

MENTION TRÈS HONORABLE  
avec félicitations du jury  
et proposition au prix de thèse

# UNIVERSITÉ DE NANTES

## FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2003

### THÈSE

pour le

### DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

**Madame Karine PÉQUIN**

présentée et soutenue publiquement le 14 février 2003

**Filière de soins & profil psychiatrique de  
deux populations de suicidants & de suicidés**

Président : Monsieur le Professeur J.L. VENISSE

Directeur de la thèse : Docteur L. CADIET

NOM : PÉQUIN

Prénom : Karine

N° NG/02/09

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES - Santé	
SW	070 205 353
COTE	03 NANT 00911
LOC.	MAG
N° D	523 526

B.U Santé  
Nantes



# PLAN de l'ÉTUDE

<b>I - POSITION DU PROBLEME</b>	<b>1</b>
<b>II- MÉTHODES D'INVESTIGATIONS</b>	<b>9</b>
<b>III- ANALYSE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE</b>	<b>15</b>
A -Comparaison par sexe des suicidants et suicidés	15
B -Comparaison des suicidants et des suicidés en fonction de l'âge	19
C -Comparaison des suicidants et des suicidés selon leur statut marital	25
D-Comparaison des suicidants et des suicidés en fonction de leur activité professionnelle	28
E-Comparaison du suivi médical antérieur des suicidants et des suicidés	39
<b>IV- ANALYSE PSYCHIATRIQUE</b>	<b>45</b>
A- ANALYSE des DONNÉES de l'AXE I	45
B- ANALYSE des DONNÉES de l'AXE II	57
C-ANALYSE des DONNÉES de l'AXE III	61
D- ANALYSE des DONNÉES de l'AXE IV	74
<b>V- CONCLUSION</b>	<b>83</b>
<b>VI- ANNEXES</b>	

## I – POSITION DU PROBLEME

Après avoir été considéré comme acte de lâcheté ou de désertion dans la Grèce antique (①-26), offense impardonnable dans la plupart des religions, ou geste romantique par excellence pour des auteurs comme Shakespeare ( Roméo et Juliette ), le suicide est toujours considéré de nos jours comme un acte ambigu et paradoxal.

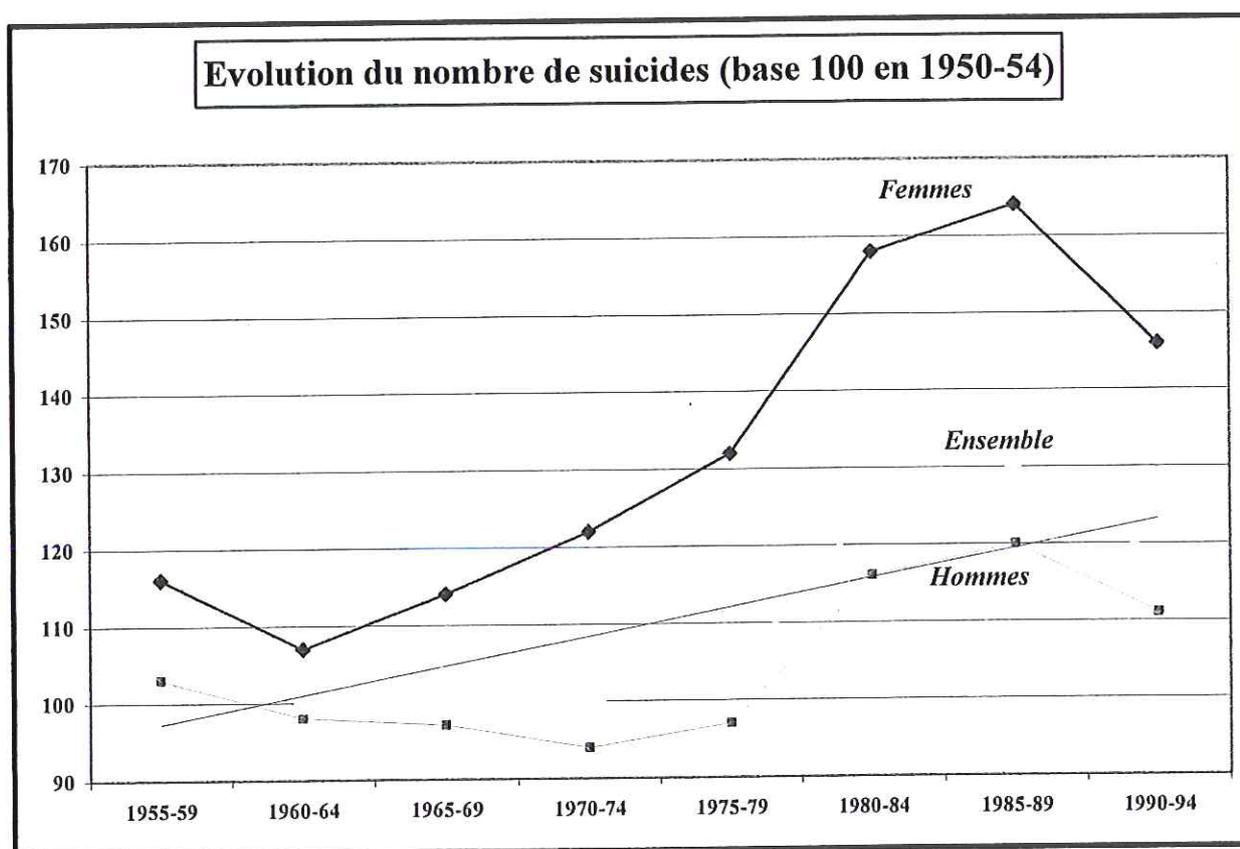
En effet, il donne lieu d'une part à de multiples justifications philosophiques, religieuses ou médicales, mais il reste d'autre part un « tabou » persistant au niveau des réactions sociales.

*Faut-il donc considérer le suicide comme une éternelle fatalité ou au contraire, pourrons-nous un jour agir sur ce phénomène?*

Depuis peu seulement, la France a décidé de se pencher sur ce problème. En effet, il aura fallu attendre le 5 février 1997, pour que, face à la progression constante du nombre de suicides, et à la mauvaise place occupée dans le monde par notre pays en matière de taux de suicide, une *Journée nationale de prévention du suicide* (①②) y soit organisée pour la première fois.

Les courbes des pages suivantes illustrent cette progression du nombre de suicides en France et la place de notre pays parmi les autres nations.

Pour traduire le plus objectivement possible la réalité, la première courbe ci- après (②-87) a été établie en introduisant les facteurs de correction nécessaires, permettant d'annuler les effets mathématiques des variations de population tant en nombre qu'en âge (l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant une incidence sur le taux de suicide de cette population )



Même si on constate une légère diminution sur les 5 dernières années, la courbe de tendance du graphique ci dessus traduit bien une augmentation régulière, de l'ordre de 25%, du nombre des suicides depuis les années 1950.

En valeur absolue, les chiffres sont tout autant significatifs puisque l'on passe d'une moyenne de 6500 suicides par an dans ces mêmes années 1950 à environ 12000 de nos jours (②-86).

Pour mieux mesurer, si besoin en est, l'importance de ces 12000 suicides annuels en France, nous pouvons comparer ce chiffre aux 8000 victimes de la route ou autres 8000 victimes du SIDA enregistrées sur cette même période (②-91 ).Cependant il existe une réelle différence entre la mobilisation médiatique pour ces dernières causes et pour celle du suicide .

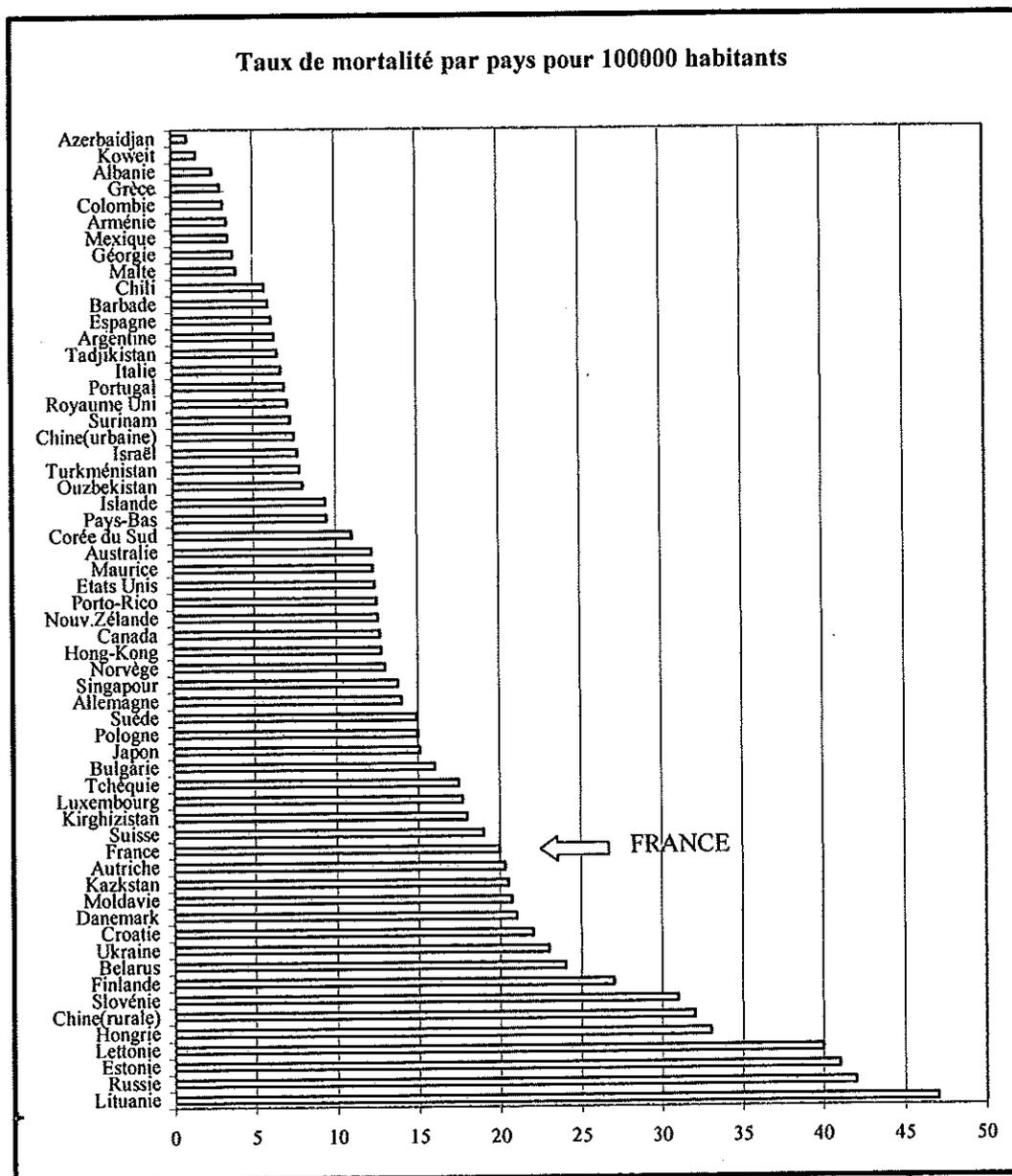
Il faut pourtant encore associer à ces 12000 décès, le nombre sans cesse croissant de tentatives de suicide, qui est estimé à environ 150000 par an dans l'hexagone.

Enfin, pour être complet, il faut de plus préciser que tous les spécialistes s'accordent à dire que ces chiffres relatifs au suicide, accompli ou non, sont certainement minorés de l'ordre de 20% (②-80,③-4 ).

Ils correspondent en effet aux actes officiellement déclarés, et occultent donc tout ce qui veut encore être « caché » pour des raisons tant religieuses, sociales, économiques (assurance vie) que culturelles.

L'histogramme suivant (②-81) situe quant à lui, la France parmi une soixantaine de pays représentatifs, publiant des statistiques en matière de taux de mortalité par suicide pour 100000 habitants.

Nous pouvons y constater qu' en excluant les ex-nations communistes, qui ont toujours eu un taux de suicide important en raison de la pauvreté et de l'alcoolisme, notre pays occupe une mauvaise 4<sup>ème</sup> place.



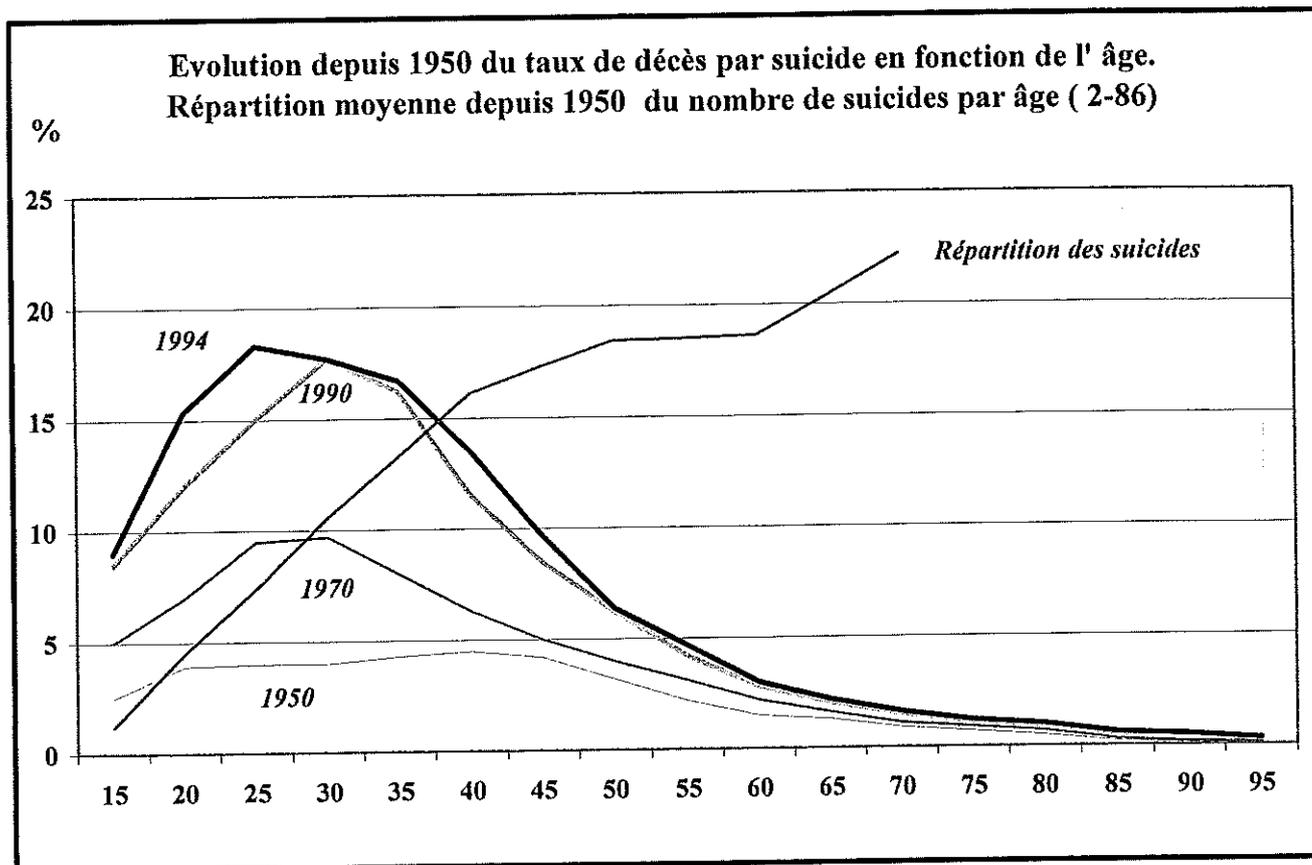
Ces différentes études existantes (②), dont sont issus les chiffres précédents, donnent bien d'autres indications et montrent notamment la variabilité du taux de suicide selon le sexe, l'âge, la situation sociale ou encore la région de résidence.

Par exemple, en ce qui concerne la nature du sexe, nous avons déjà vu sur le graphique de la page 2, que l'évolution du nombre des suicides chez les femmes était, depuis les années 1950, beaucoup plus important (2 à 3 fois plus) que chez les hommes.

Ces mêmes études nous précisent aussi que cela est essentiellement dû à la croissante implication des femmes dans une vie professionnelle « active » (donc moins protégée ②-88), mais que malgré cette évolution, les hommes présentent cependant, un taux de surmortalité par suicide, 2 à 4 fois (3 fois en France) supérieur à celui des femmes (②-82).

Ensuite, si nous voulons apprécier l'influence du facteur âge, ces mêmes travaux statistiques précédemment cités donnent, par l'intermédiaire du graphique suivant (②-91) et pour chaque âge ou tranche d'âge :

- d'une part, l'évolution depuis les années 1950, du taux de suicide parmi l'ensemble des décès.
- d'autre part, la répartition, en pourcentage, de ces suicides.



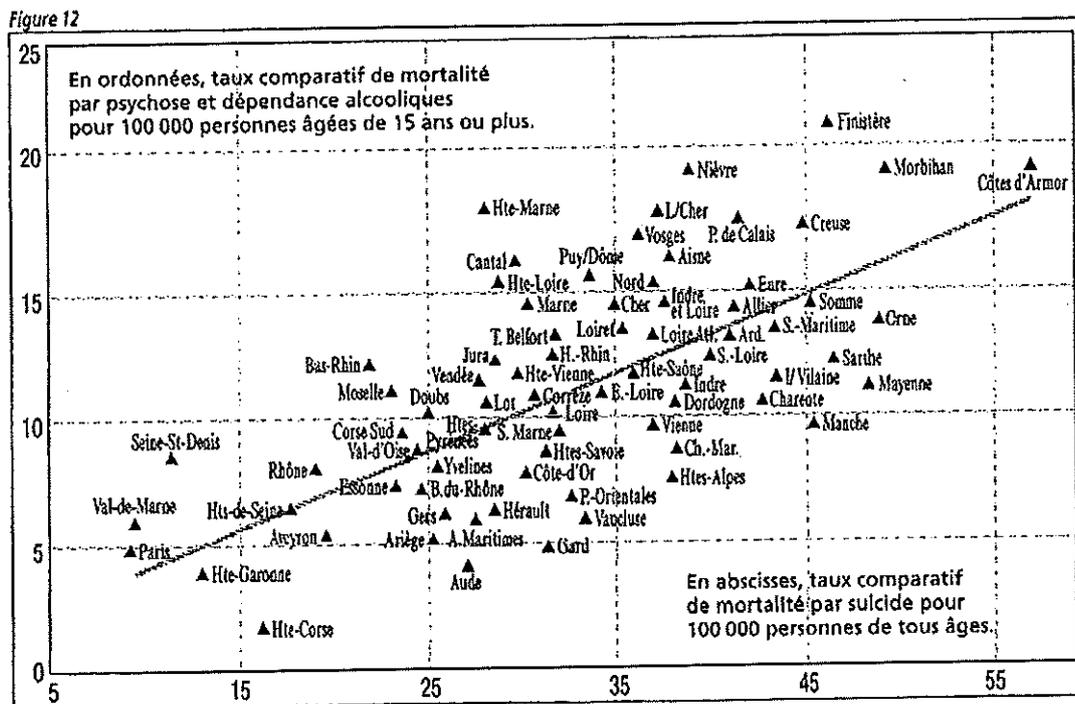
Ainsi, la courbe de répartition des suicides nous montre clairement que l'on dénombre d'autant plus de cas de suicides que les gens avancent en âge, et nous verrons ultérieurement que cela reste vrai, en valeur relative, lorsqu'on prend en compte le taux de décès, bien entendu plus élevé, des gens âgés. ( Les documents dont sont issues ces données précisent de plus, que cette observation est plus caractéristique chez les femmes que chez les hommes ②-90 )

Quant aux courbes d'évolution du taux de décès par âge, elles nous indiquent indubitablement, que chez les 25-30 ans, le suicide prend au fil des années, de plus en plus d'importance parmi les causes de décès, pour atteindre aujourd'hui près de 20% de celles-ci.

Est-ce dû à une augmentation absolue des décès par suicide et/ou à une diminution relative des autres causes de décès ?

Enfin, pour ce qui concerne l'incidence de la situation sociale ou de la région de résidence, nous nous limiterons, dans cette introduction, à ne présenter que le graphique suivant (②-92).

Celui ci indique, département par département, la relation qui existait dans notre pays, en 1990, entre les mortalités masculines par suicide et celles par psychose ou dépendance alcoolique.



Ces données se distribuant selon une droite, il existe donc à l'évidence, en France, une corrélation entre suicide et psychose ou dépendance alcoolique. Qui plus est, la pente de cette droite est telle que nous pouvons logiquement en déduire que ces psychoses ou états de dépendance alcoolique sont des facteurs aggravants du risque de suicide.

Nous pourrions continuer le développement de ces données statistiques communiquées lors de la 2<sup>ème</sup> *Journée nationale de prévention du suicide*- complétées éventuellement par celles publiées par l'*Observatoire régional de la santé des Pays de Loire* - ou encore les comparer avec celles de travaux réalisés à l'étranger (notamment l'étude anglaise très complète de B. Barraclough ④ ), nous arriverions sans doute, à mieux caractériser ainsi les populations à risque suicidaire.

Cependant, il nous est tout d'abord apparu que cette caractérisation serait toujours trop vague ( hommes plutôt que femmes, gens plutôt âgés que jeunes, alcooliques plutôt que souffrant de telle ou telle autre maladie...) pour qu'elle puisse aider efficacement les médecins dans un travail de prévention des suicides.

Ensuite et surtout, qu'elle incluait trop peu d'études sur les suicidants, qui représentent pourtant environ 150000 cas par an et concernent 1 personne sur 8 pendant sa vie ( ②-83 ), ce qui justifie donc une action efficace, en matière de prévention des tentatives de suicide.

Afin de mieux caractériser, tant les **suicidants** (personnes faisant un geste suicidaire sans entraîner la mort) que les **suicidés** ( personnes décédées de leur geste suicidaire ), nous avons donc pensé qu'il était nécessaire d'établir, comparativement, le profil psychologique- type de ces deux populations, afin que les médecins puissent encore mieux appréhender les risques suicidaires, lors de leur rencontre avec ces patients.

*L'objet de cette thèse est donc de faire une étude prospective des suicidants et rétrospective des suicidés afin de comparer les caractères socio-démographiques et médico-psychologiques de ces deux populations.*

## II-METHODES D'INVESTIGATIONS

1 Pour les *suicidants* nous avons réalisé une étude prospective sur 93 personnes ayant été vues par un psychiatre aux urgences de l'hôpital de Saint Nazaire au cours de l'année 2001-2002.

Ces personnes, entrées pour tentative de suicide mais néanmoins dans un état physique leur permettant de répondre à un questionnaire, ont été soumises avec leur accord à 2 tests psychiatriques :

- le **MINI Test 14-4** : Mini International Newspsychiatric Interview
- le **SCID-2.0** : structured clinical interview for DSM-IV

Le **MINI Test** est divisé en rubriques correspondant chacune à une catégorie de diagnostic.

Les réponses attendues sont du type dichotomique ( OUI / NON )

Ce test est rempli par le psychiatre et permet d'identifier les troubles cliniques et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique.

Le **SCID** comporte 119 questions à réponse binaire ( OUI / NON ).

Il est rempli par le patient lui même et permet de déterminer les troubles de la personnalité et le retard mental.

A partir de ces 93 dossiers nous avons élaboré une évaluation multiaxiale (5 axes) suivant le DSM IV dans lequel :

- Les axes 1 et 2 correspondent à la classification générale des troubles mentaux et sont définis respectivement par le MINI Test et par le SCID.
- L'axe 3 permet de déterminer les troubles physiques ou les affections médicales générales présentes en plus des troubles mentaux. Ces troubles ou affections sont recherchés par le psychiatre au moment de l'interrogatoire.
- L'axe 4 est utilisé pour inventorier les problèmes environnementaux et psycho-sociaux qui participent de manière coincidente au tableau clinique
- L'axe 5 enfin correspond à l'évaluation des facteurs de stress.  
(Ces 2 derniers axes sont renseignés lors d'un entretien avec l'IDE psychiatrique)

De plus, grâce à tous ces renseignements enregistrés dans les dossiers de ces 93 patients, nous avons pu réaliser une étude socio-démographique portant sur l'âge, le sexe, la profession et la situation familiale, ainsi qu'une enquête permettant de savoir s'ils bénéficiaient d'un suivi avec un médecin traitant et/ou avec un psychiatre et s'ils bénéficiaient ou non d'un traitement psychotrope.

2 En ce qui concerne les *suicidés*, l'étude a été plus difficile car nous avons été confrontés à un double problème de méthodologie et d'éthique puisqu'il a fallu réaliser, des autopsies psychologiques.

*Problème de méthodologie :*

L'accès aux informations est en effet, dans ce cas, malaisé puisque les personnes sont décédées et que le contact avec les proches (comme cela a été fait dans les études anglaises et américaines ⑧⑨) reste délicat compte tenu du contexte.

De plus nous avons noté que les supports médicaux et administratifs sont pour la plupart très peu documentés.

*Problème d'éthique :*

Il existe, en France, des lois préservant la vie privée des gens et le corps médical est donc tenu au secret professionnel.

Le respect de ces principes est confié à 2 organismes : le CCPPRB (Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Médicale) et la CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté).

Pour tenir compte de ces difficultés et de ces contraintes nous avons, dans les faits, employé la méthode détaillée suivante.

Tout d'abord, nous avons consulté à la DRASS de Nantes, les enregistrements mensuels des personnes décédées par suicide en Loire-Atlantique.

Ces registres, établis à partir des certificats de décès rédigés par les médecins, ne donnent pas le nom des suicidés, mais indiquent, pour chacun d'entre eux : le sexe, les dates et lieux de naissance et de décès, le mode de suicide et la profession exercée.

Nous savions que pour des raisons socio-économiques (assurance vie), morales et religieuses, un certain nombre de suicides ne figuraient pas dans ces enregistrements, mais nous avons jugé ce taux d'omission à 8 % (⊙).

Avant tout, il nous fallait donc retrouver le nom des personnes recensées pour reconstituer le plus précisément possible leur éventuel passé psychiatrique.

Pour ce faire, nous avons tout d'abord cherché à rapprocher les dates de décès des personnes étudiées et les dates d'interventions pour suicide des SAMU de Saint-Nazaire et de Nantes.

Seuls 17 sujets ont ainsi été identifiés à Saint-Nazaire et aucun à Nantes.

Nous avons ensuite contacté les mairies des lieux de décès afin de rechercher cette fois les identités à partir des dates de naissance.

Ceci s'est avéré relativement infructueux car il est en principe impossible d'avoir ce renseignement, sans l'accord du Procureur de la République, pour un décès de moins de 100 ans.

Pour tenir compte de ce souci de respect des personnes nous avons adressé aux maires concernés, une lettre à en-tête de l'hôpital, pour leur demander de nous communiquer ces renseignements tels qu'ils figurent généralement dans les bulletins municipaux, tout en leur précisant qu'en aucun cas nous leur demanderions, par ailleurs, d'accéder aux registres municipaux.

Après toutes ces démarches, nous avons finalement retrouvé l'identité de 89 personnes sur les 93 recherchées.

(Sur les 4 sujets n'ayant pu être identifiés, 3 d'entre eux étaient nés hors de l'arrondissement sanitaire n°2 de Saint- Nazaire, dans des communes qui ne nous ont pas donné de réponse)

Pour connaître le passé médical de ces 89 personnes, nous avons alors consulté, en premier lieu, les archives des urgences de psychiatrie des hôpitaux de Saint- Nazaire et Nantes.

Ceci ne nous ayant permis de ne trouver des renseignements que sur 17 personnes à Saint-Nazaire et sur 1 à Nantes , nous avons consulté en second lieu, et après accord du Directeur, les archives générales de l'hôpital de Saint-Nazaire.

L'examen des dossiers de patients vivants s'est montré plus fructueux que celui des décédés (car bon nombre de déclarations ne parviennent pas à l'hôpital), et en définitive, nous avons ainsi pu retracer le passé psychiatrique de 63 patients.

(A noter que sur les 30 personnes non retrouvées, 16 étaient nées dans une commune hors de l'arrondissement sanitaire de Saint-Nazaire)

L'analyse de ces dossiers ayant révélé qu'un certain nombre d'entre eux ne comportait aucun renseignement d'ordre psychiatrique, nous avons décidé, en dernier lieu, de rencontrer les médecins traitants de ces patients, quand ils étaient connus. A l'exception près, tous ces médecins ont accepté de répondre à notre enquête.

Celle-ci s'est surtout déroulée par téléphone. Dans 4 cas les médecins ont préféré en discuter en cabinet. Cela nous a permis d'étudier tous les dossiers sauf 2 qui concernaient des patients suivis par les prédécesseurs des médecins actuels.

Les questions posées ont été les suivantes :

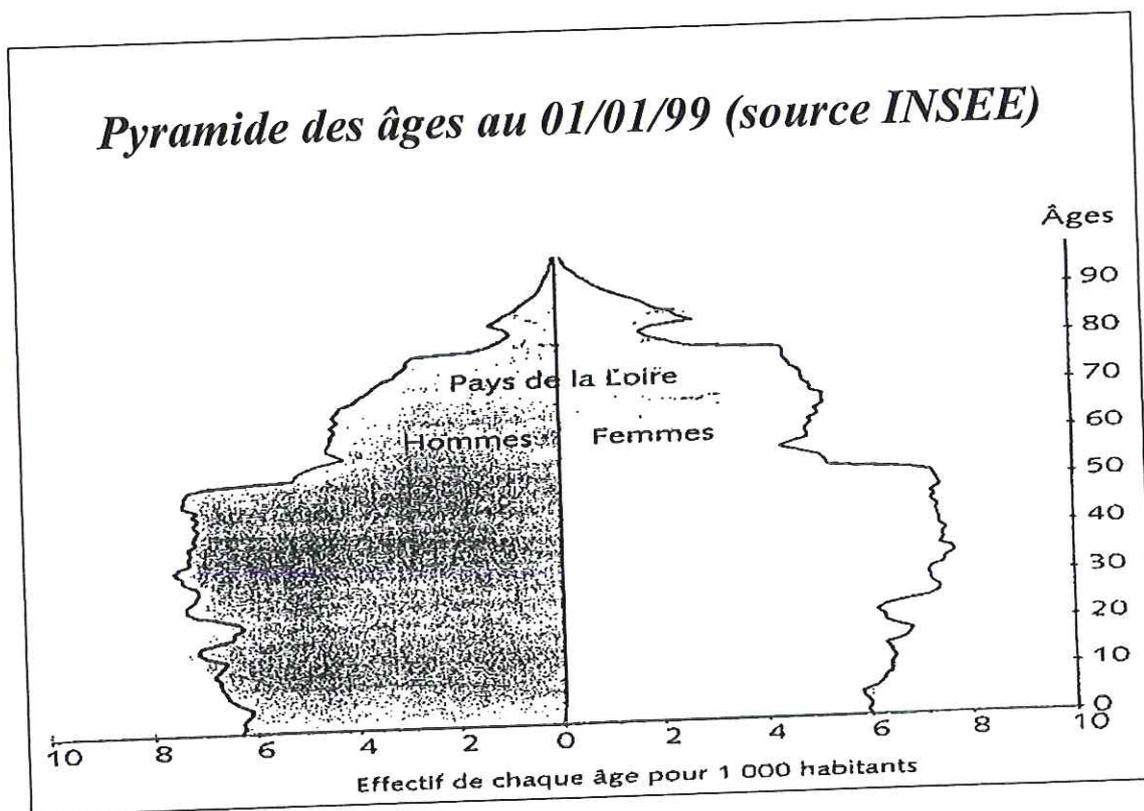
- profession
- statut marital
- antécédents médicaux ayant pu avoir une influence sur le geste du patient
- antécédents psychiatriques
- antécédents de tentatives de suicide du patient ou l'un des membres de sa famille
- traitements psychiatriques suivis
- signes prédictifs
- événements socio-familiaux ayant pu influencer le patient.

En définitive, nous avons ainsi recueilli les renseignements socio-démographiques et médico-psychiatriques que nous recherchions pour 62 (21 femmes et 41 hommes) des 93 cas étudiés, ce qui rendait désormais possible le rapprochement et la comparaison avec ces mêmes informations collectées par les psychiatres auprès des 94 suicidants.

### III-ANALYSE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

#### A – Comparaison par sexe des suicidants et suicidés

A l'image du reste de la France, notre région des Pays de Loire présente une quasi égalité numérique entre femmes et hommes.



Ceci étant précisé, nous pouvons donc analyser et éventuellement interpréter les chiffres du tableau de la page suivante, qui donne la répartition par sexe, des suicidants et des suicidés de notre région.

	Suicidants	%	Suicidés	%
Femmes	66	70.2%	28	30.1%
Hommes	28	29.8%	65	69.9%
Total	94	100.0%	93	100.0%

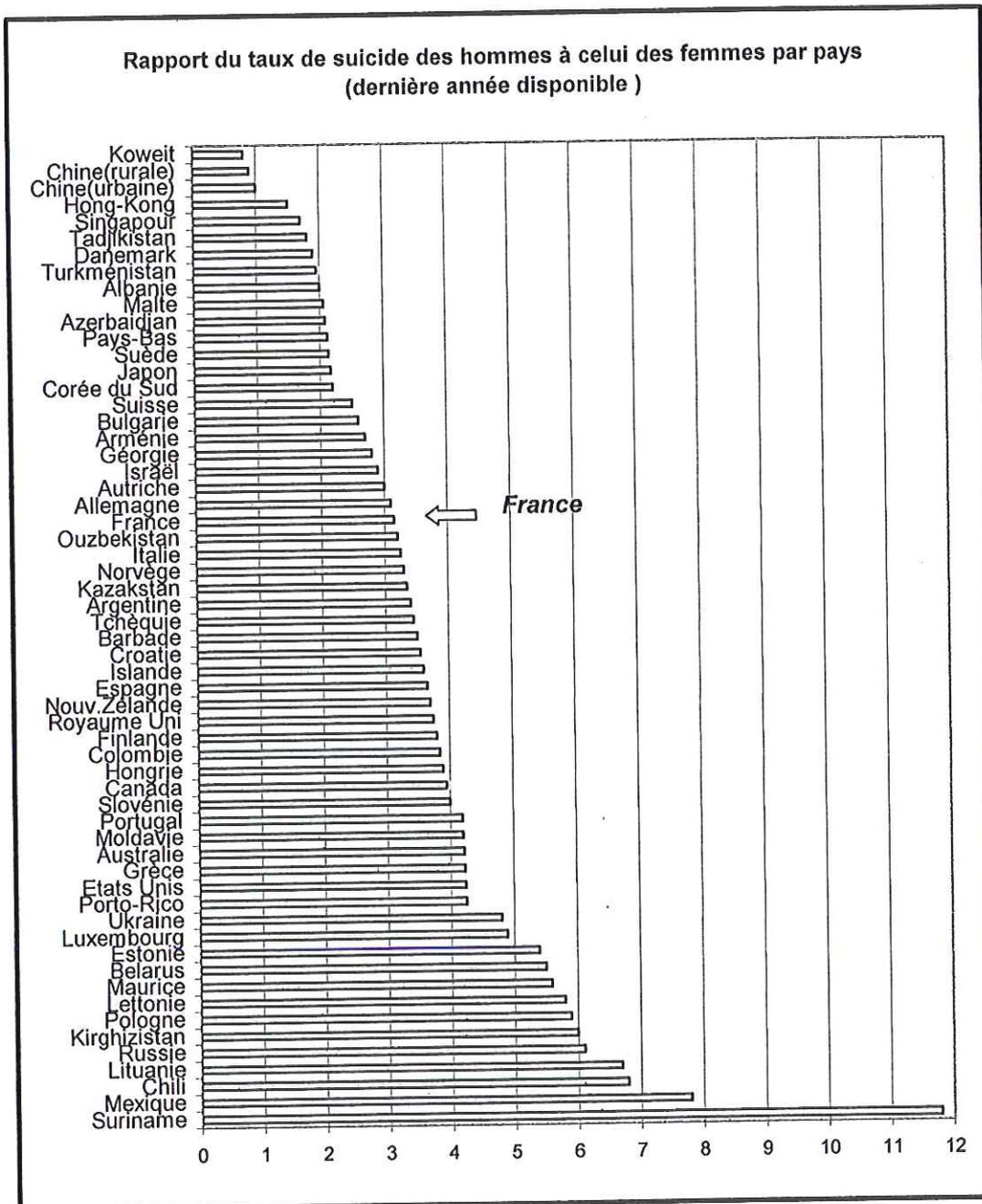
Ces chiffres sont à l'évidence très caractéristiques puisqu'ils montrent une grande différence de répartition hommes / femmes entre la population des suicidants et celle des suicidés.

En effet, indépendamment de l'égalité numérique des sexes qui existe en Pays de Loire, *il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes chez les suicidants (70%-30%), alors que la situation est totalement inverse chez les suicidés (30%-70%).*

Cette prédominance féminine *chez les suicidants*, en région nazairienne, ne paraît pas être une exception.

D'une part, elle se confirme en effet au niveau national où l'on observait, en 1993, une répartition 60/40 à dominante féminine de 163700 suicidants (②-85). D'autre part on constate également la même tendance, dans une source, datant de 1986 et émanant du CHU d'Angers, qui faisait état d'une répartition 63/37 à majorité féminine de 842 primo-suicidants (⑤-149)

La surmortalité masculine observée dans notre région *chez les suicidés* est également tout à fait courante. Le graphique de la page suivante montre en effet que les hommes se suicident plus que les femmes dans quasiment tous les pays du monde (②-83).



Pour être complet, il faut préciser que si notre étude, montre que la surmortalité masculine par suicide dans notre région (70/30) est à peu près conforme à la moyenne nationale d'aujourd'hui (75/25), il peut néanmoins exister des variations conjoncturelles.

Ainsi par exemple, un document de la CPAM de Saint Nazaire, indique qu'entre 1991 et 1994, la mortalité par suicide des hommes de la région était supérieure de 31% à la moyenne nationale (⑥-83).

En remontant un peu plus dans le temps, on note qu'en 1967 en Angleterre, B.Barraclough n'observait dans son étude des 100 cas de suicide, qu'une proportion de 53 hommes pour 47 femmes (④-357).

Ce plus faible ratio n'est cependant pas illogique, car, on observait également à cette même époque en France, le plus bas taux de suicide masculin des 40 dernières années (graphique page 2 et②-88).

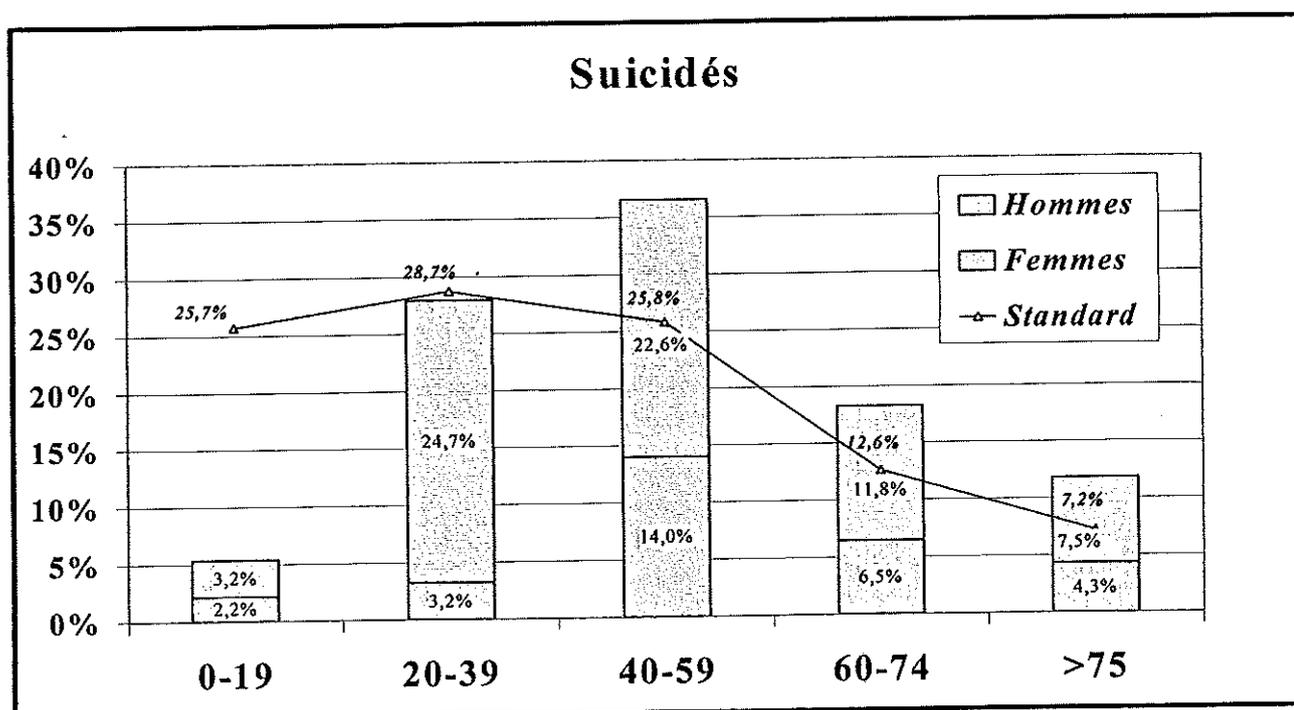
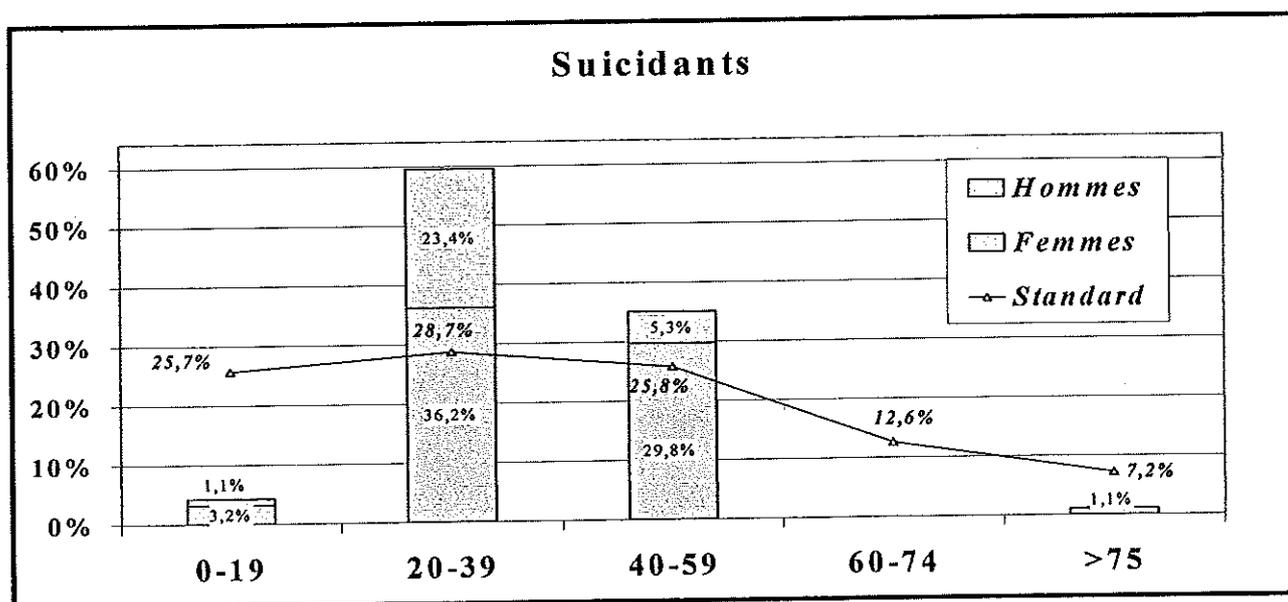
A ces remarques près, notre étude montre néanmoins qu'aujourd'hui, les femmes et les hommes de la région nazairienne, ont un comportement à peu près identique à celles et ceux du reste de la France en matière de tentatives de suicide ou de suicides.

La différence la plus marquante qui existe entre les sexes, tient donc dans le fait incontestable que *les femmes ont tendance à lancer plus de messages d'alerte que les hommes sans pour autant passer à l'acte* (plus suicidantes que suicidaires), *alors que ces derniers, au contraire, font le plus souvent le choix d'agir plutôt que de prévenir* (plus suicidaires que suicidants).

**Une première différence : les suicidés sont majoritairement des hommes et les suicidants des femmes .**

## B – Comparaison des suicidants et des suicidés en fonction de l'âge

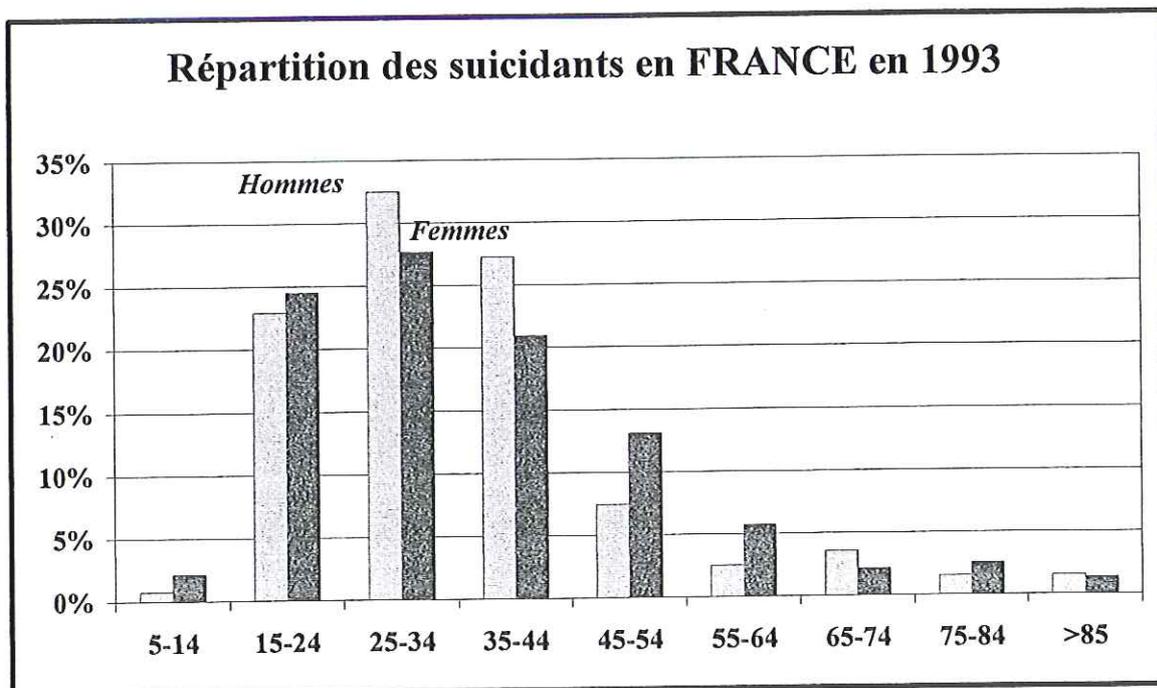
Cette comparaison est donnée par les 2 graphiques suivants, sur lesquels la courbe standard représente la répartition par tranches d'âge de la totalité de la population de la Loire-Atlantique (②-35).



Pour les **suicidants** tout d'abord, l'examen de ces valeurs permet de constater que le phénomène touche très peu les jeunes de moins de 19 ans et pratiquement pas les personnes âgées de plus de 59 ans.

*La population concernée* de notre région *se situe* en fait essentiellement entre 20 et 59 ans (95% des cas pour 55% de la population) et même plus particulièrement *entre 20 et 39 ans* (60% des tentatives pour 29% de la population) (⑦-35).

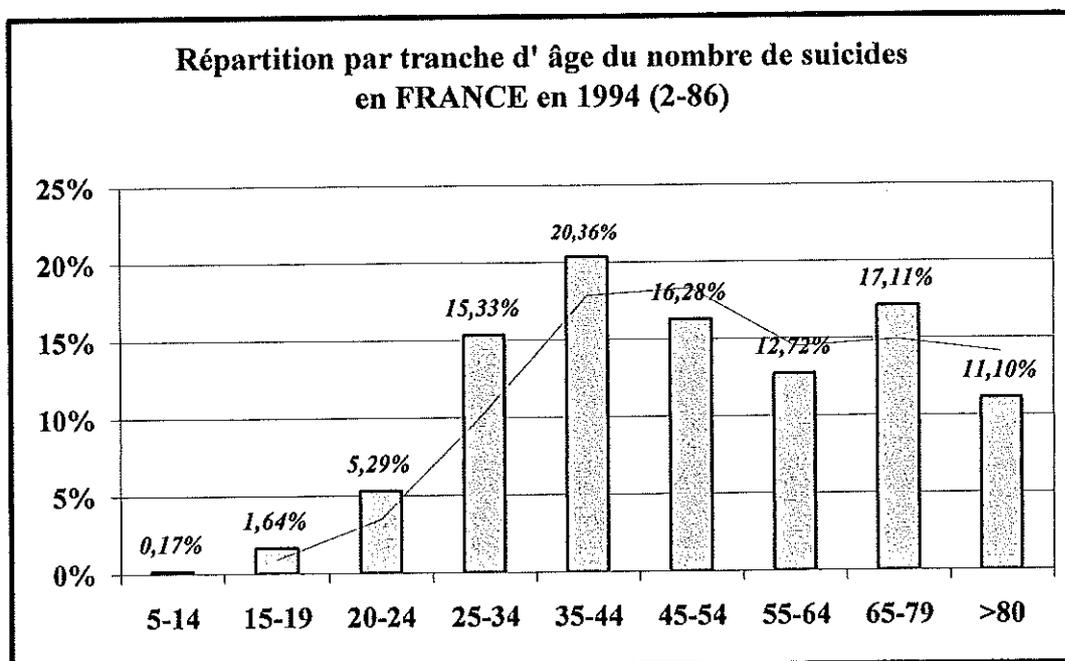
En matière de références comparatives nous disposons d'une part, de l'enquête épidémiologique angevine qui renforce l'idée que les tentatives de suicide concernent majoritairement la tranche d'âge des 15-35 ans (⑤-150), d'autre part, des statistiques nationales de 1993 (②-85) dont la représentation graphique suivante confirme la jeunesse relative des suicidants en France (25-34 ans).



En ce qui concerne *les suicidés*, nous pouvons constater que, par rapport aux suicidants, la répartition par âge est d'une façon générale plus étalée. En étant plus précis, nous pouvons noter que *la plus forte représentation se situe* cette fois *entre 40 et 59 ans* (37% des cas), et que la plus forte proportion concerne les gens âgés de plus de 75 ans (12% des suicides pour 8% de la population totale).

Afin d'interpréter ces constatations régionales, nous les avons comparées aux dernières données nationales, communiquées par l'INSEE, pour l'ensemble de la France.

En matière de nombre de suicides (2-86) tout d'abord, le graphique ci-après confirme qu'au niveau national, c'est également dans la tranche 40-55 ans que l'on dénombre le plus de suicides.



En matière de proportion, c'est à dire de taux de suicide pour 100000 personnes, l'évaluation régionale est un peu délicate, car d'une part, il faut rapporter les 93 cas de suicide de notre étude au plus juste périmètre démographique circonscrit, et d'autre part il faut connaître la pyramide des âges de la population de ce périmètre.

Ainsi, bien que ces 93 suicidés résidaient dans des communes dont la population atteint 220000 personnes, nous avons jugé nécessaire de rajouter les 60000 habitants des communes avoisinantes pour obtenir un périmètre géographique réaliste.

D'une même façon approximative, nous avons considéré que la répartition par âge de ces 280000 personnes était semblable à celle des 1100000 habitants du département.

Ces hypothèses étant posées, le calcul des taux de suicide par âge, dans la carte sanitaire de ST Nazaire est explicité dans le tableau suivant:

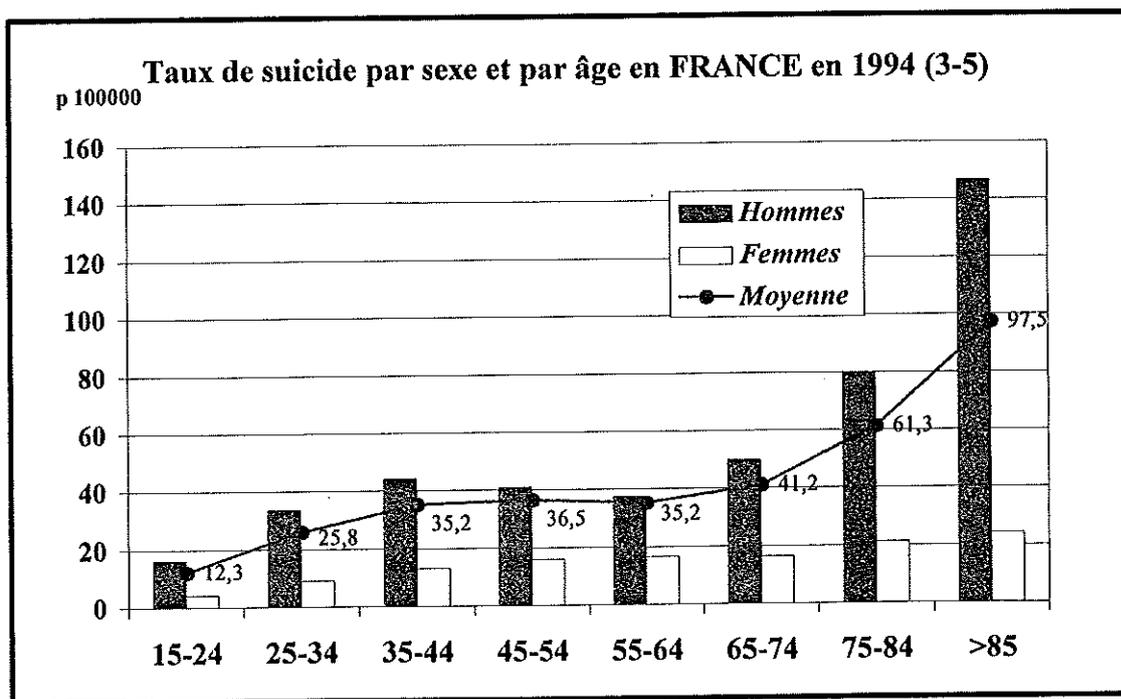
Tranches d'âge	0-19	20-39	40-59	60-74	>75	Total
Nombre de suicidés	5	26	34	17	11	93
Clés de répartition de la population	25.7%	27.8%	25.8%	12.6	7.2%	100.0%
Répartition des 280000 habitants	71960	80360	72240	35280	20160	280000
Taux de suicide pour 100000 habitants	6.9	32.4	47.1	48.2	54.6	33.2

Si l'on compare ces chiffres régionaux à ceux du tableau ci-dessous établi en 1994 à l'échelon national (③-5), nous constatons :

- des taux de suicide locaux supérieurs à ceux du pays pour toute la tranche d'âge 30-75 ans.

Ceci se confirme par le taux moyen régional, qui est de 33.2 contre 20.8 pour la France en 1994 (31,5 pour les hommes, 10,7 pour les femmes selon ③-4).

- à l'inverse, un taux de suicide des personnes âgées de plus de 75 ans inférieur au taux national (54,6 contre un chiffre compris entre 61,3 et 97,5).



A la remarque près concernant les gens de plus de 75 ans, cette surmortalité régionale par suicide est confirmée par la CPAM de Saint-Nazaire, qui pour la période 1991 à 1994, fait état d'un taux de suicide local supérieur de 31% à la moyenne nationale (⑥-83).

Cette même CPAM précise en outre que cette surmortalité, surtout masculine, est moins prononcée à l'échelon des Pays de Loire qu'au plan local (18% contre 31%), mais qu'à l'inverse, on observe dans ces mêmes Pays de Loire une surmortalité féminine d'environ 27% par rapport au plan local nazairien, conforme, quant à lui, à la moyenne nationale (©-83).

Le tableau suivant résume la plupart de ces données :

Age	Hommes			Femmes		
	Nombre	Taux local	Taux France	Nombre	Taux local	Taux France
15-24	6	26.8	15.7	1	4.8	4.4
25-34	8	39.5	32.7	1	6.1	9.0
35-44	13	54.8	41.7	3	11.6	13.2
45-54	9	56.0	41.1	4	21.3	16.7
55-64	7	46.1	38.0	2	11.7	17.2
65-74	9	69.4	49.5	5	30.2	17.7
75-84	4	83.3	90.2	2	16.5	23.9
>85	3	244.0	162.5	1	12.8	28.3
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>42.7</b>	<b>32.8</b>	<b>17</b>	<b>10.4</b>	<b>10.6</b>

Avec *un âge moyen des suicidés dépassant de 20 ans celui des suicidants*, notre région confirme bien la tendance majoritaire observée en France.

**Deuxième différence** : La population des suicidants est donc jeune (entre 20 et 59 ans) , alors que celle des suicidés est plus âgée (entre 40 et 60 ans) voire très âgée (âge supérieur à 75 ans) .

## C – Comparaison des suicidants et des suicidés selon leur statut marital

Lors de notre enquête nous avons noté pour chacune des personnes étudiées si celle ci était célibataire, mariée, divorcée ou veuve.

La comparaison de la situation maritale de ces personnes par rapport à celle de la population de la Loire Atlantique ou de l'ensemble de la France est présentée dans les 2 tableaux ci après (⑦-41) :

### *Suicidants*

	Femmes	%	Hommes	%	Total	% local suicidants	% population Loire Atlantique	% population FRANCE
<i>Marié</i>	32	48.5%	12	42.9%	44	46.8%	51.3%	51.0%
<i>Célibataire</i>	17	25.8%	12	42.9%	29	30.9%	35.8%	34.8%
<i>Veuf</i>	3	4.5%			3	3.2%	7.7%	8.0%
<i>Divorcé</i>	14	21.2%	4	14.3%	18	19.1%	5.2%	6.2%
	66		28		94		(926000h)	(48100000h)

### *Suicidés*

	Femmes	%	Hommes	%	Total	% local suicidés	% population Loire Atlantique	% population FRANCE
<i>Marié</i>	8	28.6%	23	41.1%	31	36.9%	51.3%	51.0%
<i>Célibataire</i>	5	17.9%	16	28.6%	21	25.0%	35.8%	34.8%
<i>Veuf</i>	6	21.4%	2	3.6%	8	9.5%	7.7%	8.0%
<i>Divorcé</i>	9	32.1%	15	26.8%	24	28.6%	5.2%	6.2%
	28		56		84		(926 000h)	(48100000h)

Le fait le plus marquant qui émane de ces données, est la forte proportion de divorcés de notre région (les femmes encore plus que les hommes) qui tentent ou parviennent à se suicider.

Dans le périmètre médical de notre étude, nous constatons en effet, que *19% des suicidants et 29% des suicidés sont des personnes divorcées ou séparées*, alors que ces dernières ne représentent que 5 à 6% de la population.

A un moindre degré , il faut aussi noter la relative *importance des tentatives de suicide chez les jeunes hommes célibataires (27ans)*, ainsi que le taux élevé du suicide parmi les veuves.

Afin de les valider ou non, nous avons cherché à comparer ces tendances se dégageant de notre étude locale, avec celles observées dans la région angevine pour les suicidants (⑤-150, seule étude en notre possession) et celles disponibles au plan national pour les suicidés (①-22 et②-64).

L'étude épidémiologique détaillée (⑤-150) faite, en 1987, sur 842 primo-suicidants admis au CHU d'Angers, confirme bien la forte proportion de divorcés parmi cette population (proportion plus marquée chez les hommes alors que nous avons localement noté l'inverse), mais fait aussi état de la même tendance chez les veufs, phénomène que nous n'avons sans doute pas observé du fait de la taille de notre échantillon (94 contre 842).

Pour ce qui concerne les suicidés, le tableau suivant, communiqué lors de la 1<sup>ère</sup> Journée nationale pour la prévention du suicide (①-22) et confirmé avec plus de détails, un an après, au cours de la 2<sup>ème</sup> Journée (②-64), synthétise la situation des taux de suicide (pour 100000 habitants) observés en France en 1994 .

<i>Etat matrimonial</i>	<i>Marié</i>	<i>Célibataire</i>	<i>Veuf</i>	<i>Divorcé</i>
<i>Femmes</i>	12.3	18.9	23.2	22.2
<i>Hommes</i>	38.3	72.2	110.6	89.1

Ce tableau confirme, et ce à nouveau chez les hommes, la proportion notable de divorcés parmi les suicidés, mais fait également apparaître, chez ces derniers, une proportion encore supérieure de personnes veuves (tant hommes que femmes).

Nos échantillons de 93 et 94 personnes étaient sans doute juste suffisants pour noter à l'échelon régional tout ce que nous pouvons observer à l'échelon national. Néanmoins nos constatations locales sont semblables à celles faites en France, et à ce titre, nous permettent d'en tirer les conclusions générales suivantes.

*C'est parmi les personnes divorcées ou veuves que l'on observe, en France comme en région nazairienne, la plus forte proportion de suicides ou de tentatives de suicide.*

**Troisième différence : les suicidés et les suicidants sont avant tout des personnes divorcées ou veuves . On note par ailleurs , une plus forte proportion d'hommes jeunes célibataires chez les suicidants et de femmes veuves chez les suicidés**

## D – Comparaison des suicidants et suicidés en fonction de leur activité professionnelle

En premier lieu nous avons cherché à savoir si les gestes suicidaires, accomplis ou non, s'observaient plus dans certaines catégories socioprofessionnelles que d'autres. Pour ce faire, nous avons affecté chaque suicidant ou suicidé à une des catégories socioprofessionnelles de la classification INSEE (⑦-45), puis comparé le taux de tentative de suicide ou de suicide ainsi observé par catégorie, à la proportion de la population régionale ou nationale appartenant à cette même catégorie.

Les résultats de cette analyse comparative sont synthétisés dans les 2 tableaux suivants :

### *Suicidants*

### *Suicidés*

<i>Catégories socio professionnelles</i>	Femmes	Hommes	<i>Total suicidants</i>	Femmes	Hommes	<i>Total suicidés</i>	<i>% population régionale</i>	<i>% population nationale</i>
<i>Agriculteurs</i>	(1) 1.1 %		(1) 1.1 %		(2) 2.3%	(2) 2.3%	1.1%	1.1%
<i>Artisans Commerçants</i>	(3) 3.2%	(1) 1.1 %	(4) 4.3%	(2) 2.3%	(2) 2.3%	(4) 4.6%	2.7%	2.8%
<i>Cadres</i>	(2) 2.1 %	(2) 2.1 %	(4) 4.3%		(4) 4.6%	(4) 4.6%	5.0%	5.3%
<i>Professions intermédiaires</i>	(2) 2.1%		(2) 2.1%	(2) 2.3%	(3) 3.5%	(5) 5.7%	10.4%	9.8%
<i>Employés</i>	(32) 34.0%	(10) 10.6%	(42) 44.7%	(6) 6.9%	(9) 10.3%	(15) 17.2%	13.5%	13.4%
<i>Ouvriers</i>	(1) 1.1%	(13) 13.8%	(14) 14.9%		(19) 21.8%	(19) 21.8%	12.1%	12.0%
<i>Retraités</i>	(3) 3.2%		(3) 3.2%	(10) 11.5%	(16) 18.4%	(26) 29.9%	17.2%	17.8%
<i>Autres (sans activité)</i>	(22) 23.4%	(2) 2.1 %	(24) 25.5%	(6) 6.9%	(6) 6.9%	(12) 13.8%	38.0%	37.6%

Ces chiffres , très caractéristiques, montrent que *les suicidants sont surtout des employés de sexe féminin et que les suicidés sont majoritairement des ouvriers ou des retraités de sexe masculin.*

En effet 34% des suicidantes sont issues de la catégorie employés qui ne représente pourtant qu'environ 10% de la population féminine régionale (13.5% pour les 2 sexes mais il y a généralement plus de femmes que d'hommes dans cette catégorie).

Quant aux suicidés, 21.8% d'entre eux sont des ouvriers alors que cette catégorie ne constitue à peu près que 10% de la population masculine régionale (12.1% pour les 2 sexes, mais il y a plus d'hommes que de femmes dans cette catégorie).

De même, 18.4% sont des hommes retraités alors que cette catégorie socioprofessionnelle ne représente qu'environ 9% de la population masculine locale (17.2% à peu près également répartis entre les 2 sexes).

Ces premières conclusions sont à notre avis logiques, car elles confirment ce que nous avons déjà constaté en matière de corrélation avec le sexe ou l'âge des personnes objets de notre étude, à savoir :

- les suicidants sont surtout des *employés* (44.7% vs 13.4%)
- les suicidés sont principalement des *ouvriers* (21.8 % vs 12 %) et des *retraités* (29.9 % vs 17.8 %)

Ces conclusions, issues de notre enquête régionale, peuvent-elles pour autant être considérées comme représentatives d'une tendance générale française ?

Ceci est un peu difficile à affirmer car nous n'avons quasiment pas trouvé d'études traitant de la relation entre suicide et catégories socio-professionnelles.

Néanmoins, un certain nombre d'éléments peuvent nous permettre de penser que cette corrélation entre suicidants et employés d'une part, et suicidés et ouvriers ou retraités d'autre part, n'est pas spécifique à notre région.

Tout d'abord, il faut noter que la répartition locale des catégories socio-professionnelles est tout à fait identique à celle constatée en France (tableau ci-avant).

Ensuite, *pour les suicidants*, nous disposons de l'étude faite au CHU d'Angers (voir tableau ci-après ⑤-152) qui confirme nos constatations pour chaque catégorie socio-professionnelle, et notamment la prédominance des employés de sexe féminin parmi les personnes faisant des tentatives de suicide.

Catégories socio professionnelles	Agriculteurs	Artisans	Cadres	Profession intermédiaires	Employés	Ouvriers	Retraités	Etudiants	Autres sans activité
% population suicidant	1.8%	3.8%	3.8%	8.5%	23.3%	24.0%	4.6%	14.7%	13.4%
% population Maine et Loire	4.8%	3.1%	2.3%	6.5%	9.9%	16.1%	13.4%	11.6%	32.4%

Enfin, *pour les suicidés*, nous pouvons considérer que les constatations faites par certains conférenciers lors de la 2<sup>ème</sup> *Journée nationale pour la prévention du suicide*, tendent à expliquer le fait de trouver majoritairement des ouvriers, des employés et des retraités parmi la population à risque suicidaire.

En effet, la pauvreté (②-81), le chômage (ou plus exactement les conjonctures économiques non maîtrisées ②-71 ,③-9), et la solitude des retraités âgés (surtout les hommes ②-65) sont souvent cités comme facteurs aggravants de ce risque.

Or, les ouvriers et les employés font bien partie des catégories socioprofessionnelles aux revenus les plus modestes, puisqu'en 1999, dans notre région, ces revenus n'étaient respectivement que de 11130 € et 12582 € pour une moyenne de 16027 € en Pays de Loire et de 17930 € en France (⑦-123).

De même, c'est bien parmi les ouvriers et les employés que l'on trouve le plus de chômeurs puisque dans notre région, en 2001, 74% des demandeuses d'emploi étaient des employées et 80% des demandeurs des ouvriers ou employés (⑦-115) alors que ces deux catégories professionnelles ne représentent qu'environ 60% de la population active. Enfin, il faut ajouter que la région nazairienne est la plus touchée des Pays de Loire par le chômage (11.1 contre 9, ⑦-113).

*Tout ceci tend à prouver que dans notre région comme ailleurs, il y a plus de suicidants parmi les employées et plus de suicidés parmi les ouvriers et les retraités.*

Ceci étant, il nous est apparu que la classification des catégories socioprofessionnelles retenue par l'INSEE ne permettait pas d'analyser suffisamment la population pourtant importante (38%) des gens « sans activité », ainsi que celle des chômeurs puisque ceux-ci sont inclus, par l'INSEE, dans leur catégorie professionnelle d'appartenance.

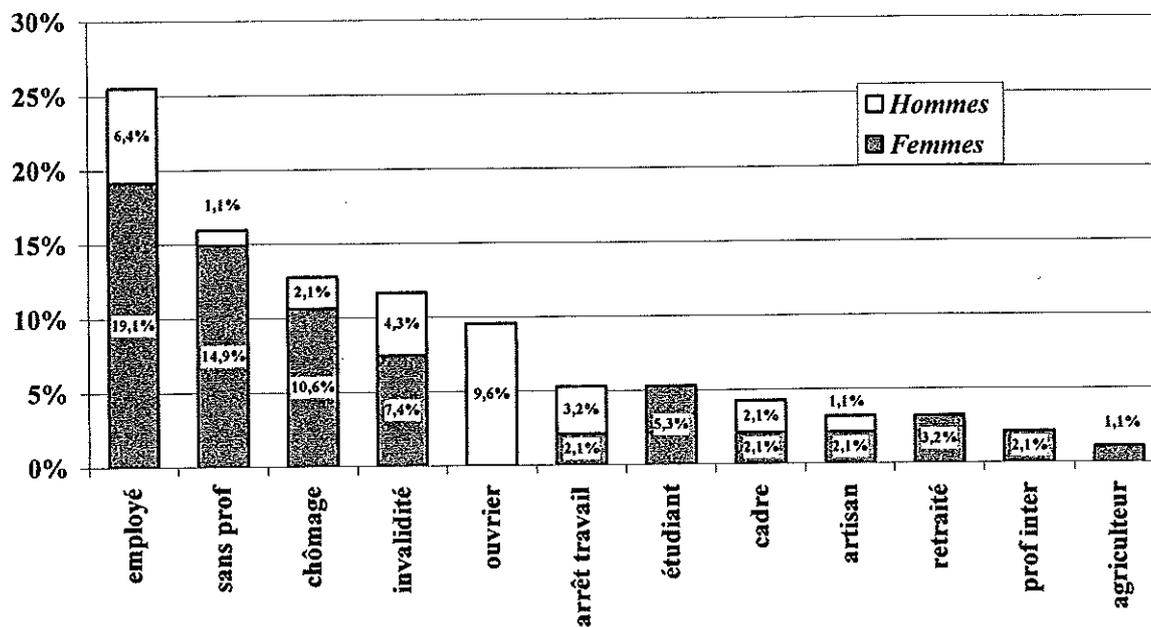
Or, le tableau de la page 29 fait bien apparaître une singularité des femmes « non actives » parmi les suicidants (23.4% pour une population de l'ordre de 19% si l'on admet une égale répartition entre les sexes).

Pour porter un regard plus précis, nous avons donc voulu analyser l'exacte situation socioprofessionnelle des suicidants et des suicidés au moment de leur geste, afin d'une part de connaître dans le détail la raison de leur « non activité », et d'autre part, de mesurer, si utile, l'importance du facteur d'intégration sociale que constitue la vie professionnelle (②-71, ③-9).

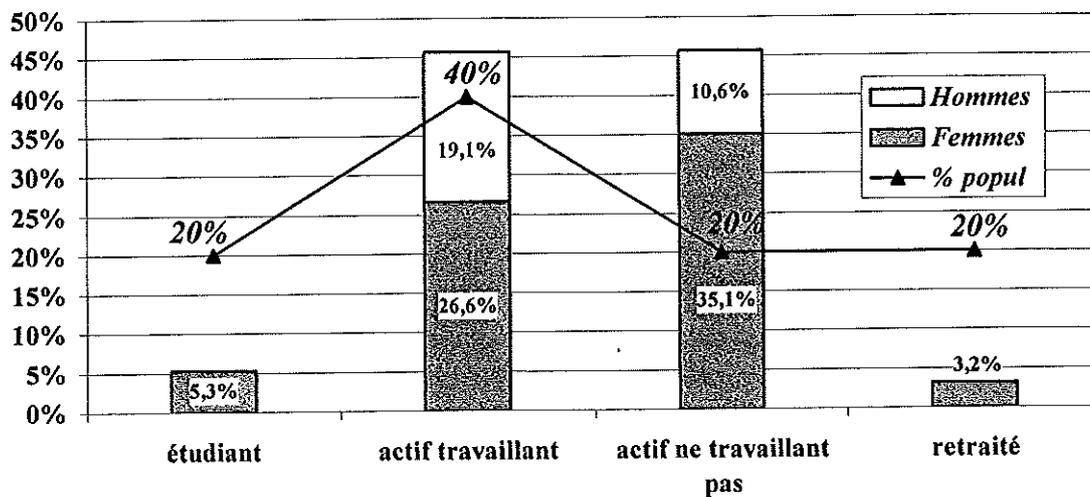
Les doubles graphiques des pages suivantes résument cette étude complémentaire.

Ils donnent, pour chaque catégorie de patients, d'une part l'exactitude de leur situation professionnelle au moment des faits, et d'autre part, la proportion de cas de tentatives de suicide ou de suicides observée chez les gens en âge de travailler, selon qu'ils exercent réellement ou non une profession (actifs « travaillants » ou actifs « non travaillants »).

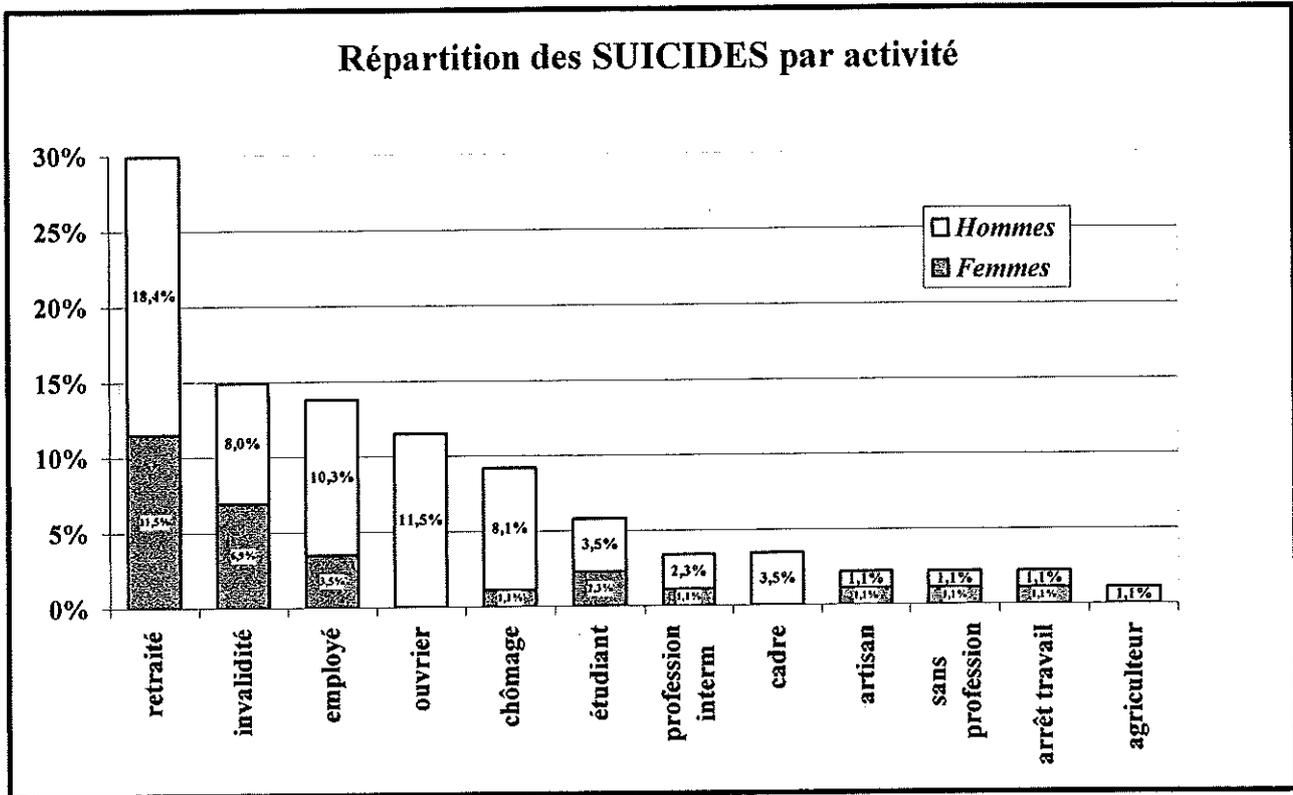
### Répartition des SUICIDANTS par activité



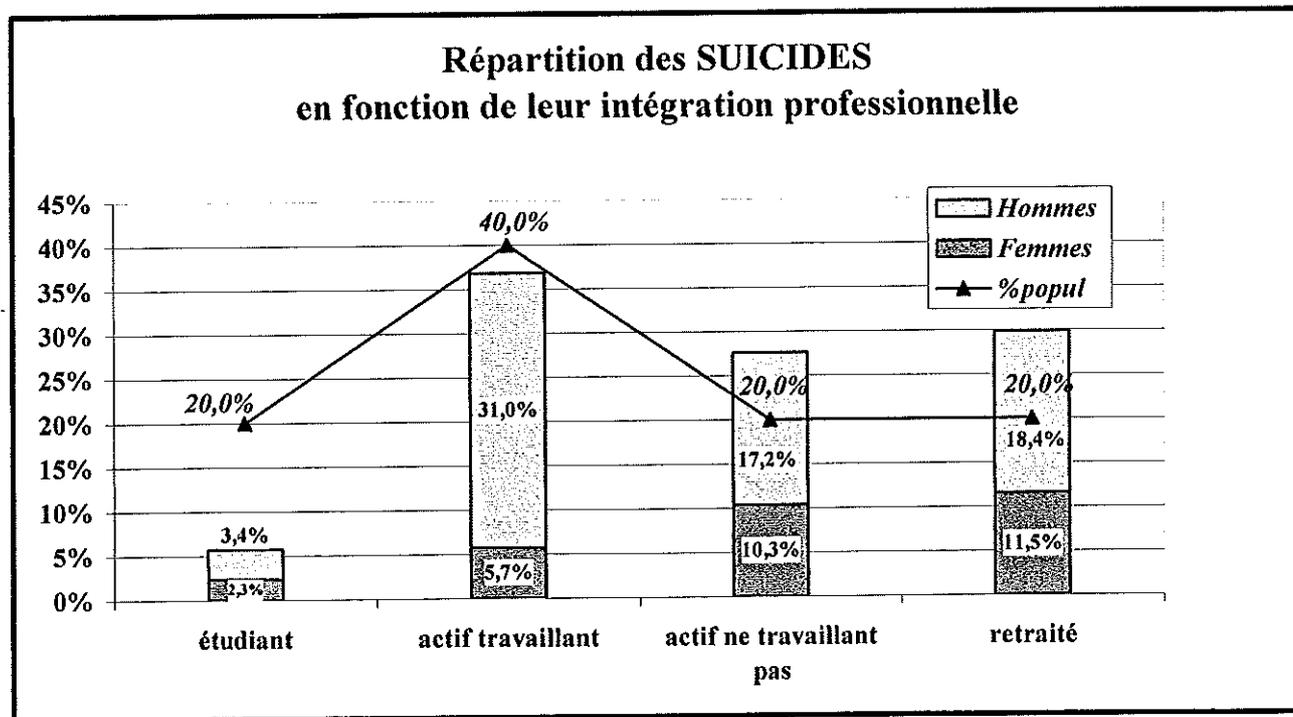
### Répartition des SUICIDANTS en fonction de leur intégration professionnelle



### Répartition des SUICIDES par activité



### Répartition des SUICIDES en fonction de leur intégration professionnelle



*Pour les suicidants* tout d'abord , le premier graphique nous permet de retrouver que cette population est, en majorité, constituée d'employés de sexe féminin.

Par contre, nous voyons qu'aussitôt après cette catégorie socioprofessionnelle, ce sont les personnes n'ayant jamais exercé de profession, au chômage, en invalidité ou en arrêt de travail qui sont les plus concernés.

D'où l'importance du deuxième graphique qui met surtout en évidence les taux de tentatives de suicide chez les actifs « travaillants » et « non travaillants ».

Nous pouvons ainsi constater que ces *tentatives de suicide sont 2 à 3 fois plus fréquentes* qu'attendu (35% pour > 10% de la population) *chez les femmes* en âge de travailler, mais *n'exerçant pas de profession* , peut-être par le fait d'une absence de formation, du chômage ou d'une incapacité physique ou psychiatrique.

Les hommes « non travaillants » semblent a priori moins concernés par le problème (10% pour <10% de la population) mais ceci est essentiellement dû au fait que leur taux d'activité professionnelle est souvent nettement supérieur à celui des femmes (62% contre 49% en Pays de Loire ⑦-95).

Dans le cadre professionnel, objet de cette partie de notre étude, il n'est donc pas étonnant que ce soient les femmes – généralement sous payées vis à vis des hommes - qui ressentent le plus d'angoisse vis à vis de leur intégration professionnelle, soit à l'aube de leur carrière (jeune âge des suicidantes), soit plus tard lorsqu'elles sont déçues par un emploi parfois peu valorisant (employée).

En tout état de cause, nous pouvons affirmer que, dans notre région ou ailleurs, *la non insertion ( physique, psychique ou intellectuelle) des personnes en âge de travailler dans le monde professionnel est, surtout pour les femmes, un facteur prédictif important du processus conduisant à la tentative de suicide.*

En ce qui concerne *les suicidés*, le premier graphique confirme, sans surprise, qu'ils sont les plus nombreux parmi les retraités, ouvriers ou employés de sexe masculin, mais qu'aussitôt après ces catégories socioprofessionnelles, on trouve, à nouveau, beaucoup d'actifs « non travaillants » (invalides, chômeurs...).

Le deuxième graphique permet toutefois une meilleure analyse de la situation de ces deux catégories d'actifs (« travaillants » ou non) et une plus juste comparaison avec nos observations faites chez les suicidants.

Ainsi nous pouvons tout d'abord constater qu' il y a certes un peu plus de suicides qu'attendu chez les actifs « non travaillants » (28% pour 20% de population) mais que la particularité tient dans la différence de comportement suicidaire de ces personnes ( suicide ou à la tentative de suicide).

*Les femmes « non travaillantes » sont en effet moins concernées que les hommes « non travaillants » par le suicide* alors que la situation était totalement inverse face aux tentatives de suicide.

Comme, d'une façon générale, nous savons que les femmes sont moins auto-agressives que les hommes, cela tend donc à prouver que la non intégration professionnelle a moins d' importance dans le processus aboutissant au suicide chez l'homme que dans celui conduisant à sa seule tentative chez la femme .

Ensuite, et toujours sur ce 2<sup>ème</sup> graphique, nous pouvons noter que le taux de suicide des actifs « travaillants » est faible chez les femmes mais plus élevé chez les hommes (30% pour moins de 20% de la population), qui supporteraient peut-être moins bien le manque d'intérêt (employés, ouvriers) ou le stress de leur vie active.

En fait l'attitude des actifs « travaillants ou non » face au suicide est moins caractéristique qu'elle ne l'était face à la tentative de suicide.

Cela recoupe, à notre avis, les conclusions de nombreux auteurs qui, dans leurs études, constatent qu'il n'est pas évident d'établir un lien formel entre suicide et chômage (②-70,71,③-9).

Ces mêmes auteurs parlent plutôt d'une corrélation entre suicide et intégration sociale et non uniquement professionnelle. C'est sans doute ce que nous pourrions vérifier dans la suite de notre étude multiaxiale.

En définitive, le fait le plus remarquable que nous retiendrons est la *forte proportion de retraités parmi les suicidés*, ce qui s'explique en partie par le fait que bon nombre d'entre eux vivent souvent seuls (veuvage), et que, plus que la vie professionnelle, c'est la solitude qui est un facteur déterminant dans *l'élaboration du processus suicidaire*.

**Quatrième différence** : *les suicidants sont avant tout des femmes employées* alors que *les suicidés sont des hommes ouvriers*, et de plus il existe une *forte proportion de femmes inactives chez les suicidants et d'hommes retraités chez les suicidés* .

## D – Comparaison du suivi médical antérieur des suicidants et suicidés

Au cours de cette enquête nous avons cherché à savoir si, antérieurement à leur geste, les patients faisaient, oui ou non, l'objet d'un suivi médical régulier chez un médecin généraliste ou chez un psychiatre, et, dans l'affirmative, s'ils étaient nombreux sous traitement psychotrope.

Ces informations sont résumées dans les tableaux ci après :

### *Suicidants*

Suivi antérieur	Femmes	%	Hommes	%
Généraliste	59	89,4%	15	53,6%
Psychiatre	34	51,5%	9	32,1%
Traitement	45	68,2%	13	46,4%

### *Suicidés*

Suivi antérieur	Femmes	%	Hommes	%
Généraliste	16	57,1%	28	43,1%
Psychiatre	13	46,4%	13	20,0%
Traitement	14	50,0%	17	26,2%

A l'évidence, nous pouvons constater que l'ensemble de cette population fait effectivement le plus souvent l'objet d'un suivi médical avant d'en arriver au geste suicidaire accompli ou non, puisqu'en moyenne **72% des suicidants et 50% des suicidés avaient un médecin généraliste.**

Il apparaît tout aussi clairement que ce suivi est **plus systématique chez les femmes (73%) que chez les hommes (48%),** ce qui corrobore ce que nous avons déjà observé dans l'analyse du facteur sexe, à savoir, que généralement les femmes lancent plus de signaux d'alerte que les hommes.

Il semble également que ces troubles qui amènent les patients à consulter leur médecin traitant sont le plus souvent caractéristiques de problèmes psychologiques, puisque 42% des suicidants et 33% des suicidés rencontrent également, de façon régulière, un psychiatre avant de passer à l'acte ; ceci s'avérant d'ailleurs, une fois encore, plus prononcé chez les femmes (49%) que chez les hommes (26%).

Enfin il faut noter que ces consultations donnent lieu à un **traitement psychotrope** pour **57% des suicidants et 38% des suicidés,** étant donc observé à nouveau, une **plus** grande implication des **femmes (59%) que des hommes (36%)** dans ce phénomène.

Afin de savoir si ces constatations faites au niveau local pouvaient se généraliser à l'échelon national, nous avons recherché les résultats d'études similaires.

Ce travail a été difficile en matière de suivi médical car, sur ce sujet, nous avons trouvé peu de références, autres qu'étrangères, pour les suicidés et seulement 2 sources d'informations pour les suicidants.

La première, issue de l'étude faite au CHU d'Angers sur 842 primo-suicidants, indique que la grande majorité des patients (86%) était en bonne santé dans les 3 mois qui ont précédé leur tentative de suicide (⑤-153).

Nous n'en avons pas déduit pour autant que seuls 14% des suicidants consultent régulièrement, car ce chiffre est trop éloigné du nôtre pour être vraisemblable.

Nous avons plutôt admis que *les suicidants* devaient effectivement avoir un taux de fréquentation médicale de l'ordre de celui que nous avons observé en local, et qu'*en consultant* généralement « *en bonne santé* », cela signifie qu'ils *essaient plus de venir parler du problème psychologique qui les préoccupe que d'une quelconque autre maladie*.

Ceci est d'ailleurs confirmé par La Gazette Médicale qui observe que 69.7% des plaintes exprimées lors des consultations précédant le geste suicidaire sont d'ordre psychiatrique pour 30% d'ordre organique(⑥-7).

La deuxième information, tirée de ce même document (⑥-6), est plus directement exploitable puisqu'il s'agit d'une étude similaire à la nôtre qui indique que 89.9% des suicidants bénéficiaient d'un suivi avec un médecin généraliste et 84.4% avec un psychiatre.

En ce qui concerne *les suicidés*, nous disposons, essentiellement, des travaux de Barraclough qui confirment bien nos observations locales.

En effet, dans la région anglaise servant de cadre à son étude, cet auteur nous indique que **65%** des décédés par suicide *avaient consulté leur médecin de famille* environ *un mois avant leur mort* (40% la semaine précédente), alors que le taux de fréquentation médicale du reste de la population n'est que de 25% (④-367).

Bien que ces éléments de comparaison ne soient pas issus d'études rigoureusement identiques à la nôtre, ils s'inscrivent néanmoins dans un faisceau de convergence qui nous autorise à prétendre, qu' en matière de suivi médical, nos constatations locales peuvent être valides .

A ce titre, ces médecins « de famille » sont donc les mieux placés pour pressentir les gestes extrêmes de leurs patients à tendance autoagressive (pour autant que les messages souvent confus de ces derniers puissent être décryptés) et nous en prendrons pour preuve, l'étude hongroise de Rihmer qui constate, dans son pays, que les régions à forte densité de médecins sont aussi les régions à faible taux de suicide (③-16).

Pour ce qui concerne les *prescriptions médicamenteuses* dont ces patients font généralement l'objet, nous avons trouvé peu d'études comparatives donnant exactement le pourcentage de suicidants ou suicidés en traitement avant leur geste.

Toutefois, pour *les suicidés*, nous disposons des travaux de E.Robins (⑧-83) et de M.Ploin (⑨-9) qui indiquent que ces personnes *sont, à 62%* pour l'un et de 66 à 76% pour l'autre, *sous antidépresseurs* (tricycliques à 70%).

De plus, certains travaux sur l'efficacité préventive des médicaments en matière de suicide ont été effectués en France(②-73), en Suède(③-15) ou en Angleterre(④-369)

Ces travaux montrent que, dans la plupart des cas, il existe une corrélation entre une forte densité médicale, un faible taux de suicide et un taux élevé d'usage d'antidépresseurs.

Ceci voudrait donc dire que la dépression est une cause importante du risque suicidaire (nous le vérifierons ultérieurement). Dans cette hypothèse, cela confirme qu'à l'image de ce qui s'observe dans notre région, *les suicidés sont souvent sous traitement psychotrope (antidépresseur) avant leur geste suicidaire.*

Pour être complet nous ajouterons enfin une remarque particulière de B. Barraclough (④-368) qui, devant la forte proportion de psychotropes administrée aux patients finissant par se suicider, en déduit que ces malades sont très psychologiquement perturbés, et que les médecins, qui le constatent obligatoirement en consultation, peuvent donc avoir un rôle préventif. (L. Appelby arrive aussi à la même conclusion ③-16).

**Cinquième différence : Nous pouvons donc affirmer que les médecins et principalement les généralistes , voient régulièrement en consultation plus de 60 % de la population à risque suicidaire . Ceci est plus systématique pour les suicidants que pour les suicidés et ceci est encore plus vrai pour les femmes que pour les hommes. Par ailleurs, nous ajouterons que, pour plus de la moitié d'entre eux, ces patients suivent un traitement médicamenteux destiné le plus souvent à soigner une dépression, et que ceci s'avère à nouveau plus caractéristique chez les suicidants que chez les suicidés, et plus chez les femmes que chez les hommes.**

## IV -ANALYSE PSYCHIATRIQUE

### **A - l'axe I**

L'axe 1 concerne le diagnostic des troubles mentaux . Il est établi par les psychiatres grâce au M.I.N.I chez les suicidants au moment de leur admission à l'hôpital.

Dans notre cas, il prend également en compte l'analyse de ces mêmes troubles chez les suicidés, analyse que nous avons donc tenté de faire le plus justement, bien que rétrospectivement.

En plus de cet état des troubles mentaux observés sur chaque patient, c'est également au titre de l'axe 1 que nous avons répertorié chez les suicidants et suicidés, l'existence d'éventuelles tentatives de suicide antérieures.

Toutes ces données ainsi recueillies sont synthétisées sur les deux tableaux de la page suivante, qui vont nous permettre :

- 1- tout d'abord, de vérifier la représentativité de nos informations, c'est à dire d'avoir l'assurance qu'elles sont en nombre suffisant pour être significatives d'une tendance
- 2- ensuite, d'étudier :
  - la différence quantitative des troubles mentaux observés chez les suicidants et chez les suicidés, ainsi que l'influence éventuelle de cette différence sur la prédictivité du risque suicidaire pour ces 2 populations
  - la nature de ces troubles afin de savoir si certains sont plus fréquents, et peut être là aussi, plus prédictifs que d'autres, en matière de tentative de suicide ou de suicidés.

## *Suicidants*

	Femmes	<i>Dont ... (...%) ont déjà tenté de se suicider</i>	Hommes	<i>Dont ... (...%) ont déjà tenté de se suicider</i>	Total	<i>Dont ... (...%) ont déjà tenté de se suicider</i>
Nombre de cas avec 0 trouble mental	30 (45.5%)	17 (56.7%)	8 (28.6%)	5 (62.5%)	38 (40.4%)	22(57.9%)
Nombre de cas avec 1 trouble mental	27 (40.9%)	18 (66.7%)	17 (60.7%)	11 (64.7%)	44 (46.8%)	29 (82.9%)
Nombre de cas avec 2 troubles mentaux	7 (10.6%)	3 (42.9%)	3 (10.7%)	1 (33.3%)	10 (10.6%)	4 (25.0%)
Nombre de cas avec 3 troubles mentaux	1 (1.5%)	1 (100.0%)			1 (1.1%)	1 (100.0%)
Nombre de cas avec 4 troubles mentaux	1 (1.5%)	1 (100.0%)			1 (1.1%)	1 (100.0%)
		<i>Sur 66 femmes, 36 (54.5%) ont au moins un trouble mental et 40 (60.6%) ont déjà tenté de se suicider</i>				<i>Sur 28 hommes, 20(71.4%) ont au moins un trouble mental et 17 (60.7%) ont déjà tenté de se suicider</i>

## *Suicidés*

	Femmes	<i>Dont ... (...%) ont déjà tenté de se suicider</i>	Hommes	<i>Dont ... (...%) ont déjà tenté de se suicider</i>	Total	<i>Dont ... (...%) ont déjà tenté de se suicider</i>
Nombre de cas avec 0 trouble mental	8 (28.6%)		40 (61.5%)	1 (2.5%)	48 (51.6%)	1 (2.1%)
Nombre de cas avec 1 trouble mental	13 (46.4%)	7 (53.8%)	18 (27.7%)	11 (61.1%)	31 (33.3%)	18 (58.1%)
Nombre de cas avec 2 troubles mentaux	7 (25.0%)	7 (100.0%)	7 (10.8%)	7 (100.0%)	14 (15.1%)	14 (100.0%)
		<i>Sur 28 femmes, 20 (71.4%) ont au moins un trouble mental et 14 (50.0%) ont déjà tenté de se suicider</i>				<i>Sur 65 hommes, 25 (38.5%) ont au moins un trouble mental et 18 (27.7%) ont déjà tenté de se suicider</i>

Pour vérifier tout d'abord la représentativité de nos informations, nous pouvons constater qu'il y a, à la fois un nombre relativement important de cas présentant des troubles mentaux multiples (15%), et de plus, environ **60% des suicidants et 50% des suicidés** qui **présentent au moins un de ces troubles**.

Pour l'essentiel, nous considérerons donc que ces données sont en nombre suffisant pour que notre étude soit significative.

Pour le détail, nous nous permettrons d'observer qu'il y a, une fois encore, plus de manifestations d'un trouble chez les suicidants (et même de plusieurs pour les femmes) que chez les suicidés .

En ce qui concerne la prédictivité de ces troubles en terme de risque suicidaire, il faut tout d'abord rentrer dans le détail suicidants/suicidés et femmes/hommes pour se faire une idée exacte de la situation.

En effet, en constatant globalement que 40.4% des suicidants et 51.6% des suicidés passés à l'acte ne présentent (apparemment) pas de trouble mental, on pourrait en déduire qu'il n'y a pas plus de prédictivité selon qu'un trouble existe ou non. En fait chez l'homme la présence d'un ou plusieurs troubles mentaux de l'axe 1 influence statistiquement la différence entre suicidants et suicidés ( $p < 1\%$ ) alors que ceci n'est pas vrai chez les femmes ( $X^2 = 3.02$  à 2 degré de liberté).

**Pour les suicidants**, nous pouvons observer que dans cette catégorie de patients, **71.4% des hommes présentent au moins un trouble mental** alors que cette proportion n'est que de **54.5% pour les femmes**.

Pourtant statistiquement, il n'est pas possible de conclure que la présence d'un trouble mental est plus prédictif chez l'homme que chez la femme ( $X^2 = 3.17$  à 2 degrés de liberté).

*Quant au groupe des suicidés, nous pouvons observer, à contrario, que ce sont 71.4% des femmes qui sont atteintes d'au moins un trouble mental contre seulement 38.5% des hommes.*

Ce trouble serait donc, cette fois plus prédictif pour les femmes que pour les hommes de ce groupe ( $p < 2\%$ )

Pour terminer cette étude de corrélation entre trouble mental et geste suicidaire, il nous reste encore à analyser l'*incidence des tentatives de suicide antérieures*.

*Chez les suicidants* tout d'abord, nous constatons qu'environ 61% d'entre eux (femmes ou hommes) *ont déjà fait une tentative*, mais qu'il est difficile d'établir un lien entre cette tentative et le nombre de troubles mentaux découverts chez ces patients.

*Chez les suicidés* ensuite, nous pouvons faire deux observations dont l'une est plus caractéristique.

- *Les femmes font plus de tentatives répétitives que les hommes ;*
- *Il existe une différence statistique importante, en fonction du nombre de trouble sur l'axe I ( $p \lll 1\%$ ) entre les patients sans antécédents de tentative de suicide et ceux qui en présentent .*

Cette différence se retrouve plus précisément chez les suicidés ( $p \lll 1\%$ ) et pas chez les suicidants ( $X^2=2.37$  à 2 degrés de liberté).

*La corrélation entre le nombre des troubles mentaux des suicidés et leurs tentatives de suicide antérieures est la seule observation probante que nous ayons pu faire, pour aller dans le sens d'une idée communément admise, qui veut que ces troubles constituent une majoration du risque suicidaire.*

En définitive, notre étude locale ne contredit en rien celles plus complètes réalisées par Diekstra, Mosciki, Hawton, Nordentoft (③-14).

D'une façon très schématique, nous pourrions donc résumer ce chapitre sur la prédictivité du geste suicidaire en fonction des troubles mentaux observés et des tentatives de suicide comptabilisées par les quelques idées synthétiques suivantes.

*Chez les suicidants, :*

*les troubles mentaux et les tentatives de suicide sont plus des facteurs d'alerte que des facteurs statistiquement prédictifs d'un suicide .*

*Chez les suicidés :*

- *les tentatives de suicide antérieures sont d'autant plus fréquentes que les troubles mentaux sont nombreux ;*
- *elles constituent le facteur de risque de suicide le plus significatif (  $p \lll 0.1$  ), et souvent le seul réellement prédictif.*

Après la vérification de leur représentativité et l'étude de leur prédictivité, nous pouvons maintenant analyser la nature de ces troubles mentaux observés afin de rechercher les plus caractéristiques.

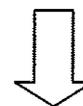
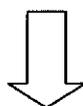
Le détail et la synthèse des données sont présentées ci-après :

### *SUICIDANTS*

### *SUICIDES*

Facteurs de diagnostic	Femmes	Hommes	Total
<i>Etat dépressif majeur</i>	20	6	26
<i>Dysthymie</i>	3	0	3
<i>Intoxication par l'alcool</i>	15	10	25
<i>Intoxication par la drogue</i>	1	0	1
<i>Troubles de l'anxiété</i>	8	2	10
<i>Troubles psychotiques</i>	1	2	3
<i>Troubles obsessionnelles</i>	0	2	2
<i>Troubles du sommeil</i>	0	1	1

Facteurs de diagnostic	Femmes	Hommes	Total
<i>Etat dépressif majeur</i>	9	10	19
<i>Etat dépressif dû à maladie</i>	3	4	7
<i>Bipolaire</i>	5	1	6
<i>Intoxication par l'alcool</i>	6	12	18
<i>Intoxication par la drogue</i>	0	1	1
<i>Troubles de l'alimentation</i>	2	0	2
<i>Troubles psychotiques</i>	0	2	2
<i>Troubles schizophréniques</i>	1	0	1
<i>Problèmes de pulsion</i>	0	1	1
<i>Troubles délirants</i>	1	0	1
<i>Troubles de conduite</i>	0	1	1



<i>Troubles de l'humeur</i>	23	6	29 (40,8%)
<i>Intoxication par l'alcool</i>	15	10	25 (35,2%)
<i>Troubles de l'anxiété</i>	8	2	10 (14,1%)
<i>Troubles psychotiques</i>	1	2	3 (4,2%)
<i>Troubles divers</i>	1	3	4 (5,6%)

<i>Troubles de l'humeur</i>	17	15	32 (56,1%)
<i>Intoxication par l'alcool</i>	6	12	18 (31,6%)
<i>Troubles de l'alimentation</i>	2	0	2 (3,5%)
<i>Troubles psychotiques</i>	0	2	2 (3,5%)
<i>Troubles divers</i>	1	2	3 (5,3%)

Ces chiffres montrent combien, dans notre périmètre médical, les troubles de l'humeur, sous quelque forme que ce soit, et l'excès d'alcool sont les sont les pathologies principales observées chez les patients étudiés .

Pour être plus précis, nous pouvons noter que *chez les suicidants les troubles de l'humeur représente le trouble prépondérant (40,8%), mais que l'intoxication par l'alcool s'en rapproche notablement (35,2%), voire le dépasse chez les hommes.*

De plus, si on considère que l'anxiété conduit le plus souvent à un trouble de l'humeur, nous pouvons additionner les 14.1% de personnes souffrant de ce trouble, et la dépression, sous ses différentes formes, devient alors un facteur encore plus important (54,9%).

*Chez les suicidés, les troubles de l'humeur constituent à nouveau, et sans conteste, le trouble mental majeur pour les deux sexes (56,1%), devant l'alcoolisme (31.6%) qui affecte, là encore, plus les hommes que les femmes.*

Comparons les 2 populations quant aux trois principaux troubles : épisodes dépressifs majeurs , troubles liés à l'usage d'alcool , psychoses. On peut dire qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les suicidants et les suicidés ( $X^2=4.27$  à 2 degrés de liberté) .Il n'ya pas non plus de différence statistique netre les suicidants vs les suicidantes ( $X^2=4.15$  à 2 degré de liberté) ou les suicidées vs suicidés ( $X^2=3.92$  à 2 degré de liberté)

Pour interpréter avec justesse ces données locales et éventuellement généraliser nos conclusions à un plus large territoire, nous devons en premier lieu vérifier la pertinence de ces données en les comparant, dans la mesure du possible, aux résultats de travaux similaires réalisés au niveau national ou international.

*Pour les suicidants* tout d'abord, nous disposons de très peu d'informations autres que celles relatives à *leur état dépressif* qui, compte tenu des chiffres résumés dans le tableau ci-après, constitue assurément le trouble mental majeur dont souffrent ces personnes .

Références	Beautrais (③-11)	ECA (③-11)	CHU Angers (⑤-153)	Gazette médicale (⑨-7)
% dépressifs	62%	53%	51%	59%

La valeur moyenne, qui *est d'environ 59%*, se rapproche tout à fait des 54.9% de notre observation locale, et confirme *donc l'importance majeure* de ce trouble chez les suicidants en général.

En matière d'intoxication alcoolique nous n'avons pas trouvé, à vrai dire, de données françaises ou étrangères aussi caractérisées que les nôtres.

Néanmoins, l'enquête du CHU d'Angers permet de se faire une idée de la situation puisqu'elle précise que, sur les 842 primo-suicidants étudiés en 1986 : 10% souffraient d'alcoolisme chronique, 24% étaient en état d'ébriété lors de leur hospitalisation et 42.9% avouaient une alcoolisation récente (⑤-152,153).

Ces chiffres sont du même ordre de grandeur que ceux que nous avons observés en local, et ils confirment donc que *l'alcoolisme est, après le trouble dépressif, le deuxième trouble majeur chez les suicidants* (à des variations régionales ou nationales près ②-92).

L'étude de corrélation, faite en début de chapitre, nous a montré que la présence d'au moins un trouble mental chez un suicidant peut être (surtout chez les hommes) un facteur prédictif de la tentative de suicide. Les derniers paragraphes nous précisent que dépression et alcoolisme sont (encore chez les hommes) souvent à l'origine de ce trouble mental, donc ces 2 pathologies peuvent être prédictives de la tentative de suicide.

Pour renforcer notre conviction nous ajouterons que tous les auteurs admettent aussi que le risque suicidaire est majoritairement prédéterminé par ces 2 troubles.

Nous citerons principalement Cullberg (③-14) qui note un taux de suicide 2 fois supérieur à la moyenne chez les suicidants dépressifs et alcooliques, puis Philippe(③-13) qui souligne le niveau suicidaire élevé des suicidants sous l'effet conjugué de ces 2 troubles, et enfin Wolfersdorf (③-13) qui parle d'un risque vie-entière de tentative de suicide de 20 à 60% chez les dépressifs pour 10 à 13% chez les bien portants (②-83).

En conclusion, nous pouvons donc affirmer que, dans notre région comme ailleurs, *l'association des troubles de l'humeur et de l'intoxication alcoolique (cette dernière conduisant fréquemment au premier) constitue le plus souvent, le risque suicidaire prédictif majeur pour les suicidants.*

*Pour les suicidés* ensuite, nous disposons de beaucoup plus d'études similaires à la nôtre, mais pour être le plus synthétique possible, nous utiliserons le tableau récapitulatif de *L. Bourgeois* (⑧-89), en y ajoutant cependant les données françaises de l'INSERM (②-73).

Références / Troubles mentaux			% Dépressifs	% Alcooliques
Robins	USA	(134)	47%	25%
Dorpat et Ripley	USA	(114)	30%	31%
Barraclough	GB	(100)	80%	15%
Beskow	Suède	(271)	28%	31%
Chynoweth	Australie	(135)	55%	29%
Rich	USA	(283)	44%	54%
Cheng	Taiwan		90%	44%
INSERM	France		60%	23%

Ce tableau montre que, dans le monde, et en moyenne arithmétique, *il y a 54.3% de dépressifs et 31.5% d'alcooliques parmi les suicidés.*

Ces valeurs étant très proches des 56.1% et 31.6% observés en local pour chacun de ces 2 troubles, nous pouvons donc tout d'abord prétendre que les observations faites dans notre périmètre médical sont représentatives du niveau national

Ensuite, pour parfaire notre jugement en matière de prédictivité de ces 2 troubles majeurs sur le risque de suicide, nous avons étudié de nombreux articles français ou étrangers publiés sur ce thème.

La synthèse que nous pouvons en faire est la suivante.

Pour E. Robins, 68% des suicidés de son étude étaient des maniaco-dépressifs et/ou des alcooliques ayant tous fait part de leurs intentions suicidaires (③-83).

A.Philippe confirme cela par un chiffre de 60-70%, mais précise surtout, qu'une étude portant sur le suivi de patients déprimés a montré que 15% d'entre eux se suicidaient (③-11).

Wolfersdorf, quant à lui, parle de 40 à 70% de suicidés présentant un trouble dépressif et d'un risque de suicide vie-entière de 12 à 18% pour cette population (③-12).

Tous les auteurs (sauf Dieskra) soulignent de plus l'importance du facteur âge croissant sur la corrélation entre suicide et dépression. Conwell insiste sur la sur-gravité de l'association dépendance alcoolique-dépression chez les adultes.

Enfin, si l'on considère que les tentatives de suicide antérieures sont un facteur de risque qui s'ajoutent aux troubles mentaux nous devons citer :

- Barraclough qui note que 33% des dépressifs et 66% des alcooliques suicidés avaient déjà fait des tentatives de suicide (③\_86)
- Yoshinori Cho qui évalue comme facteur de risque supplémentaire les tentatives suicide faites pendant des épisodes dépressifs antérieurs (③-91).

Tout ce que nous avons pu ainsi relever dans ces diverses communications scientifiques confirment et précisent nos propres observations locales.

### **Sixième différence :**

Ce chapitre nous permet de mettre en évidence, que

- *les antécédents de tentative de suicide et les troubles mentaux sont prédictifs du suicide mais pas de la tentative de suicide ;*
- *les troubles de l'humeur et l'alcoolisme sont des troubles majorants le risque de geste suicidaire et ce d'autant qu'ils se conjuguent.*

## B -l'axe II

L'axe II concerne également les troubles mentaux, mais diagnostiqués cette fois selon le SCID.

Tout comme pour l'analyse effectuée au titre de l'axe 1, nous avons tout d'abord voulu vérifier que les données recueillies étaient en nombre suffisant pour être représentatives de la population étudiée.

Cette vérification est l'objet des deux tableaux suivants :

### Suicidants

	Femmes	Hommes	Total
<i>Nombre de suicidants présentant 0 trouble mental</i>	2	1	3 (3,2%)
<i>Nombre de suicidants présentant 1 trouble mental</i>	3	4	7 (7,4%)
<i>Nombre de suicidants présentant 2 troubles mentaux</i>	8	4	12 (12,8%)
<i>Nombre de suicidants présentant 3 troubles mentaux</i>	9	2	11 (11,7%)
<i>Nombre de suicidants présentant 4 troubles mentaux</i>	11	4	15 (16,0%)
<i>Nombre de suicidants présentant 5 troubles mentaux</i>	11	1	12 (12,8%)
<i>Nombre de suicidants présentant 6 troubles mentaux</i>	14	8	22 (23,4%)
<i>Nombre de suicidants présentant 7 troubles mentaux</i>	6	3	9 (9,6%)
<i>Nombre de suicidants présentant 8 troubles mentaux</i>	2	0	2 (2,1%)
<i>Nombre de suicidants présentant 9 troubles mentaux</i>	0	0	0 (0%)
<i>Nombre de suicidants présentant 10 troubles mentaux</i>	0	1	1 (1,1%)

### Suicidés

	Femmes	Hommes	Total
<i>Nombre de suicidés présentant 0 trouble mental</i>	14	55	69 (74,2%)
<i>Nombre de suicidés présentant 1 trouble mental</i>	14	10	24 (25,8%)

A l'évidence il apparaît que les informations recueillies sur les suicidés sont peu nombreuses, voire insuffisantes pour en tirer une conclusion objective.

Ceci n'est pas surprenant car il faut rappeler que nous devions faire une enquête a posteriori pour obtenir ces renseignements, et que cela a été très difficile .En effet , étant donné la culture française et la précocité des décès, nous avons trouvé inopportun de contacter les proches

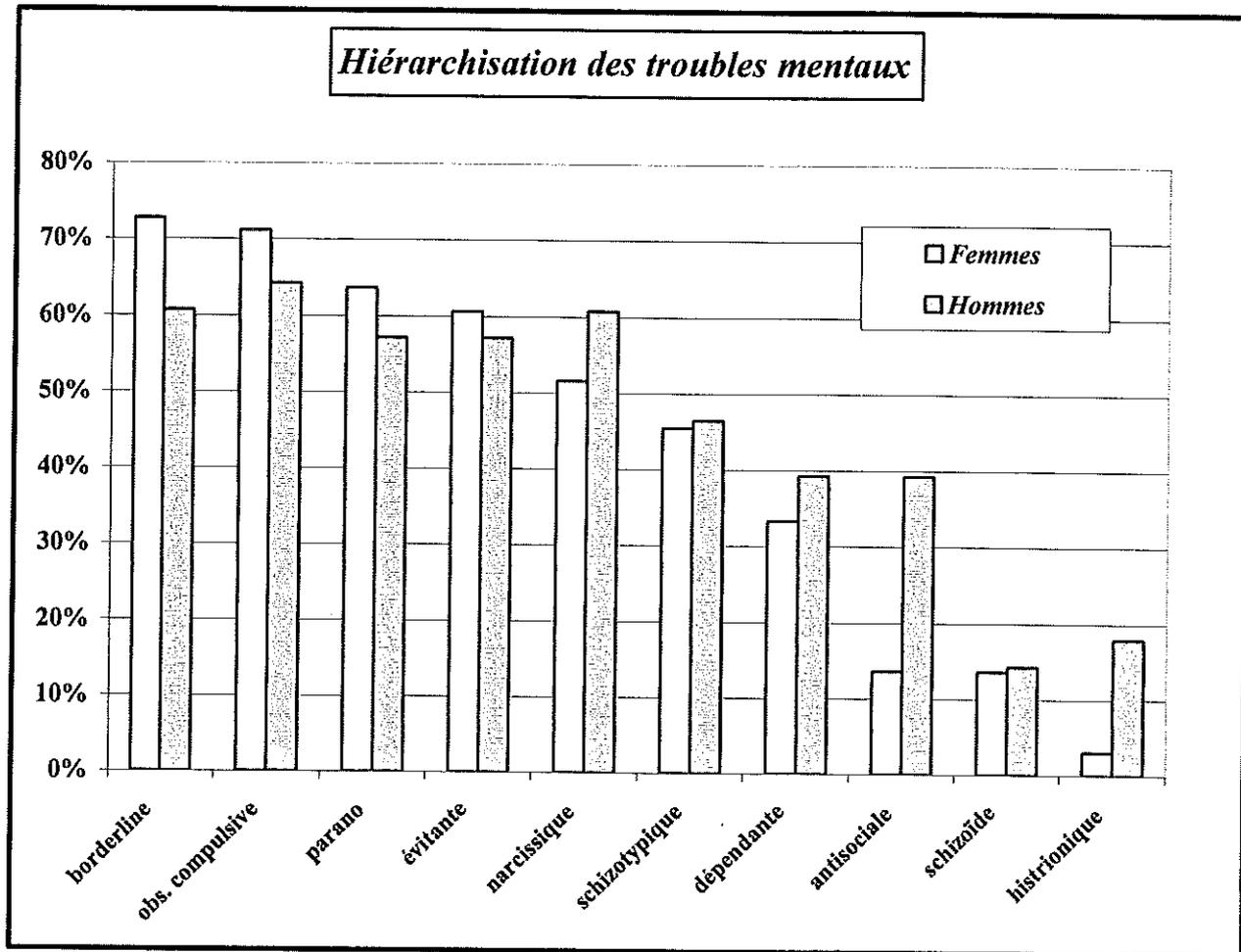
Pour ce qui concerne les suicidants, la situation est tout à fait différente puisque ce sont les médecins psychiatriques eux mêmes, qui ont collecté ces informations lors de l'hospitalisation des patients, d'où cette abondance de données qui crédibilise notre travail, au niveau de notre périmètre médical.

Cette représentativité quantitative étant vérifiée, tout au moins pour les suicidants, nous pouvons maintenant analyser le contenu qualitatif de ces observations.

En effet, et bien que nous disposons, il est vrai, de plus d'informations pour les femmes que pour les hommes, nous pouvons considérer que la richesse de ces données (en moyenne 4 à 5 troubles mentaux relevés par individu), nous donne la possibilité de définir, au niveau local, quels sont les troubles mentaux caractéristiques qui affectent le plus les personnes à tendance suicidaire.

La hiérarchisation de ces troubles observés chez les suicidants se présente comme ci-après :

### Hiérarchisation des troubles mentaux



Les principales constatations que nous pouvons faire sont les suivantes :

Tout d'abord, ces données confirment que pour environ 2/3 des cas étudiés, il existe 4 à 5 troubles mentaux majeurs par individu.

Ensuite, ces troubles classés par ordre d'importance décroissante, nous permettent aussi de caractériser cette population de *suicidants* comme étant principalement: *borderline, obsessionnelle compulsive, paranoïaque, évitante et narcissique.*

De plus, il faut remarquer que ces troubles sont quasiment les mêmes quel que soit le sexe, à 2 exceptions près cependant, concernant les personnalités *antisociales et histrioniques* qui se rencontrent 2 à 3 fois plus chez les hommes que chez les femmes.

*En conclusion , la présence d'un trouble mental sur l'axe II n'est pas prédictive* du risque de *geste suicidaire* chez les suicidants , et ce, *quel que soit le sexe* ( $X^2=0.73$  à 2 degrés de liberté ).

Pour les suicidés , l'étude ne permet pas de mettre en évidence une conclusion car les statistiques sont faussées par le peu d'informations recueillies.

## **C- l'AXE 3**

L'axe 3 permet de déterminer les troubles somatiques ou les affections médicales générales venant s'ajouter aux problèmes mentaux dont souffrent les patients étudiés.

C'est également au cours de l'examen de ces troubles physiologiques que sont officiellement enregistrés les moyens utilisés par les suicidants ou les suicidés pour accomplir leur geste.

Dans ce chapitre, nous analyserons donc, en premier lieu, les affections médicales générales afin de savoir, en quelle proportion on les retrouve associées aux troubles mentaux, et si certaines d'entre elles se rencontrent plus fréquemment que d'autres.

Puis, en second lieu, nous rechercherons quelle loi d'occurrence régit la distribution des moyens les plus fréquemment utilisés par les patients de notre étude pour s'auto-agresser.

### **1- les affections somatiques**

Intéressons-nous donc, tout d'abord, aux données enregistrées au titre des affections générales, et pour ce faire, analysons le tableau suivant qui présente une synthèse des principales pathologies diagnostiquées.

## Suicidants

Troubles	Femmes	Hommes	Total
Endocrinien	1	0	1

## Suicidés

Troubles	Femmes	%	Hommes	%	Total
Cardiaque	2	7.1%	10	15.4%	12
Endocrinien	5	17.9%	2	3.1%	7
Neurologique	2	7.1%	5	7.7%	7
Cancer	2	7.1%	3	4.6%	5
Rénal	1	3.6%	2	3.1%	3
Digestif	1	3.6%	2	3.1%	3
Pulmonaire	0		2	3.1%	2
Traumatologique	1	3.6%	1	1.5%	2
Oculaire	1	3.6%	1	1.5%	2
Auditif	0		1	1.5%	1
Esthétique	0		1	1.5%	1
	15		30		45

La première constatation qui s'impose tient dans le fait que *les suicidants ne présentent quasiment pas d'affection générale associée à leurs troubles mentaux, alors que c'est tout à fait le contraire pour environ 50% des suicidés.*

Plusieurs explications peuvent être données à ce constat.

Pour *les suicidants*, nous pouvons envisager que, dans certains cas, néanmoins restreints, leur état de choc à l'arrivée à l'hôpital peut rendre difficile ou délicat la recherche immédiate d'une pathologie d'ordre physiologique.

Ensuite, il faut se rappeler que dans le chapitre traitant du suivi médical, nous avons déjà constaté que ces patients *sont majoritairement « en bonne santé »* (⑤-153), d'où, sans doute, ce faible volume de données enregistrées.

*Pour les suicidés*, le fait de constater chez eux de *nombreux troubles physiologiques associés* ne nous paraît pas non plus surprenant.

En effet, ces derniers étant généralement plus âgés que les suicidants, il est logique de penser qu'une détérioration de leur condition physique apparaît progressivement au fil des années, parallèlement à l'évolution négative de leur état psychologique.

Pour ce qui concerne, maintenant, la nature de ces troubles physiques observés chez les suicidés, nous pouvons essentiellement faire deux constatations.

La première, ce sont généralement *les affections cardiaques* qui *prédominent*, surtout *chez les hommes*, et sont suivies par les pathologies *endocriniennes*, principalement *chez les femmes*.

La deuxième, en regroupant *les troubles invalidants (neurologique, traumatologique, oculaire, auditif, esthétique)* ce sont ces derniers qui *prennent le pas sur toutes les autres affections générales*.

Afin de tirer d'éventuelles conclusions de ces constatations, nous allons, comme pour toutes les autres rubriques, vérifier leur pertinence en les comparant à celles d'études similaires faites sur ou au delà de notre territoire.

Pour ce qui concerne, tout d'abord, la fréquence d'observation d'une affection générale associée à un trouble mental, nous nous sommes référés aux études étrangères citées par M. L. Bourgeois dans lesquelles :

- Dorpat et Ripley, tout d'abord, parlent d'environ 50% de maladies évolutives associées aux troubles mentaux et ayant contribué au suicide dans la moitié des cas (⑧-84).
- B. Barraclough, quant à lui, diagnostique ces atteintes organiques chez environ 30% des suicidés, en précisant qu'elles sont essentiellement dues à l'abus d'alcool (⑧-86).
- Chynoweth, enfin, observe pour sa part, une maladie physique associée chez 52% des suicidés, (⑧-88).

Tous ces chiffres sont parfaitement comparables aux nôtres, et nous permettent donc d'affirmer que *,contrairement aux suicidants , les suicidés présentent, dans 50% des cas, une affection générale sérieuse et le plus souvent péjorative .*

En ce qui concerne la nature de ces affections, nous avons pris à nouveau en référence les études précitées, et, en matière de pathologies physiques observées, nous en avons fait la synthèse ci-après :

<i>Affections / Etudes</i>	<b>Dorpat et Ripley (8-84)</b>	<b>Barraclough (8-86)</b>	<b>Chinoweth (8-88)</b>
<i>Cancer</i>		<i>estomac prostate</i>	<i>néoplasie</i>
<i>Appareil digestif</i>	<i>ulcère peptique (21%)</i>		<i>gastro intestinale</i>
<i>Invalidité</i>	<i>arthrite rhumatoïde (15%)</i>	<i>sclérose en plaque</i>	
<i>Cardiaque</i>	<i>hyper tension artérielle (14%)</i>		
<i>Appareil respiratoire</i>		<i>infarctus pulmonaire</i>	
<i>Endocrinienne</i>			<i>endocrinopathie</i>

Bien que nous ne disposions pas de valeurs chiffrées ( sauf chez Dorpat et Ripley), nous pouvons néanmoins constater, en lisant ces études, que les plus grandes occurrences concernent, par ordre décroissant, les affections *cancéreuses(3)*, *digestives(2)*, *invalidantes(2)*, *cardiaques(1)*, *respiratoires(1)* et *endocriniennes(1)*.

Afin de vérifier la fréquence de ces mêmes affections dans une population « standard », nous avons alors analysé les principales causes de décès enregistrées sur le territoire français (⑦-83) et fait ainsi le constat suivant :

Affections	% de décès dus à ces affections dans l'ensemble de la population française
Cancer	28%
Appareil digestif	5%
Invalidité	3%
Cardiaque	31%
Appareil respiratoire	8%
Endocrinienne	3%

En comparant les 3 hiérarchisations ( locale, étrangère et française) de ces principales affections, nous pouvons désormais en tirer les conclusions ci-après.

*Il n'est, tout d'abord, pas significatif de constater chez les suicidés un fort taux de pathologies cancéreuses ou cardiaques, car ces affections sont à l'origine de très nombreux décès dans toutes les autres catégories de population.*

Par contre, *il est très remarquable d'observer la fréquence importante des affections digestives, invalidantes et endocriniennes* chez les personnes ayant choisi de mettre fin à leurs jours, ce qui appelle les commentaires suivants.

En premier lieu, nous pensons que les nombreuses maladies de l'appareil digestif qui sont constatées chez les suicidés, sont une conséquence directe de l'intoxication alcoolique que connaît très souvent cette population.

Ensuite, nous noterons que d'autres auteurs constatent, comme nous, l'importance des troubles invalidants chez les patients étudiés, ce qui porte à croire que l'atteinte narcissique, et donc de solitude qu'engendrent ces troubles entraîne, petit à petit, vers le geste suicidaire.

Enfin, nous remarquerons l'importance toute particulière des affections endocriniennes dans notre secteur médical.

En effet, nous savons déjà que, d'une façon générale, ces maladies touchent plus les femmes que les hommes (⑦-83). Par ailleurs, il faut noter que ces affections sont responsables de trouble de l'humeur.

#### **Septième différence :**

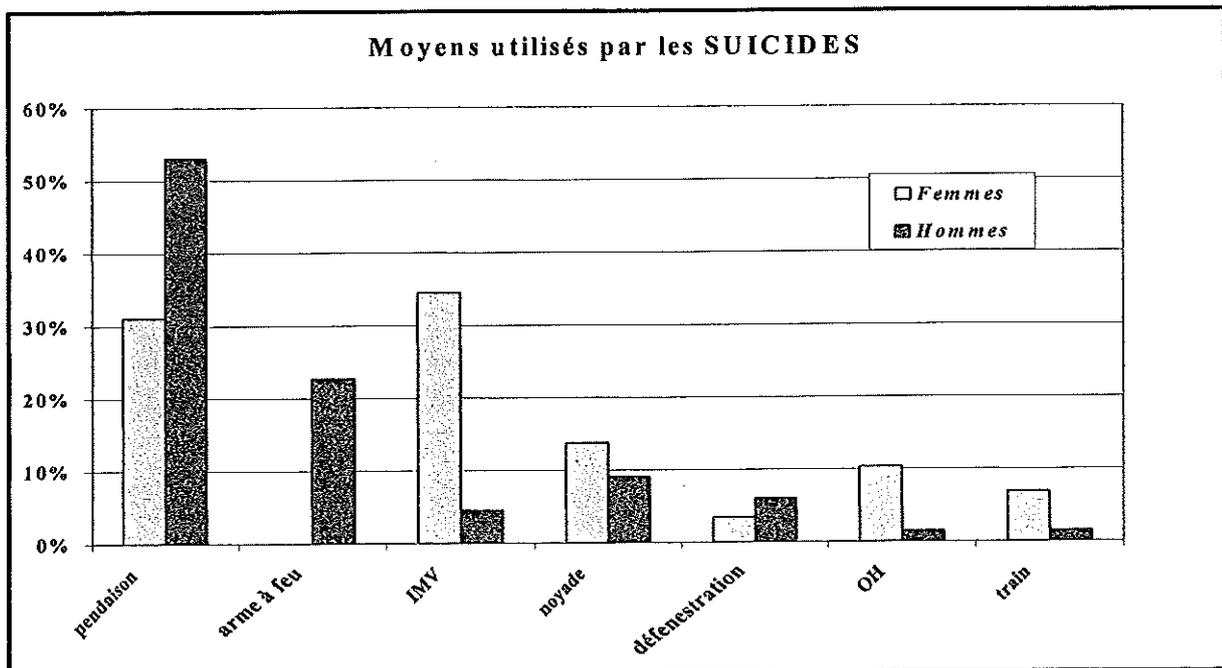
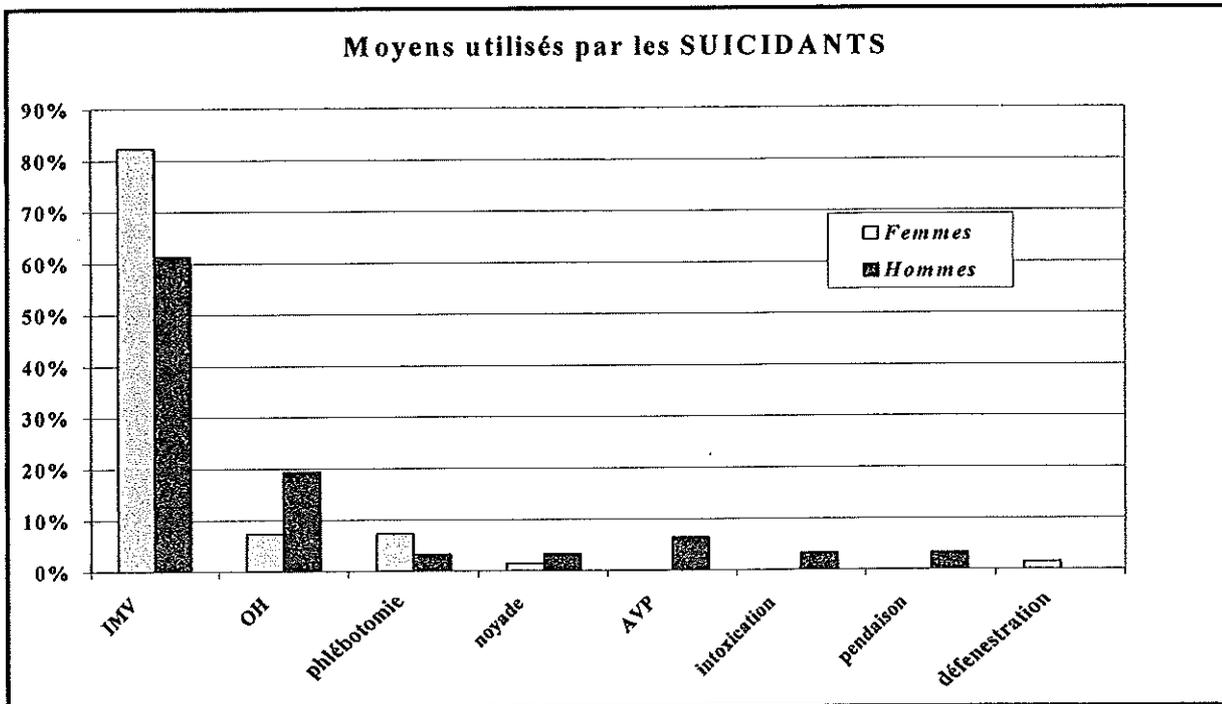
***Chez les suicidés, les affections digestives et invalidantes constituent des facteurs aggravants du risque suicidaire lorsqu'elles sont associées à des pathologies mentales .***

Nous rappellerons que ***les suicidants sont*** pour la plupart d'entre eux des gens « ***en bonne santé*** » somatique .

## 2-Les moyens auto-agressif utilisés

Pour faire suite à cet examen des affections physiques observées, intéressons-nous, maintenant, aux différents moyens utilisés par les suicidants et les suicidés pour passer à l'acte.

Ces moyens sont détaillés sur les 2 graphiques suivants :



*Pour les suicidants* de notre région, tout d'abord, il apparaît clairement que *les femmes* ont essentiellement recours à l'intoxication médicamenteuse volontaire (82% d'IMV) pour attenter à leurs jours, mais que chez *les hommes* et bien que la tendance majoritaire reste la même (61% d'IMV), l'abus d'alcool est cette fois utilisé de façon non négligeable (20% d'OH).

*Pour* ce qui concerne, ensuite, *les suicidés* de notre étude, il faut remarquer que *les femmes* continuent à beaucoup utiliser l'intoxication médicamenteuse volontaire (35% d'IMV) mais ont également recours cette fois, à des moyens plus violents (31% de pendaison et 14% de noyade).

*Les hommes*, quant à eux, privilégient clairement les moyens les plus radicaux pour mettre fin à leur vie puisque nous observons 53% des cas par pendaison, 23% par arme à feu et 14% par noyade.

A l'échelle de notre région, il se confirmerait donc, d'une part, que *les suicidants*, en utilisant des méthodes moins brutales, *cherchent avant tout à exprimer leur détresse plutôt qu'à réussir un geste ultime*, d'autre part, que *les suicidés*, arrivés sans doute au bout de leur parcours, *ont clairement recours aux moyens les plus violents* qu'ils puissent trouver, *pour être certains d'en finir avec leur vie*.

Avant de généraliser cette conclusion à toutes les populations de suicidants et de suicidés, nous devons, bien sûr, comparer nos observations à celles faites dans le cadre d'autres études françaises ou étrangères.

*Pour les suicidants*, nous nous appuyons sur les études du CHU d'Angers et de M. Ploin.

La première (⑤-152) précise que **91.8%** des 842 primosuicidants de Maine et Loire ont eu recours à une *IMV* pour tenter de mettre fin à leurs jours, et que **24%** d'entre eux présentaient, en plus, une *alcoolisation aiguë* ( dont 63% avec un taux supérieur ou égal à 1g).

Toujours selon cette étude, ces patients, dans 41% des cas, ont associé au moins 2 médicaments pour accomplir leur geste ( ces médicaments faisant d'ailleurs partie, le plus souvent, de leur traitement en cours), et dans 13.8% des cas, ils ont utilisé un autre moyen non médicamenteux en complément de l' *IMV*.

Malgré tout, ce document précise aussi que la gravité somatique de ces actes reste relativement faible puisque, sans les secours prodigués, seules 4.8% de ces tentatives auraient été fatales et 23% se seraient avérées graves.

L'étude de M. Ploin (④-4), quant à elle, détaille encore plus finement, comme le montre le tableau ci-après, les moyens utilisés par les suicidants de son échantillon .

<i>Moyens utilisés</i>	<b>% de patients concernés</b>
<i>intoxication médicamenteuse volontaire (IMV)</i>	69%
<i>alcool, drogue</i>	15%
<i>pendaison</i>	10%
<i>arme à feu</i>	6%
<i>précipitation</i>	4.6%
<i>phlébotomie</i>	4.5%
<i>noyade</i>	3.5%
<i>accident voie publique (AVP)</i>	1.8%
<i>arme blanche</i>	1.5%

Ce tableau confirme *l'importance de l'IMV et*, dans une moindre mesure, *de l'excès d'alcool* parmi les moyens utilisés *par les suicidants* pour accomplir leur geste.

Il faut aussi noter que la somme des moyens répertoriés dans ce tableau dépassent les 100%, ce qui signifie, à nouveau, que ces patients associent très souvent 2 moyens d'autodestruction (dans 15 à 20% des cas) et M. Ploin précise d'ailleurs qu'un de ces moyens supplémentaires est le plus souvent l'alcool.

*En définitive*, toutes ces données et remarques confirment, en tous points, les résultats de notre étude locale ainsi que celle du CHU d'Angers.

Il nous est donc possible d'affirmer que, d'une manière générale, dans notre région comme partout ailleurs, *les suicidants ont majoritairement recours à une IMV et à un autre moyen associé, le plus souvent l'alcool, pour tenter de mettre fin à leur vie.*

Cette prédominance écrasante de l'IMV (80%) appelle néanmoins une explication complémentaire, et c'est dans les travaux de M. Ploin, que nous pensons l'avoir trouvée.

Ce dernier a en effet élaboré un classement des moyens de suicide en fonction de leur « efficacité » qui montre, ainsi que l'indique le tableau suivant, une corrélation entre le moyen utilisé par le patient pour attenter à sa vie et son véritable désir suicidaire (©-5).

<i>Moyens utilisés</i>	<b>Taux d' « efficacité »</b>
<i>arme à feu</i>	80.1%
<i>pendaison</i>	78.1%
<i>noyade</i>	68.8%
<i>précipitation</i>	54.7%
<i>accident voie publique (AVP)</i>	38.1%
<i>alcool, drogue</i>	8.2%
<i>intoxication médicamenteuse volontaire (IMV)</i>	6.3%
<i>arme blanche</i>	3.5%
<i>phlébotomie</i>	2.6%

Au vu de ces données, il existe clairement 2 catégories de moyens de suicide : celle des moyens « efficaces » qui conduisent très souvent à la mort, et celle des moyens « d'alerte » nettement moins mortels.

Il n'est donc pas étonnant que *les suicidants* fassent surtout appel à la deuxième catégorie puisque, nous le savons, ces patients *cherchent, avant tout, à émettre des signaux d'alerte.*

Pour *les suicidés* enfin, les études étrangères auxquelles nous nous sommes référés, confirment, par contre, que ces patients *utilisent des moyens plus « efficaces »*, surtout les hommes, *pour réussir leur geste suicidaire.*

Chinoweth (®-89) indique, par exemple, que les hommes ont surtout recours aux armes à feu et à la pendaison pour s'autodétruire, alors que les femmes utilisent plutôt l'IMV.

Arato (®-90) observe quant à lui, chez les 200 suicidés de son étude, que les IMV concernent les femmes à 67% et les pendaisons, les hommes à 41%.

Toutes ces informations sont tout à fait conformes à ce que nous avons observé localement, c'est pourquoi, *tout en rappelant que les suicidants utilisent l'IMV et l'alcool, nous pouvons affirmer que les suicidés de sexe masculin utilisent, quant à eux, des moyens violents et « efficaces », mais que les femmes continuent plutôt à privilégier les IMV moins brutales.*

**Huitième différence** : le mode de suicide est différent entre ces 2 populations, les *suicidants* utilisant surtout des *méthodes dites moins létales* ( IMV+/-OH ), alors que les *suicidés* ont recours à des *méthodes violentes* ( pendaison – arme à feu ) et ceci quel que soit le sexe.

## D- l'axe IV

La finalité de cet axe, est d'analyser, en quelle mesure, les problèmes environnementaux et psycho-sociaux impliquent les patients dans leur geste suicidaire en contribuant au développement et à l'aggravation de leurs troubles et/ou en constituant des facteurs déclenchants.

Quand bien même, en effet, les troubles mentaux sont majoritairement observés chez les suicidants et les suicidés, et universellement reconnus comme facteurs prédictifs importants, il n'en reste pas moins qu'ils n'entraînent pas, systématiquement, un geste suicidaire, accompli ou non.

B. Barraclough, par exemple, estime que seuls, 15% des déprimés et des alcooliques, se suicident ④-371.

Comme pour tous les autres axes, nous efforcerons, de vérifier si les constatations que nous avons faites dans notre secteur médical se retrouvent à plus grande échelle, sur notre territoire ou au delà, en confrontant nos résultats à ceux de diverses autres études nationales ou étrangères.

Intéressons-nous donc, tout d'abord, à nos observations locales résumées dans le tableau ci-après.

## Suicidants

Problèmes environnementaux	Femmes	Hommes	Total
Mésentente Dislocation du couple	28 (42.4%)	12 (42.9%)	40 (42.6%)
Exclusion sociale	9 (13.6%)	1 (3.6%)	10 (10.6%)
Difficultés professionnelles	5 (7.6%)	2 (7.1%)	7 (7.4%)
Tension avec enfants	2 (3.0%)		2 (2.1%)
Enfance perturbée	4 (6.1%)		4 (4.3%)
Tension avec parents	2 (3.0%)	3 (10.7%)	5 (5.3%)
Deuil	1 (1.5%)		1 (1.1%)
Difficultés économiques	1 (1.9%)	1 (4.0%)	2 (2.5%)
Traitement psychiatrique	1 (1.9%)	1 (4.0%)	2 (2.5%)
Problèmes logement		2 (7.1%)	2 (2.5%)
Abus drogue			
Grossesse non désirée	1 (1.5%)		1 (1.1%)
Procédure judiciaire			
	54/66	22/28	

## Suicidés

Problèmes environnementaux	Femmes	Hommes	Total	Total	%
Mésentente Dislocation du couple	6 (21.4%)	10 (15.4%)	16 (42.0%)	56	36,1%
Antécédents TS personnels	9 (32.1%)	9 (13.8%)	18 (19.4%)	18	9.6%
Exclusion sociale	2 (7.1%)	4 (6.2%)	6 (6.5%)	16	8.6%
Antécédents familiaux	3 (10.7%)	10 (15.4%)	13 (14.0%)	13	7.0%
Difficultés professionnelles	3 (10.7%)	2 (3.1%)	5 (5.4%)	12	6.5%
Tension avec enfants	4 (14.3%)	4 (6.2%)	8 (8.6%)	10	5.4%
Antécédents alcooliques personnels	2 (7.1%)	7 (10.8%)	9 (9.7%)	9	4.8%
Enfance perturbée	2 (7.1%)	3 (4.6%)	5 (5.4%)	9	4.8%
Tension avec parents	1 (3.6%)	2 (3.1%)	3 (3.2%)	8	4.3%
Deuil	1 (3.6%)	4 (10,0%)	5 (6.2%)	6	5,0%
Difficultés économiques	1 (2,4%)	2 (3,1%)	3 (3,2%)	5	2,7%
Traitement psychiatrique	2 (7,1%)		2 (2,2%)	4	2,1%
Problèmes logement		1 (1,5%)	1 (1,1%)	3	1,6%
Abus drogue		2 (3,1%)	2 (2,2%)	2	1,1%
				1	0,5%
Procédure judiciaire		1 (1,5%)	1 (1,1%)	1	0,5%
	36/28	61/65		173/187	

Sur la forme, et bien que notre enquête sur les antécédents des suicidants nous paraisse aujourd'hui incomplète, il faut cependant constater que la quantité d'informations recueillies pour cet axe est importante (173 pour 187 patients), et qu'elle nous assure, ainsi, de la pertinence des conclusions locales que nous pouvons en tirer.

Sur le fond, ces informations font tout d'abord, clairement apparaître que, *chez les suicidants comme chez les suicidés, les problèmes d'ordre affectif (dégradation du couple, exclusion, tension avec les proches, enfance perturbée, deuil ) sont primordiaux* puisqu'on les rencontre dans 64.2% des cas, *dont une moitié* pour des difficultés *concernant le couple*.

Puis viennent des problèmes d'ordre *professionnel et matériel* (difficultés financières, inconfort de logement, démêlés judiciaires) mais sans doute moins importants, puisque estimés à 11.3%.

*Chez les suicidés*, il nous faut aussi, bien sûr, relever la fréquence non négligeable d'observation d'*antécédents personnels* (16.5%) et *familiaux* (7%) qui *constituent*, comme nous l'avons déjà vu, *des facteurs de risque* reconnus.

*Dans ce domaine*, notre étude n'est pas complète, c'est pourquoi, dans la suite, nous chercherons à vérifier, chez d'autres auteurs, si cette importance prédictive des antécédents se constate aussi chez les suicidants .

A ces remarques près, concernant les antécédents des patients, nous pouvons globalement admettre que les problèmes d'environnement social affectent de la même façon ceux qui tentent ou réussissent leur suicide.

Pour être très complet, peut être pouvons nous noter quelques points spécifiques, pour la plupart déjà relevés dans les chapitres précédents :

- chez les femmes, une grande influence des problèmes d'intégration ( exclusion sociale, difficultés professionnelles) et de relation avec les enfants, ainsi qu'une fréquence élevée des tentatives antérieures, comme autant de signaux d'alerte
- chez les hommes, une grande importance des tensions relationnelles avec les parents ainsi que du veuvage entraînant, respectivement, des tentatives de suicide chez les jeunes et des suicides chez les gens âgés

En conclusion, et à toutes ces remarques de détail près, il apparaît, néanmoins, que globalement, *dans notre région, ce sont essentiellement les problèmes de solitude affective qui, associés à divers autres troubles et à des références familiales ou antérieures, favorisent l'accomplissement, réussi ou non, du geste suicidaire chez les suicidants comme chez les suicidés.*

*Pour vérifier à d'autres sources, et tout d'abord chez les suicidants, ces constatations, nous nous sommes à nouveau référés aux travaux réalisés sur les 842 patients du CHU d'Angers et à l'étude de M. Ploin.*

Les observations faites, dans ce domaine, tout d'abord par l'équipe du Maine et Loire peuvent se résumer dans le tableau ci-après (©-152).

<i>Facteurs déclenchants invoqués par les primo-suicidants du CHU d'Angers</i>	<i>% d'occurrence</i>
<i>Conflit conjugal ou sentimental</i>	<b>50.0%</b>
<i>Conflit familial</i>	<b>30.3%</b>
<i>Problème financier ou professionnel</i>	29.4%
<i>Mauvaise relation avec l'entourage</i>	<b>14.6%</b>
<i>Chômage</i>	11.5%
<i>Isolement socio-affectif</i>	<b>10.3%</b>
<i>Maladie</i>	8.5%
<i>Décès récent dans l'entourage</i>	<b>6.5%</b>
<i>Echec scolaire</i>	4.7%
<i>Suicide dans l'entourage</i>	2.3%
<i>Démêlés avec la justice</i>	2.2%
<i>Interruption volontaire de grossesse</i>	1.5%
<i>Obligation militaire</i>	1.0%
<i>Migration</i>	0.5%
<i>Viol</i>	0.4%

Ces valeurs, dont la somme est supérieure à 100%, confirment d'une part, qu'il y a très souvent plusieurs raisons qui favorisent le déclenchement du processus suicidaire, et d'autre part, qu'en réplique à notre région, *ce sont bien l'ensemble des motifs d'ordre affectif qui sont prépondérants chez les suicidants.*

En fait, ces troubles affectifs sont souvent la cause ou la conséquence d'une solitude, d'un manque d'intégration sociale, voire d'une exclusion, et les auteurs de l'étude du CHU d'Angers le soulignent tout particulièrement en notant que, chez ces patients, on remarque :

- une interruption de la vie de couple, par veuvage ou divorce, plus fréquente que dans le reste de la population (⑤-150)
- un engagement religieux de l'ordre de 58% contre 78% environ en Maine et Loire (⑤-151)
- une participation de 35.4% à un groupe associatif contre 43.8% pour les autres citoyens (⑤-151)
- un taux de chômage de 20.6% pour 10.4% dans la région environnante (⑤-151)

Ces auteurs précisent enfin, comme nous le supputions, toute *l'importance des antécédents familiaux dans le cheminement de la pensée suicidaire chez les suicidants.*

Des indices de morbidité suicidaire sont ainsi relevés chez les proches de 41% des 842 primo-suicidants étudiés : 22.5% pour alcoolisme, 12.8% pour tentative de suicide, 12.2% pour hospitalisation psychiatrique, 6.1% pour suicide accompli et enfin 1.5% pour toxicomanie.

26.4% d'entre eux ont connu la dislocation du couple de leurs parents, et 6.5% ont été élevé hors de leur famille.

Outre la prévalence des troubles de solitude affective, cette première étude confirme donc bien *tout le poids que prend* aussi le contexte familial, positif ou négatif, *dans l'esprit des suicidants.*

Venons-en, maintenant, aux travaux de M. Ploin qui , pour ce qui nous concerne dans ce chapitre, évalue les facteurs environnementaux de risque suicidaire selon la distribution hiérarchique résumée dans le tableau ci-après.

<i>Facteurs de risque suicidaire</i>	<i>% observé en France</i>
<i>Difficultés affectives</i>	71.6%
<i>Tentatives antérieures</i>	33.7%
<i>Difficultés professionnelles</i>	26.7%
<i>Tentatives de suicide dans l'entourage</i>	10.9%
<i>Difficultés scolaires</i>	5.3%
<i>Pas de facteur connu</i>	10.3%

Ce classement montre, une fois encore, que *ce sont les problèmes affectifs et les antécédents autodestructeurs personnels ou familiaux qui constituent les principaux facteurs déclenchants du processus conduisant à la tentative de suicide.*

*En conclusion*, ces 2 études comparatives confirment, en tous points, les observations faites dans notre périmètre médical, et nous permettent donc d'affirmer que, d'une façon générale, *ce sont bien les états de solitude affective qui favorisent le cheminement de la pensée suicidaire chez les suicidants, et ce, d'autant plus, que des antécédents suicidaires personnels ou familiaux existent.*

*La solitude affective n'est pas nécessairement effective . Un esseulement dans un contexte conflictuel est aussi déstructurant qu'une solitude effective .*

Pour vérifier cette fois nos dires chez les suicidés, nous avons consulté, pour l'essentiel, les études étrangères analysées par A. Philippe (③) et L. Bourgeois (③).

Nous citerons, tout d'abord, Rettersol qui établit un lien entre l'intégration sociale et l'évolution péjorative du suicide dans 2 pays voisins confrontés à des changements socio-économiques rapides (③-9). Le premier pays, le Danemark, a un fort taux de suicide mais un taux d'intégration sociale faible, alors que le second, la Norvège, connaît une situation totalement inverse grâce à des liens très étroite existant dans les familles et dans les communautés locales.

Barraclough, pour sa part, insiste sur l'augmentation du risque suicidaire lorsque le stress environnemental affecte la vie privée (④-371).

E. Robins, ensuite, diagnostique chez 15% des suicidés de son échantillon, des troubles du comportement social avec enfermement dans la solitude (⑧-82).

Dorpat et Ripley, remarquent quant à eux, que 27% des patients de leur étude, ont perdu un être proche depuis moins d'un an (⑧-84).

Chinoweth, enfin, constate que 25% des suicidés de son panel vivent seuls contre 15% pour le reste de la population, et que 40% d'entre eux se sont querellés dans les 2 jours précédents (⑧-89).

Nous terminerons par M. Ploin (③-9) qui, il faut le remarquer, classe, pour sa part, les difficultés affectives (19.2%) un peu après les

difficultés professionnelles (21.9%) ou les tentatives antérieures du patient (22.6% ) ou des membres de sa famille ( 19% et surtout parents).

Toutes ces études confirment, *chez les suicidés* en général, la *toute première importance de la solitude affective* qui découle de la mésentente ou de la dislocation familiale, ou encore du manque d'intégration sociale.

Tout comme chez les suicidants, il faut aussi ajouter le *rôle péjoratif des antécédents familiaux funestes et prédictif des tentatives antérieures* des patients.

*En conclusion* de ce chapitre, nous pouvons mesurer, à quelques différences mineures près, entre les femmes et les hommes (fort besoin d'intégration professionnelle des premières lorsqu'elles sont jeunes et refus du veuvage chez les seconds lorsqu'ils sont âgés), que *les suicidants et les suicidés* réagissent de façon semblable aux « agressions » de leur environnement social.

Lés uns et les autres *sont traumatisés par la solitude affective* , effective ou pas , *et celle-ci peut devenir un facteur déclenchant* du geste suicidaire accompli *si le patient a fait des tentatives de suicide antérieures et si, de plus, le contexte familial passé a été l'occasion de souvenirs* négatifs .

## IV-CONCLUSION

Toutes les analyses de ces études comparatives ont eu pour objet de valider nos propres observations locales.

A l'exception près, nos constatations se sont avérées conformes à celles des autres auteurs, aussi, et sans pour autant prétendre à un vérité absolue, nous pouvons maintenant dresser le tableau récapitulant les différences (ou les similitudes) entre suicidants et suicidés.

<i>Rubriques</i>	<b>Suicidants</b>	<b>Suicidés</b>
<i>sexe</i>	femmes (70%)	hommes (70%)
<i>âge</i>	30 ans	50 ans
<i>statut marital</i>	divorcés (2 sexes) jeunes hommes célibataires	divorcés (2 sexes) femmes veuves
<i>activité professionnelle</i>	employés (femmes) femmes (jeunes) « inactives »	ouvriers (hommes) retraités (hommes)
<i>suivi médical traitement médicamenteux</i>	70% (surtout femmes) 70% (surtout femmes)	50% (surtout femmes) 30% (surtout femmes) (50% de tricycliques)
<i>Axe I</i>	60% > 1 trouble mental 60% de TS antérieures signaux d'alerte peu prédictifs dépression (50%) & alcool	50% > 1 trouble mental (surtout femmes ) TS si + troubles mentaux très prédictifs dépression (56%)&alcool
<i>Axe II</i>	borderline, paranoïaque, obsessionnel compulsif, évitant, narcissique	(manque informations)
<i>Axe III</i>	« bonne santé »  IMV (80%) + alcool moyens d'alerte non violents	50% d'affections digestives, invalidantes, endocriniennes (+ femmes de notre région) pendaison(50%), arme à feu moyens « efficaces »
<i>Axe IV</i>	problèmes affectifs (couple)	problèmes affectifs (couple) TS antérieures personnelles ou dans famille

Ce tableau est une parfaite justification a posteriori de notre étude, puisqu'il montre à l'évidence qu'il existe de nombreuses différences entre suicidants et suicidés.

En fait, les seules *similitudes* constatées résident dans le fait que ces 2 catégories de patients sont constituées de personnes le plus souvent *divorcées* (ou séparées), exerçant les *professions les moins valorisantes* (employées pour les femmes et ouvriers pour les hommes), sous *suivi médical* parce que *dépressives* et souvent *dépendantes de l'alcool*, souffrant de *troubles de la personnalité* et rencontrant de plus de *sérieuses difficultés affectives dans leur couple*.

Pour le reste, les *différences* sont multiples, à savoir :

- les suicidants sont des *femmes*, les suicidés sont des *hommes* ; elles sont *jeunes*, ils sont plus *âgés* ; ils sont *célibataires*, elles sont *veuves*
- les *femmes suicidées* souffrent *plus de troubles mentaux* que les *hommes* ; par contre la différence entre sexe n'est pas significative pour les suicidants.
- les *femmes suicidantes* font beaucoup de *tentatives de suicide répétées* pour lancer des *signaux d'alerte*, les *hommes n'en font pas* (sauf s'ils souffrent de troubles mentaux multiples) et *préfèrent se détruire de manière violente* et sans prévenir
- les suicidants sont en *bonne santé* physique, les suicidés souffrent d'*affections générales graves*
- les suicidants utilisent des *moyens peu violents*, les suicidés cherchent les *moyens les plus « efficaces »*
- les *antécédents* personnels ou familiaux sont *plus prédictifs* pour les suicidés que pour les suicidants

Toutes ces observations , ces remarques sont autant d' informations qui, nous l'espérons seront utiles aux médecins pour mieux discerner chez leurs patients les facteurs de risque prédictifs d'un geste suicidaire.

Même si ce travail ne sera pas suffisant pour diminuer, à lui seul, le taux des suicides, accomplis ou non, dans notre société. Nous espérons simplement par ce travail, avoir contribué à la recherche permanente d'un « mieux être » de nos patients.

*N'est ce pas là, notre devoir et notre raison d'exercer ?*

Le phénomène suicidaire est un phénomène complexe qui ne peut se résumer à une linéarité temporelle : idées suicidaires , geste suicidaire, suicide .

Cette linéarité est effective dans certains cas mais pas de façon systématique. Des idées suicidaires peuvent persister des années sans passage à l'acte. Des passages à l'acte surviennent inopinément sans idéation suicidaire

D'un point de vue socio-démographique , des différences sont avérées qui mettent en valeur une prévention différentielle .

Les patients ne sont pas tous déprimés . Tous les troubles mentaux sont susceptibles de suicide , mais les suicidés ne sont pas tous atteint d'un trouble mental.

C'est la voie des évènements de la vie , des contextes et autres facteurs déclenchants qui sont déterminants .

La prévention qui s'opère au cabinet du médecin généraliste est principalement une prévention primaire, avant l'acte . Celle qui s'opère aux urgences est souvent une prévention secondaire, après l'acte .

Si l'on considère la population des suicidés comme différente de la population des suicidaires , où et comment doit se faire la prévention ? Est-elle possible ?

Mieux connaître la population des suicidés directement , c'est à dire au plus près de chez nous , au plus près des conditions sanitaires , sociales mais aussi affectives de nos patients est une nécessité .

Nous avons dû contourner de multiples obstacles pour obtenir des informations importantes , d'autres seraient encore à obtenir et feront peut-être l'objet d'un travail ultérieur .

Mais permettre l'étude de nos suicidés (et non ceux des anglo-saxons ) n'est-il pas le préalable d'une prévention effective du risque suicidaire ?

## BIBLIOGRAPHIE

① Dépression et suicide ( collectif )

① Actes de la 1<sup>ère</sup> journée nationale pour la prévention du suicide

② Actes de la 2<sup>ème</sup> journée nationale pour la prévention du suicide

③ Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide ( A. Philippe)

④ A hundred cases of suicide : clinical aspects (B. Barraclough)

⑤ Une enquête épidémiologique prospective départementale

⑥ Les suicidés dans la circonscription de la CPAM de Saint-Nazaire

⑦ Tableaux économiques des Pays de la Loire

⑧ Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide (L. Bourgeois)

⑨ Tentative de suicide et suicide en ville (M. Ploin)

10 American Psychiatric Association : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (4<sup>ème</sup> édition). Paris : Masson, 1996 ; 363-6.

# ANNEXES

## N°1 : Evaluation multiaxiale

Le DSM-IV est un système multiaxial évaluant le patient selon plusieurs variables. Il comprend cinq axes. L'Axe I et l'Axe II correspondent à la classification générale des troubles mentaux, 17 grandes classifications et plus de 300 troubles spécifiques. Le patient présente très souvent des troubles sur les deux axes. Par exemple, un patient peut avoir un trouble dépressif majeur sur l'Axe I et un trouble de personnalité obsessionnelle compulsive sur l'Axe II.

### **Axe I**

L'Axe 1 comprend les troubles cliniques et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique :

- Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence (à l'exclusion du Retard mental diagnostiqué sur l'Axe II)
- Delirium, Démence, Trouble amnésique et autres troubles cognitifs
- Troubles mentaux dus à une affection médicale générale
- Troubles liés à une substance
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles somatoformes
- Troubles factices
- Troubles dissociatifs
- Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs
- Troubles de l'adaptation
- Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

Questionnaire M.I.N.I. rempli par le psychiatre.

### **Axe II**

Il se compose des troubles de la personnalité et du retard mental. L'utilisation habituelle d'un mécanisme de défense particulier peut être indiqué sur l'Axe II.

- Personnalité paranoïaque

**Axe I**

*Troubles cliniques*

*Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique*

Code diagnostique	Intitulé DSM-IV

**Axe II**

*Troubles de la personnalité*

*Retard mental*

Code diagnostique	Intitulé DSM-IV

**Axe III**

*Affections médicales générales*

Code diagnostique	Intitulé DSM-IV

**Axe IV**

*Problèmes psychosociaux et environnementaux*

Cocher :

- Problèmes avec le groupe de support principal**  
*Spécifier.....*
- Problèmes liés à l'environnement social**  
*Spécifier.....*
- Problèmes d'éducation**  
*Spécifier.....*
- Problèmes professionnels**  
*Spécifier.....*
- Problèmes de logement**  
*Spécifier.....*
- Problèmes économiques**  
*Spécifier.....*
- Problèmes d'accès aux Services de santé**  
*Spécifier.....*
- Problèmes avec les institutions judiciaires / pénales**  
*Spécifier.....*
- Autres Problèmes psychosociaux et environnementaux**  
*Spécifier.....*

- Symptômes et états morbides mal définis (R00R99) [780-799]
- Accidents, empoisonnements et traumatismes (S00-T98) [800-999]
- Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)
- Facteurs influencent l'état de santé et les contacts avec les services de santé (Z00-Z99)

## Items recherchés par le psychiatre.

### Axe IV

Il est utilisé pour coder les problèmes psychosociaux et environnementaux qui contribuent de manière significative au développement ou à l'aggravation du trouble :

- Problème avec le groupe de support principal
- Problèmes liés à l'environnement social
- Problèmes d'éducation
- Problèmes professionnels
- Problèmes de logement
- Problèmes économiques
- Problèmes d'accès aux Services de santé
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires / pénales
- Problèmes psychosociaux et environnementaux

L'évaluation des facteurs de stress est fondée sur l'estimation par le clinicien du stress qu'une personne moyenne avec des valeurs socioculturelles analogues et placée dans des circonstances similaires ressentirait à la suite des mêmes facteurs de stress psychosociaux. Cette évaluation prend en compte l'importance du changement de vie secondaire aux stress, le degré avec lequel cet événement était voulu et contrôlé par la personne, et le nombre de facteurs de stress. Certains facteurs de stress sont positifs (par exemple, une promotion) ou négatifs (par exemple, la perte d'un être cher). Les renseignements sur les facteurs de stress peuvent être importants pour l'élaboration d'un projet de traitement qui tente de les supprimer ou d'aider le patient à y faire face.

## Items recherchés par le psychiatre.

### N°2 : Rapport d'évaluation multiaxiale

La présentation qui figure ci-dessous représente une des possibilités pour rapporter les évaluations multiaxiales. Dans certains cadres cliniques, la feuille de rapport peut être utilisée telle quelle ; ailleurs, elle devra être adaptée en fonction des besoins particuliers.

- Personnalité schizoïde
- Personnalité antisociale
- Personnalité borderline
- Personnalité histrionique
- Personnalité narcissique
- Personnalité anxieuse
- Personnalité dépendante
- Trouble de la personnalité NS
- Retard mental

## Questionnaire S.C.I.D. rempli par le patient.

### Axe III

Il recouvre tout trouble physique ou affection médicale générale présents en plus des troubles mentaux. L'état somatique peut être à l'origine du trouble mental (par exemple, une défaillance rénale entraînant un delirium), secondaire (par exemple, une gastrite alcoolique secondaire à une dépendance alcoolique) ou sans relation avec le trouble mental. Quand une affection médicale est la cause directe ou indirecte d'un trouble mental, on porte le diagnostic de trouble mental dû à l'affection médicale générale sur l'Axe I et on enregistre l'affection médicale sur l'Axe I et l'Axe III. Dans l'exemple du DSM-IV, dans le cas où une hypothyroïdie est la cause directe d'un trouble dépressif majeur, le diagnostic sur l'Axe I est Trouble de l'humeur dû à une hypothyroïdie, avec caractéristiques dépressives, et l'hypothyroïdie est codée à nouveau sur l'Axe III.

- Maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99) [001-139]
- Tumeurs (C00-D48) [148-239]
- Maladies du sang et des organes hématopoïétiques (D50-D77) [280-289]
- Maladies endocriniennes, métaboliques, de la nutrition et maladies immunitaires (D80-D90) [240-279]
- Maladies du système nerveux et des organes des sens (G00-G95) [320-389]
- Maladies de l'œil et des annexes (H00-H59)
- Maladies de l'oreille et de la mastoïde (H60-H95)
- Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99) [390-459]
- Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99) [460-519]
- Maladies de l'appareil digestif (K00-K93) [520-579]
- Maladies de la peau et du tissu sous-cutané (L00-L99) [680-709]
- Maladies du système ostéomusculaire et des tissus conjonctifs (M00-M99) [710-739]
- Maladies des organes génito-urinaires (N00-N99) [580-629]
- Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches (O00-O99) [630-676]
- Causes de morbidité et de mortalité périnatales (P00-P96) [760-779]
- Anomalies congénitales (Q00-Q99) [740-759]

S.C.I.D.

# S.C.I.D. (version II-2.0)

---

## INSTRUCTIONS

Les questions ci-dessous explorent le genre de personne que vous êtes en général, c'est-à-dire, comment vous vous êtes généralement senti(e) et comporté(e) au cours de ces dernières années. Entourez **OUI** ou **NON**. Si vous ne comprenez pas une question, laissez en blanc.

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| 1. Avez-vous déjà évité des emplois ou des tâches qui impliquaient d'être en contact avec beaucoup de personnes ?  | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 2. Evitez-vous de vous impliquer avec d'autres personnes à moins d'être certain(e) qu'elles vous apprécieront ?  | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 3. Etes-vous réservé(e) même avec des personnes dont vous êtes proche ?  | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 4. Craignez-vous souvent d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans les situations sociales ?  | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 5. Etes-vous généralement silencieux(silencieuse) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ?   | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 6. Vous percevez-vous comme moins bon(bonne), moins intelligent(e) ou moins attirant(e) que la plupart des gens ?  | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 7. Avez-vous peur d'essayer de nouvelles choses ?  | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 8. Avez-vous besoin de recevoir beaucoup de conseils ou d'être rassuré(e) par les autres avant de pouvoir prendre des décisions concernant la vie quotidienne telles que: comment vous habiller ou que commander au restaurant ? | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 9. Avez-vous besoin que d'autres personnes assument à votre place les responsabilités dans des domaines importants de votre vie tels que les finances, le soin aux enfants ou le logement ?                                      | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 10. Avez-vous du mal à exprimer votre désaccord avec les autres même lorsque vous pensez qu'ils ont tort ?   | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |
| 11. Trouvez-vous difficile de commencer des tâches ou de vous y atteler lorsqu'il n'y a personne pour vous aider ?   | <b>NON</b> | <b>OUI</b> |

12. Vous êtes-vous souvent porté(e) volontaire pour faire des choses désagréables ?	NON	OUI
13. Vous sentez-vous habituellement mal à l'aise lorsque vous êtes seul(e) ?	NON	OUI
14. Lorsqu'une relation proche se termine, ressentez-vous que vous avez immédiatement besoin de trouver quelqu'un qui prenne soin de vous ?	NON	OUI
15. Etes-vous très préoccupé(e) par la crainte d'être abandonné(e) à vous-même ?	NON	OUI
16. Etes-vous le genre de personne à être préoccupé par les détails, les règles et l'organisation ou à faire des listes et des plans ?	NON	OUI
17. Avez-vous de la difficulté à terminer un travail tant vous passez de temps à essayer de faire en sorte que les choses soient parfaites ?	NON	OUI
18. Est-ce que vous ou d'autres personnes de votre entourage considérez que vous êtes tellement dévoué(e) à votre travail (études) qu'il ne vous reste plus de temps à consacrer à vos amis, ni à vos loisirs ?	NON	OUI
19. Avez-vous des standards très élevés concernant ce qui est bien et ce qui est mal ?	NON	OUI
20. Avez-vous du mal à jeter des choses parce qu'elles pourraient être utiles un jour ?	NON	OUI
21. Vous est-il difficile de laisser les autres vous donner un coup de main à moins qu'ils ne soient d'accord pour faire les choses exactement comme vous le voulez ?	NON	OUI
22. Vous est-il difficile de faire des dépenses pour vous-même et pour les autres même lorsque vous avez assez d'argent ?	NON	OUI
23. Etes-vous souvent tellement sûr(e) d'avoir raison que ce que peuvent dire les autres n'a pas d'importance ?	NON	OUI
24. Vous a-t-on déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide ?	NON	OUI
41. Avez-vous souvent besoin d'être vigilant(e) pour empêcher les gens de vous exploiter ou de vous faire du mal ?	NON	OUI

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 42. Passez-vous beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez faire confiance à vos ami(e)s ou aux personnes avec lesquelles vous travaillez ?                            | NON | OUI |
| 43. Trouvez-vous qu'il est préférable de ne pas laisser les autres en savoir trop long sur vous du fait qu'ils pourraient le retourner contre vous ?                         | NON | OUI |
| 44. Détectez-vous souvent des menaces ou des insultes cachées dans ce que les autres disent ou font ?  | NON | OUI |
| 45. Etes-vous le genre de personne qui garde rancune ou qui met longtemps à pardonner aux personnes qui vous ont insulté(e) ou dédaigné(e) ?                                 | NON | OUI |
| 46. Y a t-il beaucoup de personnes à qui vous ne pouvez pardonner de vous avoir dit ou fait quelque chose il y a longtemps ?   | NON | OUI |
| 47. Vous mettez-vous souvent en colère ou vous fâchez-vous lorsque quelqu'un vous critique ou vous insulte d'une façon ou d'une autre ?                                      | NON | OUI |
| 48. Avez-vous souvent mis en doute la fidélité de votre conjoint(e) ou de votre partenaire ?   | NON | OUI |
| 49. Lorsque vous êtes en public et que vous voyez des gens discuter, avez-vous souvent l'impression qu'ils parlent de vous ?   | NON | OUI |
| 50. Avez-vous souvent l'impression que des choses qui n'ont pas de signification spéciale pour la plupart des gens sont en réalité destinées à vous transmettre un message ? | NON | OUI |
| 51. Quand vous êtes entouré(e) de personnes, avez-vous souvent le sentiment d'être observé(e) ou dévisagé(e) ?   | NON | OUI |
| 52. Avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez faire arriver les choses simplement en faisant un voeu ou en pensant à elles ?   | NON | OUI |
| 53. Avez-vous déjà vécu des expériences surnaturelles ?  | NON | OUI |
| 54. Croyez-vous posséder un "sixième sens" qui vous permet de savoir et de prédire les choses alors que les autres en sont incapables ?                                      | NON | OUI |
| 55. Avez-vous souvent l'impression que des objets ou des ombres sont des personnes ou des animaux réels ou que des bruits sont réellement des voix humaines ?                | NON | OUI |

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 56. Avez-vous eu le sentiment qu'une personne ou une force quelconque vous entourait, même si vous ne pouviez voir personne ?                | NON | OUI |
| 57. Voyez-vous souvent des auras ou des champs d'énergie autour des gens ?   | NON | OUI |
| 58. Y a t-il très peu de personnes dont vous vous sentiez vraiment proche en dehors de votre famille directe ?                               | NON | OUI |
| 59. Vous sentez-vous souvent tendu(e) lorsque vous êtes avec d'autres personnes ?  | NON | OUI |
| 60. Cela n'est-il vraiment pas important pour vous d'avoir des relations intimes avec les autres ?   | NON | OUI |
| 61. Préfereriez-vous, presque toujours, faire les choses seul(e) plutôt qu'avec d'autres personnes ?   | NON | OUI |
| 62. Pourriez-vous être satisfait(e) sans jamais vivre une relation sexuelle avec quelqu'un ?   | NON | OUI |
| 63. N'y a t-il vraiment que très peu de choses qui peuvent vous faire plaisir ?  | NON | OUI |
| 64. Etes-vous totalement indifférent(e) à ce que les autres pensent de vous ?  | NON | OUI |
| 65. Trouvez-vous que rien ne vous rend ni vraiment heureux(se) ni vraiment triste ?  | NON | OUI |
| 66. Aimez-vous être le centre de l'attention ?   | NON | OUI |
| 67. Avez-vous de nombreux flirts ?   | NON | OUI |
| 68. Vous trouvez-vous souvent provoquant(e) envers les autres ?  | NON | OUI |
| 69. Essayez-vous d'attirer l'attention sur vous par la façon dont vous vous habillez ou par votre apparence ?                                | NON | OUI |
| 70. Vous faites-vous souvent un devoir d'être théâtral(e) et original(e) ?   | NON | OUI |
| 71. Changez-vous souvent d'opinion en fonction des personnes avec qui vous êtes ou de ce que vous venez juste de lire ou de voir à la T.V. ? | NON | OUI |
| 72. Avez-vous beaucoup d'amis dont vous êtes très proche ?   | NON | OUI |

73. Est-ce que les autres négligent souvent d'apprécier vos dons très particuliers ou vos réalisations ?	NON	OUI
74. Vous a-t-on déjà dit que vous aviez une trop haute opinion de vous-même ?	NON	OUI
75. Pensez-vous beaucoup au pouvoir, à la renommée ou à la reconnaissance qui seront vôtres un jour ?	NON	OUI
76. Pensez-vous beaucoup à la parfaite histoire d'amour que vous vivrez un jour ?	NON	OUI
77. Lorsque vous avez un problème, insistez-vous presque toujours pour voir la personne la plus haut placée ?	NON	OUI
78. Considérez-vous qu'il est important de consacrer du temps à des personnes qui se distinguent par leur particularité ou qui sont influentes ?	NON	OUI
79. Est-il très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent, d'une façon ou d'une autre ?	NON	OUI
80. Pensez-vous qu'il est inutile de suivre certaines règles ou conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin ?	NON	OUI
81. Avez-vous le sentiment que vous êtes le genre de personne qui mérite un traitement de faveur ?	NON	OUI
82. Trouvez-vous souvent nécessaire d'utiliser les autres pour obtenir ce que vous voulez ?	NON	OUI
83. Devez-vous souvent placer vos désirs au-dessus de ceux des autres ?	NON	OUI
84. Attendez-vous souvent des autres qu'ils fassent ce que vous demandez sans poser de questions, parce que c'est vous ?	NON	OUI
85. N'avez-vous réellement aucun intérêt pour les problèmes des autres ou leurs sentiments ?	NON	OUI
86. Les autres se sont-ils plaints à vous que vous ne les écoutez pas ou que vous ne faites pas attention à leurs sentiments ?	NON	OUI
87. Enviez-vous souvent les autres ?	NON	OUI
88. Avez-vous le sentiment que souvent, les autres vous envient ?	NON	OUI

89. Trouvez-vous qu'il y a très peu de gens qui méritent votre temps et votre attention ?	NON	OUI
90. Vous êtes-vous souvent mis hors de vous à l'idée qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter ?	NON	OUI
91. Est-ce que vos relations avec les personnes que vous aimez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas ?	NON	OUI
92. Avez-vous brutalement changé votre façon de vous considérer et vos objectifs de vie ?	NON	OUI
93. Est-ce que l'image de vous-même change souvent radicalement ?	NON	OUI
94. Variez-vous en fonction de personnes différentes ou dans des situations différentes à tel point que parfois, vous ne savez plus qui vous êtes vraiment ?	NON	OUI
95. Y a-t-il eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, projets de carrière, vos convictions religieuses, etc. ?	NON	OUI
96. Avez-vous souvent fait des choses de manière impulsive ?	NON	OUI
97. Avez-vous tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou avez-vous menacé de le faire ?	NON	OUI
98. Vous êtes-vous déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e) ou écorché(e) ?	NON	OUI
99. Avez-vous de nombreux et brusques changements d'humeur ?	NON	OUI
100. Vous sentez-vous souvent vide de l'intérieur ?	NON	OUI
101. Avez-vous souvent des accès de colère ou vous mettez-vous tellement en colère que vous en perdez le contrôle de vous-même ?	NON	OUI
102. Frappez-vous les gens ou jetez-vous des objets lorsque vous vous mettez en colère ?	NON	OUI
103. Est-ce que même de petites choses peuvent vous mettre très en colère ?	NON	OUI
104. Lorsque vous êtes très stressé(e), devenez-vous suspicieux(se) à l'égard des autres ou vous sentez-vous particulièrement déconnecté(e) ?	NON	OUI

105. Avant l'âge de 15 ans avez-vous brutalisé ou menacé d'autres enfants ?	NON	OUI
106. Avant l'âge de 15 ans avez-vous déclenché des bagarres?	NON	OUI
107. Avant l'âge de 15 ans avez-vous blessé ou menacé quelqu'un avec une arme telle que une batte, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu ?	NON	OUI
108. Avant l'âge de 15 ans avez-vous délibérément torturé quelqu'un ou infligé une douleur physique ou de la souffrance à quelqu'un ?	NON	OUI
109. Avant l'âge de 15 ans avez-vous intentionnellement torturé ou blessé un animal ?	NON	OUI
110. Avant l'âge de 15 ans avez-vous volé, agressé quelqu'un ou obtenu quelque chose de force en menaçant la personne ?	NON	OUI
111. Avant l'âge de 15 ans avez-vous obligé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec vous, à se déshabiller devant vous ou à vous toucher sexuellement ?	NON	OUI
112. Avant l'âge de 15 ans avez-vous déclenché des incendies ?	NON	OUI
113. Avant l'âge de 15 ans avez-vous délibérément endommagé des choses qui n'étaient pas à vous ?	NON	OUI
114. Avant l'âge de 15 ans avez-vous cambriolé des maisons, d'autres bâtiments ou des voitures ?	NON	OUI
115. Avant l'âge de 15 ans avez-vous beaucoup menti ou escroqué les autres ?	NON	OUI
116. Avant l'âge de 15 ans avez-vous parfois volé des choses ou volé à l'étalage ou imité la signature de quelqu'un ?	NON	OUI
117. Avant l'âge de 15 ans vous êtes-vous enfui(e) de chez vous et absenté(e) pendant la nuit ?	NON	OUI
118. Avant l'âge de 13 ans restiez-vous souvent très tard dehors, bien après l'heure à laquelle vous étiez censé(e) être rentré(e) ?	NON	OUI
119. Avant l'âge de 13 ans avez-vous souvent fait l'école buissonnière?	NON	OUI

# TO BE COMPLETED BY THE INVESTIGATOR

---

1. Question 1 - 7 : if at least **three** are answered 'yes' =  
Avoidant Personality Disorder
2. Question 8 - 15 : if at least **four** are answered 'yes' =  
Dependent Personality Disorder
3. Question 16 - 24 : if at least **three** are answered 'yes' =  
Obsessive-Compulsive Personality Disorder
4. Question 41 - 48 : if at least **three** are answered 'yes' =  
Paranoid Personality Disorder
5. Question 49 - 59 : if at least **three** are answered 'yes' =  
Schizotypal Personality Disorder
6. Question 60 - 65 : if at least **three** are answered 'Yes' =  
Schizoid Personality Disorder
7. Question 66 - 72 : if at least **four** are answered 'Yes' =  
Histrionic Personality Disorder
8. Question 73 - 89 : if at least **four** are answered 'Yes' =  
Narcissistic Personality Disorder
9. Question 90 - 104 : if at least **four** are answered 'yes' =  
Borderline Personality Disorder
10. Question 105 - 119 : if at least **two** are answered 'Yes' =  
Antisocial Personality Disorder

# Mini International Neuropsychiatric Interview

# Mini International Neuropsychiatric Interview (version 4.4)

---

## PRESENTATION

- Le MINI est divisé en **sections** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.
- Au début de chacune des sections diagnostiques (à l'exception de celle explorant les symptômes psychotiques), la (ou les) questions correspondant à la principale caractéristique du trouble sont présentées dans un **cadre grisé**.
- A la fin de chacune des sections, une **case** permet de reporter la présence ou l'absence du diagnostic exploré.

## CONVENTION

- Les **phrases écrites en lettres minuscules** correspondent aux questions qui doivent être lues "mot-à-mot" de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.
- Les **phrases écrites en MAJUSCULES** correspondent à des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.
- Les **réponses surmontant une flèche (▼)** indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas rempli. Le clinicien est alors invité à directement se reporter à la fin de la section et à entourer "NON" dans la ou les cases diagnostiques correspondantes.

## INSTRUCTIONS DE COTATION

- Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant la réponse correspondante.
- Les réponses attendues sont de type dichotomique ("OUI / NON"). Le clinicien doit s'être assuré que **chacun des termes** formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").
- Une question imprimée en **gras** précède chacun des syndromes explorés de façon à bien préciser la période considérée. Le clinicien est invité à reformuler cette question autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.
- Ne pas prendre en compte les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool.

## FICHE ABREGEE

- Une fiche abrégée est proposée. Elle comprend les questions correspondant aux principales caractéristiques de chacun des troubles (identiques à celles incluses dans les cadres grisés en en-tête des sections).
- En cas de réponse positive à l'une des questions, le clinicien est invité à se reporter à la section diagnostique correspondante pour vérifier la présence des autres critères nécessaires au diagnostic.

	TROUBLES	PERIODES DE TEMPS
A.	EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	2 dernières semaines
B.	DYSTHYMIE	2 dernières années
C.	EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Vie entière
D.	RISQUE SUICIDAIRE	Mois écoulé
E.	TROUBLE PANIQUE	Mois écoulé
F.	AGORAPHOBIE	Mois écoulé
G.	PHOBIE SOCIALE	Mois écoulé
H.	TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Mois écoulé
I.	ANXIETE GENERALISEE	6 derniers mois
J.	ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	12 derniers mois
K.	DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	12 derniers mois
L.	ANOREXIE MENTALE	3 derniers mois
M.	BOULIMIE	3 derniers mois
N.	SYNDROMES PSYCHOTIQUES	Vie entière

## A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

**A1**

Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e) la plupart du temps au cours de la journée et ce presque tous les jours ?

NON OUI

**A2**

Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?

NON OUI

**A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?**

NON OUI



**A3**

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

a. Votre appétit a-t-il notablement changé, ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (COTER OUI SI +/- 5% DU POIDS)

NON OUI

b. Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop) presque toutes les nuits ?

NON OUI

c. Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous excité(e), et aviez-vous du mal à rester en place ?

NON OUI

d. Vous sentiez-vous fatigué(e), sans énergie (presque tout le temps) ?

NON OUI

e. Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable ?

NON OUI

f. Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions ?

NON OUI

g. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

NON OUI

**A4**

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

NON OUI

SI OUI = EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

## **A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (A4 = OUI)**

**A5** Si A2 est cotée OUI

Au cours de cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous vous sentir mieux lorsque quelque chose d'agréable survenait, même temporairement (événement familial, avoir gagné quelque chose, avoir reçu des compliments, ...)?

NON OUI



**A6**

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

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

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A5 ?

NON OUI

SI OUI = EPISODE DEPRESSIF MAJEUR avec Caractéristiques Mélancoliques (ACTUEL)

## B. DYSTHYMIE

Ne pas explorer cette section si le patient présente un Episode Dépressif Majeur actuel

### B1

Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e) la plupart du temps ?

NON

OUI



### B2

Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?

NON

OUI



### B3

Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps ?

a. Votre appétit a-t-il notablement changé ?

NON

OUI

b. Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?

NON

OUI

c. Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?

NON

OUI

d. Avez-vous perdu confiance en vous-même ?

NON

OUI

e. Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?

NON

OUI

f. Vous arrive-t-il de perdre espoir ?

NON

OUI

g. Ces problèmes vous gênent-ils dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations sociales ?

NON

OUI

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?

NON

OUI

SI OUI = DYSTHYMIE

LES DIAGNOSTICS DE DOUBLE DEPRESSION ET DE DEPRESSION MAJEURE EN REMISSION PARTIELLE NE SONT RETENUS.

## C. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

**C1**

Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?

NON      OUI

**C2**

Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à crier, voire même à vous battre ?

NON      OUI

**C1 OU C2 SONT-ELLES COTEES OUI ?**

NON      OUI



**C3** Au cours du mois écoulé avez-vous eu ces problèmes ?

NON      OUI

**C4** Lorsque vous vous êtes senti(e) plus exalté(e) / plus irritable

- SI ACTUELLEMENT MANIAQUE: EXPLORER L'EPISODE ACTUEL,
- SINON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

a. Aviez-vous le sentiment que vous pourriez faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?

NON      OUI

b. Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)

NON      OUI

c. Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens ne pouvaient vous comprendre ?

NON      OUI

d. Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez bien les suivre ?

NON      OUI

e. Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?

NON      OUI

f. Etiez-vous tellement actif(ve), avec une activité physique continuelle, que les autres s'inquiétaient pour vous ?

NON      OUI

g. Certaines activités vous paraissaient-elles tellement agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire

des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN C4 (ou 4 si C1 = NON) ?

NON OUI



**C5**

Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine **et** ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail ou à l'école **ou** avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?

NON OUI

C5 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

**SI OUI = EPISODE HYPOMANIAQUE ACTUEL ou PASSE  
SPECIFIER SI L'EPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE (C3)**

C5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**SI OUI = EPISODE MANIAQUE ACTUEL ou PASSE  
SPECIFIER SI L'EPISODE EST ACTUEL ET/OU PASSE (C3)**

LE DIAGNOSTIC DE DEPRESSION MAJEURE PASSEE N'EST PAS EXPLORÉ

## D. RISQUE SUICIDAIRE

---

- |   |   |     |     |
|---|---|-----|-----|
| D1  | Avez-vous déjà fait une tentative de suicide                                | NON | OUI |
| <b>Au cours du mois écoulé, avez-vous :</b> |   |     |     |
| D2  | Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) | NON | OUI |
| D3  | Voulu vous faire du mal ?   | NON | OUI |
| D4  | Pensé à vous suicider ?   | NON | OUI |
| D5  | Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?                          | NON | OUI |
| D6  | Fait une tentative de suicide ?   | NON | OUI |

SI AU MOINS UN OUI CI-DESSUS ?

NON OUI

**SI OUI = LE PATIENT PRESENTE UN RISQUE SUICIDAIRE**

D1 ou D2 ou D3 = OUI : LEGER  
D4 ou (D1 + D3) = OUI : MOYEN  
D5 ou D6 ou (D1 + D4) = OUI : ELEVE

## E-F. TROUBLE PANIQUE et AGORAPHOBIE

### E1

Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ?

NON OUI

SI E1 = NON, ENTOURER « NON » en E5, ET PASSER à F1

### E2

Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?

NON OUI

SI E2 = NON, ENTOURER « NON » en E5, ET PASSER à F1

### E3

A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupée) par leurs conséquences possibles ?

NON OUI

SI E3 = NON, ENTOURER « NON » en E5, ET PASSER à F1

### E4

Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| a. Votre coeur battait-il très fort ?  | NON | OUI |
| b. Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?                                     | NON | OUI |
| c. Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires                              | NON | OUI |
| d. Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?                             | NON | OUI |
| e. Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?             | NON | OUI |
| f. Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau de la poitrine ?                    | NON | OUI |
| g. Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?      | NON | OUI |
| h. Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ? | NON | OUI |

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| i. Aviez-vous l'impression que vous-même ou les choses qui vous entouraient étaient irréels ? | NON | OUI |
| j. Aviez-vous peur de devenir fou (folle), ou de perdre le contrôle ?                         | NON | OUI |
| k. Aviez-vous peur de mourir ?  | NON | OUI |
| l. Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?                                       | NON | OUI |
| m. Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?                                       | NON | OUI |

<b>A5</b> Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI
<i>Si OUI = Trouble Panique Vie entière</i>		

**SI E5 = NON, PASSER à E7**

**E6**

Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises ou avez-vous eu à la suite d'une telle crise constamment peur d'en avoir une autre ?

	NON	OUI
<i>Si OUI = Trouble Panique actuel</i>		

**SI E6 = OUI, PASSER à F1**

**E7**

En dehors des crises dont nous venons de parler (avec au moins 4 symptômes), avez-vous eu au cours du mois écoulé, certains de ces symptômes de façon soudaine (c'est-à-dire, des crises avec 3, 2, ou 1 symptômes) ?

	NON	OUI
<i>Si OUI = Attaques Paucisymptomatiques Actuelles</i>		

**F1**

Etes-vous particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il est difficile d'avoir une aide, comme être dans une foule, loin de votre domicile ou sur un pont, ou dans l'autobus, le train ou l'avion ?

NON OUI

**SI F1 = NON, ENTOURER « NON » en F3**

**F2**

Redoutez-vous tellement ces endroits / situations que (AU PREMIER OUI PASSER à F3) :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - en pratique, vous les évitez ?  | NON | OUI |
| - vous essayez d'être accompagnée) lorsque vous devez les affronter ?     | NON | OUI |
| - vous êtes extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ? | NON | OUI |

<b>F3</b> Y A-T-IL 1 OUI EN F2 ?	NON	OUI
-------------------------------------	-----	-----

*Si OUI = Agoraphobie Actuelle*

---

**F3 (Agoraphobie actuelle) EST-ELLE COTÉE NON**

Et

**E6 (Trouble panique actuel) EST-ELLE COTÉE OUI ?**

*Si OUI = TROUBLE PANIQUE sans Agoraphobie*

**F3 (Agoraphobie actuelle) EST-ELLE COTÉE OUI**

Et

**E6 (Trouble panique actuel) EST-ELLE COTÉE OUI ?**

*Si OUI = TROUBLE PANIQUE avec Agoraphobie*

**F3 (Agoraphobie actuelle) EST-ELLE COTÉE OUI**

Et

**E5 (Trouble panique, Vie entière) EST-ELLE COTÉE NON ?**

*Si OUI = AGORAPHOBIE sans Antécédents de Trouble Panique*

---

# G. PHOBIE SOCIALE

**G1**

Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté d'être soumis(e) à l'attention des autres ou avez-vous été gêné(e) à l'idée d'être humilié(e) dans certaines situations sociales; par exemple lorsque vous devez prendre la parole devant un groupe de gens, utiliser les toilettes publiques, ou écrire lorsque l'on vous regarde ?

NON OUI



**G2**

Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?

NON OUI



**G3**

Redoutez-vous tellement ces situations sociales que (AU PREMIER OUI PASSER à G4) :

- en pratique vous les évitez ?

NON OUI

- vous êtes extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI

**G4**

Y A-T-IL 1 OUI EN G3 ?

NON OUI



**G5**

Cette peur vous gêne-t-elle dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations sociales ?

NON OUI

**G5 EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON OUI

**Si OUI = PHOBIE SOCIALE**

# H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

---

## H1

Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées déplaisantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, par exemple l'idée que vous étiez sale ou aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous ?

NON OUI

(NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES POUR DES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE, NI DES PREOCCUPATIONS LIEES A UN AUTRE TROUBLE)

---

SI H1 = NON, PASSER à H4

## H2

Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI

SI H2 = NON, PASSER à H4

## H3

Pensez-vous que ces idées sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI

---

## H4

Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter ou vérifier des choses sans arrêt ?

NON OUI

---

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI?

NON OUI



## H5

Pensez-vous que ces comportements (/ idées) sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

NON OUI



**H6**

Ces comportements (/ idées) vous gênent-ils (-elles) dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations sociales, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

**NON      OUI**

**H6 EST-ELLE COTEE OUI ?**

**NON      OUI**

***SI OUI = TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF***

# I. ANXIETE GENERALISEE

*Ne pas explorer cette section si l'anxiété décrite est la conséquence d'un des troubles explorés jusqu'ici.*

**I1**

Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e) excessivement inquiet(e), anxieux(se) à propos de plusieurs problèmes de la vie quotidienne (argent, santé des enfants, finances, ...)?

Presque tous les jours ?

Plus que la plupart des autres ne l'auraient été ? (ou vous a-t-on dit que vous vous faisiez trop de soucis ?)

NON

OUI



**I2**

Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations (/ cette anxiété) ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?

NON

OUI



**I3**

Depuis que vous vous sentez particulièrement préoccupées inquiet(e), anxieux(se), vous arrive-t-il souvent :

(NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES SYMPTÔMES SURVENANT UNIQUEMENT AU COURS D'ATTAQUES DE PANIQUE)

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| a. De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?     | NON | OUI |
| b. D'avoir les muscles tendus ?                                       | NON | OUI |
| c. De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?       | NON | OUI |
| d. D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? | NON | OUI |
| e. D'être particulièrement irritable ?                                | NON | OUI |
| f. D'avoir des problèmes de sommeil ?                                 | NON | OUI |

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

NON

OUI

**Si OUI = ANXIETE GENERALISEE**

## J. PROBLEMES LIES A UNE CONSOMMATION D'ALCOOL

**J1**

Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de trois reprises (repas, fêtes, réunions, ...) de boire plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool) ?

NON OUI



**J2**

Au cours de l'année écoulée :

a. Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?

NON OUI

b. Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ?  
Vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?

NON OUI

c. Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?

NON OUI

d. Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?

NON OUI

e. Les jours où vous buviez, passiez-vous plus de deux heures par jour à vous procurer de l'alcool, à boire et à vous remettre des effets de l'alcool ?

NON OUI

f. Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) parce que vous buviez ?

NON OUI

g. Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ?

NON OUI

Y A-T-IL, AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON OUI

**SI OUI = DEPENDANCE A L'ALCOOL**

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE A L'ALCOOL ? NON

OUI



**J3****Au cours de l'année écoulée :**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| a. Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES) | NON | OUI |
| b. Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, ... )?  | NON | OUI |
| c. Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu (interpellation, arrestation,... ) ?  | NON | OUI |
| d. Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?   | NON | OUI |

**Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?****NON OUI****SI OUI = ABUS D'ALCOOL**

## K. PROBLEMES LIES A LA CONSOMMATION DE DROGUES

**K1**

Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé plusieurs fois de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

NON OUI



**SPECIFIER LA (LES) DROGUE(S) CONSOMMEE(S) :**

SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS DROGUES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLE) : **Uniquement la drogue la plus consommée**

**En considérant la drogue sélectionnée, au cours de l'année écoulée :**

- a. Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI
- b. Lorsque vous en preniez moins, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du coeur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e) ?  
Vous arrivait-il de prendre cette (ces) drogue(s) pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ? NON OUI
- c. Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? NON OUI
- d. Avez-vous essayé de réduire votre consommation ou d'arrêter ? NON OUI
- e. Les jours où vous preniez de la drogue, passiez-vous plus de deux heures par jour à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? NON OUI
- f. Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de la drogue ? NON OUI
- g. Avez-vous continué à prendre de cette (ces) drogue(s) tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes de santé ? NON OUI

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

NON OUI

SI OUI = DEPENDANCE à une DROGUE

**SPECIFIER LA DROGUE :**

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA DROGUE  
CONSOMMEE ?

NON OUI



**K3**

**Au cours de l'année écoulée :**

a. Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par une drogue ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ? (NE COTER OUI QUE SI CELA A POSE DES PROBLEMES)

NON OUI

b. Vous est-il arrivé d'être sous l'effet d'une drogue dans une situation où cela était physiquement risqué (conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, ... ) ?

NON OUI

c. Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous preniez de la drogue (interpellation, arrestation, ... ) ?

NON OUI

d. Avez-vous continué à prendre de cette (ces) drogue(s) tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre entourage ou d'autres personnes ?

NON OUI

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

NON OUI

SI OUI = ABUS DE DROGUE

**SPECIFIER LA DROGUE :**

# L. ANOREXIE MENTALE

L1

a. Combien mesurez-vous ?

en cm

b. Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ?

en kg

c. LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDICÉ POUR SA TAILLE ? (Tableau de correspondance en bas de page)

NON

OUI



**Au cours des trois derniers mois**

L2

Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?

NON

OUI



L3

Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?

NON

OUI



L4

a. Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?

NON

OUI

b. L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

NON

OUI

c. Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?

NON

OUI

L5

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN L4 ?

NON

OUI



L6

**POUR LES FEMMES** : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir ?

NON

OUI



**POUR LES FEMMES: L5 ET L6 SONT-ELLES COTEES OUI ?**  
**POUR LES HOMMES: L5 EST-ELLE COTEE OUI ?**

**NON      OUI**  
**SI OUI = ANOREXIE MENTALE**

**Tableau de correspondance TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE**

TAILLE cm)		140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
POIDS (kg)	Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
	Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

# I. BOULIMIE

**M1**

Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé fréquemment d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée

NON OUI



**M2**

Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?

NON OUI



**M3**

Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?

NON OUI



**M4**

De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?

NON OUI



**M5**

L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?

NON OUI



**M6**

**SI LE PATIENT PRESENTE UNE ANOREXIE MENTALE :** Ces crises de boulimie surviennent-elles **toujours** alors que vous avez les problèmes de poids dont nous venons de parler ?

NON OUI

**M5**

EST-ELLE COTEE OUI (M6 PAS COTEE OUI) ?

NON OUI  
SI OUI = BOULIMIE

**M6**

**EST-ELLE COTEE OUI ?**

**NON OUI**

**SI OUI = ANOREXIE MENTALE Sous-Type BOULIMIE**

# N. SYNDROMES PSYCHOTIQUES

- Pour toutes les questions de cette section, en cas de réponse positive demander un exemple.
- Ne coter « OUI » que si les exemples montrent clairement une distorsion de la pensée et/ ou de la perception.
- Juger des caractéristiques bizarres des symptômes décrits et coter en fonction.

**DELIRES BIZARRES** : le contenu est manifestement absurde, invraisemblable, et ne peut être basé sur des expériences habituelles de la vie.

**HALLUCINATIONS BIZARRES** : voix qui font des commentaires sur les pensées ou les actes du patient OU plusieurs voix qui parlent entre elles.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

**Bizarre**

## N1

a. Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou inhabituelles, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? (IDEES DELIRANTES DE GRANDEUR, HYPOCONDRIAQUES, DE RUINE, DE CULPABILITE, ... )

NON OUI OUI

b. SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?

NON OUI OUI  
▼ N6a

## N2

a. Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?

NON OUI OUI

b. SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?

NON OUI OUI  
▼ N6a

## N3

a. Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?

NON OUI

b. SI OUI: Actuellement, croyez-vous cela ?

NON OUI  
▼ N6a

**N4**

a. Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous pouvait influencer ou contrôler vos pensées ou vos actes ?

NON OUI

b. **SI OUI** : Actuellement, croyez-vous cela ?

NON OUI  
▼ N6a

**N5**

a. Avez-vous déjà eu l'impression l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision, la radio, ou les journaux ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?

NON OUI OUI

b. **SI OUI** : Actuellement, croyez-vous cela ?

NON OUI OUI

**N6**

a. Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?

NON OUI OUI

b. **SI OUI** : Cela vous est-il arrivé récemment ?  
**SPECIFIER (ex. Mois ou Semaine écoulée) :**

NON OUI OUI  
▼ N8b

**N7**

a. Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions, ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?

NON OUI

b. **SI OUI** : Cela vous est-il arrivé récemment ?  
**SPECIFIER (ex. Mois ou Semaine écoulée) :**

NON OUI

**OBSERVATION DU CLINICIEN :**

**N8b - ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS INCOHERENT, DESORGANISE, OU UNE PERTE DES ASSOCIATIONS ?**

NON OUI

**N9b - ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?**

NON OUI

DEPUIS N1, Y A-T-IL AU MOINS :

- UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE

- DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?      NON      OUI  
**SI OUI = SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL**



## L'Inventaire d'Événements de Vie

# L'Inventaire d'Événements de Vie

## E.S. PAYKEL & S.P. MANGEN

Traduction française: J.M. BASTYNS et J. MENDLEWICZ

---

Les relations entre les événements de vie récents et l'apparition de diverses pathologies médicales ou psychiatriques ont fait l'objet d'importantes élaborations théoriques. La validation de ces hypothèses a demandé la création d'instruments permettant le recueil systématique et aussi objectif que possible des événements de vie, définis en tant que modifications perceptibles dans l'environnement social ou personnel du sujet. De nombreux questionnaires d'auto-évaluation d'une part, des entretiens d'autre part, ont été développés au cours de ces 30 dernières années. L'inventaire d'événements de vie de Paykel (1983) représente l'un des instruments de recueil de l'information les plus utilisés au niveau international.

L'instrument est utilisé selon un entretien semi-structuré. L'inventaire est destiné à couvrir une période de 6 mois bien qu'il puisse être utilisé pour d'autres durées. L'évaluateur doit spécifier clairement la période couverte (par exemple, à partir de la mi-mars). Les jours fériés sont utiles pour situer un événement durant la période des 6 mois. Des rappels fréquents concernant la période évaluée sont nécessaires au cours de l'entretien.

Certaines catégories d'événements s'appliquent à l'ensemble de la population, par exemple ceux qui concernent la santé. D'autres catégories, en revanche, ne s'appliquent qu'à certaines personnes. Par exemple, les "événements conjugaux" ne s'appliquent pas à un célibataire, ni la catégorie "travail" à quelqu'un qui n'a pas travaillé durant toute la période envisagée. Dès lors, il est recommandé au début de chaque catégorie de vérifier si elle peut s'appliquer à la personne concernée. Par exemple : « *N'avez-vous jamais travaillé durant la période investiguée ?* ». Quand une catégorie ne s'applique pas, on peut passer à la suivante. Il faut passer en revue tous les événements d'une même catégorie au cours de l'entretien.

Les explications concernant les événements peuvent être adaptées en fonction du sujet. Si un événement a eu lieu, il faut pouvoir en évaluer avec certitude les circonstances précises et le moment d'apparition avant de passer à l'événement suivant. Il faut également évaluer l'indépendance des événements de la maladie psychiatrique et leur impact objectif négatif (cf. infra). Dans le cas de patients psychiatriques, il est recommandé de reporter l'investigation jusqu'à la disparition des symptômes aigus afin de faciliter la précision de l'entretien et des réponses.

Les événements de durée prolongée (par exemple, une réorganisation au travail) sont généralement cotés comme arrivant une seule fois, soit au moment de leur début ou plus fréquemment au moment où leur impact est maximum.

Certains événements multiples doivent être cotés comme un seul événement (par exemple, la maladie soudaine de l'épouse suivie de son décès) ; on prend alors seulement en compte l'événement le plus important. Deux événements séparés par trois mois ou plus, peuvent cependant être cotés séparément.

Soixante-trois types d'événements spécifiques sont répartis en 10 catégories. De plus, il est possible de noter un événement, qui ne peut être classifié dans une des catégories définies, sous le n°64.

La feuille de cotation permet de coter jusqu'à deux fois le même événement. Si le même événement se présente plus de deux fois, les deux apparitions les plus graves, en terme d'impact négatif objectif (ou, en cas d'égalité au niveau impact, le plus récent) seront seulement cotées. Pour chaque événement, il faut coter l'indépendance, l'impact négatif objectif et le mois d'apparition. Un bref résumé écrit de chaque événement doit aussi figurer.

▷ L'indépendance de l'événement est définie dans le sens qu'il paraît invraisemblable que l'événement ait pu être une conséquence de la maladie psychiatrique. Elle est cotée suivant une échelle à 5 points :

- 1 : si l'événement était presque certainement indépendant de la maladie ;
- 2 : si l'événement était probablement indépendant de la maladie ;
- 3 : si l'enquêteur est incertain de la dépendance ou de l'indépendance de l'événement ;
- 4 : si l'événement était probablement dépendant de la maladie ;
- 5 : si l'événement était presque certainement dépendant de la maladie.

▷ L'impact négatif objectif est défini comme le degré d'impact désagréable que l'événement serait attendu apporter à quelqu'un en tenant compte de sa nature et de ses circonstances particulières. Les cotations se font selon une échelle en 5 points :

- 1 : impact négatif sévère ;
- 2 : impact négatif marqué ;
- 3 : impact négatif modéré ;
- 4 : impact négatif léger ;
- 5 : pas d'impact négatif.

N.B.: Dans le texte, les termes soulignés ont reçu une définition spécifique

# L'Inventaire d'Événements de Vie

## E.S. PAYKEL & S.P. MANGEN

Traduction française: J.M. BASTYNS et J. MENDLEWICZ

---

### TRAVAIL

#### 1 - Changement de type de travail

- Par exemple, commencer à travailler pour la première fois après un laps de temps substantiel, ou changer de type de travail avec un nouvel employeur.
- "Substantiel" concerne le statut occupationnel préalable.
- Pour des hommes économiquement actifs et pour des femmes célibataires : six mois. Pour les autres (y compris des ménagères reprenant une activité professionnelle) : trois ans.

#### 2 - Changement substantiel dans les conditions de travail

- Par exemple, travail similaire dans une nouvelle firme ou un autre département ; nouveaux patrons ; nouvelles équipes ; réorganisation importante ; ou changement substantiel dans les obligations et/ou les responsabilités.
- Y compris les femmes qui arrêtent un emploi régulier et retournent aux activités ménagères ; les femmes mariées et les étudiants qui commencent un travail temporaire ; les travaux pendant les vacances).

#### 3 - Changement substantiel dans les heures de travail (y compris prendre un deuxième travail).

#### 4 - Début de conflits ou désaccord avec le patron, le superviseur ou les collaborateurs, entraînant la prise de sanctions définitives, ou l'expression de menaces à l'encontre du patient/sujet.

#### 5 - Promotion - changement spécifique dans le grade avec changement concomitant du salaire ou réévaluation salariale.

*Non pas une simple augmentation des responsabilités, ce qui serait coché 2*

#### 6 - Régression professionnelle (Même critère qu'en 5).

#### 7 - Renvoi professionnel, licenciement ou mise en chômage technique.

#### 8 - Mise à la retraite.

*Cocher, même si la personne prend un travail partiel immédiatement après sa retraite.*

#### 9 - Sans emploi depuis un mois ou plus

- Y compris ceux qui arrêtent ou sont renvoyés et ne trouvent pas un autre travail).
- Ne pas cocher s'il était prévu que le travail serait temporaire.
- Inclure ceux qui arrêtent le travail, en restant volontairement sans emploi.

#### 10 - Faillite

- Cocher seulement pour les propriétaires et la direction.
- Pour l'épouse et les cohabitants, cocher 17, si cela entraîne des difficultés financières.

## ENSEIGNEMENT

### 11 - Début d'un enseignement partiel ou plein temps

- Y compris un programme de formation.
- *Ne pas inclure des cours par correspondance, qui ne mèneraient pas à une qualification formelle, ni un programme léger de cours du soir.*

### 12 - Changement d'école.

### 13 - Arrêt d'un enseignement plein temps.

*Par exemple, obtention d'un diplôme ou abandon.*

### 14 - Important échec scolaire.

### 15 - Préparation au passage d'un examen important

- Y compris une thèse importante.
- *Ne pas inclure d'examens de routine ou de fin de semestre, excepté :*
  - a) première série d'examens dans un collège (première candidature) ;*
  - b) après un échec, continuer des études incertaines. Inclure également un accroissement de tâches (recueil de données, rédaction d'une thèse) nécessitant de prendre au maximum sur son temps de loisirs ou son temps d'étude, ou de prendre congé du travail pour étudier.*

## FINANCES

### 16 - Difficultés financières modérées

- *Y compris l'adjonction de nouvelles difficultés, considérées comme non majeures, à des difficultés habituelles qui se sont un peu aggravées, par exemple, une augmentation de dépenses.*
- *Difficultés vis-à-vis de créanciers, déficit / dettes ne représentant pas plus d'un mois de salaire, nécessité de prendre un deuxième travail, indiquent de tels problèmes.*

17

**Difficultés financières majeures bien pires que d'habitude**, telles une faillite, des dettes ou des dépenses très importantes, etc. **Déficit majeur** (plus élevé qu'en 16).  
*Exemple : ne plus honorer un prêt hypothécaire.*

### 18 - Amélioration substantielle sur le plan financier

- *Fin du besoin de percevoir une aide sociale, héritage, patient ou épouse du patient prenant un travail complémentaire, etc.*
- *Ne pas inclure un prêt.*
- *Si promotion sociale, ne coter que si au moins 30 % au-dessus du salaire brut (ou 10 % au-dessus du taux d'inflation).*

## SANTE

**19 - Maladie physique importante, blessure ou accident, hospitalisation, intervention chirurgicale ou maladie nécessitant un mois d'absence professionnelle.**

**20 - Maladie physique ou psychique, importante, touchant la famille proche n'entraînant pas de décès**

- *Parents, épouse, tante favorite, fratrie.*
- *Définition de maladie : mêmes critères qu'en 19.*

**21 - Grossesse désirée**

- *Cocher également pour le père.*
- *Coter le moment de la découverte.*

**22 - Grossesse indésirée**

- *Cocher également pour le père.*
- *Coter le moment de la découverte.*

**23 - Fausse couche, avortement, mort-né.**

**24 - Naissance d'un enfant en vie (cocher uniquement pour la mère).**

**25 - Ménopause**

*Cocher seulement le début ou le changement important de la menstruation : irrégularité du cycle, espacement, etc.*

## DEUIL

**26 - Décès d'un proche ou d'un ami intime**

- *Par exemple, tante favorite, fiancée.*
- *"Intime" : c'est-à-dire en contact fréquent (au moins toutes les deux semaines) directement, par lettre ou par téléphone.*

**27 - Décès d'un membre de la famille proche (parents, fratrie ou cohabitant).**

**28 - Décès d'un enfant légitime ou d'un enfant adopté.**

**29 - Décès de l'épouse.**

**30 - Perte ou vol d'un objet ayant une valeur personnelle ou réelle**

*Par exemple, bague de mariage, bijou, objet sentimental, somme représentant au moins le revenu salarial net hebdomadaire, animal de la famille.*

## DEMEMAGEMENT

**31 - Dans la même ville.**

**32 - Dans une autre ville**

*Pour les étudiants, cocher uniquement un déménagement initial ou final ; ne pas tenir compte de déplacements de vacances.*

**33 - Dans un autre pays.**

## RELATION AMOUREUSE ET COHABITATION

**34 - Fiançailles.**

**35 - Rupture de fiançailles.**

**36 - Fin d'une relation sérieuse**

- *En cours depuis trois mois au plus.*
- *Y compris une relation homosexuelle.*

**37 - Dispute sérieuse, difficultés avec fiancé(e) ou avec un partenaire de longue date**

- *Homo ou hétérosexuel.*
- *Y compris des difficultés sexuelles importantes).*
- *Une "dispute sérieuse" implique une modification du comportement, de l'un ou des deux partenaires, pendant un minimum de cinq jours.*

## LEGALITE

*Si sentence pénale, coder le moment de la sentence.*

**38 - Délit mineur sans passage devant un tribunal**

- *Par exemple, une contravention de roulage : parking, excès de vitesse.*
- *Y compris les étudiants qui ont des problèmes disciplinaires avec les autorités de l'école.*

**39 - Délit plus important avec passage devant le tribunal,**

- *Y compris les peines avec sursis et la probation.*
- *Y inclure la suspension du permis de conduire.*

**40 - Peine de prison (condamnation).**

**41 - Problèmes juridiques particulièrement complexes et inhabituels.**

**42 - Problèmes juridiques chez un membre de la famille proche (délit important entraînant le passage devant un tribunal, suspension du permis de conduire).**

## EVENEMENT SOCIO-FAMILIAL

**43 - Naissance d'un enfant (cocher seulement pour le père).**

**44 - Adoption, ou prise en charge à long terme, d'un enfant (cocher pour le père et pour la mère adoptifs).**

**45 - Nouvelle personne (autre que 43 et 44) arrivant dans le ménage.**

- *Par exemple, un pensionnaire, un parent, un locataire partageant la pièce de séjour et prenant les repas avec la famille.*
- *Inclure des orphelins pris en charge pour des périodes brèves. Par "personne arrivant dans le ménage", on entend un séjour de trois mois au moins, s'il s'agit d'un individu, deux mois au moins s'il s'agit de deux ou plusieurs personnes.*

**46 - Fiançailles d'un enfant.**

**47 - Mariage d'un enfant (avec consentement).**

**48 - Mariage d'un enfant (sans consentement).**

**49 - Enfant quittant le domicile pour d'autres raisons**

*Par exemple, collège, institution, ou service militaire.*

**50 - Dispute sérieuse ou problèmes avec un membre de la famille résident**

*- Inclure les problèmes comportementaux des enfants.*

*- Ne pas cocher s'il s'agit d'un conflit typiquement parents-enfant, par exemple, la rébellion modérée de l'adolescent.*

*- Cocher comme maladie psychique s'il en résulte une hospitalisation ou une institutionnalisation.*

*- Une "dispute sérieuse" implique une modification du comportement d'un, de deux, ou de tous les membres du ménage pendant un minimum de cinq jours.*

*- Coter aussi les troubles de comportement d'un enfant, si cela peut entraîner des sanctions légales (vol) ou si l'enfant est référé à un organisme professionnel.*

**51 - Dispute sérieuse avec un non-résident**

*- Membre de la famille proche (parents, beaux-parents, fratrie), voisin ou ami intime.*

*- Une "dispute sérieuse" implique une modification du comportement pour au moins une durée de quinze jours.*

**52 - Amélioration sensible dans les relations avec un membre de la famille résident ou non-résident, ou un ami proche.**

*Ceci s'applique à :*

*a) des difficultés relationnelles qui disparaissent, par exemple, le retour à un contact régulier avec une personne avec qui le contact était auparavant évité ou réduit au minimum.*

*b) Une relation, banale/non intime, qui grandit durant la période étudiée et devient une relation de confiance réciproque, où (presque) tout peut être abordé, ou le rétablissement d'une relation intime préexistante, pour d'autres raisons qu'au "a)".*

**53 - Séparation d'une personne importante**

*Par exemple, le départ d'un ami proche ou d'un thérapeute qu'on avait l'habitude de voir, en moyenne, au moins toutes les deux semaines.*

**54 - Problèmes conjugaux chez des membres de la famille proche**

*Par exemple le divorce des parents, un enfant séparé du conjoint, début de conflits majeurs pouvant mener à une séparation.*

## **EVENEMENT CONJUGAL**

**55 - Mariage.**

**56 - Dispute sérieuse avec le conjoint.**

*Une "dispute sérieuse" implique une modification de comportement, de l'un ou des deux partenaires, pendant au moins cinq jours.*

**57 - Séparation conjugale pendant un mois, non due à une dispute.**

*Ne pas cocher si un contact était maintenu, ou si le conjoint travaillant dehors passait ses week-ends au domicile, ou si le conjoint hospitalisé recevait des visites régulières.*

**58 - Séparation conjugale liée à une dispute (ne pas cocher non plus l'augmentation des disputes).**

**59 - Aventure extra-conjugale du partenaire (inclut aussi l'infidélité sporadique).**

**60 - Début d'une relation extra-conjugale (ou début de l'infidélité sporadique).**

**61 - Amélioration marquée de la relation avec le partenaire.**

**62 - Réconciliation conjugale.**

*Concerne les couples qui ont vécu séparément de plein accord, depuis au moins un mois.*

**63 - Divorce (en cours ou prononcé).**

#### **DIVERS**

**64 - Comprend tout événement (par exemple, agression ou acte violent) qui ne peut être rangé dans les catégories précédentes, mais peut être considéré comme un événement de vie parce que :**

*a) C'est manifestement un événement d'importance primordiale pour le patient.*

*b) Il en résulte pour le patient des changements importants dans son travail, son contexte socio-familial, ses conditions de vie, sa santé ou son statut.*

NOM : PEQUIN

PRENOM :KARINE

**Titre de thèse :**  
**filière de soins et profil psychiatrique**  
**de deux populations de suicidants et de suicidés**

---

**RESUME**

On note en France de nos jours 15000 suicides et 150000 Tentatives de suicide Mais doit on considérer les suicidants (personnes faisant une tentative de suicide ) et les suicidés ( personnes mettant fin à leur jour par suicide ) comme une même entité ?

Cette enquête prospective et rétrospective montre que les ces 2 populations sont distinctes tant au niveau socio-démographique que psychologique même si la solitude affective reste leur point commun.

Leur prise en charge doit donc être différente . Le psychiatre autant que le médecin généraliste doivent en être les acteurs principaux . Mais ceci ne pourra l'être que s'il existe un échange entre eux .

---

**MOTS -CLES**

Suicide – suicidaire- suicidant – trouble dépressif– trouble lié à l'alcool – troubles de la personnalité – intoxication médicamenteuse volontaire – Antécédents personnels et familiaux –solitude affective