

LISTE DES ABREVIATIONS

BDI : Beck Depression Inventory, échelle de dépression de Beck

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

EDM : Episode Dépressif Majeur

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

HAS : Haute Autorité de Santé

ie : par exemple

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

N : Nombre

RSA : Revenu de Solidarité Active

SIS : Suicidal Intent Scale, échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

TS : Tentative de Suicide

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION

II. MATERIEL ET METHODE

1. Déroulement de l'étude
2. Caractéristiques des données

III. RESULTATS

1. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques
2. Avis et concordances des participants
3. Scores et Diagnostic

IV. DISCUSSIONS

V. CONCLUSION

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. LISTE DES FIGURES

VIII. LISTE DES TABLEAUX

IX. TABLE DES MATIERES

X. ANNEXES

1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck
2. Echelle de dépression de Beck

I. INTRODUCTION

Le « suicide » se définit comme une mort volontaire ; on appelle « suicidés » les individus ayant commis un suicide. La « tentative de suicide » se définit comme toute conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir ; les individus commettant une tentative de suicide sont appelés « suicidants » selon l'HAS (1).

En France, on dénombre actuellement 10 500 décès par suicide et on évalue le nombre de tentatives de suicide (TS) à 290 000 par an, avec une moyenne annuelle de 70 000 personnes hospitalisées pour ce motif (2)(3). Il s'agit de la troisième cause de mortalité prématurée et de la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15-24 ans, après les accidents de circulation (4). Selon l'INPES, 3.9% de la population générale française aurait eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée (5). Le suicide ainsi que la TS sont considérés depuis des années comme un problème de santé publique. C'est même devenu une priorité de santé publique en 1994 (6).

Globalement, le taux régional de mortalité par suicide dans les Pays de la Loire est supérieur de 24% à la moyenne nationale pour les hommes, et supérieur de 18% chez les femmes (7). Cependant, ce taux de mortalité diminue depuis le milieu des années 1980 sur le plan régional comme national, vérifié par une baisse de 8% entre 1990 et 2010. Les chiffres portant sur le suicide et les tentatives de suicide sont probablement sous-estimés (8)(9).

Le profil des patients suicidants est assez bien décrit dans la littérature : les tentatives de suicides sont majoritairement effectuées par des femmes (65%) dans la tranche de 20-30 ans, à l'inverse des suicides où les hommes sont majoritaires (65%) dans la tranche d'âge 25-60 ans (10)(11).

Les facteurs de risque sont globalement bien identifiés(12)(13)(14) et comprennent des facteurs de risques psychiatriques et somatiques, ainsi que des trajectoires de vies propices au passage à l'acte suicidaire.

Dans les facteurs de risque, on retrouve :

- Les caractéristiques socio-démographiques comme le sexe masculin, l'âge et le statut marital, célibataire, divorcé ou veuf.
- Le contexte de vie : tout ce qui renforce la solitude et la perte d'identité, la perte d'autonomie.

- Les troubles psychiatriques (retrouvés dans 90% des suicides), qui sont constitués principalement par les troubles de l'humeur (60%), les abus et la dépendance à l'alcool (35%) ainsi que les troubles psychotiques (7%).
- Les tentatives de suicide (15).
- Les antécédents familiaux, qui comprennent les troubles psychiatriques, les conduites suicidaires, le climat de violence, la maltraitance et la dissolution des liens familiaux.

Ces différents facteurs interagissent entre eux et définissent des trajectoires de vie (16). La première trajectoire qui correspond à 40% des suicidés est marquée par un fardeau d'adversité précoce, qui met à mal le processus d'attachement (abandon, violence, maltraitance). Ces patients souffrent principalement de troubles de la personnalité et d'addictions, et réitèrent les conduites suicidaires, le poids des facteurs délétères augmentant tout au long de la vie.

Dans la seconde trajectoire, qui correspond à 60% des suicidés, le processus d'attachement n'est pas mis en cause, mais à la suite d'accumulations d'évènements de vie douloureux, il y a apparition des troubles dépressifs (16).

La crise suicidaire est définie comme une période où le suicide devient une solution pour apaiser les souffrances psychiques actuelles (17)(18). Sa durée est estimée entre 6 et 8 semaines dès l'apparition des premières idées suicidaires jusqu'à la disparition complète de celles-ci. Cette période est marquée par un envahissement des émotions, une tension psychique, des troubles de la concentration et un profond sentiment d'impasse (avoir tout essayé et rien ne marche) (19).

La crise suicidaire est faite de différentes étapes progressives, qui commencent par des flashes suicidaires (idées brèves, qui donnent l'impression de perdre le contrôle sur sa pensée et de devenir fou) et qui continuent par des idées suicidaires plus ou moins fréquentes et intenses, contre lesquelles le patient tente de lutter, jusqu'à se laisser progressivement envahir. A ce moment, apparaît une intention de suicide. Cette intention progresse ensuite dans le processus suicidaire par une planification (recherche du moyen, du lieu, du moment, des circonstances appropriées) et se conclut par le stade de la mise en œuvre du suicide (20)(21)(22)(23).

Dans la description du processus suicidaire, il faut toujours garder en tête que l'ambivalence est présente, et que le patient cherche des moyens autres que le suicide mais en arrive à cette solution une fois qu'il a la certitude ou le sentiment qu'il a épuisé tout son

répertoire de stratégies personnelles. Le suicide lui apparaît comme unique solution à la souffrance (21)(24).

D'autre part, depuis quelques années, les suicides et les tentatives de suicide au travail deviennent de plus en plus médiatisés. Les médias estiment le plus souvent entre 300 et 400 le nombre de salariés, qui chaque année, se donnent la mort pour des raisons qui tiennent au travail. Cette estimation s'appuie sur les résultats d'une enquête réalisée sur ce sujet en Basse-Normandie, en 2003, par l'inspection du travail (25). Les 107 cas de suicides et TS recensés dans cette enquête sont de 68% d'hommes entre 30 et 50 ans et ayant plus de 5 ans d'ancienneté, principalement sur des postes de travail peu qualifiés (2/3).

La question du travail comme facteur de causalité dans le geste suicidaire reste un sujet de controverse. Cette polémique est alimentée par des enjeux d'attribution de responsabilités entre syndicat et patronat, les uns mettant l'accent sur la vie professionnelle, les autres mettant l'accent sur la vie personnelle. Cependant, les suicides ayant lieu sur le lieu de travail peuvent avoir pour cause des facteurs extra-professionnels, et, de la même manière, les suicides ayant lieu au domicile peuvent être liés à des facteurs professionnels (26)(27).

Plusieurs travaux ont été réalisés sur le passage à l'acte suicidaire, en recueillant les données directement auprès des patients (21)(28)(29) (30).

De la même manière, notre étude recueille le point de vue des patients, mais élargit également les données en interrogeant leur entourage et différents médecins (médecin traitant, psychiatre, médecin du travail), afin d'explorer les facteurs précipitants et les événements contextuels. Cela permet également de questionner la subjectivité du patient dans sa propre analyse des facteurs de causalité.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Déroulement de l'étude

Nous avons réalisé une étude de recueil de données, observationnelle et prospective : ce travail s'est déroulé au CHU d'Angers sur l'unité spécialisée dans l'accueil et les soins de patients en crise suicidaire, du 5/12/2012 au 02/05/2013, auprès des patients ayant réalisé une tentative de suicide.

Devant notre souhait d'analyser, entre autres, le lien éventuel avec le milieu professionnel, les étudiants et les retraités n'ont pas été inclus dans l'étude. Nous nous sommes donc limités aux patients âgés de 18 à 65 ans, ayant débuté leur vie active.

Au total, sur les 104 suicidants hospitalisés au CHU d'Angers suite à une TS (Tentative de Suicide), 43 étaient non éligibles pour l'étude (retraités ou étudiants) ; 61 patients ont pu être inclus.

Le recueil des données s'est fait directement auprès des patients et de leur personne de confiance, pendant un entretien lors de l'hospitalisation. Le personnel médical de l'unité (psychiatre et médecin généraliste) a également été consulté, lors de l'hospitalisation. Le recueil des données auprès des médecins et du psychiatre traitant, ainsi que du médecin du travail, lorsqu'il y en avait, s'est fait par téléphone.

Une même personne s'est chargée de la collecte de données, qui ont été consignées dans le dossier du patient.

2. Caractéristiques des données

Les variables étudiées sont les antécédents personnels et familiaux, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (dernière profession exercée et éventuels arrêts de travail), une échelle explorant l'intentionnalité suicidaire comme la SIS (Echelle d'Intentionnalité Suicidaire de Beck), une échelle de dépression (BDI), ainsi qu'un questionnaire plus poussé sur les circonstances du temps et du lieu de survenue du geste suicidaire.

L'échelle d'intentionnalité de Beck est un hétéro-questionnaire réalisé auprès des patients suicidants, afin d'évaluer le degré d'intentionnalité suicidaire au moment de la TS. Son but est d'améliorer la prise en charge initiale des patients. Cette échelle a une valeur prédictive du risque de mortalité par suicide abouti. Ses valeurs sont comprises entre 0 et 25, une valeur comprise entre 0 et 3 représente une intentionnalité faible, entre 4 et 10 une intentionnalité moyenne, et entre 11 et 25 une intentionnalité forte (32)(33).

L'échelle de dépression de Beck est un auto-questionnaire à choix multiples de 21 questions, servant à mesurer la sévérité de la dépression clinique. Ce questionnaire est composé de mots relatant des symptômes de la dépression comme le désespoir et l'irritabilité, des symptômes cognitifs comme la culpabilité, des symptômes émotionnels, et des symptômes physiques comme la fatigue, la perte de poids et le manque d'intérêt sexuel. Le score varie de 0 à 39 avec de 0 à 3 aucune dépression, de 4 à 7 dépression légère, de 8 à 15 dépression moyenne à modérée, et de 16 à 39 dépression sévère (31).

Une échelle numérique adaptée directement de l'échelle visuelle analogique de Chamoux et al, a été incluse dans notre étude (34). Elle permet l'exploration du stress au travail, 0 représentant l'absence de stress et 10 représentant un niveau insupportable.

Le diagnostic psychiatrique posé au cours de l'hospitalisation est spécifié à l'aide du code CIM 10 psychiatrique.

Les patients passent tous une Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) pendant leur hospitalisation, effectuée par le même clinicien.

Le patient cote de 0 à 3 la part des différents facteurs psycho-sociaux dans la survenue de sa crise suicidaire. Ensuite, son médecin traitant, son éventuel psychiatre, le psychiatre de l'unité d'hospitalisation, le médecin du travail et sa personne de confiance font également part de leurs estimations.

Les intervenants notent de 0 à 3 la part de chacun des facteurs décrits ci-dessous (situation professionnelle, problèmes financiers, etc ...), selon l'échelle suivante :

0 : aucune imputabilité,

- 1 : imputabilité faible ou douteuse,
- 2 : relation possible ou directe mais non essentielle,
- 3 : relation directe et essentielle

	Psy. UMPS	Somatique UMPS	Médecin traitant	Psychiatre traitant	Médecin du travail	Patient lui-même	Personne de confiance
Situation professionnelle							
Problèmes financiers							
Trouble de couple							
Séparation, divorce, veuvage							
Troubles thymiques, EDM							
Troubles de la personnalité							
Evènement stressant aigu							

Figure 1 - Questions aux intervenants

Le Laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé du travail est en charge de l'analyse statistique.

Le comité d'éthique du CHU d'Angers a donné un avis favorable pour le projet d'étude, le 21/11/2012, enregistré sous le numéro 2012/54.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Sur les 61 patients éligibles pour cette étude, 7 ont refusé d'y participer, 15 ont été exclus pour avoir passé moins de 24h en hospitalisation.

Ont donc été inclus 40 patients : 18 hommes et 22 femmes. La moyenne d'âge se situe à 44,12 ans. 23 patients sont en couple, 17 sont célibataires.

Notre échantillon se compose de 22 actifs salariés (CDI), 6 actifs au chômage/RSA, 9 actifs en invalidité et de 3 autres actifs (travailleur non salarié, travail libéral...).

Parmi les patients de notre étude, 67% ont déjà eu un suivi antérieur dans leur vie, 42.5% d'entre eux ont déjà été hospitalisés en psychiatrie et 52.5% d'entre eux ont déjà fait une TS auparavant.

L'addiction la plus importante est le tabac (45%), suivie par l'alcool (20%). Aucune autre addiction n'a été décelée.

Tableau 1 - Antécédents et données cliniques des patients

	Oui		Non		Total n
	n	%	n	%	
Addictions					
Tabac	18	45,0%	22	55,0%	40
Alcool	8	20,0%	32	80,0%	40
Autres	0	0,0%	0	0,0%	40
Antécédents psychiatriques personnels					
Suivi par un psychiatre actuel ou ancien	27	67,5%	13	32,5%	40
Hospitalisation antérieure en psychiatrie	17	42,5%	23	57,5%	40
Tentatives de suicide antérieures	21	52,5%	19	47,5%	40
Personnalité pathologique : tempérament impulsif	14	35,0%	26	65,0%	40
Antécédents psychiatriques familiaux					
Suicide	8	20,0%	32	80,0%	40
Tentative de suicide	11	27,5%	29	72,5%	40
Hospitalisation en psychiatrie	13	32,5%	27	67,5%	40
Addictions	12	30,0%	28	70,0%	40
Antécédents maladie chronique	14	35,0%	26	65,0%	40
Evenement de vie fragilisant vie entiere					
Victime de violences physiques, psychiques et sexuelles	16	40,0%	24	60,0%	40
Difficultés avec la loi	4	10,0%	36	90,0%	40
Suicide d'un proche	6	15,0%	34	85,0%	40
Abandon, séparation, perte d'un être cher	27	67,5%	13	32,5%	40
Evenements de vie fragilisant recent					
Addiction du conjoint*	4	10,0%	19	47,5%	40
Isolement social	10	25,0%	30	75,0%	40
Relation conflictuelle avec le conjoint**	12	30,0%	12	30,0%	40
Problèmes au travail	14	35,0%	26	65,0%	40
Problèmes financiers	19	47,5%	21	52,5%	40
Absence soutien familial	17	42,5%	23	57,5%	40

*17 patients ne sont pas concernés (42,5%), ** 16 patients ne sont pas concernés (40%)

En ce qui concerne le lieu de la TS, parmi les patients actifs et autres actifs (n : 25) :

- 21 l'ont fait à domicile,
- 3 l'ont fait sur le lieu de travail,
- 1 l'a fait en dehors du domicile, et en dehors du lieu de travail.

En ce qui concerne la survenue du geste suicidaire :

- 13 patients ont fait leur geste suicidaire dans une période de repos,
- 3 patients ont tenté de se suicider aux horaires habituels de travail,
- 3 patients ont fait leur TS avant la reprise du travail,
- 2 patients ont fait leur TS au retour au travail,
- 2 patients ont fait leur TS lors d'une période d'arrêt pour cause médicale.

Pour le reste des patients (n : 15) : la TS a été faite à domicile pour 13 d'entre eux et en dehors du domicile et en dehors du travail pour 2 d'entre eux. Quant au geste suicidaire, il est survenu en dehors des horaires du travail.

2. Avis et concordances des participants

36% des patients considèrent que la situation professionnelle est en lien direct et essentiel avec la tentative de suicide. Ils sont 39% à déclarer avoir des troubles dans la sphère privée et 39% également disent souffrir de troubles thymiques. 56% considèrent qu'un événement stressant aigu est également en lien direct et essentiel avec leur TS. 2 % d'entre eux considèrent que le mode de fonctionnement qu'ils ont, entraîne des souffrances responsables de la survenue de la TS. Chez 21% des patients, les problèmes financiers sont également en lien direct.

Selon l'avis du médecin traitant, la situation professionnelle est en lien direct et essentiel dans 17% des cas. Ils déclarent qu'un événement stressant aigu a provoqué la TS de leur patient dans 41% des cas, et que parmi 47% des patients, une difficulté conjugale serait également en lien direct. Dans 23% des cas, la séparation est considérée comme cause directe. Les troubles thymiques sont considérés comme un lien fort dans 32% des cas, les troubles de la personnalité dans 9% des cas et les problèmes financiers dans 9% des cas. Sept médecins traitants n'ont pas répondu à notre enquête.

Selon l'avis de la personne de confiance la situation professionnelle est en lien direct et essentiel dans 30% des cas. Ils déclarent à 55% qu'un événement stressant aigu est intervenu dans la TS. Parmi 35% d'entre eux, un problème conjugal serait également en lien direct. Dans 30% des cas, la séparation est considérée comme une cause directe. Les troubles thymiques sont considérés comme un lien fort dans 35% des cas, les troubles de la personnalité (même question que les patients) dans 10% des cas et les problèmes financiers dans 10% des cas.

Selon l'avis du psychiatre de l'unité de l'hospitalisation, la situation professionnelle est en lien direct et essentiel dans 20% des cas. Ils déclarent à 38% qu'un événement stressant aigu est intervenu dans la TS de leur patient et pour 39% des patients, un problème conjugal serait également en lien direct. Dans 35% des cas, la séparation est considérée

comme cause directe. Les troubles thymiques sont considérés comme un lien fort dans 20% des cas, les troubles de la personnalité dans 12% des cas et les problèmes financiers dans 15% des cas.

Selon l'avis du médecin généraliste de l'unité, la situation professionnelle est en lien direct et essentiel dans 18% des cas. Ils déclarent à 22% qu'un événement stressant aigu est intervenu dans la TS de leur patient et parmi 35% des patients, un problème conjugal serait également en lien direct. Dans 41% des cas, la séparation est considérée comme cause directe. Les troubles thymiques sont considérés comme lien fort dans 22% des cas, les troubles de la personnalité dans 9% des cas et les problèmes financiers dans 13% des cas.

5 médecins du travail ont pu être consultés. Deux d'entre eux considèrent que la situation professionnelle est directe et essentielle dans la survenue de la TS, mais qu'elle n'est pas l'unique facteur : pour l'un, elle est associée aux troubles du couple, à une difficulté financière et à un trouble de la personnalité; pour l'autre, elle est associée à un trouble thymique. Dans l'ensemble, les avis des médecins du travail, des psychiatres et des patients convergent.

Tableau 2 - Avis des participants sur les différents facteurs pour la cotation 3 (direct et essentiel)

	Patient (N:41)	Personne de confiance (N: 20)	Médecins Traitant (N : 34)	Psychiatre hospitalier (N : 39)	Somaticien hopitalier (N : 22)
Evénement stressant aigu	56%	55%	41%	38%	23%
Situation Professionnelle	37%	30%	18%	21%	18%
Problèmes financiers	22%	15%	9%	15%	14%
Troubles dans le couple	39%	35%	47%	39%	36%
Séparation, divorce, veuvage	34%	30%	24%	36%	41%
Troubles de la personnalité	2%	10%	9%	13%	9%
Trouble thymique	39%	35%	32%	21%	23%

Dans notre analyse statistique nous avons utilisé le coefficient de Kappa. Il permet de comparer l'interprétation qualitative de deux observateurs différents. Il n'y a pas de coefficient de Kappa significatif ou non, il s'agit d'une mesure de l'accord entre observateurs. Le tableau d'interprétation ci-dessous donne un ordre d'idée généralement accepté de l'interprétation des valeurs Kappa en fonction de l'intervalle dans lequel se situe la valeur calculée du coefficient.

Tableau 3 - Estimation du degré de concordance selon le coefficient Kappa

coefficient Kappa	Estimation du degré de concordance
1,0-0,8	excellent
0,6-0,8	bon
0,4-0,6	moyen
0,2-0,4	faible
0,0-0,2	négligeable
<0	mauvais

Pour le facteur "Situation professionnelle", l'indice Kappa est de :

- 0.69 avec la personne de confiance,
- 0.51 avec le psychiatre de l'unité d'hospitalisation,
- 0.31 avec le médecin traitant,
- 0.34 avec le médecin généraliste de l'unité.

La concordance du patient diverge moins avec les autres avis pour le facteur "Séparation, deuil, veuvage" avec l'indice de Kappa de :

- 0.58 avec le médecin traitant,
- 0.66 avec la personne de confiance,
- 0.67 avec le psychiatre de l'unité,
- 0.61 avec le médecin généraliste de l'unité.

Pour le facteur "Evénement stressant aigu", la concordance entre les différents avis est faible ou mauvaise avec l'indice de Kappa à :

- 0.27 avec le médecin traitant,
- -0.01 avec la personne de confiance,
- -0.13 avec le psychiatre de l'unité
- 0.27 avec le médecin généraliste de l'unité de l'hospitalisation.

Pour le facteur "Problèmes financiers", la concordance diverge entre les avis avec l'indice de Kappa à :

- 0.27 pour le médecin traitant,
- 0.48 avec la personne de confiance ainsi que le psychiatre de l'unité,
- 0.61 avec le médecin généraliste de l'unité.

Pour le facteur "Trouble thymique", l'indice Kappa est à :

- 0.31 avec le médecin traitant,
- 0.78 avec la personne de confiance,
- 0.02 avec le psychiatre de l'unité,
- 0.25 avec le médecin généraliste de l'unité.

Pour ce qui est du facteur "Troubles dans le couple", l'indice Kappa est à :

- 0.31 avec le médecin traitant,
- 0.69 avec la personne de confiance,
- 0.41 avec le psychiatre de l'unité,
- 0.71 avec le médecin généraliste du service.

Tableau 4 - Tableau récapitulatif de l'estimation du degré de concordance avec le patient, pour chaque facteur

Degré de concordance avec les patients	évén stres aigu	prob finance	séparatio n deuil	situation professio n	tb couple	tb de perso	tb thymiqu
med traitant (n=34)	faible	faible	moyen	faible	moyen	mauvais	faible
personne confiance (n=20)	mauvais	moyen	bon	bon	bon	ND	bon
psy UMPS (n=39)	mauvais	moyen	bon	moyen	moyen	faible	négligeabl e
somaticien UMPS (n=22)	faible	bon	bon	faible	bon	ND	faible

ND= non déterminé (calcul non possible)

Comme vu précédemment, les patients ont tendance à désigner plusieurs facteurs comme directs et essentiels. Les facteurs s'accumulent pour 28 patients : 17 patients cumulent 3 facteurs ou plus, 11 accumulent 2 facteurs et 12 patients n'identifient qu'un facteur unique.

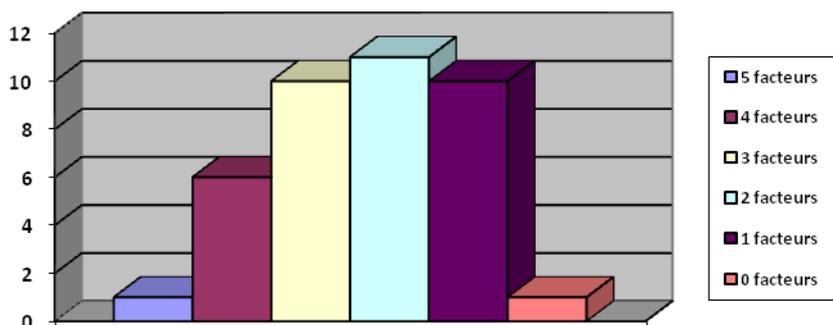


Figure 2 - Accumulation des facteurs directs et essentiels dans la survenue de la TS

Une évaluation plus qualitative des données nous semble pertinente.

Parmi les patients qui cumulent 4 facteurs, les évènements stressant aigus et les troubles thymiques sont toujours cités. Dans 67% des cas, ils sont associés aux troubles de la sphère privée (trouble dans le couple ou séparation du couple) et à la situation professionnelle.

Pour les patients qui cumulent 3 facteurs, les troubles de la sphère privée sont associés à un événement stressant aigu et à des troubles thymiques dans 50% des cas ; dans 10 % des cas, les problèmes financiers sont associés aux troubles de la sphère privée ; dans 40% des cas, il existe une association entre problèmes de la sphère privée et situation professionnelle.

Parmi les patients cumulant deux facteurs, 54% cumulent un événement stressant aigu avec des troubles de la sphère privée ; 18% cumulent un événement stressant aigu avec la situation professionnelle ; 9% cumulent événement stressant aigu et problèmes financiers ; 9% cumulent troubles de la sphère privée et troubles thymiques, et 9% cumulent situation professionnelle et troubles thymiques.

Pour les patients qui n'identifient qu'un seul facteur comme étant direct et essentiel, 30% mettent en lien un événement stressant aigu, 40% des troubles de la sphère privée, 20% une situation professionnelle difficile et 10% une dépression.

Dans les résultats précédents, nous avons discuté des facteurs directs et essentiels dans la survenue des TS.

Tableau 5 - Avis des participants sur les différents facteurs pour la cotation 2 (facteurs possibles ou directs, mais non essentiels)

	Patient (N:40)	Personne de confiance (N: 20)	Médecins Traitant (N : 34)	Psychiatre hospitalier (N : 39)	Somaticien hospitalier (N : 22)
Événement stressant aigu	18%	15%	15%	18%	14%
Situation Professionnelle	7,50%	20%	17%	10%	14%
Problèmes financiers	7,50%	20%	15%	15%	14%
Troubles dans le couple	7,50%	15%	17%	15%	32%
Séparation, divorce, veuvage	10%	5%	15%	19%	14%
Troubles de la personnalité	40%	0%	24%	26%	32%
Trouble thymique	23%	0%	32%	28%	23%

3. Scores et Diagnostic

Voici les différentes moyennes :

- 3.5 pour l'échelle du stress au travail [0-6],
- 12.49 pour le BDI [7.00-16.50],
- 12.34 pour l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck [10.00-16.00].

Pour les diagnostics psychiatriques, selon le MINI :

- 30 patients souffrent d'un Episode Dépressif Majeur (EDM),
- 18 ont déjà eu un EDM antérieur,
- 2 ont un épisode hypomane/maniaque vie entière,
- 6 patients ont une dépendance alcoolique, dont 5 ayant un abus d'alcool actuel,
- 2 patients souffrent de phobie sociale,
- 4 ont eu une ESPT
- 5 patients ont des troubles paniques avec ou sans agoraphobie
- 1 patient souffre de boulimie.

IV. DISCUSSIONS

Les patients de notre échantillon ont un ratio homme/femme de 1/1. Dans la plupart des études, les suicidants sont majoritairement des femmes (65%), entre 20-30 ans. (11)(10)(35)(36).

La moyenne d'âge dans notre étude est de 44.12 ans. Dans le département de Maine-et-Loire, le taux de mortalité par suicide est plus élevé dans les tranches d'âge 45-64 ans (37). Cette différence s'explique par le fait du choix des critères d'inclusion. Sur des études faites sur des critères d'inclusion similaires, notre moyenne d'âge est plus élevée (29)(30). Dans notre étude, on retrouve 75% d'épisode dépressif majeur alors que dans la littérature on retrouve entre 60 et 70% de troubles thymiques (22). L'échelle de dépression de Beck à 12.49 correspond à une dépression d'intensité modérée à sévère. Il apparaît donc que notre population souffre davantage de troubles dépressifs. Cela se vérifie également par le pourcentage élevé des antécédents de tentative de suicide (c'est le cas pour 52% des patients), ce qui est supérieur aux taux retrouvés dans la littérature (38)(39). Il est également à noter le score élevé d'intentionnalité suicidaire : 12.34

42% des patients sont célibataires ou divorcés. Dans la littérature, le célibat augmente le risque relatif de 2.9 pour les hommes et de 1.6 pour les femmes (10)(33).

En ce qui concerne les facteurs de vulnérabilité pouvant amener à une crise psychosociale, 40% des patients ont été dans leur vie victimes de violences physiques, psychiques ou sexuelles. Dans la littérature, on retrouve un taux de 10% de victimes de violences sexuelles au cours de la vie, parmi une population de plus de 22 000 personnes ; on retrouve également 25% de violences subies dans les 12 derniers mois (hors violences sexuelles) (11).

67.5% des patients ont subi un abandon, une séparation ou une perte d'être cher. Parmi des événements de vie fragilisants survenus récemment dans la vie des patients, 35% ressentent des difficultés au travail, 47% des problèmes financiers.

Les patients au chômage et en inactivité présentent des risques accrus de tentatives de suicides (40)(41). Dans notre cohorte 37% des patients sont : soit au chômage, soit en invalidité. Dans la population générale le taux de chômage est de 10% selon l'INSEE (42). 43% des patients décrivent ne pas avoir de soutien familial, alors que ceci est clairement défini dans la littérature comme un facteur protecteur (22)(21)(5).

En ce qui concerne le travail, 25 patients de l'étude sont actifs. Parmi ces patients, 3 ont réalisé leur TS au travail et 10 dans des périodes autour du travail (en se préparant à y aller ou en rentrant), ce qui pourrait faire penser à une participation du travail dans la TS. Les médecins du travail interrogés évaluent le travail de la même façon que les patients et le psychiatre hospitalier, ainsi que le poids des troubles intrafamiliaux.

Notre questionnaire permet aux patients et à leur personne de confiance de coter un ou plusieurs facteurs comme étant direct(s) et essentiel(s), ce qui permet de définir au mieux les facteurs impliqués du geste.

Les personnes interviewées ont un avis différent sur le poids des facteurs. Le patient et la personne de confiance ont tendance à avoir des avis convergents, ce qu'on retrouve avec des valeurs élevées de l'indice de Kappa. Cela est d'autant plus visible pour l'impact de la situation professionnelle, une dépression, d'une séparation, et les difficultés conjugales. La personne de confiance semble être un bon interlocuteur pour évaluer la situation et un acteur pour la prévention secondaire du passage à l'acte (23).

Le médecin traitant a dans l'ensemble une vue relativement différente : il insiste sur le poids des facteurs intra-familiaux, et apprécie moins la situation professionnelle ou les problèmes financiers.

Cela s'expliquerait sans doute par le fait qu'un médecin traitant n'est pas un spécialiste et son intervention est basée sur les signes fonctionnels rapportés par le patient. Il a le souci de la prise en charge du patient.

Le psychiatre hospitalier tend à apprécier les poids de l'évènement stressant aigu et des troubles thymiques, d'une façon moins importante que le patient, sa personne de confiance et son médecin traitant. Pour le psychiatre hospitalier, le poids des troubles de la sphère privée est le plus important avec 39% des avis pour les difficultés conjugales et 36% des avis pour le facteur « séparation, divorce, veuvage ».

Le modèle de la crise suicidaire indique que, dans la plupart du temps, une série d'évènements de vie est souvent nécessaire pour mener au suicide, le patient ne pouvant plus entrevoir d'autre solution. Notre étude vérifie cette hypothèse, car 70% des patients citent au moins deux facteurs ayant un lien direct et essentiel avec leur passage à l'acte. On constate qu'une lente intrication de la sphère privée avec la sphère professionnelle prépare le terrain pour une crise suicidaire, qui peut alors se déclencher en cas de survenue d'un évènement stressant aigu.

Cette complexité explique partiellement les avis légèrement différents quant au poids des événements. Afin de mieux comprendre ces mécanismes, des études ultérieures similaires pourront être menées sur une population plus grande, en incluant systématiquement les médecins du travail afin d'affiner la part du travail dans les tentatives de suicide.

Notre étude peut souffrir d'un biais de sélection, étant donné que les patients présentant des risques suicidaires élevés (ie : idées suicidaires très envahissantes ou toujours en recherche de moyen de suicide) et ceux comportant des troubles psychiatriques graves (ie : états délirants, états maniques, états mélancoliques) ont tendance à être redirigés vers la psychiatrie conventionnelle, dès les urgences.

Il peut également y avoir un biais d'information dû à la perception négative des événements par les patients, en lien avec un syndrome dépressif.

Un autre biais de l'étude est la taille modeste de notre échantillon.

V. CONCLUSION

Notre étude permet d'évaluer une tentative de suicide en prenant en compte les différents facteurs de risque et le point de vue de l'entourage et de différents médecins (médecin traitant, psychiatre). Elle permet ainsi de questionner la subjectivité du patient à travers l'exploration de différents points de vue.

Notre étude illustre une nouvelle fois la multifactorialité de la crise suicidaire.

Un patient, son entourage et le personnel médical peuvent apprécier de façon différente le déroulement d'événements ou le poids des différents facteurs. Cependant, il est difficile de privilégier le point de vue de telle ou telle personne, car tous ne peuvent comprendre qu'une partie de l'ensemble des événements ayant conduit au suicide ou à la TS. D'où l'intérêt de poursuivre l'étude afin de pouvoir avoir un échantillon plus important et éventuellement d'y inclure systématiquement le médecin du travail comme un interlocuteur privilégié, ce qui nous permet d'apprécier la situation professionnelle des patients.

Notre étude montre également que la personne de confiance a une vision de la situation semblable au patient, mais le protocole de notre étude ne nous a pas permis d'avoir des données plus qualitatives. Une étude qualitative auprès des familles et des personnes de confiance semble être également une piste dans la compréhension du phénomène suicidaire afin d'en améliorer la prise en charge.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations professionnelles. Paris: ANAES; 1998.
2. CHAPPERT J-L, PEQUIGNOT F, PAVILLON G, JOUGLA E. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. 2003;
3. CHAN-CHEE C, JEZEWSKI-SERRA D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Anal PMSI-MCO InVS. 2011;47-8.
4. GEPS. Suicides, études, et prévention. GEPS 2008 [Internet]. Disponible sur: <http://www.geps.asso.fr/articles.php?rub=8>
5. TERRA J-L. Numéro thématique-Suicide et tentatives de suicide: état des lieux en France.
6. HAUTE AUTORITE DE SANTE. La santé en France: rapport général. La documentation française; 1994.
7. ARS. Suicide et TS dans les Pays de la Loire-bilan 2013. 2013.
8. KRUG EG, MERCY JA, DAHLBERG LL, ZWI AB. The world report on violence and health. The lancet. 2002;360(9339):1083-8.
9. JOUGLA E, PEQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLLON F, LE TOULLEC A, PAVILLON G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. 2008;
10. JOUGLA E, PEQUIGNOT F, LE TOULLEC A, BOVET MA, MELLAH M. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Actual Doss Santé Publique. 2003;45:31-4.
11. BECK F, GUIGNARD R, DU ROSCOAT E, SAIAS T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011;47-8.
12. CHASTANG F, BLOT S. Les facteurs de risque du suicide. La Revue du praticien. févr 2011;
13. BATT A, CAMPEON A, LEGUAY D, LECORPS P. Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. EMC–Psychiatrie. 2007;37-500.
14. CHASTANG F, RIOUX P, DUPONT I, KOVESS V, ZARIFIAN E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. L'Encéphale. 1997;23(2):100-4.
15. KREITMAN N. Parasuicide. John Wiley & Sons; 1977.
16. SEGUIN M, LESAGE A, TURECKI G, BOUCHARD M, CHAWKY N, TREMBLAY N, et al. Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. Psychol Med. 2007;37(11):1575-83.

17. SÉGUIN M. Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte? Crise Suicidaire Reconnaître Prendre En Charge. 2000;
18. SÉGUIN M, HUON P. Le suicide: comment prévenir, comment intervenir. Logiques; 2000.
19. FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2001.
20. GOHIER B, RICHARD-DEVANTOY S, DENES D, GARRE J-B. RISQUE SUICIDAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE: Identification et prise en charge Chez l'adulte. Rev Prat. 2010;60(4):567-72.
21. TERRA J-L, PACAUT-TRONCIN M. Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide: convergences et spécificités. Perspect Psy. 2008;47(4):321-9.
22. CAILLARD V, CHASTANG F. Le geste suicidaire. (DEPRECIATED); 2010.
23. VANDEVOORDE J. Psychopathologie du suicide. Dunod; 2013.
24. IONITA A, FLOREA R, COURTET P. Prise en charge de la crise suicidaire. L'Encéphale. 2009;35:S129-32.
25. GOURNAY M, LANIECE F, KRYVENAC I. Étude des suicides liés au travail en Basse-Normandie. Travailler. 2004;(2):91-8.
26. GUIHO-BAILLY M-P, GUILLET D. Psychopathologie et psychodynamique du travail. EMC-Toxicol-Pathol. 2005;2(3):98-110.
27. DEJOURS C, BEGUE F. Suicide et travail: que faire? Presses universitaires de France; 2009.
28. CHASTANG F, Hospitalier P, DUPONT I, RIOUX P, KOVASS V, de Santé Publique CHU, et al. Titre: Suicidants et précarité d'emploi: une nouvelle épreuve.
29. FRANCOIS S, GARRE J-B, GUIHO-BAILLY M-P, FRANCOIS A, BERTIN C, BODIN J, et al. Étude exploratoire des caractéristiques professionnelles d'un échantillon de suicidants hospitalisés. Santé Publique. 2011;23(2):101-12.
30. GEHIN M, RAOULT-MONESTEL M. Geste suicidaire et travail : enquête aux urgences psychiatriques du CHU de Caen (France). Arch Mal Prof Environ. sept 2013;74(4):359-68.
31. BECK AT, STEER RA, BROWN GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996;
32. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343.
33. BECK AT, STEER RA, RANIERI WF. Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. J Clin Psychol. 1988;(44):499-505.

34. LESAGE F-X, CHAMOIX A. Utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) dans l'évaluation du stress au travail: limites et perspectives. *Revue de la littérature. Arch Mal Prof Environ.* 2008;69(5):667-71.
35. PALAZZOLO J, FAVRE P, JULEROT J-M, BOUGEROL T. Caractéristiques des patients hospitalisés dans un centre hospitalier spécialisé après une tentative de suicide. *L'Encéphale.* 2002;28(1):39-50.
36. COHIDON C, SATIN G, GEOFFROY-PEREZ B, IMBERNON E. Suicide et activité professionnelle en France. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* avr 2010;58(2):139-50.
37. ARS. La mortalité par suicide en Maine-et-Loire-Bilan 2013. 2013.
38. LEJOYEUX M, LEON E, ROUILLON F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. *Encéphale Rev Psychiatr Clin Biol Thérapeutique.* 1994;
39. HARKAVY-FRIEDMAN JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. *Am J Psychiatry.* 1993;150(1):109.
40. CHASTANG F, DUPONT L, RIOUX P, KOVESH V, ZARIFIAN E. Rôle de l'intégration professionnelle dans la récurrence suicidaire. *Annales de psychiatrie. Expansion scientifique publications;* 1998. p. 241-7.
41. PHILIPPE A. Suicide et chômage. *Psychol Médicale.* 1988;20(3):380-2.
42. INSEE. Chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) et principaux indicateurs sur le marché du travail – Résultats de l'enquête Emploi au quatrième trimestre 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>

VII. LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Questions aux intervenants	14
Figure 2 - Accumulation des facteurs directs et essentiels dans la survenue de la TS	21

VIII. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Antécédents et données cliniques des patients	16
Tableau 2 - Avis des participants sur les différents facteurs pour la cotation 3 (direct et essentiel)	18
Tableau 3 - Estimation du degré de concordance selon le coefficient Kappa	19
Tableau 4 - Tableau récapitulatif de l'estimation du degré de concordance avec le patient, pour chaque facteur	20
Tableau 5 - Avis des participants sur les différents facteurs pour la cotation 2 (facteurs possibles ou directs, mais non essentiels)	22

IX. TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	9
II. MATERIEL ET METHODE	12
1. Déroulement de l'étude	12
2. Caractéristiques des données	12
III. RESULTATS	15
1. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques	15
2. Avis et concordances des participants	17
3. Scores et Diagnostic	22
IV. DISCUSSIONS.....	23
V. CONCLUSION	26
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
VII. LISTE DES FIGURES	30
VIII. LISTE DES TABLEAUX	30
IX. TABLE DES MATIERES	31
X. ANNEXES.....	32
1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck.....	32
2. Echelle de dépression de Beck	34

X. ANNEXES

1. Echelle d'intentionnalité suicidaire de Beck

I : CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal) : 2

2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0
- Intervention improbable : 1
- Intervention très improbable : 2

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

- Aucune précaution prise : 0
- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1
- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

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

- A averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
- N'a contacté ou averti personne : 2

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

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

6 - Lettre d'adieu

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

II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

1 - Appréciation de la léthalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0

- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- Etait sûr que son geste le tuerait : 2

2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

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

- Patient heureux de s'en être sorti : 0
- Patient incertain ou mélange des 2 : 1
- Patient désolé d'avoir survécu : 2

III- DANGEROUSITE

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

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

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

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

2. Echelle de dépression de Beck

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez celui qui décrit le mieux votre état.

- 0- Je ne me sens pas triste.
 - 1- Je me sens triste.
 - 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.
 - 3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.
-
- 0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.
 - 1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.
 - 2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.
 - 3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.
-
- 0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
 - 1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.
 - 2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.
 - 3- Je suis un(e) raté(e).
-
- 0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.
 - 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.
 - 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.
 - 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.
-
- 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 - 1- Je me sens coupable une grande partie du temps.
 - 2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.
 - 3- Je me sens constamment coupable.
-
- 0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 - 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
 - 2- Je m'attends à être puni(e).
 - 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).
-
- 0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 - 1- Je suis déçu(e) de moi-même.
 - 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 - 3- Je me hais.

- 0- Je ne crois pas être pire que les autres.
 - 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.
 - 2- Je me blâme constamment de mes défauts.
 - 3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
- 0- Je ne pense jamais à me tuer.
 - 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
 - 2- J'aimerais me tuer.
 - 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
- 0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 - 1- Je pleure plus qu'autrefois.
 - 2- Je pleure constamment.
 - 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.
- 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
 - 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
 - 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
 - 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
- 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
 - 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
 - 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
 - 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
- 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
 - 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
 - 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
 - 3- Je suis incapable de prendre des décisions.
- 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
 - 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
 - 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
 - 3- Je crois que je suis laid(e).
- 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
 - 1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
 - 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.

- 3- Je suis absolument incapable de travailler.
 - 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
 - 1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
 - 2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
 - 3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.

 - 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 - 1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
 - 2- Un rien me fatigue.
 - 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

 - 0- Mon appétit n'a pas changé.
 - 1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
 - 2- Mon appétit a beaucoup diminué.
 - 3- Je n'ai plus d'appétit du tout.

 - 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
 - 1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
 - 2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
 - 3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).

 - 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
 - 1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.
 - 2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
 - 3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.

 - 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.
 - 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
 - 2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
 - 3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.
-

RESUME

Le suicide et la tentative de suicide (TS) sont devenus une priorité de santé publique en 1994, devant 10 500 décès par suicide et environ 290 000 tentatives de suicide par an.

Plusieurs études ont exploré la crise suicidaire dans le but de mieux la comprendre afin de mieux prévenir la récurrence. Notre étude recueille le point de vue des patients, de leur entourage et de différents médecins (médecin traitant, psychiatre, médecin du travail), afin d'explorer de manière plus approfondie les facteurs précipitants et les événements contextuels, dans la survenue d'une TS.

Les patients ont été inclus sur l'unité spécialisée d'accueil pour suicidant au CHU d'Angers. Les données relatives aux caractéristiques socio-professionnelles ainsi que les antécédents ont été pris directement auprès des patients. Une évaluation du lien entre la tentative de suicide et les facteurs tels que la situation professionnelle, les difficultés financières, une séparation, un trouble thymique, des troubles de la personnalité et un événement stressant aigu, a été faite auprès du patient, et également auprès de la personne de confiance, du médecin traitant, du psychiatre et du médecin généraliste de l'unité d'hospitalisation.

37% des patients considèrent la situation professionnelle en lien direct et essentiel avec la tentative de suicide, 39% des patients considèrent les difficultés conjugales et 39% des patients considèrent les troubles thymiques comme directs et essentiels et 56% considèrent un événement stressant aigu comme lien direct et essentiel. 70% des patients citent au moins deux facteurs en lien direct et essentiel avec la TS.

La personne de confiance a une bonne concordance avec le patient quant aux facteurs entrant en lien avec la tentative de suicide. Les soignants ont une concordance moyenne à faible avec le patient.

Notre étude va dans le sens d'une crise suicidaire secondaire à de multiples facteurs avec une intrication de la sphère privée et la sphère professionnelle.

Mots Clés

Tentative de suicide, Regard croisé, Difficultés conjugales, Situation professionnelle, MINI, BDI, SIS, Avis Concordants.