facteurs précipitants^{2,41}. Au niveau thérapeutique, il est important d'identifier l'événement précipitant et d'atténuer son impact en l'évoquant dans ses différents aspects⁸⁸. Les objectifs sont alors de réduire la souffrance du sujet et de rétablir une capacité à se projeter dans le temps.

Étant donné que les événements de vie sont plus nombreux sur les périodes proches du passage à l'acte (le mois précédant et la semaine précédente), l'étude des facteurs survenant dans les 24 heures précédant le passage à l'acte pourrait apporter de multiples renseignements. Quelle est leur fréquence ? Quelle est leur nature ? Ces facteurs sont-ils en lien avec la tentative de suicide ? À ma connaissance, les réponses à ces questions sont encore méconnues car elles ont été très peu étudiées⁹⁴. L'analyse de la journée précédant le geste suicidaire et des facteurs précipitants survenant dans cette période seront les objectifs de l'étude présentée dans ce travail.

Matériel

Des outils techniques sont nécessaires pour pouvoir effectuer une recherche sur ces éléments. Comme pour toute étude, ces instruments ont besoin d'être standardisés et reproductibles.

Dans leur article, Jérémie Vandevoorde & al⁹³ proposent un entretien semi-structuré (méthode d'entretien pour le passage à l'acte suicidaire [MEPS]) destiné à reconstruire les différents phénomènes psychopathologiques qui se produisent chez un sujet avant la tentative de suicide. La méthode est basée sur la reconstitution mentale du passage à l'acte suicidaire. À l'aide d'un étayage chronologique, le chercheur explore les actions motrices, les cognitions, les émotions, l'état de la conscience et le sentiment de soi. L'entretien retrace ensuite à rebours la planification comportementale puis évalue, à l'aide d'une échelle visuelle analogique, la phénoménologie de l'idéation suicidaire. Cette approche est très intéressante mais elle ne semble pas adaptée pour une analyse des éléments extérieurs au sujet comme le sont par définition les événements de vie.

Dans le champ de la psychiatrie ou de la psychologie, il n'existe pas à ma connaissance d'outil de ce type. Par conséquent, il a été nécessaire de rechercher dans d'autres sciences humaines un questionnaire adaptable pour l'étude des 24 heures précédant une tentative de suicide.

Depuis l'époque d'Émile Durkheim^{op cit}, la sociologie n'a eu de cesse d'analyser les activités et les interactions humaines. Au fur et à mesure les sociologues ont commencé à étudier, en plus des éléments factuels, le ressenti des individus. Dans le cadre de la National Time Accounting⁶⁰ (NTA), des méthodes ont été créées pour la mesure, la catégorisation, la comparaison et l'analyse de la manière dont les individus gèrent leur temps. Ainsi, les enquêtes sur le bien être (Subjective well-being) se sont développées.

Au début de leurs recherches, les sociologues interrogeaient les individus avec des questions extrêmement générales : « êtes-vous globalement satisfait de votre vie ? ». Il a été démontré que les réponses sont alors fortement dépendantes du contexte et très peu en lien avec les conditions de vie réelles des personnes. On peut citer en démonstration les expériences sur le niveau de satisfaction de vie (Life satisfaction) effectuées par Norbert Schwarz^{83,84}. Ce dernier a démontré que le niveau de satisfaction de vie est supérieur les jours ensoleillés par rapport aux jours de pluie et de manière concordante avec l'humeur du moment des répondants. De plus, il a prouvé que si les répondants étaient d'abord questionnés sur la météorologie actuelle alors ces personnes devaient prendre conscience que leur ressenti actuel pourrait être influencé par les conditions climatiques car cette variabilité sur le niveau de satisfaction disparaissait.

Dans le courant des années 70, FT. Juster⁵³ a développé une autre approche. « Un composant important dans la production et la répartition du bien-être est la part de satisfaction générée par les activités elles-mêmes ». Cet auteur a donc créé une classification des différentes activités du quotidien. D'une part, il s'est intéressé de manière globale au temps alloué pour chaque type d'activité. D'autre part, les personnes interrogées devaient renseigner

leur ressenti pour chaque type d'activité. Ainsi, la cotation du ressenti se focalise davantage sur une activité « en général » plutôt que sur la vie dans son ensemble. L'objectif est de diminuer les biais de remémoration.

Cependant, Daniel Kahneman & al⁵⁴ ont démontré que l'évaluation rétrospective d'événements passés entraîne une minimisation importante des épisodes douloureux ou désagréables et une majoration de l'impact des épisodes les plus récents ou les plus agréables. Cette recherche suggère que l'intensité de peine et de joie survenant durant une activité peut être plausiblement mesurée en temps réel alors que les analyses rétrospectives « en général » ne sont pas nécessairement un bon reflet de l'accumulation totale des expériences du sujet.

De plus, E. Diener³⁰ rapporte que le jugement donné sur la satisfaction de la vie d'une personne est fonction, en plus de la combinaison imparfaite des affects ressentis, des aspirations et des idéaux de vie de cette personne.

Par conséquent des expérimentations en temps réel ont été développées (Experience Sampling Method ou ESM)^{25,87}. Ces études ont eu pour but de collecter des données sur les sentiments des répondants, en direct, dans leur environnement naturel et à différents moments de la journée (ou sur plusieurs jours). Pour cela, les participants emportent avec eux un ordinateur compact. Ce dernier les alerte à différents moments de la journée afin qu'ils puissent répondre à une série de questions à choix multiples : où êtes-vous ? Quelle activité vous occupait avant cette alerte ? Avec qui êtes-vous en interaction ? Il est ensuite demandé aux sujets s'ils ressentent ou non certains affects comme la colère, la joie, la fatigue et l'impatience. Ces études ont démontrées que les sentiments positifs sont très corrélés entre eux et que ce lien, bien qu'il existe, est moins fort entre les sentiments négatifs. L'inconvénient de ce type d'étude est qu'elle est difficilement applicable à une échelle de population importante.

C'est ainsi qu'ont été développées des études rétrospectives avec une période de rappel courte : the Day Reconstruction Method (DRM)⁵⁵. Le DRM combine une analyse par épisodes et une analyse globale sous la forme d'un agenda. Cet outil est spécifiquement conçu pour faciliter la remémoration d'émotions récentes. La recherche dans les sciences cognitives¹¹ a mis en évidence que ce format incite à l'introspection et favorise l'utilisation de la mémoire autobiographique. Les répondants doivent, dans un premier temps, reconstituer l'agenda de leur journée de la veille comme un résumé de tous les épisodes accumulés. Ensuite, il leur est demandé de décrire chaque épisode en indiquant : quand ce dernier a commencé et quand il s'est terminé ; qu'était en train de faire la personne (en sélectionnant des activités parmi une liste fournie) ; où était-il ; avec qui était-il en interaction ? Pour connaître l'état affectif de chaque participant, il leur est demandé de reporter l'intensité d'une série de sentiments (de 9 à 12 selon les études^{56,60,61}) à l'aide d'une échelle numérique (de 0 « pas du tout » à 6 « beaucoup »). Les catégories affectives étaient intitulées par les auteurs en utilisant au maximum des adjectifs du langage courant comme contente, fatiguée ou irritée. La réponse « pas du tout » est naturellement corrélée au zéro qui possède a priori la même représentation pour les répondants et pour les auteurs.

Une première version du DRM fut utilisée sur un échantillon de 909 femmes actives du Texas^{op cit}. Un des objectifs de cette étude a été de déterminer si, malgré sa méthode rétrospective basée sur la remémoration, le DRM reproduit les résultats des études ESM. Cet objectif est atteint puisque les résultats des deux méthodes sont remarquablement proches⁵⁷.

Ainsi, le DRM semble être une approximation très fiable des résultats fournis par la coûteuse méthode ESM. Par ailleurs, l'instrument DRM est très flexible dans son contenu et il peut être adapté pour le besoin d'études spécifiques⁵⁶.

Les résultats fournis par les répondants sur leurs sentiments lors des différents épisodes ou sur toute la journée permettent de calculer des items composites.

Le Net affect est l'un d'entre eux. C'est une mesure fréquente dans la littérature en psychologie. Le Net affect est le résultat de la soustraction de la moyenne des affects positifs par la moyenne des affects négatifs. Par ailleurs, le Net affect et le niveau de satisfaction de la vie sont positivement corrélés entre eux mais quelques légers écarts sont perceptibles. Ainsi, les facteurs socio-démographiques (revenus, ethnie, éducation ou statut marital) prédisent davantage le niveau de satisfaction de vie que le Net affect. A l'inverse, la répartition du temps entre les épisodes est plus en lien avec le Net affect qu'avec le niveau de satisfaction de vie². Ces contrastes suggèrent que le Net affect permet d'appréhender différemment l'expérience des répondants par rapport au niveau de satisfaction de vie.

Par ailleurs, il est difficile d'évaluer dans une étude sur le bien-être la manière dont les sujets exploitent le questionnaire et utilisent les différentes possibilités de réponses. Est-ce qu'un sujet « plutôt satisfait » concernant tel item est plus satisfait qu'un autre sujet ayant répondu « satisfait » ? Ou est-ce une façon différente pour les sujets d'exprimer un même niveau de satisfaction ? Une première mesure mise en place par les chercheurs est d'utiliser des expressions qui ont un sens clair et commun pour la population étudiée. Cependant, cette précaution n'est pas suffisante pour garantir la comparabilité des résultats.

Ainsi, un second item composite a été créé pour permettre une comparaison fiable des cotations effectuées dans ce type de questionnaire. C'est le U-index (U pour Unpleasant /déplaisant ou Undesirable / indésirable). Le U-index mesure le pourcentage de temps passé vécu comme déplaisant⁵⁷. Un état désagréable est défini comme un épisode où le sentiment dominant est négatif (soit une cotation strictement supérieure d'un affect négatif par rapport à tous les autres affects positifs). Pour ce type d'épisode le U-index est de 1. Dans tous les autres cas, le U-index est de 0. Par conséquent, il importe peu que le répondant ne cote ses réponses qu'entre 2 et 4 pour exprimer ses sentiments alors qu'un autre utilise tous les chiffres proposés par l'échelle numérique car ils se servent de l'échelle à leur manière du début à la fin du questionnaire. Ainsi, la détermination de l'émotion prédominante reste valable.

Dans les analyses psychologiques, le U-index a plusieurs avantages. Premièrement, la plupart du temps le sentiment dominant, chez la majorité des individus, est positif et donc toute occurrence d'un épisode où le sentiment négatif est dominant devient significative. En plus, il n'est généralement pas nécessaire d'avoir plusieurs affects négatifs pour qu'un épisode soit jugé déplaisant. Deuxièmement, la sélection d'un sentiment négatif supérieur à tous les autres sentiments positifs est un choix délibéré. En effet, le choix du maximum est notable surtout s'il est négatif car les sentiments négatifs sont relativement rares. Troisièmement, la corrélation entre les affects positifs est plus forte que celle entre les affects négatifs parce qu'un sentiment négatif dominant colore probablement davantage un épisode dans sa totalité. Par exemple, la corrélation entre Contente et Calme est de 0,73 alors que la corrélation entre Irritée et Stressée n'est que de 0,32². Cette constatation n'est pas surprenante comme l'avait

souligné Anna Karenina « Toutes les familles heureuses le sont de la même manière, les familles malheureuses le sont chacune à leur façon »⁸⁹.

Enfin, le travail qui a servi de point de départ à cette enquête réalisée auprès de suicidantes est l'étude Nirvana réalisée en 2005 par Alan B. Krueger et son équipe⁵⁹. Cette étude se situe dans la continuité des enquêtes précédentes sur l'évaluation du bien-être et des activités d'une population avec le questionnaire DRM. L'originalité de l'étude Nirvana est d'avoir recueilli en même temps et avec le même questionnaire des données dans deux pays différents afin de les comparer. Les deux sites de recrutement ont été choisis afin de représenter la « France moyenne » et « l'Amérique moyenne »^{op cit}. Les sujets étaient invités à participer à l'étude par un serveur téléphonique automatique durant l'été 2005. Les personnes étaient rémunérées d'environ 75 \$ pour leur participation. Ainsi les cas de 820 femmes sur Rennes et 810 à Columbus (Ohio, USA) ont été étudiés. Certaines données étant disponibles sur la population Rennaise, elles serviront donc de référence pour notre échantillon de Femmes Ligériennes.

Méthode

L'hypothèse initiale de ce travail est l'existence d'une crise suicidaire à l'échelle des 24 heures précédant le passage à l'acte comparable à celle retrouvée dans les semaines précédentes. L'objectif principal de l'étude est la mise en évidence d'un malaise croissant avant le passage à l'acte et d'établir un lien avec d'éventuels facteurs précipitants. Les objectifs secondaires sont, premièrement, le recueil de données sur le temps et l'efficacité du sommeil des patientes au cours de cette journée et, deuxièmement, la classification des sources de joie et de peine pour les suicidantes.

La population de référence est un échantillon exclusivement féminin afin de permettre la comparaison avec la population rennaise de l'étude Nirvana. Elle est composée de personnes prises en charge en psychiatrie dans les suites d'un passage à l'acte suicidaire. Ce dernier est ici défini comme tout acte dirigé contre soi-même à visée mortifère ou auto-destructrice quel que soit le niveau d'intentionnalité suicidaire, la méthode utilisée ou la gravité somatique du geste.

Les critères d'exclusion sont : les idéations suicidaires ou les mises en situation sans passage à l'acte, les comportements à risque, un état de vigilance ou de cognition incompatible avec la réalisation d'un entretien (sédation persistante, désinhibition, désorientation temporo-spatiale...). Il n'y a donc pas de critères relatifs à l'âge, à la pathologie psychiatrique éventuelle, au traitement ou aux antécédents.

Le recrutement a eu lieu sur les hôpitaux de Nantes et de Saint-Nazaire. L'étude s'est déroulée de juillet 2010 à avril 2011 (soit 10 mois). Sur chaque site, un examinateur a réalisé les passations de questionnaire. L'étude et ses objectifs ont été présentés aux patientes remplissant les critères d'inclusions. En cas d'acceptation, il était précisé aux suicidantes que les éléments recueillis pouvaient être communiqués au reste de l'équipe mais que l'examineur ne prenait pas part aux soins et à l'orientation de la prise en charge.

Conformément à la notion de protection des personnes définie par la loi Huriet (loi du 20 décembre 1988)⁶⁵, le risque prévisible encouru par les personnes qui se prêtent à une recherche ne doit pas être hors de proportion avec le bénéfice escompté par ces personnes ou l'intérêt de la recherche²⁶. Dans cette enquête, le risque prévisible encouru pour les patientes semble extrêmement faible car l'évocation de l'histoire récente des patientes (facteurs précipitants) fait partie du travail effectué pour l'évaluation et la prise en charge d'un suicidant. D'autre part, les examinateurs sont des professionnels de santé habitués à ce travail d'observation et ils peuvent facilement orienter une patiente en difficulté vers un soignant référent car la passation a lieu systématiquement dans un service hospitalier. Pour cette raison, il n'y a pas eu de saisie du comité de protection des personnes.

Dans le cadre d'une procédure hypothético-déductive⁶⁶, cette étude correspond donc à une enquête transversale descriptive et analytique de cohorte⁷⁹.

Après le recueil du consentement des patientes, les données suivantes ont été répertoriées : âge, type de tentative de suicide, lieu de passage et d'orientation, diagnostic principal et éventuel diagnostic associé, existence d'un suivi psychiatrique ou d'un traitement

(anxiolytique et/ou antidépresseur). Par ailleurs, une intoxication éthylique au moment du passage à l'acte était recherchée à l'anamnèse. De plus, les patientes étaient questionnées sur leurs antécédents : tentative de suicide, dépression, épisode psychotique, addictologie.

Lors de l'entretien, l'intentionnalité suicidaire a été évaluée par un questionnaire clinicien d'intention suicidaire (QCIS ; Annexe 1). Cette échelle est constituée de 11 items cotés de 0 à 2 points.

L'intensité des symptômes dépressifs a été mesurée avec l'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS).

Enfin, un auto-questionnaire était remis aux patientes : le DRM ψ (Annexe 2).

Le DRM ψ est une version adaptée pour ce travail du questionnaire de sociologie DRM utilisé dans l'étude Nirvana^{op cit}. Il s'agit essentiellement de questions à choix multiples et quelques réponses sont légèrement rédactionnelles. Ce questionnaire est constitué de 5 parties.

Le premier paquet s'intéresse à la vie « en général » à travers des éléments concrets (données socio-démographiques) et le ressenti des patientes.

Le second paquet est un tableau de bord qui aide à la reconstruction des 24 heures précédant le passage à l'acte suicidaire. Il est alors demandé aux patientes de reconstruire cette journée sur un schéma : matin (du réveil au déjeuner) - après midi (du déjeuner à environ 18h) – nuit (de 18h au coucher). Ces fragments de journée sont eux-mêmes composés « d'épisodes » avec une heure de début et de fin pour chacun d'eux. « Essayez de vous rappeler votre journée d'hier comme une suite de scènes ou d'épisodes dans un film. Dans les pages qui suivent, vous allez découper votre journée en épisodes. Un épisode dure au moins 20 minutes et pas plus de deux heures. »

Le troisième paquet explore chaque épisode sus-cité. La patiente doit préciser où elle se trouvait, si elle était seule ou si elle était en communication avec quelqu'un, quel(s) type(s) d'activité(s) l'occupait(ent). Ensuite, la répondante cote une liste de dix affects sur une échelle numérique (J'avais hâte que ça finisse ; compétente / sûre de moi ; tendue / stressée ; contente / heureuse ; déprimée / cafardeuse ; intéressée / concentrée ; affectueuse / chaleureuse ; calme / détendue ; irritée / en colère ; fatiguée).

Le quatrième paquet investit la journée précédant le passage à l'acte dans sa globalité avec une cotation des mêmes affects. De plus, la patiente qualifie cette journée par rapport à « une journée typique » (de bien pire à bien meilleure). Ensuite, il lui est demandé s'il y a eu sur ces 24 heures un moment particulièrement merveilleux / enthousiasmant ou un moment particulièrement affreux / difficile et de le(s) préciser.

Enfin, le cinquième paquet interroge sur les habitudes des patientes, leur perception de leur santé et de leur sommeil. Pour conclure, il est exploré au travers d'une liste de 33 items la part de joie ou de peine provoquées par ces derniers.

Le recueil des données a été effectué sous Excel (Microsoft©) et le traitement statistique des données a été effectué à l'aide du logiciel SPSS Statistics 17.0 (Winwrap basic ©). Des tests adaptés aux petits échantillons ont été utilisés pour les variables quantitatives (tests paramétriques) et qualitatives (tests non paramétriques).

Résultats

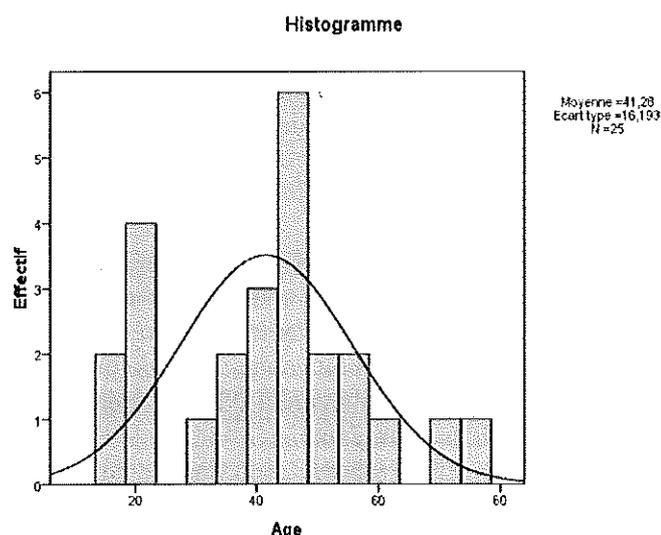
A – Descriptions des échantillons du DRM ψ et de l'étude Nirvana :

Au 30 avril 2011, 25 patientes ont pu être recrutées. Quatre patientes ont rempli les questionnaires sur le site de Saint-Nazaire et vingt et une patientes sur le site de Nantes. La distribution des jours d'incidence des tentatives de suicide est homogène au sein de l'échantillon.

Concernant l'étude Nirvana^{op cit}, 820 femmes ont répondu au questionnaire sur le site de Rennes. Elles avaient entre 16 et 68 ans avec une moyenne d'âge de 39 ans.

Pour l'étude DRM ψ , la répartition des âges dans l'échantillon est hétérogène. Il existe deux pics au sein de cette distribution (voir figure 1) : un premier chez l'adulte jeune (15-25 ans) et un second chez l'adulte d'âge plus mur (40-50 ans). L'âge moyen est de 41 ans. La fourchette des âges est de 16 à 76 ans.

Figure 1 : représentation des effectifs selon leur âge.



Le premier paquet du questionnaire DRM ψ permet le recueil de données sociales. Dans l'échantillon, 60 % des personnes sont en activité (c'est à dire en emploi salarié, en activité libérale ou suivant une scolarité ; 15/25). Sur les 25 patientes, 8 ont poursuivi l'école au-delà du baccalauréat (soit 32 % des situations). D'autre part, la classification professionnelle est connue pour quinze patientes. En effet, le questionnaire exclu de cette partie les personnes en inactivité ou encore scolarisées. Les catégories professionnelles sont ainsi représentées : employée (46,6 %), ouvrière (26,6 %), autres (20 % à savoir une aide spécialisée maternelle, une gérante et une musicienne professionnelle), cadre (6,6 %).

Concernant le mode de vie des suicidantes, ces dernières vivent seules pour 40 % d'entre elles (10/25). Par ailleurs, 48 % élèvent au moins un enfant au domicile (12/25) dont 42 % sont des « mères isolées » (5/12).

A Rennes, les répondantes avaient un emploi pour 67% d'entre elles. La durée moyenne de leur scolarité est de 14 ans et 16% d'entre elles poursuivaient leurs études au moment de la passation du DRM^{op cit}.

B – Descriptions des tentatives de suicide et des évaluations psychiatriques :

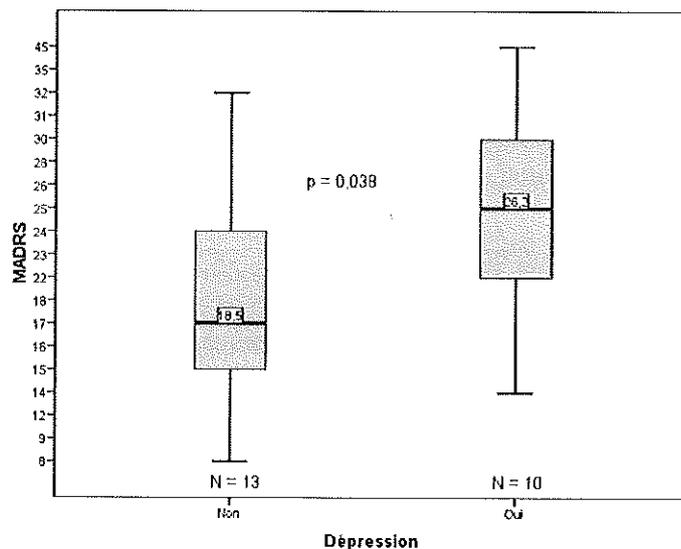
Pour la tentative de suicide index, la méthode la plus répandue est l'intoxication médicamenteuse volontaire (92% ; 23/25). Les autres situations sont un cas de phlébotomie et un cas de pendaison. Une alcoolisation aiguë a été retrouvée dans 32% des entretiens (8/25).

La survenue du passage à l'acte a eu lieu le matin (« du réveil jusqu'avant le déjeuner ») dans 16% des situations, l'après-midi (« de l'heure du déjeuner jusqu'à environ 18h ») dans 32% des cas et le soir (« de 18h au coucher ») pour 52% des patientes.

L'existence d'un suivi psychiatrique a été recherchée et il est présent chez 40% des patientes (10/25). Au niveau médicamenteux, il y a prise d'un traitement anxiolytique dans 64% des cas (14/22) et une prise d'antidépresseur dans 43% des cas (10/23). Antérieurement, ces personnes ont souffert d'une dépression pour 56% de l'effectif (14/25). Un antécédent de tentative de suicide est aussi retrouvé pour 71% d'entre elles (17/24).

Lors de l'évaluation psychiatrique, les trois principales catégories diagnostiques retrouvées sont les réactions aiguës à un facteur de stress, les troubles graves de la personnalité et les troubles de l'humeur (phases dépressives exclusivement). Un diagnostic de dépression (réactionnel, unipolaire ou bipolaire) a été posé dans dix situations (40%). Le score MADRS moyen est de 26,2/60 pour les patientes déprimées et de 18,5/60 pour les autres patientes ($p = 0,038$; voir figure 2).

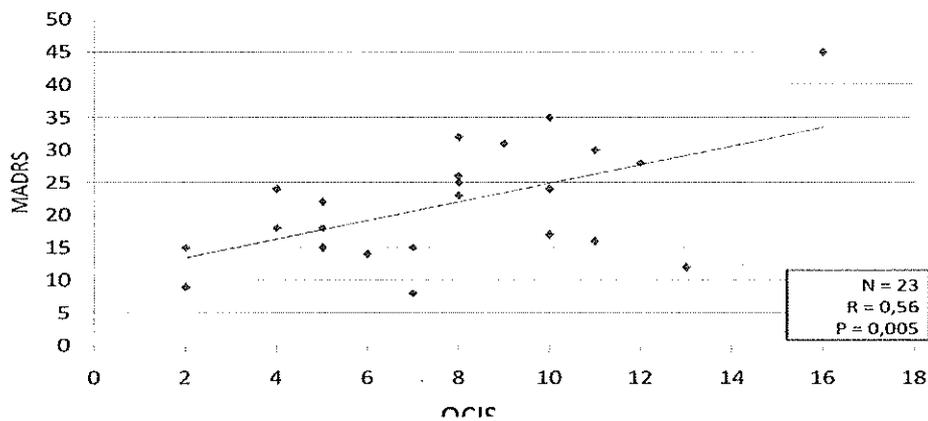
Figure 2 : lien entre le diagnostic de dépression et le score à la MADRS.



Concernant le Questionnaire Clinique d'Intentionnalité Suicidaire, les résultats sont compris dans une fourchette de 2 à 16. Le score moyen est de 7,87/22. Pour différencier les tentatives de suicides à forte intentionnalité des autres, il sera pris la valeur seuil de 10/22 pour définir une intentionnalité suicidaire comme forte. Par voie de conséquence, on retrouve un premier groupe d'intentionnalité faible à moyenne qui est constitué de quinze patientes (65%) et un deuxième groupe d'intentionnalité forte qui est composé de 8 patientes (35%).

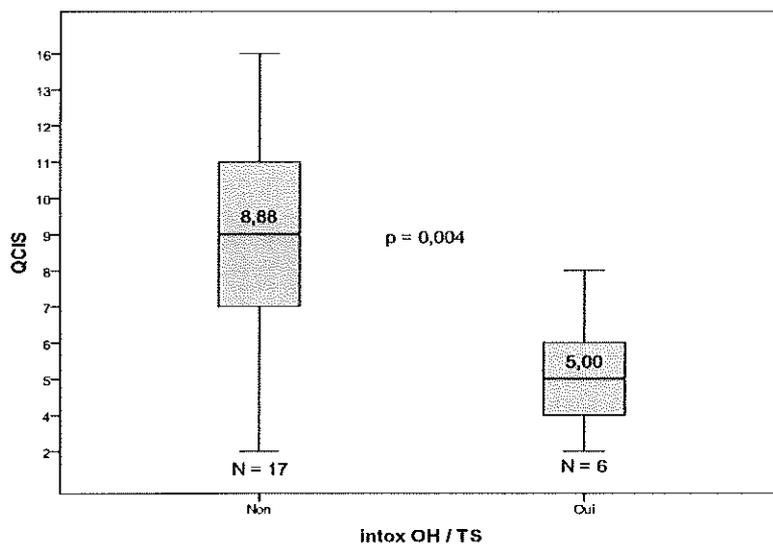
Il n'y a pas de différence d'intentionnalité statistiquement significative entre les groupes des « déprimées » et celui des « non-déprimées » (respectivement 9,1 & 6,9 ; $p = 0,145$). En revanche, il existe un lien statistiquement significatif entre le score à la MADRS et l'intentionnalité suicidaire ($p = 0,005$; figure 3).

figure 3 : corrélation entre le score MADRS et le score QCIS.



Par ailleurs, il n'existe pas de différence d'intentionnalité en fonction de la présence ou de l'absence d'un antécédent de tentative de suicide ($p = 0,125$). A l'inverse, l'absence d'alcoolisation aiguë est corrélée statistiquement avec un plus fort score au QCIS (figure 4 ; $p = 0,004$).

figure 4 : intentionnalité suicidaire selon la prise d'alcool.



C – Vie actuelle :

1 – niveau de satisfaction de vie « global » :

La première question du DRM ψ est la suivante : « dans l'ensemble, êtes-vous globalement satisfaite de votre vie actuelle ? ». La réponse a été positive dans 36% des situations (9/25). Dans les études de sociologie, les femmes étaient satisfaites pour 82,9% des Rennaises et pour 77,1% des habitantes de Columbus.

2 – Auto-évaluation de la santé et de l'enthousiasme :

« Ces derniers temps » 67% des patientes (16/24) sont insatisfaites de leur santé.

La question sur le niveau d'enthousiasme durant le mois écoulé révèle le classement (par ordre décroissant) suivant : « un peu de mal » pour 48%, « beaucoup de mal » pour 30%, « pas trop de mal » pour 13% et « pas de mal du tout » pour 9%.

3 – Quelle source de joie et de peine ? :

Dans la cinquième partie du DRM ψ , les patientes doivent estimer pour une liste de 33 items la part de joie et la part de peine engendrée par ces derniers dans leur vie. Pour chaque élément, les patientes peuvent choisir leur réponse entre 3 propositions : peu ou pas ; un peu ; beaucoup.

Les six activités vécues le plus positivement sont par ordre décroissant : la nature – les activités de plein air ; voyages – vacances ; repas avec les amis ; les animaux ; l'art – la musique ; marches – promenades. A l'inverse, les six éléments vécus les plus négativement sont par ordre décroissant : vieillir ; penser à l'avenir ; votre avenir professionnel ; votre poids ; votre état physique – votre santé ; votre physique – votre beauté.

4 – La religion :

Dans l'échantillon de suicidantes, la religion apporte de manière quasi-unanime ni joie ni peine. D'autre part, 69,6% des patientes ne fréquentent jamais les lieux de culte et les activités religieuses ont une place peu ou pas importante dans leur vie. Les patientes restantes fréquentent occasionnellement les lieux de culte même si les activités religieuses ont une place importante dans leur vie pour 21,7% de l'effectif total.

D – La nuit précédant la tentative de suicide :

Le questionnaire DRM ψ permet une étude du sommeil la nuit précédant le passage à l'acte suicidaire.

A la question « combien d'heures avez-vous dormi ? », le résultat moyen est de 06h41. Selon l'humeur des patientes il existe un écart avec une moyenne à 05h50 pour les « déprimées » et une moyenne à 07h10 pour les « non-déprimées ».

De plus, l'heure du coucher, la veille de la tentative de suicide, est demandée dans le DRM ψ . En moyenne, les patientes ont déclaré s'être couchées vers 23h35. Il y a peu de différence entre les groupes des « déprimées » et des « non-déprimées » (respectivement : 23h33 et 23h36 ; n = 9 et n = 13).

Pour étudier l'heure du lever, nous avons considéré l'horaire indiqué au début du premier épisode du tableau de bord. La partie « matin (du réveil jusqu'avant le déjeuner) » pourrait laisser supposer que des patientes indiquent l'heure de leur réveil puis l'heure du lever et de la première activité (par exemple, la toilette ou le petit déjeuner). Cependant, toutes les patientes ont débuté le rapport de cette matinée par une activité « réelle » comme l'indique « l'étiquette » de ces épisodes. En moyenne, le levé s'est effectué à 08h04. Il existe un écart entre les deux groupes de patientes : 07h00 en moyenne pour les « déprimées » et 08h35 pour les « non-déprimées ».

A partir de ces résultats, il est possible pour chaque patiente d'évaluer le temps passé au lit en calculant l'intervalle entre l'heure du coucher et l'heure du lever.

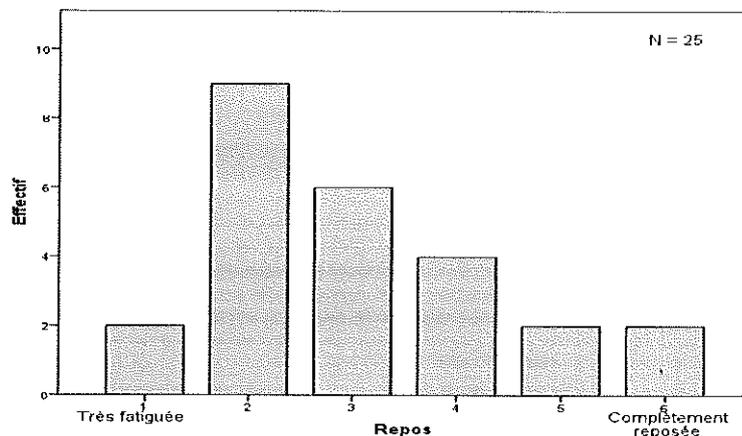
Enfin, il a été déterminé le degré d'efficacité du sommeil pour chaque patiente. Pour le calculer il suffit de faire le quotient du temps de sommeil déclaré par le temps passé au lit. L'efficacité moyenne est de 0,78. Chez les patientes ayant un trouble de l'humeur, l'efficacité moyenne est de 0,78 et, chez les patientes indemnes de troubles de l'humeur caractérisés, elle est de 0,79.

E – Le jour de la tentative de suicide :

1 - La Fatigue au réveil :

Un autre item examiné, en rapport avec le sommeil et l'humeur, est la fatigue ressentie. Dans le DRM ψ la question suivante est posée à propos de la journée du passage à l'acte suicidaire : « Au réveil, vous sentiez-vous bien reposée ? » suivi d'une échelle numérique de 1 (« Très fatiguée ») à 6 (« complètement reposée »). Les résultats (voir figure 5) sont sans différence statistiquement significative selon le score à la MADRS et au QCIS. Le score moyen est de 3,04.

Figure 5 : fatigue ressentie au réveil le jour de la tentative de suicide.



2 – Le cycle hormonal :

La question sur la date du premier jour des dernières menstruations a été rajoutée lors de l'adaptation du questionnaire DRM à cette étude. L'objectif était de rechercher un lien éventuel entre le cycle hormonal et le comportement auto-agressif des patientes.

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le cycle hormonal et le score à la MADRS.

En revanche, il existe une différence statistiquement significative entre le score au QCIS selon le cycle hormonal ($p = 0,015$). Ainsi, pour les femmes ménopausées ($n=6$) le score moyen d'intentionnalité suicidaire est de 5 alors qu'il est de 8,62 pour les femmes réglées ($n = 13$). Enfin, il n'existe pas de différence statistique entre les femmes en première ou en deuxième partie de cycle à propos du score au QCIS.

3 – Un moment particulièrement affreux ou difficile :

Dans le quatrième paquet du DRM ψ , les patientes doivent signaler si elles ont vécu un moment particulièrement affreux ou difficile durant ces 24 heures. 84% des réponses (21/25) sont positives. Le délai moyen entre ce moment douloureux et le passage à l'acte suicidaire est de 3h49. Pour 44% des patientes (8/18) l'intervalle a été inférieur ou égal à 1 heure. Pour 17% de l'effectif (3/18) le passage à l'acte a eu lieu entre une heure et cinq heures après le moment difficile cité. Enfin, pour les 39% restant (7/18) l'intervalle a été de cinq heures et plus.

Les tentatives de suicides survenant dans un délai court ($\leq 1h$) après le moment particulièrement difficile (« impulsives ») ne se différencient pas de manière significative par rapport aux autres pour la MADRS ($p=0.21$), le QCIS ($p=0.45$) et le Net-affect moyen ($p=0.49$).

Il n'y a pas de lien statistique entre l'intentionnalité suicidaire et le délai moment difficile – TS.

Les descriptions des moments particulièrement difficiles ont été regroupées dans le tableau 1. Dans l'hypothèse où ces épisodes particulièrement affreux étaient en lien avec le passage à l'acte suicidaire, leurs caractéristiques ont été recherchées afin de « classer » ces événements.

Cette journée était pire pour 50% des patientes et typique pour 42% d'entre elles.

Tableau 1 : « classification » des moments particulièrement difficiles.

"classification"	caractéristiques	détail
dispute	relationnel, bilatéral, de visu & tension réactionnelle	conjoint découvre les secrets de la patiente, discussion dispute, humiliation colère de mon mari colère de mon mari dispute avec le conjoint le fait que l'on me rejette encore (rupture sentimentale)
dispute tel	relationnel, bilatéral, tél, tension réactionnelle	tel : sentiment rejet
mauvaise nouvelle	relationnel, unilatéral, tension réactionnelle	mauvaise nouvelle trahison reçoit SMS de rupture sentimentale insultes par SMS mauvaise nouvelle lettre de séparation
geste signifiant d'hétéro agressivité	valeur de communication, colère, unilatéral	prise de conscience / faire du mal aux autres
ruminations	solitude, plutôt détaché du contexte & recherche d'une (ou de la) solution	solitude + rumination les doutes (p/r TS) je veux mourir
geste d'évitement	acutisation problème récent & incapacité à faire face	retour conjoint, appréhension dispute accumulation prob, \$
passage à l'acte en lui-même	passage à l'acte suicidaire	IMV
autre	∅	chronobiologie

F – À l'approche du passage à l'acte :

1 - Net-affect, U-index et solitude:

La journée décrite par les patientes comprend en moyenne 11 épisodes avec une fourchette allant de 5 à 19. Cela représente une journée moyenne de 14 h 54 d'activité. Un épisode dure donc en moyenne 1 h 29.

Dans les études de sociologie^{op cit}, les femmes rapportaient en moyenne 14,5 épisodes par jour à Rennes et 13,2 à Columbus.

Le troisième paquet du DRM ψ permet le calcul de différents indicateurs. Les deux principaux sont le Net-affect et le U-index.

Tout d'abord, le U-index nous indique que la journée rapportée par les suicidantes est vécue comme déplaisante pour la majorité d'entre elles (17/25 soit 68%).

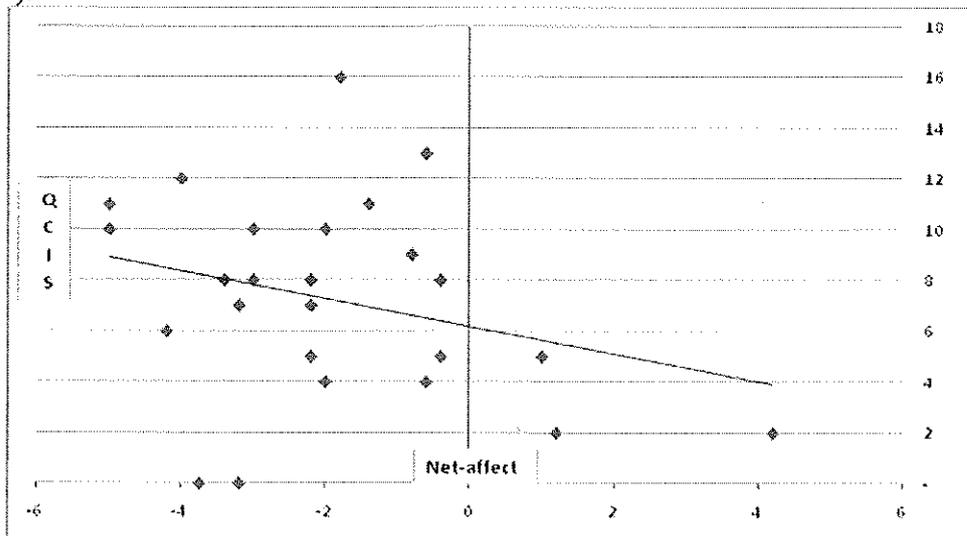
De plus, le Net-affect est négatif pour 88% des patientes (22/25) avec un score moyen de -1,92.

Les analyses statistiques ne retrouvent pas de différences significatives du Net-affect selon l'existence d'un trouble de l'humeur, le score à la MADRS ou le cycle hormonal.

En revanche, il est retrouvé une tendance vers un lien statistique entre le Net-affect et le niveau d'intentionnalité suicidaire. En effet, le Net-affect moyen pour les quinze patientes ayant une intentionnalité jugée faible à moyenne (QCIS < 10) est de -1,21 tandis que celui des huit patientes ayant une forte intentionnalité (QCIS ≥ 10) est de -2,85 (p=0,06).

D'autre part, l'augmentation du score au QCIS est corrélé statistiquement avec une baisse du Net-affect (p=0,016 ; voir figure 6).

Figure 6 : corrélation entre l'intentionnalité suicidaire et le Net-affect (N = 23 ; R = -0,498 ; p = 0,016).



Sur l'ensemble de cette journée précédant le passage à l'acte suicidaire, les patientes sont seules (c'est à dire sans contact physique et sans contact par voie téléphonique ou virtuelle) pendant 29% du temps.

Par ailleurs, le U-index est côté à 1 point dans plus de la moitié de la journée (54%) et le Net-affect moyen est de -1,92.

Ensuite, il est intéressant d'étudier ces mêmes données sur une période plus courte avant le passage à l'acte (voir figure 7). De ce fait, les cinq derniers épisodes ont été examinés séparément. Ce laps de temps a été choisi pour deux raisons. D'une part, il représente le nombre total des épisodes pour une des patientes. D'autre part, cela représente approximativement la moitié du nombre d'épisodes journaliers moyens (soit 11).

Au final, la durée moyenne de ces cinq épisodes est de 2h14 pour une durée totale moyenne de 6h51. Les patientes sont seules durant 30% de ce laps de temps. Le U-index indique que 69% du temps est désagréable. Le Net-affect moyen est de -2,02.

Enfin pour l'épisode de la tentative de suicide, la durée moyenne de l'épisode est de 2h31. L'isolement augmente avec une solitude présente pour 48% de l'effectif. Le passage à l'acte est un moment désagréable pour 80% des patientes et le Net-affect moyen est de -3,28.

Figure 7 : évolution du Net-affect à l'approche du passage à l'acte suicidaire.



2 – Évolution des affects au cours des cinq derniers épisodes :

Les ressentis des patientes évoluent au cours de la journée et surtout à l'approche du passage à l'acte. Les sentiments d'être concentrée et d'être heureuse baissent durant cette période (voir respectivement les figures 8 et 9). A l'inverse, il y a une majoration du sentiment de hâte, de déprime et de fatigue (voir respectivement figure 10, 11 et 12). Par ailleurs, le niveau de tension et de stress (voir figure 13) semble stable au cours des cinq épisodes. D'autre part, le niveau d'irritabilité et de colère semble décroître durant les trois premiers épisodes ; puis il augmente fortement à l'épisode précédant la mise en acte tandis qu'il baisse lors de la tentative de suicide (voir figure 14).

Figure 8 : évolution item « intéressée - concentrée ».

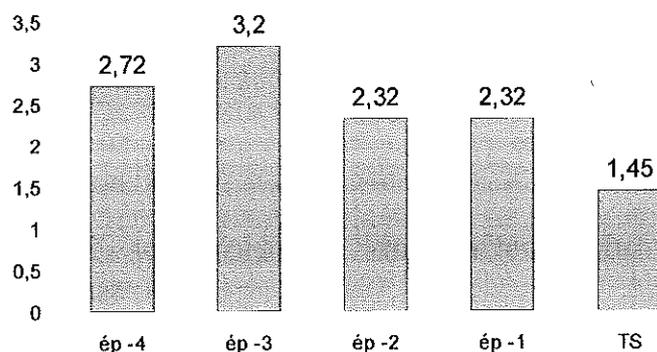


Figure 9 : évolution item « contente - heureuse ».

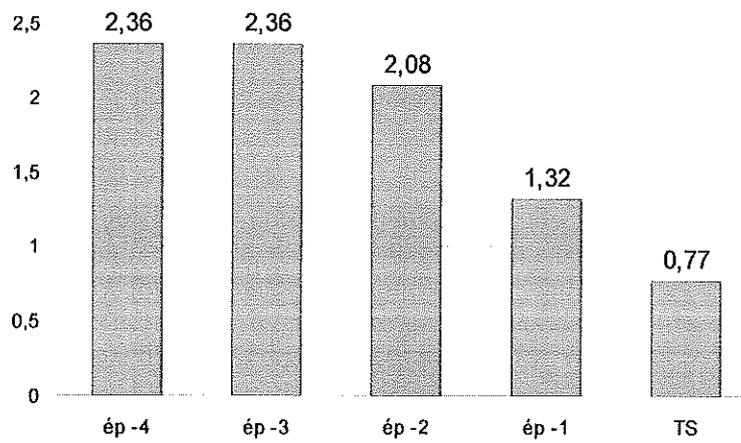


Figure 10 : évolution item « hâte que ça finisse ».

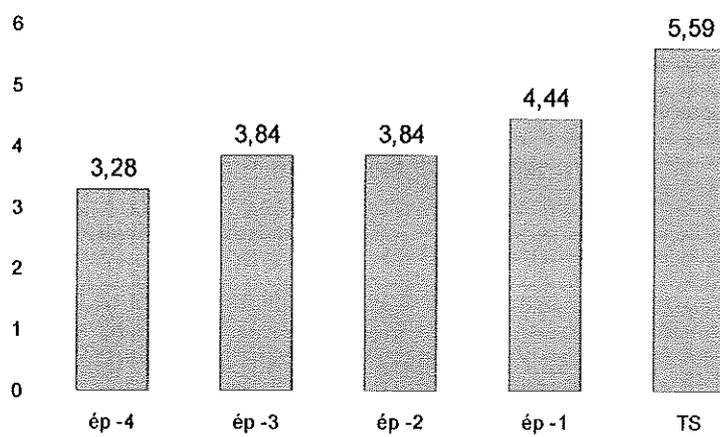


Figure 11 : évolution item « déprimée - cafardeuse ».

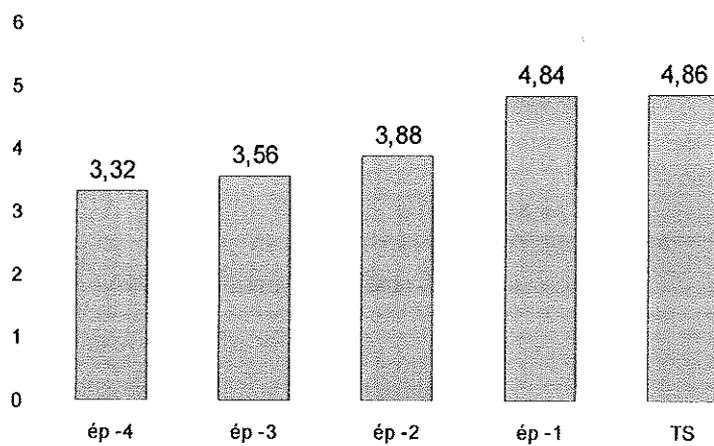


Figure 12 : évolution item « Fatigue ».

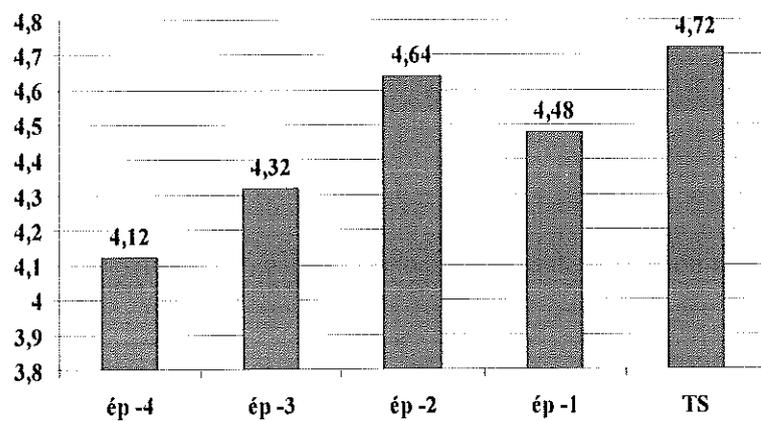


Figure 13 : évolution item « tendue - stressée ».

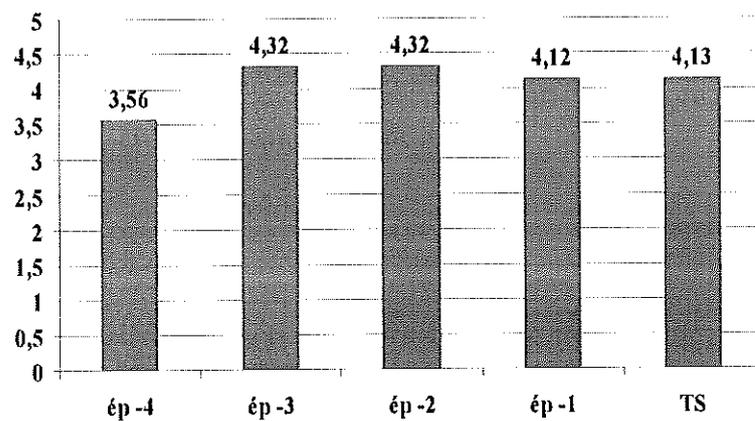
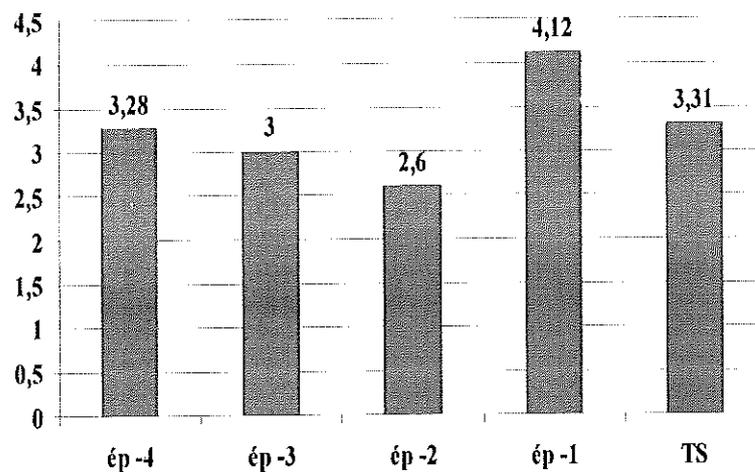


Figure 14 : évolution item « irritée – en colère ».



3 – Les affects lors de la tentative de suicide :

Lors du passage à l'acte suicidaire, le ressenti des patientes (n = 22) est homogène avec une exacerbation importante des affects négatifs et une chute des affects positifs (voir tableau 2).

Tableau 2 : nombre de réponses de patientes par affect et par cotation.

	Pas du tout						Beaucoup
	0	1	2	3	4	5	6
J'avais hâte que ça finisse	0	0	0	0	4	1	17 (77%)
Déprimée – cafardeuse	1	0	2	2	2	1	14 (64%)
Fatiguée	2	0	1	1	3	3	12 (55%)
Tendue – stressée	4	0	2	1	3	0	12 (55%)
Irritée – en colère	6 (27%)	1	0	4	2	2	7 (32%)
Compétente – sûre de moi	10 (45%)	2	1	3	1	1	4
Calme – détendue	11 (50%)	1	2	2	1	4	1
Intéressée – concentrée	13 (59%)	1	1	3	2	0	2
Affectueuse – chaleureuse	17 (77%)	1	2	1	0	0	1
Contente – heureuse	17 (77%)	1	0	2	1	0	1

Discussion

A - Puissance de l'enquête et données socio-démographiques :

La répartition des âges est proche dans les deux études DRM. D'une part, les âges minimums et maximums sont respectivement pour le DRM ψ et le DRM Nirvana : 16 – 76 et 16 – 68. D'autre part, l'âge moyen ne présente que deux points d'écart entre les études (respectivement 41 ans et 39 ans).

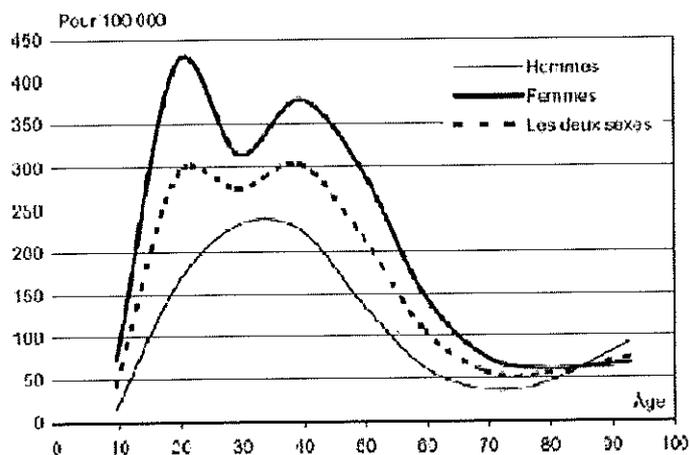
Dans le cas de la patiente mineure, l'accord d'un des parents détenteur de l'autorité, en plus de celui de la patiente, a été délivré aux urgences médico-psychologiques avant de commencer le recueil des données.

Le premier pic d'âge retrouvé dans notre échantillon correspond aux fréquents passages à l'acte ou « acting out »^{62,91} que l'on retrouve à l'adolescence avec ses sombres conséquences (le suicide est la 2^o cause de mortalité pour les 15 – 24 ans et la première cause pour les 25 – 34 ans³¹). Cet élément se traduit par un nombre important d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les adultes jeunes.

Comme le montre la figure 15, il existe un deuxième pic de fréquence pour les hospitalisations suite à une tentative de suicide vers 40 ans³⁷. Cet élément semble concorder avec le 2^o pic d'âge retrouvé dans l'échantillon DRM ψ (40 – 50 ans).

Les suicidantes de notre étude semblent donc représentatives de la population des suicidantes.

Figure 15. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 100 000 habitants en 2002³².



Champ : France métropolitaine.
Source : Base nationale PMSI, exploitation Drees.

Le taux de personnes actives dans les deux échantillons (DRMψ et DRM Nirvana) est assez similaire avec 60 et 67%.

A ces niveaux, les patientes recrutées semblent assez proches de l'échantillon rennais malgré la faible puissance de l'étude.

Concernant le cursus scolaire, on remarque que le niveau éducatif est celui du baccalauréat ou en deçà (plus de 2/3 de l'effectif). D'autre part, la classification professionnelle retrouve de manière très minoritaire des statuts de cadre ou de gérant. De plus, une part importante (40%) des suicidantes vivent seules.

Ces éléments sont donc concordants avec les données de la littérature⁹⁰ qui retrouvent comme facteurs de risque de suicide un bas niveau socio-économique et l'isolement social.

B – Descriptions des tentatives de suicide et des évaluations psychiatriques :

Le moyen utilisé pour la tentative de suicide est très majoritairement l'intoxication médicamenteuse volontaire. Cette méthode est en population générale la plus répandue (90 %) ⁹⁰. L'échantillon du DRMψ est donc représentatif concernant la méthode du passage à l'acte.

Les tentatives de suicide sont survenues prioritairement le soir (52 %) et, ensuite, l'après-midi (32 %). Cette occurrence correspond à la pratique quotidienne dans les services d'urgences psychiatriques où les équipes prennent en charge le matin les suicidants admis dans la nuit ou la veille dans la journée mais qui n'étaient pas encore « visibles ».

De plus, l'existence d'un suivi psychiatrique à hauteur de 40 % n'est pas surprenant puisque les suicidés ont souvent eu recours au système de soins avant leur passage à l'acte⁶⁸. La conférence de consensus souligne le fait que 60 à 70 % des suicidants avaient consulté le réseau de soins dans le mois précédant leur passage à l'acte, 36 % si l'on considère la dernière semaine³³.

On peut noter que le jour de la tentative de suicide, deux patientes ont consulté un médecin. Dans le premier cas, la patiente, âgée de 17 ans, a consulté comme prévu avec sa mère au CMPP où elle était suivie. L'entretien a eu lieu 7 heures avant son IMV et sans modification de son traitement. La patiente a affirmé clairement qu'elle n'avait pas d'idées de suicide à ce moment là. Dans le second cas, la patiente s'est fait prescrire par son généraliste un traitement par benzodiazépine moins de 4 heures avant la mise en acte suicidaire. Ce dernier exemple souligne bien l'importance de rechercher systématiquement des idées de suicide lorsqu'un patient est dans une situation de souffrance (psychique mais aussi somatique). En effet, ces idées mortifères ne sont généralement pas verbalisées spontanément alors même qu'elles peuvent déjà être psychiquement envahissantes.

Dans notre pays, le taux de répétition des tentatives de suicide est estimé à 35% pour les femmes³². Les antécédents de passage à l'acte suicidaire sont donc très importants dans notre échantillon avec une occurrence de 71 %. Un exemple assez extrême est celui de cette jeune patiente, présentant un trouble de la personnalité et une dépression, qui était sortie des urgences pour une intoxication médicamenteuse volontaire moins de 24 heures avant la

récidive pour laquelle elle a répondu au DRM ψ . Sur ce point, l'échantillon du DRM ψ diffère de la population générale des suicidants du fait de cette majorité de « suicidants récidivistes ».

Par extension de la notion d'effet étincelle (*kindling effect*) des événements de vie dans l'apparition de la dépression, un phénomène similaire de sensibilisation aux épisodes a été postulé en relation avec les tentatives de suicide. L'hypothèse serait que les tentatives de suicide apparaissent au départ en liaison avec un événement de vie important mais ensuite il serait provoqué par des événements bien moindres. Cette hypothèse n'a été vérifiée que de façon partielle mais elle serait davantage vraie pour les femmes^{24,58,80}.

Selon cette théorie, il devrait être plus difficile de retrouver des facteurs précipitants significatifs dans notre échantillon où les suicidantes récidivistes sont majoritaires.

L'utilisation du Questionnaire Clinique d'Intentionnalité Suicidaire nécessite quelques informations complémentaires. Cette échelle est proche de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (SIS). Le QCIS est composé de 11 items alors que la SIS en a 12. La majorité des questions (n = 9) est identique ou équivalente. Le QCIS possède un item original (le patient a-t-il le sentiment que la situation peut s'améliorer ? 0/ oui – 1/ ne sait pas – 2/ non) mais, à l'inverse, il n'y a pas d'évaluation de la dimension « Dangerosité » de la SIS (2 questions : issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi ? & la mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?). L'ultime différence entre ces deux outils est la cotation de la préméditation qui est sur 2 points dans le QCIS et sur 3 points pour la SIS. Au final, le score maximum du QCIS peut être de 22 et de 25 pour la SIS.

Comme le QCIS n'est pas un outil validé, il a été posé comme axiome la grille d'interprétation suivante : intentionnalité faible 0 – 3, intentionnalité modérée 4 – 9, intentionnalité sévère 10 – 22. Cette répartition a été inspirée (et non démontrée) à partir de la grille de A. Beck (Annexe 3) qui est elle aussi en trois parties mais avec une valeur seuil de 11 pour définir une intentionnalité sévère. Cette adaptation de la valeur seuil à 10 pour le QCIS est à mettre en parallèle avec la valeur maximale du QCIS qui n'est que de 22.

Le QCIS est une échelle utilisée systématiquement pour toute admission pour tentative de suicide aux Urgences Psychiatriques de Saint Nazaire. Cette échelle a donc été choisie car elle s'intégrait dans l'évaluation habituelle des suicidants sur un des deux sites et que les deux examinateurs avaient une bonne expérience de cet outil.

Au final, le score moyen de 7,87 et la fourchette de 2 à 16 représentent un groupe varié.

Par ailleurs, il n'est pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre le score au QCIS et l'existence d'un antécédent de TS ($p = 0,125$). Est-ce que ce résultat est en lien avec une puissance trop faible de l'étude ? Ou est-ce que cet antécédent serait davantage un facteur de risque de passage à l'acte plutôt que d'intentionnalité suicidaire ? L'antécédent de TS est en tout cas reconnu comme le meilleur facteur prédictif de conduite suicidaire⁹. En effet, 30 % des suicidants (voire 40 %) répètent leur geste et 10 à 14 % mourront par suicide (1 % de décès par suicide à 1 an, 10 % à 10 ans)¹⁷. Dans une étude prospective⁷⁴, il a été retrouvé que chaque antécédent de tentative de suicide augmente de 30 % le risque d'un nouveau passage à l'acte.

La recherche en psychobiologie et génétique des conduites suicidaires a mis en évidence plusieurs indices biochimiques du système sérotoninergique témoignant d'un dysfonctionnement de ce dernier^{6,81}. Les études génétique épidémiologique suggèrent l'existence d'un facteur de vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires^{18,23}. Il est maintenant établi qu'il existe des facteurs de prédisposition aux conduites suicidaires indépendants des facteurs de vulnérabilité aux pathologie psychiatriques au cours desquelles on rencontre des conduites suicidaires¹². La vulnérabilité génétique est commune aux tentatives de suicide et au suicide qui représentent un même phénotype : le passage à l'acte.

Conformément aux résultats du DRM ψ , les données de la littérature ne semblent pas mettre en évidence de lien entre récurrence d'un geste suicidaire et majoration de l'intentionnalité suicidaire.

La différence d'intentionnalité suicidaire n'est pas statistiquement significative entre les groupes des « déprimées » et des « non-déprimées » ($p = 0,145$). Cependant, ce lien statistique existe entre les scores à la MADRS et au QCIS ($p = 0,005$) alors qu'il est démontré que le niveau d'intensité des symptômes dépressifs est bien plus marqué dans le groupe des « déprimées » ($p = 0,038$). Ainsi, une différence statistique significative entre l'intentionnalité suicidaire et les diagnostics de trouble de l'humeur aurait probablement été mise en évidence si l'effectif avait été plus conséquent.

Par ailleurs, un lien statistique significatif ($p = 0,004$) a été mis en évidence entre l'absence d'alcoolisation aiguë et une plus forte intentionnalité suicidaire. A ma connaissance, il n'y a pas d'étude qui ait étudié spécifiquement cette interaction. D'un point de vue clinique, cela signifie que la prise en charge d'un suicidant n'ayant pas pris d'alcool lors du passage à l'acte nécessite un niveau d'attention supplémentaire.

C – Vie actuelle :

1 – niveau de satisfaction de vie « global » :

Dans les questionnaires DRM, il est important de noter que la question sur le niveau de satisfaction de vie est la première de toute. De ce fait, elle n'est pas influencée par les autres éléments du DRM ψ comme l'ont démontré les études de sociologie^{op cit}. Cependant, le contexte de passation du questionnaire (les Urgences Médico-Psychologiques dans l'immense majorité des cas) et l'entretien préalable pour le recueil des données anamnestiques ont inévitablement eu un retentissement sur les réponses. Au final, la différence de 46,9 points de pourcentage, entre les résultats des femmes Rennaises et ceux des patientes du DRM ψ , doit être le reflet d'une insatisfaction réelle des suicidantes « en général » sur leur vie actuelle. Ce résultat est congruent à la compréhension que nous avons du geste suicidaire comme mode d'échappement d'un état de mal être voire comme réalisation d'un « scénario privé »⁵.

2 – Auto-évaluation de la santé et de l'enthousiasme :

L'auto-évaluation de leur santé « ces derniers temps » est marquant par l'importance de leur insatisfaction (70%). Les affections somatiques sont un facteur de risque classique des conduites suicidaires¹ ce qui peut expliquer une part de l'insatisfaction retrouvée. D'autre part, ce jugement subjectif doit prendre en compte les maladies organiques et psychiatriques des patientes mais aussi de manière probable le retentissement des tensions psychiques du sujet. Cette hypothèse souligne le caractère multi-dimensionnel de la crise bio-psycho-sociale.

Dans le mois écoulé, les patientes « ont eu du mal » à trouver de l'enthousiasme à près de 80%. Ce taux indique que le manque d'enthousiasme affecte aussi les patientes sans diagnostic de dépression et qu'il semble être un trait commun des personnes en crise suicidaire.

On peut noter que ces deux scores interviennent dans le cinquième paquet du DRM ψ . Il est donc possible que les réponses aient été surévaluées par « contamination ». De plus, la période d'évaluation est un peu plus lointaine (sur le mois plutôt que la veille dans les paquets 2 et 3), ou moins bien délimitée (« ces derniers temps »), ce qui altère la fiabilité des résultats.

3 – Quelle source de joie et de peine ? :

Dans cette partie du questionnaire, la liste proposée aux répondantes est assez exhaustive. Les domaines abordés sont la vie spirituelle, les relations humaines (familiales, amicales et autres) dans le champ symbolique ou dans le concret du réel, des domaines d'activité de loisirs ou professionnels en solitaire ou en groupe, le corps, la santé et l'avenir.

Pour les éléments positifs les plus fréquemment relevés, il serait possible de les qualifier d'activité « sociale » et/ou « écologique/naturelle ». Il s'agit d'activités de détente qui se pratiquent seule ou à plusieurs et qui font référence à la nature, aux animaux, au plein air. Il est intéressant de relever que les termes plébiscités par les patientes ne désignent pas directement un entourage (à l'exception « les repas avec les amis ») comme le font beaucoup d'autres propositions.

Par ailleurs, l'expertise collective de l'INSERM⁴³ de 2008 témoigne que pour certains auteurs « l'activité physique peut être efficace pour réduire, à court terme, les symptômes de dépression chez certains patients volontaires » même si cela « n'a pas toujours de répercussion clinique pour les médecins, ni pour les patients dans leur vécu ». Il existe 5 contextes dans lesquels l'activité physique peut se dérouler : loisir, jardinage/bricolage, tâches ménagères, transport, activité occupationnelle (rémunérée ou non)¹⁶. Les activités plaisantes désignées dans le DRM ψ correspondent davantage aux catégories de loisir et d'activité occupationnelle (« activités de plein air » et « promenades » notamment). On peut se demander, par extrapolation, si les patientes essayent par la recherche de ces moments de plaisir un moyen de surmonter leur difficulté thymique (caractérisée ou non).

De l'autre côté, les éléments négatifs renvoient à des angoisses beaucoup plus personnelles. Deux champs sont abordés : l'avenir et le corps. Pour chacun de ces deux domaines, tous les items, et uniquement eux, ont été mis en évidence dans ce classement. Au

vu de la problématique suicidaire, ces deux sphères de focalisation ne sont pas tellement surprenantes. A l'acmé de la crise suicidaire, le sujet n'est plus en mesure d'envisager le futur. Un sentiment d'impasse ou d'avenir « bouché » est souvent évoqué dans la pratique clinique. C'est l'un des trois piliers de la triade cognitive⁷³ (*unlovability* / « je suis sans valeur » ; *helplessness* / « je ne peux en venir à bout » ; vue du futur / « je ne pourrai pas faire face »). Le patient présente des ruminations importantes avec des distorsions cognitives, une rigidité cognitive, un style d'attribution défaillant et une orientation pathologique de la pensée^{63,85,97}. Au final, toute cette souffrance passe par le corps de cette personne en crise qui s'est trouvée dans l'obligation d'agir faute d'avoir pu dire²⁸.

4 – La religion :

La religion est considérée comme un facteur protecteur par rapport au suicide^{3,75}. Cependant, il semble nécessaire pour cela que le sujet adhère à une croyance. En effet, la religion a dans cet échantillon un poids très faible. Les suicidantes ne trouvent ni joie ni peine dans la religion ou dans la vie spirituelle. Cependant, la faible représentation (21,7%) de patientes ayant une conviction ou une pratique religieuse peut être congruente avec le caractère protecteur de la religion.

D – La nuit précédant la tentative de suicide :

En moyenne, le nombre d'heures de sommeil déclaré est de 06h41. Le temps de sommeil a été analysé selon la présence ou l'absence d'un trouble dépressif dans notre échantillon. Ainsi, les patientes déprimées dorment en moyenne moins que les patientes non déprimées (respectivement 05h50 et 07h10). Cette différence entre les deux groupes s'explique très probablement par les troubles du sommeil que l'on retrouve dans la dépression : difficulté d'endormissement, réveils nocturnes³⁶.

Il est défini que la durée moyenne de sommeil chez l'adulte jeune varie entre 7 et 8,5 heures¹⁵. Dans notre échantillon, le temps déclaré par les suicidantes indemnes de dépression est donc dans la norme.

Lors d'une précédente étude réalisée au CHU de Rennes concernant l'incidence des troubles du sommeil sur les tentatives de suicide¹⁵, le temps de sommeil moyen était de 5,11 heures.

Dans son étude, Sophie Bléher¹⁵ n'avait pas retrouvé d'impact des catégories diagnostiques sur les troubles du sommeil. Au-delà de la faible représentativité de certains diagnostics dans ses effectifs, l'auteur a émis l'hypothèse que les troubles du sommeil la nuit précédente serait un marqueur trait du passage à l'acte suicidaire et non un symptôme d'une pathologie sous-jacente à l'origine du passage à l'acte.

De plus, l'étude sus-citée^{op cit} a aussi démontré que la qualité du sommeil était significativement altérée la veille de la tentative de suicide (par rapport au mois précédent et aux 3 jours précédents).

Ces études sont rares et de faibles puissances. D'autres études sur le sujet semblent donc nécessaires pour conforter ces résultats.

D'autre part, l'heure du coucher ne diffère pas selon l'humeur des patientes et il est en moyenne à 23h35. L'heure du lever est différente en fonction de la pathologie thymique. En effet, il est retrouvé, comme décrit classiquement³⁶, un réveil précoce en cas de dépression (07h00 contre 08h35 dans l'étude DRMψ).

Enfin, il est considéré que pour avoir un sommeil efficace le rapport temps de sommeil sur temps au lit doit être supérieur à 0,9¹⁴. Par conséquent, l'efficacité du sommeil dans notre échantillon est altérée quel que soit le diagnostic des suicidantes. Ce résultat est concordant avec l'étude de Sophie Bléher^{op cit}. L'altération de l'efficacité du sommeil la nuit précédente semble être un élément inhérent à la crise que traversent les patientes.

E – Le jour de la tentative de suicide :

1 - La Fatigue au réveil :

En moyenne, les patientes se sont senties « plutôt fatiguées » avec un score de 3,04. De plus, plus du tiers de l'effectif (36 %) s'est considéré comme « fatigué » (2 sur 6 à l'échelle numérique).

Ces résultats n'ont pas différés selon le score à la MADRS ou au QCIS. Il semblerait donc que l'altération de l'efficacité du sommeil ait un retentissement sur la fatigue matinale. En revanche, la fatigue matinale, qui fait partie du cortège de symptômes de la dépression, n'a pas d'impact dans cet échantillon restreint. Ce sentiment de fatigue au réveil serait donc un élément lié à la crise suicidaire et non un symptôme d'une pathologie sous-jacente.

2 – Le cycle hormonal :

Cette étude en population féminine permet une recherche d'un lien statistique entre le cycle hormonal et le comportement suicidaire. L'effectif limité de l'échantillon ne permet pas de différencier le rôle d'éventuels cofacteurs comme l'âge par exemple.

Les résultats retrouvent un lien statistiquement significatif entre les facteurs hormonaux et l'intentionnalité suicidaire. En effet, les femmes en âge de procréer ont une intentionnalité supérieure à celle des femmes ménopausées. En revanche, il n'y a pas de différence significative entre les répondantes en première ou en deuxième partie du cycle hormonal.

Parmi les facteurs de risque tertiaires, il est décrit certaines périodes de vulnérabilité et la phase prémenstruelle chez les femmes est définie comme telle⁹⁰. La puissance insuffisante de notre étude ne permet pas réellement de conclure sur ce point.

3 – Un moment particulièrement affreux ou difficile :

Cette partie du questionnaire est essentielle pour l'analyse de l'impact d'événements extérieurs dans la journée précédant le passage à l'acte. L'événement rapporté ici par les patientes est signifiant puisque validé comme étant « particulièrement affreux ou difficile » et

désigné comme étant différent des autres épisodes. En revanche, il est important de noter qu'il n'est pas fait de lien dans le questionnaire entre cet épisode et le passage à l'acte suicidaire. Cette remarque peut être une faiblesse dans notre questionnaire mais ce choix a été fait pour rester au plus près du questionnaire original du DRM. De plus, l'expérience de la passation des questionnaires auprès des patientes et les descriptions de ces épisodes n'ont pas suscité de doute à ce niveau.

Les répondantes ont vécu, dans leur grande majorité (84 %), un moment particulièrement affreux ou difficile.

Les résultats montrent que le délai entre cet épisode et le passage à l'acte fluctue. Cependant, une part importante des tentatives de suicide (44%) survient dans l'heure suivante. Ce groupe de « TS impulsives » ne se différencie pas des autres sur les échelles complémentaires. Cet intervalle avant le passage à l'acte a probablement de multiples origines. On peut imaginer que l'environnement a un rôle important (présence et réaction de l'entourage, disponibilité de moyens létaux, lieu de la scène...) en plus de la psychopathologie du sujet (personnalité borderline ou psychopathique, trouble de l'humeur) et du contexte suicidaire⁹⁶ (présence préalable d'idées de suicide passagères ou actives ou planifiées, sentiment d'échec ou d'inutilité...).

A l'aide de la description faite par les patientes, il est possible de différencier les événements extérieurs de processus psychiques propres ou autonomes. Ainsi, 64% des patientes (16 sur 25) rapportent un facteur précipitant comme moment particulièrement difficile (soit 76 % des moments particulièrement difficiles, 16 sur 21).

Dans l'introduction, il a été formulé l'hypothèse selon laquelle l'occurrence d'événements extérieurs devrait être plus importante que celle de l'échelle d'analyse chez les suicidants : la journée précédente, la semaine précédente, le mois précédent, les mois précédents, etc. Cette étude apporte une première série de données sur la journée précédant le geste suicidaire. Ces résultats seront à confirmer par des études ultérieures et à comparer à un groupe témoin mais ils corroborent déjà l'hypothèse d'une évolution des événements de vie chez les suicidants.

Dans son étude sur les événements de vie concernant un échantillon stratifié d'adolescents et de jeunes adultes primo-suicidants adressée en ambulatoire après une tentative de suicide, Netta Horesh¹¹ formule trois hypothèses :

1. La théorie quantitative générale. Dans cette hypothèse, c'est l'accumulation des impacts des différents événements de vie stressants (Stress Life Events), qu'ils soient positifs ou négatifs, qui serait liée au comportement suicidaire.

2. La théorie qualitative générale. Dans cette hypothèse, c'est l'accumulation d'événements de vie négatifs (Negative Life Events) qui serait liée au comportement suicidaire. Ces événements de vie négatifs sont définis comme tels par les patients eux-mêmes.

3. La théorie qualitative spécifique. Dans cette hypothèse, c'est l'accumulation de certaines catégories d'événements de vie négatifs qui serait en lien avec le comportement suicidaire. Les catégories d'événements sont alors définis par les auteurs (par exemple : la perte d'un proche).

Dans cette recherche, la seule hypothèse qui se retrouve confirmée à l'échelle de la vie entière et de l'année précédente est la théorie qualitative générale. La théorie quantitative générale n'est retrouvée qu'à l'échelle de l'année précédente.

Dans l'étude DRM ψ , il est retrouvé une fréquence importante d'événements de vie négatifs comme décrits dans l'hypothèse qualitative générale. Une analyse catégorielle de ces événements pourrait être un argument en faveur de la théorie qualitative spécifique dans la journée précédant la tentative de suicide.

Une classification ad hoc (tableau 1) a donc été élaborée dans l'objectif de répertorier les catégories d'événements ou d'épisodes douloureux. On note une part très importante de conflits relationnels (62%, 13 sur 21). Ces derniers peuvent soit être dans une interaction directe entre différentes personnes, comme dans les cas des disputes, soit être vécu de manière plus passive avec la réception d'une lettre par exemple. Par ailleurs, il existe d'autres catégories d'épisodes comme des conduites d'évitement d'une situation jugée trop insupportable ou comme geste adressé à autrui de manière assez consciente. D'autre part, un cas se différencie des autres car pour cette patiente le moment particulièrement difficile a été l'épisode de la prise des médicaments en lui-même. Cela signifie bien, à mon avis, que pour cette personne la tentative de suicide représente bien un choix par défaut. En pratique clinique, les patients évoquent facilement la notion de « courage » nécessaire pour le passage à l'acte et nous connaissons bien l'effet de certains produits désinhibiteurs sur ce facteur (alcool, benzodiazépine).

Il est intéressant de faire un lien entre les résultats du DRM ψ et les différents motifs de passage à l'acte suicidaire décrits par le Pr Marcelli⁷¹ (tableau 3) :

tableau 3 : comparaison des motifs de TS et la catégorisation des moments particulièrement difficiles.

motifs de passage à l'acte	description du motif	catégorie(s) d'épisodes douloureux correspondant	effectif dans l'étude
<i>la fuite</i>	échapper à une situation insoutenable	geste d'évitement	2
<i>le deuil</i>	perte d'un élément de la vie du sujet	dispute, dispute tel, mauvaise nouvelle	13
<i>l'appel et le chantage</i>	faire pression sur autrui		
<i>le crime</i>	entraîner autrui dans sa mort	▣	0
<i>la vengeance</i>	provoquer le remords d'autrui	geste signifiant d'hétéro agressivité	1
<i>le châtime</i>	expier une faute réelle ou imaginaire	▣	0
<i>le sacrifice et le passage</i>	atteindre une valeur jugée supérieure	▣	0
<i>l'ordalie ou le jeu</i>	s'éprouver soi-même	▣	0

Un certain nombre d'événements douloureux peuvent se recouper avec un motif de passage à l'acte. Cette concordance renforce l'hypothèse selon laquelle ces événements sont en rapport avec le passage à l'acte et offre un angle d'appréhension du phénomène suicidaire. Seulement, il est important de ne pas minimiser tous les autres paramètres intervenant au cours de la crise suicidaire.

On retrouve une forte proportion (81 % des moments difficiles) de conflits interpersonnels qui peuvent correspondre au motif « l'appel et le chantage » ou « le deuil » selon la description faite par les patientes. Dans l'optique d'une analyse catégorielle des événements de vie, ces deux dimensions auraient une place importante dans notre échantillon.

Concernant le caractère typique de cette journée, on retrouve une dichotomie importante avec 50% de journée « pire » et 42% de journée « assez typique ».

Ces éléments répondent en partie à l'objectif principal de l'étude. Ils montrent que près de deux tiers des patientes sont confrontées à un facteur précipitant et ces derniers font essentiellement référence à une perte douloureuse pour le sujet ou à un enjeu relationnel complexe.

F – À l'approche du passage à l'acte :

1 - Net-affect, U-index et solitude:

Le nombre d'épisodes rapporté par les patientes, pour les 24 heures étudiées, varie presque du simple au quadruple (fourchette de 5 à 19 épisodes). L'origine d'une telle fluctuation pose question. Est-ce que cela représente l'écart entre des patientes repliées ou abouliques et des patientes dans un état d'excitation ou d'instabilité ? Est-ce que cela reflète une différence d'expression de ce qui constitue un épisode pour les patientes ? Est-ce que le nombre d'épisodes est fonction de l'isolement des patientes ou de leur capacité actuelle à rentrer en lien avec autrui ? Les données ne permettent pas de confirmer l'une ou l'autre des hypothèses. En illustration, on peut citer le fait que 3 patientes ont déclaré ne parler à personne de toute la journée alors que la description de certains épisodes indique le contraire. On retrouve notamment le cas d'une patiente qui discutait avec sa voisine mais qui a choisi comme catégorie d'activité « autre : je cherchais comment en finir ». Par ailleurs, il n'y a que 4 patientes qui sont restées exclusivement chez elle pendant ces 24 heures.

Le résultat moyen d'onze épisodes par jour est, quant à lui, assez proche du nombre d'épisodes rapporté par les études de sociologie^{op.cit}.

L'analyse du U-index nous indique que la journée est vécue comme déplaisante pour plus des deux tiers des patientes (68 %). De plus, il est démontré que sur l'ensemble des épisodes plus de la moitié de ces derniers (54 %) sont vécus comme indésirables (U-index = 1).

Par ailleurs, l'expression d'affects négatifs domine celle des affects positifs sur l'ensemble de la journée pour une écrasante majorité des répondantes (88%). Le Net-affect moyen est d'ailleurs de - 1,92. Cet élément n'est pas influencé par l'humeur des patientes puisqu'il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le Net-affect et le diagnostic de trouble de l'humeur ou le score à la MADRS.

De plus, il existe une tendance statistique entre le Net-affect et les groupes d'intentionnalité suicidaire. Il est probable qu'un lien statistiquement significatif eu été démontré si la puissance de l'étude avait été plus importante car ce lien existe entre le Net-affect et le score au QCIS ($p = 0,016$). Cela montre que le vécu de la journée influe sur l'ardeur du désir d'échapper à cette situation. Plus une patiente ressent des sentiments négatifs au cours des épisodes et plus l'intentionnalité est forte. Comme le Net-affect est non corrélé au score à la MADRS ou au diagnostic de dépression, on peut penser que ce lien entre le Net-

affect et le QCIS souligne l'importance des événements survenant dans les 24 heures précédant un passage à l'acte suicidaire.

Le dernier paramètre étudié dans ce chapitre est la solitude. Cet élément semble pertinent dans l'analyse des conduites suicidaires car c'est un phénomène dynamique où le sujet se retrouve en rupture d'équilibre relationnel avec lui-même et avec son environnement. La présence d'un entourage peut être un événement positif si l'entourage est disponible et soutenant. Il est alors un facteur de protection par rapport au suicide. A l'inverse, s'il est à l'origine de conflits et de tension alors l'entourage peut représenter un facteur précipitant comme nous l'avons vu précédemment. De même, la solitude peut avoir une vertu apaisante dans certaines situations mais peut aussi favoriser des ruminations insoutenables pour d'autres voire être un élément de gravité si le sujet est décidé à se défaire.

Dans cette étude, les patientes sont considérées comme seules si elles ne sont pas en présence d'un tiers et si elles ne sont pas en communication téléphonique ou virtuelle (chat notamment) avec autrui.

Le paramètre solitude est plutôt stable à l'échelle de la journée et des cinq derniers épisodes (respectivement 29 % et 30 %). Il augmente pour atteindre près de la moitié de l'effectif au moment du passage à l'acte (48 %). Ce dernier résultat est à considérer avec une certaine nuance car la variance des données est forcément plus importante sur un seul épisode que sur un regroupement de plusieurs d'entre eux.

Cette augmentation peut être interprétée de différentes manières. Premièrement, le sujet peut en s'isolant s'extraire d'un environnement conflictuel ou nocif et nous avons constaté un certain nombre de situations compatibles dans l'analyse des moments particulièrement difficiles. Deuxièmement, la personne peut se mettre à l'écart pour essayer de maîtriser le flot de sentiments et d'idées qui la submerge en pareilles circonstances. Troisièmement, le répondant peut s'isoler car il n'est plus en mesure de communiquer avec autrui du fait de son état de tension et de détresse. Quatrièmement, il est possible que le suicidant s'isole pour mettre en acte ses idées de suicide. Enfin, il est probable que l'ensemble de ces scénarios se côtoient lors de cet épisode qui dure 2h31 en moyenne.

Les moments vécus comme déplaisants sont de plus en plus fréquents à l'approche de la tentative de suicide. En effet, le taux de U-index côté à un point progresse de 54 % pour l'ensemble des épisodes, à 69% pour les cinq derniers épisodes, pour enfin culminer à 80% au moment du passage à l'acte.

Cette progression est aussi retrouvée pour le Net-affect avec une valeur moyenne de -1,92 à la journée, de -2,02 pour les cinq derniers épisodes et -3,28 pour le passage à l'acte. La figure 6 illustre bien cette évolution.

Cela traduit un sentiment d'inconfort croissant au cours de la journée. Enfin, l'épisode de la tentative de suicide est jugé désagréable par les quatre cinquième de l'effectif ce qui est encore un argument sur le caractère échappatoire du passage à l'acte. L'agir n'est pas un soulagement mais l'espoir de se couper de ses souffrances.

2 – Évolution des affects au cours des cinq derniers épisodes :

Les sentiments des patientes à l'approche du passage à l'acte montrent une baisse de certains affects positifs. On retrouve ainsi une diminution du niveau de concentration et du sentiment d'être contente. A l'inverse, il existe une majoration progressive de la fatigue, des sentiments de déprime et de hâte. Ces éléments traduisent un épuisement psychique grandissant avant le passage à l'acte.

Par ailleurs, le niveau de tension reste stable au cours de ces épisodes. Le stress, qui semble moteur au cours de la crise, ne suit pas la même évolution que les autres affects négatifs. De même, le passage à l'acte n'entraîne pas de soulagement de cette tension.

Le niveau de colère et d'irritabilité fluctue davantage. Cet item semble plus en lien avec l'entourage immédiat des patientes. Il est donc plus difficile d'interprétation et un échantillon plus important serait nécessaire pour sa compréhension. Pour les épisodes -4 à -2, le niveau d'irritabilité est plutôt en baisse puis il augmente fortement à l'épisode précédant la tentative de suicide. Il pourrait être émis l'hypothèse d'une frustration (d'origine externe ou liée à la vie intrapsychique du sujet) déclenchant le passage à l'acte. Ensuite et contrairement au niveau de stress, l'irritabilité est soulagée par la tentative de suicide.

3 – Les affects lors de la tentative de suicide :

Au moment du geste suicidaire, l'affect dominant est le sentiment de hâte d'en finir car il est cité au maximum par près de $\frac{3}{4}$ de l'effectif (74 %). On retrouve bien un sentiment d'urgence à sortir d'une situation jugée insupportable. Le sujet est cafardeux, fatigué et tendu. Par ailleurs, dans cette phase de lâcher prise les patientes ne rapportent aucun sentiment de plaisir, d'assurance ou de concentration.

L'objectif principal de l'étude est validé avec la mise en évidence d'un sentiment de mal-être croissant couplé à un désir d'en finir rapidement chez un sujet tendu. La souffrance et l'épuisement, progressivement croissants au cours des semaines que dure la crise, suivent la même évolution sur la journée précédant la tentative de suicide.

G – les limites de l'étude :

La première limite de l'étude est sa faible puissance. En effet, l'échantillon du DRM ψ est limité avec seulement 25 sujets répondants.

Voici, les principales difficultés qui ont été rencontrées lors du recrutement :

- La population étudiée est exclusivement féminine. Bien que la majorité des suicidants soit des femmes³², ce facteur a été très limitant.
- Le temps de passation du questionnaire a été un facteur péjoratif pour trois raisons :
 - Premièrement, il était précisé aux patientes que la durée moyenne pour répondre était d'environ 45 minutes. En pratique, ce fut un argument souvent utilisé pour motiver le refus de participation. De plus, ce temps a été souvent dépassé avec un maximum de deux heures ce qui a demandé une énergie certaine aux répondantes et aux examinateurs.
 - Deuxièmement, le déroulement chronologique entre la proposition de participer à l'étude DRM ψ et l'entretien psychiatrique n'a pas été sans conséquence. En effet, la présentation et la passation de l'étude avant l'entretien soignant pouvait gêner le fonctionnement du service mais augmentait le taux d'acceptation du questionnaire. Dans l'autre situation, la présentation du questionnaire aboutissait quasi-systématiquement à un refus de l'étude pour les patientes sortantes (soit la majorité des suicidantes dans un service d'urgence).
 - Troisièmement, il était nécessaire que la patiente reste sur le site d'évaluation suffisamment longtemps pour que le questionnaire soit mené à son terme. Dans quelques situations cela n'a pas pu être le cas. Pour leur majorité, la cause était extérieure (arrivée des ambulances pour un transfert ou de la famille pour un retour à domicile) et, plus rarement, les patientes n'allaient pas jusqu'au bout ou n'étaient finalement pas en capacité à répondre au questionnaire. Par exemple, une patiente a mis plus de 20 minutes pour répondre à quelques questions car toute prise de décision était une source d'angoisse importante.

Deuxièmement, on peut noter que le recrutement des patientes n'a pas été exhaustif sur la période d'étude ce qui peut représenter un biais de recrutement. La raison principale est que j'étais l'examineur principal de cette étude et que je n'ai pas été en poste dans un service d'urgences psychiatriques durant cette période.

Pour certaines patientes, l'examineur a été sollicité pour noter les réponses au lieu de laisser les patientes les remplir elles-mêmes pour tout ou partie du questionnaire. Les motifs ont été multiples : absence de lunettes, maux de tête à la lecture, incompréhension des consignes, difficulté physique, manque de motivation, etc. Inévitablement, la participation d'un tiers a entraîné des interactions et possiblement un biais dans les réponses.

Troisièmement, les diagnostics posés, dans un contexte de crise et d'urgence, peuvent être critiqués en l'absence d'entretiens structurés et validés. Cependant, cela aurait augmenté considérablement la charge de travail pour les examinateurs et, par voie de conséquence, limité le recrutement pour l'étude. D'autre part, le choix du diagnostic s'est fait conjointement avec le psychiatre en charge de la patiente. Par ailleurs, la différence statistiquement significative du score à la MARDS entre le groupe des « déprimées » et des « non-déprimées » indiquent une certaine fiabilité, au minimum, pour les diagnostics de trouble de l'humeur.

Quatrièmement, l'utilisation d'une échelle non validée, pour l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire, réduit la fiabilité de ce score et la rigueur méthodologique de l'étude.

Enfin, la nature du lien entre le moment particulièrement difficile et le passage à l'acte suicidaire, dans le questionnaire DRM ψ , n'est pas laissée à l'appréciation des répondantes. Une question sur ce point pourrait être rajoutée.

Conclusion

La crise suicidaire est un phénomène complexe et dynamique. Il nous est nécessaire de la scinder artificiellement en différentes étapes afin de faciliter notre analyse de ce cheminement.

Cette étude s'est intéressée aux 24 heures précédant le passage à l'acte. Le choix de cette période s'est effectué devant l'absence de données scientifiques solides sur cet intervalle a priori primordial avant la mise en acte des idées de suicide.

L'hypothèse initiale de ce travail est l'existence d'une évolution à l'échelle des 24 heures précédant le passage à l'acte comparable à celle retrouvée dans les semaines précédentes, à l'image de la géométrie fractale qui reproduit le même motif indépendamment de l'échelle d'analyse. Du fait de la quasi inexistence d'études sur cette journée charnière, il a été nécessaire d'élaborer un outil d'évaluation. Grâce à des études sur le bien être^{op cit} du champ de la sociologie, le formulaire DRMψ a pu être conçu. Les questions ont été orientées sur le ressenti des patientes et sur les facteurs précipitants survenus durant cette période.

L'objectif principal de l'étude a été la mise en évidence d'un malaise croissant avant le passage à l'acte et d'établir un lien avec d'éventuels facteurs précipitants.

D'une part, le Net-affect et le U-index ont permis de mettre en évidence une majoration progressive des affects négatifs et du caractère déplaisant des épisodes au fur et à mesure de la journée. Ce débordement d'émotions négatives n'est pas en lien avec l'existence d'un trouble de l'humeur ou avec le score à la MADRS. En revanche, il est retrouvé un lien statistiquement significatif entre une hausse d'intentionnalité suicidaire et une péjoration du Net-affect. Au moment de la tentative de suicide, le sentiment dominant est celui d'un besoin impérieux de sortir de cette situation. A l'inverse du niveau de colère et d'irritabilité, le niveau de tension n'est pas amélioré par le passage à l'acte. La tentative de suicide semble donc bien être un essai désespéré d'échapper à une situation (externe ou interne) jugée insupportable.

D'autre part, un facteur précipitant a été retrouvé chez près de deux tiers des répondantes. Ces facteurs ont été désignés comme des moments particulièrement difficiles. On y retrouve une forte proportion de conflits. Ces événements de vie font écho à deux motifs de passage à l'acte que sont « le deuil » et « l'appel & le chantage ».

Un des objectifs secondaires a été le recueil de données sur la nuit précédente. L'efficacité du sommeil semble altérée chez les patientes la nuit précédant le passage à l'acte suicidaire.

L'autre objectif secondaire était centré sur l'étude des sources de joie et de peine chez les patientes en crise suicidaire. Les activités vécues comme plaisantes sont plutôt des événements faisant intervenir un entourage. Cependant, les tiers sont rarement cités

directement dans les énoncés choisis par les patientes. On retrouve aussi des activités en lien avec la nature et le plein air. Pour les sources de peine, deux thèmes sont abordés : l'avenir et le corps. On retrouve ici des éléments sources d'angoisses et face auxquels le sujet est en difficulté à l'acmé de la crise.

Au vu des résultats sus cités, le DRM ψ apparaît comme un outil intéressant dans l'étude de la journée précédant une tentative de suicide et des facteurs précipitants survenant durant cette période. Son utilisation nécessiterait d'être répétée afin de consolider les données mises à jour. De plus, une étude randomisée avec un groupe de contrôle mettrait très certainement en lumière d'autres éléments utiles à la compréhension du processus suicidaire.

Par rapport à la difficulté de recrutement rencontrée lors de la passation des questionnaires, différentes pistes d'amélioration sont possibles. D'une part, le DRM ψ pourrait être allégé de certaines questions qui s'avèrent a posteriori peu utiles ou inexploitable (citations dans le paquet 1, questions sur les journées de travail manquées, questions trop détaillées sur les enfants, reformuler une partie du paquet 5) afin de réduire le temps de passation. D'autre part, il pourrait être exploité d'autres supports. En effet, un questionnaire informatisé pourrait avoir un intérêt pour un usage sur site ou pour être envoyé par courriel aux patientes.

Au final, le processus suicidaire reste encore en partie hors de notre portée de compréhension et d'action. De nombreuses pistes sont encore à exploiter pour améliorer notre niveau de connaissance. C'est au travers de notre travail clinique d'accompagnement des patients en crise suicidaire que nous pourrions trouver, je l'espère, les clés de ces phénomènes.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire Clinicien d'intention suicidaire.

A- préméditation :

- 0 – Geste impulsif sans préméditation.
- 1 – Le patient a envisagé son geste depuis moins de 24 heures.
- 2 – Le patient envisageait son geste depuis plusieurs jours.

B – préparation du geste :

- 0 – Aucune.
- 1 – Préparation partielle.
- 2 – Projets organisés (changement des dernières volontés, assurance-vie...)

C – lettre laissée par le suicidant :

- 0 – Aucune.
- 1 – Le patient a rédigé une lettre mais l'a déchirée ou jetée.
- 2 – Présence d'une lettre.

D – Isolement au moment de l'acte :

- 0 – Quelqu'un d'autre est présent.
- 1 – Une personne est proche ou peut à tout moment le joindre (par téléphone par exemple).
- 2 – Isolement total.

E – Programmation de l'heure :

- 0 – Acte exécuté à un moment où une intervention est probable.
- 1 – Acte exécuté à un moment où une intervention n'est pas probable.
- 3 – Acte exécuté à un moment où une intervention est hautement improbable.

F – Évocation du geste :

- 0 – Le patient a averti une personne pouvant le secourir.
- 1 – Le patient a contacté quelqu'un mais sans évoquer son geste.
- 2 – Le patient n'a contacté ou averti personne.

G – Précautions contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui :

- 0 – Aucune précaution.
- 1 – Des précautions passives ont été prises (éviter autrui sans empêcher son intervention).
- 2 – Précautions actives (porte fermée à clef...).

H – Qu'attendait le patient de son geste ?

- 0 – Le patient ne voulait pas mourir (exemple : désir de tout oublier...).
- 1 – Le patient ne sait pas.
- 2 – Le patient désirait sincèrement mourir.

I – Appréciation de la létalité du moyen utilisé :

- 0 – Le patient pensait que ce moyen ne le tuerait pas.

- 1 – Le patient n'était pas certain que son geste le tuerait.
- 2 – Le patient pensait que son geste le tuerait.

J – Le patient a-t-il le sentiment que la situation peut s'améliorer ?

- 0 – Oui.
- 1 – Le patient ne sait pas.
- 2 – Non.

K – Position actuelle du malade vis à vis de son geste :

- 0 – Le patient est satisfait d'être en vie.
- 1 – Le patient ne sait pas s'il est heureux ou malheureux d'être en vie.
- 2 – Le patient est désolé d'avoir survécu.

TOTAL : ... sur 22

Paquet 1

date du Jour : ____ / ____ / ____

En premier lieu, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre vie en général.

Dans l'ensemble, êtes-vous globalement satisfaite de votre vie actuelle ?
Diriez-vous que vous êtes (cochez une réponse) :

___ Très satisfaite, ___ plutôt satisfaite, ___ pas très satisfaite, ___ pas du tout satisfaite ?

Nous voudrions aussi savoir comment vous vous sentez et de quelle humeur vous êtes en général.

Dans l'ensemble, en *pourcentage du temps*, vous êtes :

1. De mauvaise humeur ____%
2. Un peu à plat ou irritable ____%
3. D'assez bonne humeur ____%
4. De très bonne humeur ____%

Total 100%

(Attention le total doit obligatoirement faire 100)

Voici cinq déclarations, avec lesquelles on peut être d'accord ou pas. Pour chacune de ces phrases, indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord en entourant le chiffre qui correspond.

1 "Pour l'essentiel, ma vie est proche de mon idéal"

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

2 "Mes conditions de vie sont excellentes"

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

3 "Je suis satisfaite de ma vie"

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

4 "Jusqu'ici, j'ai eu les choses importantes que je voulais avoir dans la vie"

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

5 "Si je pouvais recommencer ma vie, je ne changerais presque rien"

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord ni pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4	5	6	7

=> Si vous ne travaillez pas régulièrement, merci de passer à la page suivante
- vous pouvez sauter ces deux questions -

Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaite de votre emploi actuel ? Diriez-vous que vous êtes :

__ très satisfaite, __ satisfaite, __ pas très satisfaite, __ pas du tout satisfaite ?

Nous voudrions aussi vous demander comment vous vous sentez et de quelle humeur vous êtes quand vous êtes au travail. En pourcentage du temps, quand vous êtes au travail, vous êtes :

1. De mauvaise humeur _____%
2. Un peu à plat ou irritable _____%
3. D'assez bonne humeur _____%
4. De très bonne humeur _____%

Total 100%

(Le total doit obligatoirement faire 100)

Quelques questions sur vous-même et votre famille, maintenant, pour nos analyses statistiques :

1. Votre année de naissance 1 9 __ __

2. Le niveau d'études auquel vous êtes arrivé

1. __ Primaire, secondaire (collège, lycée)
2. __ Baccalauréat ou équivalent
3. __ Bac + 1 ou 2
4. __ Bac + 3 ou 4
5. __ Bac + 5 et plus, grandes écoles, écoles d'ingénieurs

3. Quelle est votre situation de famille actuelle ?

1. __ Mariée
2. __ Vivant en couple mais non mariée
3. __ Séparée
4. __ Divorcée
5. __ Veuve
6. __ Célibataire (jamais mariée)

4. Habitez-vous avec vos parents ? __ Oui __ Non

5. Habitez-vous avec un époux ou un compagnon ? __ Oui __ Non

6. Si vous avez des enfants (biologiques ou adoptés) qui vivent avec vous, Merci de donner la liste des âges :

7. Si votre mari ou votre compagnon a eu des enfants de son côté qui vivent avec vous, Quel âge ont-ils ?

8. Si vous avez des enfants qui **ne vivent pas** avec vous, indiquez leur âge :

10.1 Quelle est votre situation professionnelle ?
Etes-vous ...

1. A votre compte
2. Salariée de l'Etat ou d'une collectivité publique
3. Salariée d'une entreprise privée ou nationalisée
4. A la recherche d'un emploi et vous avez déjà travaillé
5. A la recherche d'un premier emploi
6. Au foyer
7. Collégienne / Lycéenne
8. Etudiante
9. Retraitée
10. Autre inactif : invalide, pension de réversion , rentière ...)

Si vous êtes « A la recherche d'un premier emploi », « Au foyer », « Collégienne / Lycéenne », « Etudiante », « Retraitée » ou « Autre inactif » :
Merci de passer à la page suivante

10.2 Quelle est votre classification professionnelle ? (pour les chômeuses, répondre par rapport à votre dernière profession)

1. Ouvrier non-qualifié
2. Ouvrier qualifié
3. Employé
4. Technicien Supérieur
5. Agent de maîtrise
6. Cadre
7. Autre (préciser) _____

10.3 Quel est le nombre de salariés dans votre société ?

1. Moins de 10 salariés
2. 10 salariés et plus

10.4 Quelle est votre profession, votre métier ?

Merci.
Vous avez rempli le paquet 1.
Remettez-le maintenant dans l'enveloppe
et ouvrez le paquet 2.

Paquet 2

=> Merci de lire très attentivement cette page et la suivante.

Hier

Ce qui nous intéresse, c'est votre journée d'hier : ce que vous avez fait et ce que vous avez ressenti. Toutes les journées ne se valent pas : il y en a de bonnes, il y en a de mauvaises, il y en a d'autres encore qui sont « comme les autres ». Celle dont nous vous demandons de nous parler, c'est celle d'hier et pas une autre.

On a souvent du mal à se souvenir exactement de ce que l'on a fait et de ce qu'on a éprouvé.

Nous allons donc procéder en trois étapes :

1. Page suivante, nous vous demanderons à quelle heure vous vous êtes réveillée et à quelle heure vous vous êtes couchée hier.

2. Nous vous demanderons ensuite de reconstituer à quoi a ressemblé votre journée d'hier, du matin au soir. Où êtes-vous allée, avec qui, qu'est-ce que vous avez fait, qu'avez-vous éprouvé ? Les questions de la page suivante vous aideront à reconstituer votre journée.

3. Vous utiliserez ces notes pour vous aider à répondre à d'autres questions sur votre journée que nous vous poserons plus loin dans ce questionnaire.

Ce que vous notez sur votre journée d'hier n'est destiné qu'à vous. Vous n'avez pas à rendre ce paquet : il est à vous. Ce que vous avez écrit vous servira à vous rappeler et à décrire ce qui est arrivé hier.

Pour commencer, quel jour de la semaine était hier (cocher une réponse)

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Hier : journal de bord

A quelle heure environ vous êtes-vous réveillée le jour de la tentative de suicide ?

A quelle heure vous êtes-vous couchée la veille de la tentative de suicide ?

Essayez de vous rappeler votre journée d'hier comme une suite de scènes ou d'épisodes dans un film. Dans les pages qui suivent, vous allez découper votre journée en épisodes. **Un épisode dure au moins 20 minutes et pas plus de deux heures.**

Un nouvel épisode commence quand quelque chose d'important change : ce que vous faites, les personnes avec qui vous êtes, l'endroit où vous êtes, ou encore quelque chose qui se passe et change votre humeur.

Pour chaque épisode, merci de bien noter l'heure approximative de début et de fin. Essayez de vous rappeler l'épisode en détail et pour chacun des épisodes écrivez une "étiquette", c'est-à-dire les quelques mots qui vous rappelleront ce qui se passait exactement et ce que vous éprouviez (par exemple "transport travail" ou "déjeuner avec amis Untel")

Il y a trois pages pour la journée d'hier, une pour chaque partie :

1. le matin (du réveil au déjeuner)
2. l'après-midi (du déjeuner à environ 18 h)
3. le soir (de 18 h au coucher)

Pour chaque partie de la journée, il y a place pour 10 épisodes – mais vous n'aurez sans doute pas besoin d'autant.

Encore une fois, les épisodes doivent durer entre 20 minutes et 2 heures. Pour ce qui est des petites activités de routine (toilette, douche, etc), vous pouvez les regrouper en un seul épisode. A vous de déterminer le découpage de votre journée qui vous paraît le plus judicieux, qui rend le mieux compte de ce que vous avez fait et des sentiments que vous avez éprouvés.

Faites vos "étiquettes" de telle sorte que, tout à l'heure, elles vous aident à bien vous souvenir de tout ce qui est arrivé dans chaque épisode.

Vous seule verrez ce "journal" d'hier. Vous n'avez pas à rendre le paquet 2 avec le reste du questionnaire.

Etude DRM ψ – Mai 2010 - Page 3 sur 7.

le matin

(du réveil jusqu'avant le déjeuner)

	Heure début	Heure fin	Votre "étiquette" pour cet épisode
1 ^e épisode matin			
2 ^e épisode matin			
3 ^e épisode matin			
4 ^e épisode matin			
5 ^e épisode matin			
6 ^e épisode matin			
7 ^e épisode matin			
8 ^e épisode matin			
9 ^e épisode matin			
10 ^e épisode matin			

Jetez un dernier coup d'oeil sur cette page. Y a-t-il un épisode que vous voudriez diviser en deux parties ? Si c'est le cas, notez-le bien avant de continuer.

l'après-midi

(de l'heure du déjeuner jusqu'à environ 18h)

	Heure début	Heure fin	Votre "étiquette" pour cet épisode
1 ^e épisode après-midi			
2 ^e épisode après-midi			
3 ^e épisode après-midi			
4 ^e épisode après-midi			
5 ^e épisode après-midi			
6 ^e épisode après-midi			
7 ^e épisode après-midi			
8 ^e épisode après-midi			
9 ^e épisode après-midi			
10 ^e épisode après-midi			

Jetez un dernier coup d'oeil sur cette page. Y a-t-il un épisode que vous voudriez diviser en deux parties ? Si c'est le cas, notez-le bien avant de continuer.

Hier soir

(de 18h au coucher)

	Heure début	Heure fin	Votre "étiquette" pour cet épisode
1 ^e épisode du soir			
2 ^e épisode du soir			
3 ^e épisode du soir			
4 ^e épisode du soir			
5 ^e épisode du soir			
6 ^e épisode du soir			
7 ^e épisode du soir			
8 ^e épisode du soir			
9 ^e épisode du soir			
10 ^e épisode du soir			

Jetez un dernier coup d'oeil sur cette page. Y a-t-il un épisode que vous voudriez diviser en deux parties ? Si c'est le cas, notez-le bien avant de continuer.

Merci.

Vous avez rempli le paquet 2.

**Ouvrez maintenant le paquet 3 et
gardez le 2 sous la main pour vous
aider à répondre aux questions
qui suivent.**

Paquet 3

Comment la journée d'hier a commencé

Essayez de vous rappeler le début de la journée d'hier, comment la journée a commencé.

Au réveil, vous sentiez-vous bien reposée ? (entourez un chiffre sur l'échelle ci-dessous)

Très fatiguée

Complètement reposée

1

2

3

4

5

6

Combien d'heures avez-vous dormi ? _____ heures

Premier épisode du matin

Consultez dans le paquet 2 votre liste d'épisodes. Choisissez le premier épisode que vous avez noté, juste après le réveil. A quelle heure cet épisode a-t-il commencé, à quelle heure s'est-il achevé (exemple : 7h30 du matin) ? Essayez de vous souvenir des heures aussi précisément que possible.

L'épisode a commencé à ___h___ et s'est achevé à ___h___.

Avant de répondre aux questions qui suivent prenez le temps de revivre cet épisode en détail - tout ce que vous faisiez, les gens avec qui vous étiez et quels sentiments vous éprouviez.

Où vous trouviez-vous ?

___ à la maison ___ au travail ___ dans une voiture ___ ailleurs (préciser)

Etiez-vous seule ?

___ non ___ oui

Est-ce que vous parliez à quelqu'un ? (cochez une réponse)

___ non ___ une personne ___ plus d'une personne

Si vous étiez en interaction avec quelqu'un, si vous parliez avec quelqu'un, était-ce (cochez toutes les réponses qui conviennent) :

___ époux, compagnon	___ collègues de travail
___ enfants	___ clients, élèves, fournisseurs
___ vos parents	___ patron
___ de la famille	___ autres
___ amis	(préciser) _____

Que faisiez-vous ? (Lisez attentivement toute la liste et cochez les réponses qui conviennent)

___ transport, déplacement	___ parler, discuter	___ s'occuper de soi
___ travail	___ jouer	___ manger
___ courses, achats	___ regarder la télévision	___ exercice, sport
___ ménage, rangement	___ écouter de la musique	___ marcher, se promener
___ cuisine, préparer à manger	___ écouter la radio, infos	___ faire l'amour
___ s'occuper des enfants	___ ordinateur domestique	___ se reposer/dormir
___ lecture	___ prière/religion/méditation	___ détente, rien de spécial
___ autre (préciser) _____		

Si vous avez coché plusieurs choses que vous faisiez en même temps, merci d'entourer celle qui vous semblait la plus importante à ce moment-là.

Que ressentiez-vous pendant cet épisode, quels étaient vos sentiments ?

Donnez une note d'intensité à chacun des sentiments sur cette échelle. Si vous donnez 0 c'est que vous n'avez pas du tout éprouvé ce sentiment. Un 6 signifie que vous l'avez ressenti très fortement. Entourez le chiffre de 0 à 6 qui correspond le mieux à ce que vous ressentiez.

	Pas du tout						Beaucoup
J'avais hâte que ça finisse...	0	1	2	3	4	5	6
Compétente / Sûre de moi...	0	1	2	3	4	5	6
Tendue / Stressée	0	1	2	3	4	5	6
Contente / Heureuse	0	1	2	3	4	5	6
Déprimée / Cafardeuse	0	1	2	3	4	5	6
Intéressée / Concentrée	0	1	2	3	4	5	6
Affectueuse / Chaleureuse ..	0	1	2	3	4	5	6
Calme / Détendue	0	1	2	3	4	5	6
Irritée / En colère	0	1	2	3	4	5	6
Fatiguée	0	1	2	3	4	5	6

Episode suivant

Consultez votre liste d'épisodes dans le paquet 2 et prenez maintenant l'épisode qui suit celui que vous venez de décrire.

L'épisode a commencé à ___h___ et s'est achevé à ___h___.

Avant de répondre aux questions qui suivent prenez le temps de revivre cet épisode en détail - tout ce que vous faisiez, les gens avec qui vous étiez et quels sentiments vous éprouviez.

Où vous trouviez-vous ?

___ à la maison ___ au travail ___ dans une voiture ___ ailleurs (préciser)

Étiez-vous seule ?

___ non ___ oui

Est-ce que vous parliez à quelqu'un ? (cochez une réponse)

___ non ___ une personne ___ plus d'une personne

Si vous étiez en interaction avec quelqu'un, si vous parliez avec quelqu'un, était-ce (cochez toutes les réponses qui conviennent) :

___ époux, compagnon ___ collègues de travail
___ enfants ___ clients, élèves, fournisseurs
___ vos parents ___ patron
___ de la famille ___ autres
___ amis (préciser) _____

Que faisiez-vous ? (Lisez attentivement toute la liste et cochez les réponses qui conviennent)

___ transport, déplacement ___ parler, discuter ___ s'occuper de soi
___ travail ___ jouer ___ manger
___ courses, achats ___ regarder la télévision ___ exercice, sport
___ ménage, rangement ___ écouter de la musique ___ marcher, se promener
___ cuisine, préparer à manger ___ écouter la radio, infos ___ faire l'amour
___ s'occuper des enfants ___ ordinateur domestique ___ se reposer/dormir
___ lecture ___ prière/religion/méditation ___ détente, rien de spécial
___ autre (préciser) _____

Si vous avez coché plusieurs choses que vous faisiez en même temps, merci d'entourer celle qui vous semblait la plus importante à ce moment-là.

Que ressentiez-vous pendant cet épisode, quels étaient vos sentiments ?

Donnez une note d'intensité à chacun des sentiments sur cette échelle. Si vous donnez 0 c'est que vous n'avez pas du tout éprouvé ce sentiment. Un 6 signifie que vous l'avez ressenti très fortement. Entourez le chiffre de 0 à 6 qui correspond le mieux à ce que vous ressentiez.

	Pas du tout						Beaucoup
J'avais hâte que ça finisse...	0	1	2	3	4	5	6
Compétente / Sûre de moi...	0	1	2	3	4	5	6
Tendue / Stressée	0	1	2	3	4	5	6
Contente / Heureuse	0	1	2	3	4	5	6
Déprimée / Cafardeuse	0	1	2	3	4	5	6
Intéressée / Concentrée	0	1	2	3	4	5	6
Affectueuse / Chaleureuse ..	0	1	2	3	4	5	6
Calme / Détendue	0	1	2	3	4	5	6
Irritée / En colère	0	1	2	3	4	5	6
Fatiguée	0	1	2	3	4	5	6

Episode suivant

Consultez votre liste d'épisodes dans le paquet 2 et prenez maintenant l'épisode qui suit celui que vous venez de décrire.

L'épisode a commencé à ___h___ et s'est achevé à ___h___.

Avant de répondre aux questions qui suivent prenez le temps de revivre cet épisode en détail - tout ce que vous faisiez, les gens avec qui vous étiez et quels sentiments vous éprouviez.

Où vous trouviez-vous ?

___ à la maison ___ au travail ___ dans une voiture ___ ailleurs (préciser)

Etiez-vous seule ?

___ non ___ oui

Est-ce que vous parliez à quelqu'un ? (cochez une réponse)

___ non ___ une personne ___ plus d'une personne

Si vous étiez en interaction avec quelqu'un, si vous parliez avec quelqu'un, était-ce (cochez toutes les réponses qui conviennent) :

___ époux, compagnon ___ collègues de travail
___ enfants ___ clients, élèves, fournisseurs
___ vos parents ___ patron
___ de la famille ___ autres
___ amis (préciser) _____

Que faisiez-vous ? (Lisez attentivement toute la liste et cochez les réponses qui conviennent)

___ transport, déplacement ___ parler, discuter ___ s'occuper de soi
___ travail ___ jouer ___ manger
___ courses, achats ___ regarder la télévision ___ exercice, sport
___ ménage, rangement ___ écouter de la musique ___ marcher, se promener
___ cuisine, préparer à manger ___ écouter la radio, infos ___ faire l'amour
___ s'occuper des enfants ___ ordinateur domestique ___ se reposer/dormir
___ lecture ___ prière/religion/méditation ___ détente, rien de spécial
___ autre (préciser) _____

Si vous avez coché plusieurs choses que vous faisiez en même temps, merci d'entourer celle qui vous semblait la plus importante à ce moment-là.

Que ressentiez-vous pendant cet épisode, quels étaient vos sentiments ?

Donnez une note d'intensité à chacun des sentiments sur cette échelle. Si vous donnez 0 c'est que vous n'avez pas du tout éprouvé ce sentiment. Un 6 signifie que vous l'avez ressenti très fortement. Entourez le chiffre de 0 à 6 qui correspond le mieux à ce que vous ressentiez.

	Pas du tout						Beaucoup
J'avais hâte que ça finisse...	0	1	2	3	4	5	6
Compétente / Sûre de moi...	0	1	2	3	4	5	6
Tendue / Stressée	0	1	2	3	4	5	6
Contente / Heureuse	0	1	2	3	4	5	6
Déprimée / Cafardeuse	0	1	2	3	4	5	6
Intéressée / Concentrée	0	1	2	3	4	5	6
Affectueuse / Chaleureuse ..	0	1	2	3	4	5	6
Calme / Détendue	0	1	2	3	4	5	6
Irritée / En colère	0	1	2	3	4	5	6
Fatiguée	0	1	2	3	4	5	6

Paquet 4

Hier, globalement...

Globalement, comment vous sentiez-vous hier ?

Donnez une note d'intensité à chacun des sentiments sur cette échelle. Si vous donnez 0 c'est que vous n'avez pas du tout éprouvé ce sentiment. Un 6 signifie que vous l'avez ressenti très fortement. Entourez le chiffre de 0 à 6 qui correspond le mieux à ce que vous ressentiez.

	Pas du tout					Beaucoup
1 J'avais hâte que ça finisse.....	1	2	3	4	5	6
2 Compétente / Sûre de moi.....	1	2	3	4	5	6
3 Tendue / Stressée	1	2	3	4	5	6
4 Contente / Heureuse	1	2	3	4	5	6
5 Déprimée / Cafardeuse	1	2	3	4	5	6
6 Intéressée / Concentrée	1	2	3	4	5	6
7 Affectueuse / Chaleureuse	1	2	3	4	5	6
8 Calme / Détendue	1	2	3	4	5	6
9 Irritée / En colère	1	2	3	4	5	6
10 Fatiguée	1	2	3	4	5	6

Nous voudrions maintenant savoir si la journée d'hier était typique de ce jour de la semaine (c'est-à-dire pour un lundi, pour un mardi, etc). Comparée à un jour typique, la journée d'hier était (entourez le chiffre correspondant à votre réponse) :

Bien pire	Plutôt pire	Assez typique	Plutôt meilleure	Bien meilleure
1	2	3	4	5

Y a-t-il eu hier un instant qui vous a paru particulièrement merveilleux, enthousiasmant ? (cochez la réponse)

Oui Non

Si oui :

Vers quelle heure ? _____

Pourquoi était-ce si beau ? _____

Y a-t-il eu hier un moment particulièrement affreux ou difficile ? (cochez une réponse)

Non Oui

Si oui :

A quelle heure environ ? _____

Pourquoi était-ce si pénible ? _____

Journées de travail manquées

Essayez maintenant de réfléchir à la dernière fois où vous avez manqué une journée de travail à cause d'un événement inattendu.

Quand est-ce arrivé ? (date approximative) _____

Quelle était la cause ? (cochez toutes les réponses qui correspondent)

1. maladie
2. maladie d'un membre de la famille
3. problème de garde d'enfant ou d'école
4. autre urgence familiale
5. autre

Combien de jours avez-vous manqués ? _____ jours

Les journées travaillées ont-elles été payées ? (cochez la réponse)

non payées payées en partie payées

Avez-vous eu des problèmes à votre retour en raison de votre absence ? Non Oui

Donnez une note d'intensité à chacun des sentiments sur cette échelle. Si vous donnez 1 c'est que vous n'avez pas du tout éprouvé ce sentiment lors de votre dernière journée de travail manquée. Un 6 signifie que vous l'avez ressenti très fortement ce jour là. Entourez le chiffre de 1 à 6 qui correspond le mieux à ce que vous ressentiez.

	Pas du tout					Beaucoup
1. Contente / Heureuse	1	2	3	4	5	6
2. Fatiguée	1	2	3	4	5	6
3. Tendue / Stressée	1	2	3	4	5	6

Merci.
Vous avez rempli le paquet 4.
Vous pouvez le remettre dans
l'enveloppe et
ouvrir le paquet 5.

Paquet 5

Comment les autres vous voient-ils ?

Nous allons maintenant essayer de comprendre comment **les autres** vous voient.

Que pourraient bien dire de vous les gens qui vous connaissent ? Sur l'échelle qui suit, entourez le chiffre entre -3 et +3 qui correspond le mieux à ce que, selon vous, les autres pensent de vous.

Un -3 signifie que l'adjectif considéré vous correspond beaucoup moins qu'il ne correspondrait à quelqu'un d'autre. Un 0 signifie que les autres vous voient dans la moyenne pour cet adjectif.

Un +3 signifie que l'adjectif vous correspond beaucoup plus qu'à quelqu'un d'autre. Entourez le chiffre de -3 à +3 qui correspond le mieux à ce que les autres diraient de vous.

	Beaucoup moins que les autres			Moyenne	Beaucoup plus que les autres		
1 Enthousiaste.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
2 Optimiste	-3	-2	-1	0	1	2	3
3 Rit facilement.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
4 Voit toujours le bon côté	-3	-2	-1	0	1	2	3
5 A l'aise partout.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
6 Aime la bonne cuisine.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
7 Aime la compagnie	-3	-2	-1	0	1	2	3
8 Pessimiste	-3	-2	-1	0	1	2	3
9 Se fait souvent du souci pour rien...	-3	-2	-1	0	1	2	3
10 Un peu dépressive.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
11 Souvent en colère.....	-3	-2	-1	0	1	2	3
12 Tendue et mal à l'aise.....	-3	-2	-1	0	1	2	3

Encore quelques questions sur vous

A quelle heure à peu près vous êtes-vous réveillée aujourd'hui ? _____

Fréquentez-vous l'église ou un lieu de culte (cochez la réponse qui convient) :

Plusieurs fois par semaine 1 fois par semaine Occasionnellement
 Jamais

D'une manière générale, quelle place tiennent dans votre vie les activités religieuses ?

Une place :

très importante assez importante peu importante pas du tout importante

Ces derniers temps, êtes-vous satisfaite de votre santé ?

Vous êtes :

très satisfaite satisfaite pas très satisfaite pas du tout satisfaite

Depuis un mois, quelle a été la qualité de votre sommeil ?

très bonne assez bonne plutôt mauvaise très mauvaise

Depuis un mois, à combien estimez-vous en moyenne vos heures de sommeil *réel* par nuit ?

Nombre d'heures de sommeil moyen par nuit _____

Depuis un mois, avez-vous eu du mal à trouver assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?

Pas de mal du tout Pas trop de mal Un peu de mal Beaucoup de mal

Prenez-vous des somnifères ?

Jamais Rarement Occasionnellement Souvent

Dans l'année écoulée, avez-vous pris des médicaments contre la dépression, l'anxiété ou un autre problème psychique ?

Oui Non

Votre poids : _____ Votre taille : _____

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?

Oui Non

Fumez-vous des cigarettes ? Non Oui (si « non » passez à la question suivante)

Si vous fumez :

Combien de cigarettes fumez-vous habituellement par jour ? _____

Vous arrive-t-il de boire du vin, de la bière ou des alcools ?

Non Oui (si « non », passez à la question suivante)

Combien y a-t-il eu, dans la dernière semaine, de jours où vous avez bu un verre ou plus ? _____ jours

Les jours où vous buvez, combien de verres / de canettes / environ buvez-vous généralement ? 1 2 ou 3 Plusieurs

Suivez-vous actuellement un régime amaigrissant ?

Oui Non

Suivez-vous actuellement un régime alimentaire pour des raisons médicales ?

Oui Non

Quelle est la date du premier jour de vos dernières menstruations (« règles ») ?

Nous allons maintenant parler des plaisirs et des souffrances que l'on peut éprouver dans différentes circonstances de l'existence. Il y a des aspects de la vie qui sont sources d'agrément et de joie, d'autres qui sont pénibles et douloureux. Quelquefois, ceux qui nous donnent le plus de plaisir peuvent aussi nous faire le plus souffrir. Ce que nous allons maintenant vous demander, c'est d'abord d'évaluer le plaisir et la joie que vous tirez de ces aspects de la vie. Nous vous poserons ensuite des questions analogues sur les soucis et les peines.

Quelle part de plaisir et de joie tirez-vous de ces aspects de la vie ?

- 1 La vie spirituelle et religieuse..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 2 Votre quartier..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 3 Le travail Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 4 La télévision..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 5 Les enfants Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 6 La famille (parents, frères et soeurs) Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 7 Les amis Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 8 La sécurité financière..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 9 Penser à l'avenir Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 10 La nature, les activités de plein air Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 11 Les activités associatives Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 12 Vos loisirs créatifs, "hobbys" Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 13 Bricolage, jardinage..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 14 La vie sexuelle..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 15 L'amour et les relations de couple Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 16 Votre maison, votre intérieur..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 17 La table et le manger Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 18 Votre état physique, votre santé .. Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 19 Votre avenir professionnel Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 20 Les activités physiques, le sport .. Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 21 Votre physique, beauté..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 22 Votre poids Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 23 Voyages et vacances..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 24 La lecture..... Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 25 Marches et promenades Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 26 L'art, la musique Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 27 Les animaux Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 28 Le respect que l'on vous manifeste Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 29 Vieillir Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 30 Vos parents Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 31 Les repas avec les amis Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 32 Les activités régulières entre amis Peu ou pas Un peu Beaucoup
- 33 Les réunions de famille régulières Peu ou pas Un peu Beaucoup

Et quelle part de soucis et de peines vous donnent ces aspects de la vie ?

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1 La vie spirituelle et religieuse..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 2 Votre quartier..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 3 Le travail | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 4 La télévision..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 5 Les enfants | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 6 La famille (parents, frères et soeurs) | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 7 Les amis | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 8 La sécurité financière..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 9 Penser à l'avenir | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 10 La nature, les activités de plein air | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 11 Les activités associatives | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 12 Vos loisirs créatifs "hobbys" | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 13 Bricolage, jardinage..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 14 La vie sexuelle..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 15 L'amour et les relations de couple | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 16 Votre maison, votre intérieur..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 17 La table et le manger | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 18 Votre état physique, votre santé .. | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 19 Votre avenir professionnel | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 20 Les activités physiques, le sport .. | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 21 Votre physique, beauté..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 22 Votre poids | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 23 Voyages et vacances..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 24 La lecture..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 25 Marches et promenades | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 26 L'art, la musique | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 27 Les animaux | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 28 Le respect que l'on vous manifeste | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 29 Vieillir | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 30 Vos parents | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 31 Les repas avec les amis | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 32 Les activités régulières entre amis | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 33 Les réunions de famille régulières | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |
| 34 La politique du pays..... | <input type="checkbox"/> Peu ou pas | <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup |

Merci beaucoup !

**Vérifiez que vous nous rendez bien 4 paquets (1, 3, 4 et 5)
et que vous avez bien rempli toutes les questions.**

Annexe 3 : échelle d'intentionnalité suicidaire de A. Beck

I – circonstances objectives liées à la tentative de suicide :

1 – isolement :

- Quelqu'un est présent.
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal.
- Isolement total.

2 – Moment choisi :

- Intervention probable.
- Intervention improbable.
- Intervention très improbable.

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

- Aucune précaution prise.
- Précautions passives.
- Précautions actives.

4 – Appel à l'aide pendant ou après la tentative :

- A averti de son geste une personne pouvant le secourir.
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste.
- N'a contacté ou averti personne.

5 – Dispositions anticipant la mort :

- Aucune.
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre.
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs.

6 – Lettre d'adieu :

- Pas de lettre.
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée.
- Présence d'une lettre.

II – Propos rapportés par le patient :

1 – Appréciation de la létalité du geste par le patient :

- Pensait que son geste ne le tuerait pas.
- N'était pas sûr que son geste le tuerait.
- Était sûr que son geste le tuerait.

2 – Intention de mort :

- Ne voulait pas mourir.
- Incertain ou mélange de volonté et de non-volonté de mourir.
- Voulait mourir.

3 – Préméditation :

- Aucune, geste impulsif.
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative.
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative.
- Suicide envisagé plus d'un jour avant la tentative.

4 – Position actuelle vis-à-vis de la tentative :

- Patient heureux de s'en être sorti.
- Patient incertain ou sentiment mitigé.
- Patient désolé d'avoir survécu.

III – Dangerosité :

1 – Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (exemple : si quelqu'un n'était pas venu par hasard lui porter secours) ?

- Issue favorable certaine.
- Mort improbable.
- Mort probable ou certaine.

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

- Non.
- Incertain.
- Oui

Bibliographie

1. Abbar M & al, Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires, *L'encéphale* ; 1993 ; 19 : 179 – 185.
2. Adam KS, Environnemental, psychosocial and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In : Blumenthal SJ, Kupfer DJ, *Suicide over the life cycle : risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* ;1990 ; eds. Washington : American Psychiatric Press : 39 – 96.
3. Anaes. *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Eds. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2001.
4. André J, Du sentiment d'être qui vacille au geste suicidaire, quand le sujet ne se (re)connaît plus, *Evol Psychiatr* ; 2009 ; 74 : 445-457.
5. Andronikof A, Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario, *Evol Psychiatr* ; 2001 ; 66 : 632 – 639.
6. Asberg M & al, P.5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor ?, *Arch Gen Psychiatry* ; 1976 ; 33 : 1193 – 1197.
7. Baldessarini R & Hennen J, Genetics of suicide : an overview, *Harvard Review of Psychiatry* ; 2004 ; 12 (1) : 1-13.
8. Baumeister R, Suicide as escape from self, *Psychological review* ; 1990 ; 97 (1) : 90-113.
9. Beck AT & Steer RA, Clinical predictors of eventual suicide : a 5- to 10-year prospective study of suicide attempters, *J Affect Disord* ; 1989 ; 17 : 203 – 209.
10. Beck A, *Beyond the belief : a theory of modes, personality and psychopathology*. In Salkovskis P, *Frontiers of cognitive therapy* ; 1996 ; New York : The Guilford Press : 1-25.
11. Belli R, The structure of autobiographical memory and the event history calendar : potential improvements in the quality of retrospective reports in surveys, *Memory* ; 1998 ; 6 : 383 – 406.
12. Bellivier F, Facteurs de vulnérabilité génétique. Dans *Manuel de psychiatrie*, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.

13. Berk M & al, A cognitive therapy intervention for suicide attempters : an overview of the treatment and case examples, *Cognitive and behavioural practice* ; 2004 ; 11 : 265-277.
14. Billiard M & Dauvilliers Y. *Les troubles du sommeil*. 2005. Paris : Masson.
15. Bléher S, De l'incidence des troubles du sommeil sur les tentatives de suicide ; Année 2007 – 2008 ; mémoire de D E S Psychiatrie : Faculté de Médecine de Rennes .
16. Booth M, Assessment of physical activity : an international perspective, *Res Q Exerc sport* ; 2000 ; 71 : S114 – S120.
17. Bourgeois ML, Introduction sur les comportements suicidaires. Dans *Manuel de psychiatrie*, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.
18. Brent DA & Mann JJ, Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior, *Am J Med Genet C Semin Med Genet* ; 2005 ; 133 : 13 – 24.
19. Camus A, *le mythe de Sisyphe* ; 1942 ; Eds. Paris : Gallimard : 185 pages. ISBN : 2070322882.
20. Cochrane R & Robertson A, Stress in the lives of parasuicides, *Soc Psychiatry* ; 1975 ; 10 : 161 – 171.
21. Conner KR & al, The validity of proxy-based data in suicide research : a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior, *Acta psychiatr scand* ; 2001 ; 104 : 452 – 457.
22. Courtet P & al, Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts, *Biological Psychiatry* ; 2004 ; 55 : 46-51.
23. Courtet P, Psychobiologie et génétique des conduites suicidaires. Dans *Manuel de psychiatrie*, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.
24. Crane C & al, The association between Life Events and suicide intent in self-poisoners with and without a history of deliberate self-harm : a preliminary study, *Suicide and Life-Threatening Behavior* ; 2007 ; 37 (4) : 367 – 378.
25. Csikszentmihalyi M, *Flow : the psychology of optimal experience* ; 1990 ; Eds. New York : HarperCollins : 320 pages.
26. Danion JM, Éthique de la recherche en psychiatrie. Dans *Manuel de psychiatrie*, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.

27. Davidson F & Philippe A, Suicides et tentatives de suicide aujourd'hui. Étude épidémiologique, Inserm/doin, Paris ; 1986 ; 1 – 173.
28. Debout M, Le suicide. Rapport du Conseil économique et social, Paris, Direction des Journaux officiels, 1993, p 90.
29. De Leo D & al, Definition of suicidal behavior : Lessons learned from the WHO/EURO multicenter study, Crisis ; 2006 ; 27 (1) : 4 – 15.
30. Diener E, Subjective well-being, Psychological bulletin ; 1984 ; 95 (3) : 542 – 575.
31. Direction Générale de la Santé, Circulaire DGS/SD 6 C N° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000 – 2005 : actions prioritaires pour 2001 ; Bulletin officiel – N° 2001/32 ; 6 au 12 août 2001.
32. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), Études et résultats n° 488 : Suicides et tentatives de suicide en France, mai 2006, disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf>, consulté en août 2011.
33. Dumel F, Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ? Dans : la crise suicidaire reconnaître et prendre en charge. Paris : John Libbey Eurotext; 2000. P185 – 196.
34. Durkheim E, Le Suicide : Étude de sociologie ; 1897 ; Eds. Presses Universitaires de France : 463 pages. ISBN : 2130563309.
35. Ehrenberg A, La fatigue d'être soi. Dépression et société ; 1998 ; Eds. Paris : Odile Jacob : 414 pages.
36. Even C, Clinique des troubles dépressifs. Dans Manuel de psychiatrie, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.
37. Facy F, Description du phénomène. Dans Manuel de psychiatrie, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.
38. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : recommandations du jury. Dans : la crise suicidaire reconnaître et prendre en charge ; 2001 ; Paris : John Libbey Eurotext : p421 – 446.
39. Fudalej S & al, Angiotensin-converting enzyme polymorphism and completed suicide : an association in caucasians and evidence for a link with a method of self-injury, Neuropsychobiology ; 2009 ; 59 : 151 – 158.

40. Garfinkel BD & al, Suicide attempts in children and adolescents, *Am J psychiatry* ; 1982 ; 139 : 1257 – 1261.
41. Greer S, Parental loss and attempted suicide : a further report, *Br J psychiatry* ; 1966 ; 112 : 465 – 470.
42. Horesh N & al, A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder, *Compr Psychiatry* ; 2009 ; 50 : 496-502. PMID: 19840586
43. INSERM, Activité physique : contexte et effets sur la santé, expertise collectives du 1^{er} avril 2008, disponible sur <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>, consulté en juillet 2010.
44. Ionita A & al, Prise en charge de la crise suicidaire, *L'Encéphale* ; 2009 ; supplément 4 : 129-132.
45. Jardon Vincent. Les facteurs de risques de suicide. *Canal Psy n°11*, 2008 : 26-31 ; Eds. Wyeth.
46. Jeammet P & al, Le fonctionnement mental de l'adolescent et du jeune adulte suicidant. Dans *Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, Jeammet P. & Birot E ; 1994 ; Paris : PUF : 89-132.
47. Jeammet P, L'énigme du masochisme. Dans *L'énigme du masochisme*, Andé J ; 2000 ; Paris : PUF : 31-67.
48. Jeammet P, La violence à l'adolescence : une défense identitaire, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* ; 2002 ; 50, 434-441.
49. Joiner TE & Rudd D, Intensity and duration of suicidal crises vary as function of previous suicide attempts and negative life events, *Journal of consulting and clinical psychology* ; 2000 ; 68 (5) : 909 – 916.
50. Joiner T & al, Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior : Empirical tests in two samples of young adults, *Journal of abnormal psychology* ; 2009 ; 118 (3) : 634-646.
51. Jollant F & al, Impaired decision making in suicide attempters, *Am J psychiatry* ; 2005 ; 162 (2) : 304-310.
52. Jollant F & al, Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships, *Journal of affective disorders* ; 2007 ; 99 : 59-62.

53. Juster FT, Preferences for work and leisure. In Time, goods, and well-being. 1985. Eds. Ann Arbor, Mich. : Institute for social research, university of Michigan.
54. Kahneman D & al, When more pain is preferred to less : adding a better end, Psychological science ; 1993 ; 4 (6) : 401 – 405.
55. Kahneman D & al, A survey method for characterizing daily life experience : the Day Reconstruction Method, Science ; 2004 ; 306 (5702) : 1776 – 1780.
56. Kahneman D & al, The Day Reconstruction Method (DRM) : Instrument Documentation ; 2004 ; disponible sur http://www.krueger.princeton.edu/drm_documentation_july_2004.pdf ; consulté en septembre 2010.
57. Kahneman D & Krueger AB, Developments in the measurement of subjective well-being, Journal of economic perspectives ; 2006 ; 20 (1) : 3 – 24.
58. Kendler KS & al, Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression, Am J Psychiatry ; 1999 ; 156 : 837 – 841.
59. Krueger AB & al, Time use and subjective well-being in France and the U.S, Soc Indic Res ; 2008 ; DOI 10.1007/s11205-008-9415-4.
60. Krueger AB & al, National time accounting : the currency of life, 2008, Disponible sur <http://www.krueger.princeton.edu/Subjective.htm> ; consulté en septembre 2010.
61. Krueger AB, Subjective Well-Being Research, disponible sur <http://www.krueger.princeton.edu/Subjective.htm>, consulté en septembre 2010.
62. Lacan J, Le séminaire, livre 10 : L'angoisse ; 1962-1963 ; Eds. Paris : Seuil : 432 pages. ISBN : 202063886X.
63. Lauer S & al, External locus of control, problem-focused coping and attempted suicide, North American journal of psychology ; 2008 ; 10 (3) : 625-632.
64. Leboyer M & al, Suicidal disorders : a nosological entity per se ?, Am J Med Genet C Semin Med Genet ; 2005 ; 133C (1) : 3 – 7.
65. Loi N° 88-1138 du 20 décembre 1988 publiée au Journal Officiel du 22 décembre 1988.
66. Lovell AM, La recherche en sciences humaines et sociales. Dans Manuel de psychiatrie, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.

67. Lovell AM, Sociologie des troubles psychiatriques. Dans Manuel de psychiatrie, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.
68. Luoma JB & al, Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence, Am J Psychiatry ; 2002 ; 159 (6) : 909 – 916.
69. Mann J, Neurobiology of suicidal behaviour, Nature Reviews ; 2003 ; 4 : 819-828.
70. Mann J & al, Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior, Biological Psychiatry ; 2009 ; 65 (7) : 556- 563.
71. Marcelli D & Braconnier A, Adolescence et psychopathologie ; 2004 ; Eds. Paris : Masson (6^{ème} édition) : 631 pages.
72. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, la prévention du suicide, disponible sur www.sante.gouv.fr/la-prevention-du-suicide.html#prevention, consulté en août 2011.
73. Note ID, Psychopathologie du suicide. Dans Manuel de psychiatrie, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.
74. Oquendo MA & al, Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder, Am J Psychiatry ; 2004 ; 161 (8) : 1433 – 1441.
75. Organisation Mondiale de la Santé, La prévention du suicide, Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Helsinki, Finlande, 12-15 janvier 2005.
76. Osvath P & al, Life events and psychopathology in a group of suicide attempters, psychopathology ; 2004 ; 37 : 36 – 40.
77. Paykel ES, Life stress, depression and attempted suicide, J Human Stress ; 1976 ; 2 : 3 – 12.
78. Pompili M & al, Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters, Psychiatry Res ; 2010 ; PMID: 20889216
79. Ritchie K & Villebrun D, L'épidémiologie en psychiatrie. Dans Manuel de psychiatrie, Guelfi JD & Rouillon F ; 2007 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 777 pages. ISBN : 978-2-294-02107-7.

80. Ritchie K & Villebrun D, Suicide et événements de vie stressants. Dans Suicides et tentatives de suicide, Courtet P & co ; 2010 ; Eds. Paris : Lavoisier : 350 pages. ISBN : 978-2-2572-0398-4.
81. Roy A & al, Cerebrospinal fluid monoamine metabolites and suicidal behavior in depressed patients. A 5-year follow-up study, Arch Gen Psychiatry ; 1989 ; 46 : 609 – 612.
82. Rudd DM & al, Treating suicidal behavior an effective time limited approach ; 2001 ; Eds. New york : Guilford Press : 274 pages.
83. Schwarz N & Clore GL, Mood, Misattribution, and judgments if well-being : informative and directive function of affective states, Journal of personnality and social psychology ; 1983 ; 45 (3) : 513 – 523.
84. Schwarz N, Stimmung als information : untersuchungen zum Einflub von stimmungen auf die bewertung des eigenen lebens ; 1987 ; heidelberg : springer verlag.
85. Shea SC, Évaluation du potentiel suicidaire ; 2008 ; Eds. Paris : Elsevier Masson : 302 pages.
86. Spadone C & Haas L, Existe-t-il un suicide légitime ?. Dans Suicides et tentatives de suicide, Courtet P & co ; 2010 ; Eds. Paris : Lavoisier : 350 pages. ISBN : 978-2-2572-0398-4.
87. Stone A & Shiffman S, Ecological Momentary Assessment (EMA). In behavioral medicine, Annals of behavioral medicine ; 1994 ; 16 : 199 – 202.
88. Terra J-L, Être psychiatre et intervenir auprès d'un patient dépressif en crise suicidaire ; 2008 ; Canal Psy n°11. Eds Wyeth : 38-48.
89. Tolstoï L, Anna Karénine ; 1877 ; Eds Paris : Le livre de poche : 1024 pages. ISBN 2253098388.
90. Université de Rouen, Item 44 : Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge, disponible sur www.univ-rouen.fr, consulté en août 2011.
91. Vaiva G, Pour le respect d'une période de réveil psychologique des suicidants, Clinique du suicide ; 2004 ; 169 – 179.
92. Vandevoorde J, Les processus psychopathologiques de la tentative de suicide : évolution et modélisation ; 2010 ; thèse de psychologie, Université de Paris Ouest Nanterre.

93. Vandevorde J & al, Dynamique de l'idéation et des comportements préparatoires dans le passage à l'acte suicidaire : vers une méthodologie qualitative standardisés, *L'encéphale* ; 2010 ; 36S : D22 – D31.
94. Vandevorde J, Étude de l'activité mentale des suicidants au moment du geste suicidaire : vers une typologie, PO 035, 9^e congrès de l'encéphale ; 2011.
95. Waldrop AE & al, Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents : implication for prevention, *J trauma Stress* ; 2007 ; 20 (5) : 869 – 879.
96. Walter M & Tokpanou I, Identification et évaluation de la crise suicidaire, *Ann Med Psychol* ; 2003 ; 161 : 173 – 178.
97. Weishaar M, Cognitive risk factors in suicide. In *Frontiers of cognitive therapy*, Salkovskis P ; 1996 ; Eds. New York : The Guilford Press : 226-249.
98. Yen S & al, Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample : findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *Journal of consulting and clinical psychology* ; 2005 ; 73 (1) : 99 – 105. Ritchie K & Villebrun D, L'épidémiologie en psychiatrie, dans *Manuel de psychiatrie*. 2007. Eds. Elsevier Masson. ISBN : 978-2-294-02107-7.

NOM : DELVOT

PRENOM : Pierre

Titre de Thèse :

LES FACTEURS PRECIPITANT DANS LE PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE. A PARTIR D'UNE ENQUETE AUPRES D'UN ECHANTILLON DE SUICIDANTES.

RESUME

Cette étude a pour objet la période, peu étudiée, des 24 heures précédant le passage à l'acte chez 25 femmes prises en charge pour une tentative de suicide. Pour cela, un outil utilisé en sociologie, le Day Reconstruction Method, a été adapté à l'enquête.

Les résultats montrent une majoration progressive des affects négatifs (Net-affect) et du caractère déplaisant des épisodes (U-index) à mesure de la journée. Il est retrouvé un lien statistiquement significatif entre une augmentation de l'intentionnalité suicidaire et une péjoration du Net-affect (sans lien avec les résultats à la MADRS). Un facteur précipitant a été mis en évidence chez deux tiers des patientes et ces événements de vie font essentiellement référence à deux motifs de passage à l'acte (« le deuil » et « l'appel & le chantage »).

D'autre part, est notée une altération de l'efficacité du sommeil la nuit précédente.

Enfin, les sources de joies et peines ont été étudiées. Ces dernières concernent principalement les thèmes de l'avenir et du corps.

MOTS-CLES

Tentative de suicide, crise suicidaire, facteur précipitant, événement de vie, Day Reconstruction Method, sommeil.