



HAL
open science

Prescription fractionnée de psychotropes : évaluation de l'impact préventif sur la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires

Coline Yvernay

► To cite this version:

Coline Yvernay. Prescription fractionnée de psychotropes : évaluation de l'impact préventif sur la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00840430

HAL Id: dumas-00840430

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00840430>

Submitted on 2 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Prescription fractionnée de psychotropes : évaluation de l'impact préventif sur la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

Coline YVERNAY

Née le 26 Avril 1988 à ANNECY

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le 26 juin 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le professeur **V. DANEL**

Membres :
Madame le Docteur **L. PENNEL**
Monsieur le Professeur **M. DEMATTEIS**
Madame le Docteur **M. JOYEUX-FAURE**
Madame le Docteur **C. VILLIER**

**La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : **M. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2012-2013

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES (n=11)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT		Diane Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWÉ	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=6)

CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEUR EMERITE (n=1)

GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (L.A.P.M)
----------------	-------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (n=31)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)

BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)	
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU (L.E.C.A)		Bello Cryptogamie, Mycologie Générale
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=3)

ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC- IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (MCU-PH-IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I/MCU-PH)

PROFESSEUR CERTIFIE (PRCE) (n=2)

FITE	Andrée	P.R.C.E
GOUBIER	Laurence	P.R.C.E

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=4)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)
DON	Martin	Laboratoire TIMC-IMAG

PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (n=1)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=2)

SUEUR	Charlotte	Virologie (U.V.H.C.I)
VAN NOOLEN	Laetitia	Biochimie Toxicologie (HP2-DBTP-BGM)

ATER (n= 6)

DAYDE David	ATER	Parasitologie Mycologie (J.R)
FAVIER Mathieu	ATER	Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
HADDAD-AMAMOU Anis	ATER	Laboratoire de Pharmacie Galénique
HENRI Marion	ATER	Physiologie – Laboratoire HP2 (JR)
LEHMANN Sylvia	ATER	Biochimie Biotechnologie (JR)
REGENT-KLOEKNER Myriam	ATER	Biochimie (LECA-UJF)

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n=9)

CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Laboratoire (TIMC-IMAG)
MELAINE	Feriel	(01-10-2011 au 30-09.2014)	Laboratoire HP2(JR)
NASRALLAH	Chady	(01-10-2011 au 30-09.2014)	Laboratoire HP2(JR)
THOMAS	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
LECERF-SHMIDT	Florine	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Pharmacochimie (DPM)
BERTHOIN	Lionel	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Laboratoire (TIMC-IMAG-THEREX)
MORAND	Jessica	(01-10-2012 au 30-09-2015)	Laboratoire HP2 (JR)

CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS

A Madame Le Docteur **Lucie PENNEL**,

Pour nous avoir permis de faire partie de ce projet, avoir supporté nos nombreux moments de doutes, pour votre patience et votre sympathie et pour nous avoir amenées jusqu'au bout. Je regrette profondément ne pas finir avec vous cette expérience enrichissante en tous points de vue.

A Monsieur Le Professeur **Maurice DEMATTEIS**,

Pour avoir accepté de faire partie de notre jury, pour son soutien et son aide précieuse.

A Monsieur Le Professeur **Vincent DANEL**,

Pour avoir pris le temps de nous rencontrer et avoir donné son accord pour présider ce jury.

A Mesdames Les Docteurs **Marie JOYEUX-FAURE et Céline VILLIER**,

Pour leurs interventions durant notre formation à la faculté, et pour avoir donné une réponse positive afin de participer à ce jury.

A Monsieur **Pablo LAMA-LAMA**,

Pour nous avoir rejointes en chemin, pour avoir enduré notre stress et nos questions incessantes, pour sa bonne humeur et ses conseils.

A **Aurélien SARRAZIN**,

Sans qui je ne serais pas allée jusque là. Pour tous ces moments studieux et festifs pendant nos études, notre amitié sincère, pour ce soutien mutuel, sa gentillesse et son courage.

A Monsieur Le Docteur **Baptiste BARJHOUX**,

Pour le temps consacré à ma formation, sa motivation permanente, et son goût pour la profession.

A l'équipe de la Pharmacie du Rondeau,

Pour m'avoir accueillie et intégrée, son soutien, sa gentillesse, et sa patience.

A ma famille,

Pour l'amour qu'ils me donnent depuis 25 ans, m'avoir épaulé pendant mes études, et pour avoir toujours été là pour moi.

A Coline,

Pour avoir pris le temps de relire et corriger mon travail, ainsi que pour ses conseils avisés.

A mes amis,

Alexandre, Cécilia, Cécile M, Cécile L, Christine, Dorine, Françoise, Laure, et Maud pour leur générosité, leur aide, leur joie de vivre et leur amitié à chaque instant depuis notre rencontre.

Aux patients pour leur participation, le temps et la concentration consacrés à répondre aux questionnaires longs et exhaustifs.

Au personnel des Urgences du CHU de Grenoble pour avoir toléré nos allées et venues, et pour leur patience.

SOMMAIRE

Remerciements.....	6
Sommaire.....	8
Résumé.....	13
Abstract.....	14
Abréviations.....	15
Introduction.....	16
Matériel et méthode.....	19
1. Protocole de l'étude.....	19
2. Réalisation.....	19
2.1 Population d'étude.....	19
2.2 Déroulement de l'étude.....	19
3. Outils.....	20
3.1 Entretien semi structuré.....	20
3.2 Entretien structuré : les hétéro questionnaires.....	20
3.3 Entretien structuré : les auto questionnaires.....	22
4. Analyse statistique.....	23
Résultats.....	24
1. Données générales.....	24
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	24
3. Caractéristiques des passages à l'acte et parcours pharmacologique des sujets de la population d'étude.....	26
3.1 Données générales concernant la consommation de benzodiazépines des sujets	26
3.2 Parcours pharmacologique des patients et passages à l'acte.....	26

3.3 Circonstances et conséquences des passages à l'acte.....	28
4. Comparaison des deux groupes (DM et DFH)	29
4.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	29
4.2 Nombres d'IMV et d'hospitalisations entre les deux groupes, à 3 et 6 mois.....	30
5. Evaluation psychopathologique de la population d'étude.....	31
5.1 Evaluation des troubles psychiatriques.....	31
5.2 Evaluation de la dimension de la personnalité, du tempérament et du caractère de la population d'étude.....	32
5.3 Evaluation des autres critères psychopathologiques.....	34
5.3.1 Propension des patients à répéter leur geste.....	34
5.3.2 Evaluation de l'intentionnalité suicidaire.....	35
5.3.3 Evaluation des risques pris par le patient et des circonstances de secours...	35
5.3.4 Evaluation du potentiel suicidaire.....	36
5.3.5 Evaluation de l'impulsivité.....	36
Discussion.....	38
1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude.....	38
2. Caractéristiques du parcours pharmacologique des patients et des IMV antérieures.	39
3. Comparaison entre les groupes DM et DFH.....	40
4. Place du pharmacien dans le projet.....	42
5. Caractéristiques psychiatriques de la population d'étude.....	43
6. Troubles de la personnalité et dimensions de la personnalité.....	45
7. Impulsivité, intentionnalité, prise du risque et propension à répéter le geste.....	46
8. Limites.....	48
8.1 Limites du fractionnement	48

8.2 Limites dans l'inclusion des patients.....	49
8.3 Limites concernant la passation des questionnaires.....	50
9. Perspectives de prise en charge des patients.....	50
Conclusion.....	52
CONCLUSION.....	53
Références bibliographiques.....	55
Annexes.....	73
Annexe 1 : Présentation, indication et prescription des benzodiazépines.....	74
1. Présentation et indication des benzodiazépines.....	74
1.1 Mode d'action.....	74
1.2 Bref historique des benzodiazépines.....	74
1.3 Indications des benzodiazépines.....	75
1.4 Principales molécules.....	76
1.4.1 Benzodiazépines classiques.....	76
1.4.2 Les benzodiazépines apparentées.....	76
2. Modalité de prescription.....	77
2.1 Convention internationale.....	77
2.2 Etat des lieux à l'étranger	77
2.2.1 Evolution des prescriptions à l'étranger	78
2.3 Etat des lieux en France.....	78
2.3.1 Evolution des prescriptions en France.....	78
Annexe 2 : Problématique de la consommation des benzodiazépines.....	80
1. Les acteurs de la prescription.....	80
2. Facteurs associés à la prescription de benzodiazépines.....	81

3. Prescriptions inappropriées : long terme et personnes âgées.....	81
4. Risque de la prescription au long cours.....	81
4.1 Addiction.....	82
4.2 Autres risques.....	84
4.2.1 Risque d'aggravation du déclin cognitif.....	84
4.2.2 Risque de chute et de fractures chez la personne âgée.....	84
4.2.3 Risque augmenté d'accidents de la voie publique.....	85
4.2.4 Risque augmenté de la mortalité.....	85
5. Difficulté de sevrage.....	85
6. Perception des soignants et des patients.....	86
6.1 Perception des médecins généralistes.....	86
6.2 Perception des patients.....	87
Annexe 3 : Distinction des tentatives de suicide, ingestion médicamenteuses volontaires et overdoses.....	88
1. Les suicides et tentatives de suicide.....	88
2. Les intoxications médicamenteuses volontaires.....	89
2.1 Les molécules les plus utilisées pour les IMV.....	90
2.2 Provenance des molécules utilisées pour les IMV.....	90
2.3 Population concernée par les IMV.....	90
2.4 Les benzodiazépines les plus utilisées.....	92
2.5 Pourquoi les benzodiazépines font elles partie des médicaments les plus retrouvés lors des IMV?	92
3. Les overdoses.....	93
Annexe 4 : La répétition du geste suicidaire et la prévention.....	95

1. Le risque de répétition et d'escalade du geste suicidaire.....	95
2. Tentatives de restriction de l'utilisation des benzodiazépines.....	95
3. Autres moyens de prévention du geste suicidaire.....	96
4. Problématique du coût de prise en charge des IMV et intérêt de la prévention.....	98
Annexe 5 : Protocole détaillé de l'étude, méthodologie.....	100
Annexe 6 : Echelles d'évaluation clinique.....	103
Annexe 7 : Consentements et questionnaires.....	112

RESUME

Introduction : La prévention des intoxications médicamenteuses volontaires est peu étudiée chez les patients récidivants, dont les critères psychopathologiques sont mal connus.

Objectifs : Comparer l'impact d'une délivrance médicamenteuse hebdomadaire versus mensuelle, et mettre en évidence un phénotype psychopathologique particulier chez des patients répétant les intoxications médicamenteuses volontaires.

Méthode : 9 patients ayant au moins deux antécédents d'IMV ont été répartis de manière randomisée en deux groupes, l'un bénéficiant d'une délivrance fractionnée hebdomadaire de son traitement, l'autre d'une délivrance mensuelle habituelle.

Nous avons recueilli les caractéristiques psychopathologiques grâce aux échelles psychométriques suivantes : MINI, TCI-R, les critères d'addiction de Goodman, TAS 20, BIS-11, Echelle H, SIS, RRRS, le questionnaire anamnestique et le statut clinique.

Résultats : Les patients en délivrance fractionnée hebdomadaire ont effectué leur première IMV plus tardivement, et les répétitions ont été moins fréquentes que les patients en délivrance mensuelle. Certaines caractéristiques psychopathologiques de la population d'étude ont pu être mises en avant.

Conclusion : La délivrance fractionnée hebdomadaire semble avoir des conséquences bénéfiques sur la prévention de la répétition des IMV à court terme. Une étude avec un effectif plus important devra confirmer ces résultats préliminaires.

Mots clés : Intoxication médicamenteuse volontaire, Répétition, Benzodiazépines, Prévention, Fractionnement, Délivrance.

ABSTRACT

Introduction : A few studies have investigated deliberate self poisoning prevention, especially among repeaters, whose psychopathological characteristics are not well known.

Aim: To compare the impact of weekly versus monthly dispensing among repeated attempters at risk of recurrence of deliberate self poisoning, and to highlight a psychopathological phenotype among these particular patients.

Méthod : Nine patients with at least two previous attempts of deliberate self poisoning were randomly dispatched in two groups, the first with a weekly dispensing of the patients' treatment, the second with a monthly dispensing.

At the time of the inclusion, we collected their pharmacological path, as well as their psychopathological and sociodemographic data thanks to the following evaluations : MINI, TCI-R, Goodman's Addiction Criteria, TAS 20, BIS-11, Hopelessness scale, RRRS, the anamnestic questionnaire and the clinical status.

Results : After inclusion, patients with weekly dispensing had their first deliberate self poisoning episode later, and the recurrences were less frequent than patients with monthly dispensing. . Some psychopathological characteristics were highlighted in this population.

Conclusion : Weekly dispensing may have beneficial consequences in short term prevention of repeated deliberate self poisoning. A study with a larger headcount will be needed to confirm these preliminary results.

Key words : Repeated deliberate self poisoning, Benzodiazepine, Prevention, Weekly dispensing.

ABREVIATIONS

σ	Ecart type
AD	Antidépresseur
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM	Agence Nationale de sécurité du Médicament et des produits de santé
BZD	Benzodiazépine
DFH	Délivrance Fractionnée Hebdomadaire
DM	Délivrance Mensuelle
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
IMVr	Intoxications Médicamenteuses Volontaires répétées
m	Moyenne
n	Effectif
NLP	Neuroleptique
PA	Passage à l'Acte
TR	Thymorégulateur
TS	Tentative de Suicide
TSO	Traitement Substitutif aux Opiacés

INTRODUCTION

Les psychotropes, et tout particulièrement les anxiolytiques et les hypnotiques benzodiazépiniques sont retrouvés dans la plupart des cas d'intoxications médicamenteuses volontaires (IMV).

Parmi les benzodiazépines (BZD), les molécules les plus utilisées lors des IMV ont des demi-vies intermédiaires ou longues (annexe 1), comme le lorazepam, l'alprazolam, ou le diazepam (Rodríguez et al., 2007). Par ailleurs, ce sont également celles qui sont les plus prescrites (Isbister et al., 2004).

La quasi-omniprésence des BZD dans les cas d'IMV peut être en partie liée à leur forte disponibilité via une large prescription en France, les patients ayant facilement accès aux médicaments sur ordonnance ou à ceux de leurs proches (Tournier et al., 2009).

En France, peu de données sont retrouvées, mais la prédominance des benzodiazépines dans les cas d'IMV se retrouve dans les autres pays européens comme l'Italie (Mauri et al., 2005) ou encore l'Espagne (Rodríguez et al., 2007). Seul le Royaume Uni, où le paracétamol est le plus utilisé dans les IMV fait exception (Camidge et al., 2003; Lamprecht et al., 2005; Prescott et al., 2009).

Dans de nombreux pays, la prise en charge de ces IMV aux urgences n'est que de quelques jours voire quelques heures, et parfois les patients repartent chez eux sans y être admis (Carter et al., 2005a; Prescott et al., 2009; Taylor et al., 1998). Une partie des patients sortent contre avis médical, et n'ont souvent pas de plan de suivi thérapeutique à court et moyen terme (Carter et al., 2007).

Dans les services d'urgences, les IMV sont considérées comme des tentatives de suicide (TS), mais bien souvent le but ne serait pas la mort mais une sorte d'appel au secours (Annexe 3).

Certains auteurs évoquent d'ailleurs des actes de « parasuicides ». Cependant, ces tentatives de suicide ou parasuicide constituent le facteur de risque principal de décès par suicide. On note qu'actuellement en France la fréquence des TS a augmenté entre 2005 et 2010 (Beck et al., 2011).

Parmi ces TS, il faut bien souvent distinguer un premier épisode des cas de répétitions. Le risque de répétition de TS est plus élevé dans les premiers mois après l'épisode index, avec 45% des récurrences à 3 mois et 60% à 6 mois (Perry et al., 2012). Dans le cas des IMV seules, le taux de ré hospitalisation est de 14,6% à 6 mois (Kapur et al., 2004), et à un an de l'épisode index le taux de récurrences varie de 15 à 30% (Heyerdahl et al., 2009a; Owens et al., 2002; Perry et al., 2012). Par ailleurs, le risque de décès par suicide est plus élevé dans l'année de l'épisode index (Harriss et al., 2005; Hawton et al., 2003).

Il a été mis en évidence une intentionnalité suicidaire faible, et une impulsivité élevée chez les patients qui effectuent des IMV (Harriss et al., 2005). Cependant, ces récurrences sont d'autant plus préoccupantes que les gestes sont répétés avec une intensité croissante, ce qui se traduit par une augmentation des doses ingérées et une plus grande létalité (Carter et al., 2005a).

Ces « multi-récurrences » sont inquiétantes et on peut se demander si elles sont influencées par les benzodiazépines fréquemment retrouvées dans les prescriptions des patients ou s'il ne s'agit pas davantage d'une addiction comportementale.

Les conduites suicidaires et en particulier les IMV étant impulsives et difficiles à prévoir, des moyens ont été mis en place pour tenter de diminuer la répétition du geste : envoi de cartes (Carter et al., 2005b, 2007), appels téléphoniques (Vaiva et al., 2006a), évaluations

psychosociales (Bergen et al., 2010) et orientation des patients vers un spécialiste en sortie d'hospitalisation (Kapur et al., 2004).

D'un point de vue général, la prévention du risque de suicide passe par la restriction des « moyens à risque », comme une vente des armes à feu plus stricte, ou encore la détoxification du gaz dans les habitations. Sur le même principe, les bartituriques et le dextropropoxyphène ont été retirés du marché à cause de leur toxicité en cas d'utilisation dans les IMV (Nordentoft et al., 2006). En parallèle, les IMV au paracétamol en Angleterre ont vu leur nombre baisser grâce à la diminution du nombre de comprimés par boîte (Hawton et al., 2004; Robinson et al., 2000). Il existe aussi des dispositifs de surveillance informatique pour limiter le détournement et les abus de stupéfiants (Manchikanti et al., 2005; Simoni-Wastila and Tompkins, 2001).

La limitation de la quantité de médicaments délivrée est une proposition retrouvée dans la conclusion de certains articles comme piste pour diminuer la récurrence des IMV, mais aucune étude ne l'a approfondie (Fedyszyn et al., 2011; Large and Nielssen, 2010).

Ainsi, l'objectif de cette étude est :

- De comparer l'impact d'une délivrance hebdomadaire versus mensuelle chez les patients répétant les IMV.
- De mettre en évidence un profil psychopathologique particulier chez ces patients aux conduites suicidaires répétées.

MATERIEL ET METHODE

1. Protocole de l'étude

Cette étude expérimentale prospective a concerné des patients suicidants ayant répété au moins deux fois leur geste recrutés du 7 novembre 2012 au 24 mai 2013 au CHU de Grenoble.

2. Réalisation

2.1 Population d'étude

L'objectif était de recruter au moins 60 patients dans les suites d'une admission aux urgences du CHU de Grenoble pour tentative de suicide par IMV. Le faible nombre de patients recrutés ne permettra que la présentation de résultats préliminaires.

Les critères d'inclusion étaient d'être hospitalisé dans les suites d'une tentative de suicide par IMV, être âgé entre 18 et 65 ans, avoir des antécédents d'au moins deux IMV et avoir rempli et signé un consentement éclairé.

Les critères de non inclusion étaient d'avoir un trouble délirant aigu ou chronique, et des troubles cognitifs entravant la lecture ou la compréhension des questionnaires.

2.2 Déroulement de l'étude (Annexe 5)

Les évaluations cliniques ont été réalisées de manière anonyme en milieu intra-hospitalier, dans les jours suivants le passage à l'acte. Elles se sont déroulées en deux parties, avec en premier lieu un entretien général semi-structuré, et en deuxième lieu un entretien structuré

d'évaluation psychométrique. Une partie des échelles psychométriques a été cotée en hétéro questionnaire et une autre en auto questionnaire laissée aux patients.

Les patients ont été répartis de manière randomisée en deux groupes en fonction du mode de délivrance de leur prescription : l'un précisant une délivrance fractionnée hebdomadaire (DFH), l'autre une délivrance mensuelle (DM) habituelle.

Le nombre des récurrences d'IMV et des hospitalisations post inclusion a été comparé à 3 et 6 mois.

3. Outils (Annexes 6 et 7)

3.1 Entretien semi structuré

L'entretien permet d'investiguer les points suivants : le statut clinique du patient (traitements antérieurs du patient concernant les troubles addictifs et psychiatriques, âge de début, durée, continuité, ainsi que la consommation vie entière de psychotropes avec ou hors prescription), un questionnaire anamnétique expérimental (données socio-économiques et événements de vie), le parcours suicidaire du patient (nombre de TS et IMV, produits utilisés, âge, antécédents d'automutilation/scarification), et le parcours addictologique (molécule utilisée, âge de début, abus, dépendance).

3.2 Entretien structuré : les hétéro questionnaires

Les hétéro questionnaires utilisés ont été les suivants :

Le **MINI** version 5 (Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998)), est un outil de diagnostic des troubles psychiatriques du DSM-IV et ICD-10. Il se compose de 16

modules de 120 questions à réponses dichotomiques, portant sur la vie entière ou la situation actuelle.

Le **TCI-R** (Temperament and Character Inventory, version révisée (Cloninger, 1987)), repose sur une approche dimensionnelle comprenant quatre variables de tempérament (la recherche de la nouveauté, l'évitement du danger, la dépendance à la récompense et la persistance) et trois variables de caractère (l'auto-détermination, la coopération et la transcendance). Il comporte 240 items, l'échelle de cotation se faisant en 5 points.

Les **critères d'addiction de Goodman** (Goodman, 1990) caractérisent l'impulsivité d'une part et la compulsivité d'autre part de l'addiction à une molécule ou à un comportement. Le patient doit remplir 4 principaux critères et cinq sur neuf des critères supplémentaires sur une durée minimale d'un mois.

L'objectif est de faire passer l'échelle au patient en ciblant le questionnement sur la dernière IMV.

La **SIS** (Suicide Intent Scale, (Beck et al., 1974)) évalue l'importance de l'intentionnalité suicidaire avant le passage à l'acte, chez le suicidant. Cette échelle est constituée de 15 items, regroupés en deux parties : les items 1 à 8 correspondent aux circonstances objectives du geste suicidaire, et les items 9 à 15 se rapportent aux modalités subjectives du passage à l'acte, c'est-à-dire les conceptions du sujet sur son acte. Chaque item est coté de 0 à 2, avec un score total variant de 0 à 30.

La **RRRS** (Risk-Rescue Rating Scale, (Weisman and Worden, 1972)) évalue de façon descriptive et quantitative la « létalité » d'une tentative de suicide. Elle s'attache à déterminer

le rapport entre des facteurs influençant le risque encouru et la possibilité de secours : les cinq premiers items de l'échelle correspondent aux 5 facteurs « risque » et les cinq derniers aux cinq facteurs « secours ». L'échelle est donc constituée de 10 items, cotés de 1 à 3.

3.3 Entretien structuré : les auto questionnaires

Les auto-questionnaires présentés aux patients ont été les suivants :

Le **PDQ4+** (Personality Disorder Questionnaire, (Hyler, 1994)) évalue les troubles de la personnalité selon les critères diagnostiques du DSM-IV. Il inclut les diagnostics additionnels des personnalités passive-agressive et dépressive. La réponse aux items se présente sous la forme vrai/faux. La cotation comprend deux échelles de validité : une échelle « image trop bonne » dont la réponse « faux » à trois items sur quatre est considérée comme pathologique et une seconde, échelle « questionnaire suspect », dont une réponse « vrai » à un item de cette échelle indique que le questionnaire est suspect.

La **BIS-11** (Barratt Impulsiveness Scale, (Patton et al., 1995)) évalue trois dimensions de l'impulsivité (attentionnelle, motrice et de difficulté de planification). Elle comporte 30 items cotés sur une échelle en quatre points de « rarement ou jamais » coté 1, à « presque toujours ou toujours » coté 4.

La **TAS 20** (Toronto Alexithymia Scale) évalue l'alexithymie selon trois dimensions (Zech et al., 1999): « difficulté à identifier les sentiments », « difficulté à décrire ses sentiments aux autres », et « pensée orientée vers l'extérieur »

Il s'agit d'un questionnaire à 20 items. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en 5 points.

L'échelle de désespoir (échelle H) évalue le pessimisme, prédictive du potentiel suicidaire. Elle comporte 20 items, de réponse dichotomique (vrai/faux).

4. Analyse statistique

L'analyse statistique est essentiellement descriptive compte tenu des effectifs restreints de notre population d'étude. Le test de Khi-deux a été remplacé par le test exact de Fisher car les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées avec le test non paramétrique de Mann-Witney. Le seuil de significativité retenu est inférieur ou égal à 0,05. Cependant nous avons exprimé les tendances correspondant à p compris entre 0,05 et 0,10 c'est à dire que nous avons estimé qu'il existe une différence, mais non significative par manque de puissance (effectifs insuffisants).

RESULTATS

1. Données générales

Au départ, nous voulions inclure 60 patients afin d'obtenir deux groupes de 30 patients.

Au total, seuls 9 patients sur 11 ont pu être inclus. En effet, un patient n'a pas renvoyé ses auto-questionnaires et un autre, faisant partie du groupe « délivrance fractionnée hebdomadaire », a dû quitter l'étude car il n'était pas assez observant.

Compte tenu du faible effectif de l'étude, nous sommes donc amenés à ne présenter que des résultats préliminaires.

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Nos patients sont pour la majorité des femmes, ne sont pas mariés mais vivent entourés (parents/fratrie ou conjoint/enfants), n'ont pas d'activité professionnelle et ont des antécédents de passages en milieu psychiatrique.

On remarque que la plupart ont subi un certain nombre d'événements de vie marquants (problèmes scolaires/ professionnels, traumatismes...).

Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude sont représentées dans le tableau I.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude (IMV répétées)

	Population n=9 n (%)
Age (m, σ)	35,22 (10,339)
Genre	
	Homme
	2 (22,2%)

	Femme	7 (77,8%)
Etat civil	Célibataire	3 (33,3%)
	Marié	2 (22,2%)
	Concubinage	2 (22,2%)
	Séparé/divorcé	2 (22,2%)
Cohabitation	Seul	1 (11,1%)
	Avec Parents et/ou fratrie	3 (33,3%)
	Avec conjoint et/ou enfants	5 (55,6%)
Activité	Oui	4 (44,4%)
Diplôme obtenu	CAP ou équivalent	4 (44,4%)
	Bac ou équivalent	4 (44,4%)
	BTS ou équivalents	0 (0,0%)
	Diplôme d'études supérieures	0 (0,0%)
	Aucun	1 (11,1%)
Antécédents d'affection chronique	Oui	0 (0,0%)
Antécédent de psychothérapie	Oui	5 (55,6%)
Antécédents de fugues	Oui	3 (33,3%)
Nombre de passages antérieurs en milieu psychiatrique (m, σ)		7 (7,450)
Evènement de vie marquant: traumatismes physiques/sexuels	Oui	4 (44,4%)
Evènement de vie marquant: problèmes scolaires/professionnels	Oui	4 (44,4%)
Evènement de vie marquant: changement de lieu de vie	Oui	3 (33,3%)
Nombre d'évènements de vie marquant (m, σ)		4,67 (3,775)

3. Caractéristiques des passages à l'acte et parcours pharmacologique des sujets de la population d'étude

3.1 Données générales concernant la consommation de benzodiazépines des sujets

Les sujets ont tous une prescription de benzodiazépines, et ce depuis de nombreuses années et de manière continue. L'abus de ces molécules et leur utilisation lors d'IMV sont fréquents. Leur traitement comporte souvent plusieurs molécules benzodiazépiniques co-prescrites. On note un nombre moyen d'IMV élevé (tableau IIa).

IIa. Données générales concernant la consommation de BZD des sujets

		N= 9 (%)
Nombre d'IMV (m, σ)		9,56 (9,554)
Prescription de benzodiazépines (BZD)	Oui	9 (100%)
Dépassement de la dose	Oui	8 (88,9%)
Type de prescription	Continue	8 (88,9%)
	Périodique	1 (11,1%)
Nombre de BZD prescrites (m, σ)		3,67 (1,871)
Nombre de molécules co-prescrites aux BZD (m, σ)		4,78 (4,816)
Age de début de la consommation de BZD (m, σ)		27,00 (9,747)
Durée totale de la consommation de BZD (en années)(m, σ)		7,56 (6,784)
Utilisation des BZD pour l'IMV index	Oui	8 (88,9%)

3.2 Parcours pharmacologique des patients et passages à l'acte

Avec la répétition du geste, on note que de plus en plus de patients prennent des benzodiazépines, surtout après le premier passage à l'acte (PA) (tableau IIb). En comparant

les âges moyens de survenue des PA, il apparaît qu'en un peu plus d'un an en moyenne après le premier PA, la totalité des patients s'est vue prescrire une benzodiazépine.

Concernant les autres médicaments psychotropes, même prescrits ils font l'objet de peu d'abus et sont peu utilisés lors de l'IMV index (tableau IIc).

Concernant le parcours addictologique des patients, les patients ont utilisé en moyenne 1,56 (1,509) produits en dehors des psychotropes et des TSO, parmi : le tabac, les opiacés, le cannabis, et les psychostimulants (tableau IId).

Iib. Historique de la consommation de BZD en fonction du nombre de Passage à l'Acte (PA) (n=9 (%))

	Nombres de PA		
âge moyen d'occurrence (m, σ) Historique de consommation	Premier passage à l'acte (PA) 26,22 (10,963)	Deuxième PA 27,67 (10,161)	Dernier PA 34,33 (11,937)
Consommation de BZD précédant le PA	4 (44,4%)	8 (88,9%)	9 (100%)
Consommation de BZD pendant le PA	5 (55,6%)	8 (88,9%)	8 (88,9%)
Consommation de BZD suivant le PA	6 (66,7%)	9 (100%)	8 (88,9%)

Iic. Place des autres psychotropes dans le profil de consommation des sujets (n=9(%))

Type de médicaments Utilisation	Antidépresseurs	Neuroleptiques	Thymo- régulateurs	Traitement substitutif aux opiacés
Prescription	7 (77,8%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	3 (33,3%)
Dépassement de la dose	2 (22,2%)	1 (11,1%)	0 (0%)	2 (22,2%)
Utilisation pour l'IMV index	3 (33,3%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)

IId. Parcours addictologique des patients (n=9(%))

Nombre d'autres produits en dehors des psychotropes et TSO (m, σ)		1,56 (1,509)
Antécédent de prise de produits autre que les médicaments	Opiacés seuls	1 (11,1%)
	Tabac seul	2 (22,2%)
	Cannabis seul	1 (11,1%)
	Psychostimulants seuls (cocaïne, amphetamines, ...)	1 (11,1%)
	plusieurs	1 (11,1%)

3.3 Circonstances et conséquences des passages à l'acte

A chaque passage à l'acte les sujets sont rarement isolés. La plupart du temps le geste n'est pas prémédité, et les patients ne laissent pas de lettre aux proches.

Les patients utilisent principalement l'IMV dans la répétition des passages à l'acte plutôt que d'autres moyens comme l'automutilation.

Plus de la moitié des patients ont été hospitalisés lors de leur premier et de leur deuxième PA, et la totalité des patients ont été hospitalisés lors de leur dernier PA.

On ne note pas d'augmentation des passages en réanimation au fur et à mesure de la répétition (tableau IIe).

IIe. Circonstances et conséquences des passages à l'acte (n=9(%))

	Premier PA	Deuxième PA	Dernier PA
Préméditation	1 (11,1%)	0 (0%)	2 (22,2%)
Présence de lettre	3 (33,3%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)
Moyen utilisé	IMV : 8 (88,9%) Blessure physique à l'arme blanche : 1 (11,1%)	IMV : 9 (100%)	IMV : 9 (100%)
Isolement	5 (55,6%)	5 (55,6%)	5 (55,6%)
Hospitalisation	6 (66,7%)	7 (77,8%)	9 (100%)
Réanimation	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)

4. Comparaison des deux groupes (DM et DFH)

4.1 Caractéristiques sociodémographiques

Compte tenu du faible effectif, le tableau est donné à titre indicatif (tableau III).

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des deux groupes DM et DFH

		DM, n=4(%)	DFH, n=5 (%)
Age (m, σ)		32,75 (10,689)	37,20 (14,184)
Genre	Homme	0 (0,0%)	2(40%)
	Femme	4 (100%)	3 (60%)
Etat civil	Célibataire	1 (25%)	2 (40%)

	Marié	0 (0,0%)	2 (40%)
	Concubinage	2 (50%)	0 (0,0%)
	Séparé/divorcé	1 (25%)	1 (20%)
Cohabitation	Seul	0 (0,0%)	1 (20%)
	Avec parents/fratrie	2 (50%)	1 (20%)
	Avec conjoint/enfant	2 (50%)	3 (60%)
Activité	Oui	2 (50%)	2 (40%)
Diplôme obtenu	CAP/équivalent	2 (50%)	2 (40%)
	Bac/équivalent	1 (25%)	3 (60%)
	Aucun	1 (25%)	0 (0,0%)

4.2 Nombre d'IMV et hospitalisations dans les deux groupes, à 3 et 6 mois

On note une nette différence entre les deux groupes à 3 mois : 6,75 IMV en moyenne dans le groupe DM, alors qu'il n'y en a que 0,8 en moyenne pour le groupe DFH.

A 6 mois, la comparaison n'est pas significative, à savoir que les patients n'étaient pas tous inclus depuis 6 mois.

On remarque aussi que les patients du groupe DM récidivent plus rapidement après inclusion (3,25 semaines en moyenne pour le groupe DM versus 13,00) (tableau IV).

Tableau IV : Comparaison du nombre d'IMV et d'hospitalisations entre les deux groupes, à 3 et 6 mois.

	DM	DFH	p-value
Nombre d'IMV à 3 mois (m, σ)	6,75 (3,948) n=4	0,80 (1,789) n=5	0,032
Nombre d'IMV à 6 mois (m, σ)	8,33 (2,887) n=3	3,00 (1,414) n=2	0,073
Délai inclusion-1ère IMV (semaines) (m, σ)	3,25 (3,862) n=4	13,00 (5,657) n=2	0,201

Hospitalisations	1/4 (25%) n=4	1/5 (20%) n=5	1,000
------------------	------------------	------------------	-------

5. Evaluation psychopathologique de la population d'étude

5.1 Evaluation des troubles psychiatriques

On retrouve principalement des troubles de l'humeur (complicés d'un fort potentiel suicidaire), des troubles anxieux, ainsi qu'une majorité de patients sujette à des problèmes de dépendance et d'abus de substance. On peut aussi souligner une alexithymie avérée pour 6 (66,7%) patients. Moins de la moitié des patients présentent un trouble panique avec agoraphobie ou sont boulimiques (tableaux VI et VII).

Tableau VI : MINI (n=9(%))

Episode dépressif majeur actuel	Présence	7 (77,8%)
Episode dépressif majeur passé	Présence	7 (77,8%)
Dysthymie	Présence	2 (22,2%)
Risque suicidaire	Oui	8 (88,9%)
→ Intensité du risque suicidaire	Léger	3/8 (37,5%)
	Elevé	5/8 (62,5%)
Episode hypomaniaque passé	Présence	2 (22,2%)
Episode maniaque passé	Présence	2 (22,2%)
Trouble panique sans agoraphobie	Présence	0 (0,0%)
Trouble panique avec agoraphobie	Présence	4 (44,4%)
Agoraphobie	Présence	1 (11,1%)

Phobie sociale	Présence	5 (55,6%)
Trouble obsessionnel compulsif	Présence	2 (22,2%)
Etat de stress post traumatique	Présence	1 (11,1%)
Dépendance alcoolique	Présence	1 (11,1%)
Abus d'alcool	Présence	2 (22,2%)
Age de début de la prise d'alcool (m, σ)		25,80 (8,672)
Dépendance à une substance	Présence	6 (66,7%)
Abus de substance	Présence	6 (66,7%)
Anorexie mentale	Présence	1 (11,1%)
Boulimie	Présence	4 (44,4%)
Anxiété généralisée	Présence	6 (66,7%)

Tableau VII : TAS alexithymie (n=9(%))

Alexithymie	Présence avérée	5 (55,6%)
	Présence possible	2 (22,2%)
	Absence	2 (22,2%)

5.2 Evaluation des dimensions de la personnalité, du tempérament et du caractère de la population d'étude

Les traits de personnalité qui ressortent le plus sont, par ordre décroissant, les personnalités : dépressive, évitante, borderline, et obsessionnelle (tableau VIII).

On compare les résultats du TCI-R à une population contrôle obtenue à partir d'une étude belge (Hansenne et al., 2005), en partant du principe que plus le score est élevé, plus le trait de personnalité est marqué.

Seuls les scores des traits de persistance et d'autodétermination sont plus faibles par rapport à la population contrôle, les autres sont tous plus élevés. On note un score d'évitement du danger particulièrement élevé, ainsi qu'un score d'autodétermination faible par rapport à la population contrôle (Tableau IX).

Tableau VIII : PDQ4+ évaluation des troubles de la personnalité selon le DSM IV (n=9(%))

Personnalité paranoïaque	Présence	3 (33,3%)
Personnalité histrionique	Présence	0 (0,0%)
Personnalité antisociale	Présence	3 (33,3%)
Personnalité obsessionnelle compulsive	Présence	5 (55,6%)
Personnalité passive agressive	Présence	3 (33,3%)
Personnalité schizoïde	Présence	3 (33,3%)
Personnalité narcissique	Présence	0 (0,0%)
Personnalité évitante	Présence	7 (77,8%)
Personnalité dépressive	Présence	8 (88,9%)
Personnalité schizotypique	Présence	3 (33,3%)
Personnalité borderline	Présence	6 (66,7%)
Personnalité dépendante	Présence	2 (22,2%)
Echelle de validité image trop bonne	Présence	1 (11,1%)
Echelle de validité questionnaire suspect	Présence	1 (11,1%)

Tableau IX: Tempérament et caractère (m, σ)

	Population d'étude (m, σ)	Population contrôle
Recherche de nouveauté	106,67 (18,795)	100,2
Evitement du danger	121,11 (25,732)	94,0
Dépendance à la récompense	104,11 (16,526)	101,7
Persistance	111,33 (26,851)	117,8
Autodétermination	124,56 (14,934)	140,1
Coopération	134,56 (22,456)	134,1
Auto transcendance	74,11 (11,429)	70,8

5.3 Evaluation des autres critères psychopathologiques

5.3.1 Propension des patients à répéter leur geste

Pour un peu plus de la moitié des patients, la répétition des IMV correspond aux critères d'addiction selon Goodman, et serait donc apparentée à une addiction comportementale (tableau X).

Tableau X : Critères d'addiction selon Goodman concernant la répétition du geste (n=9(%))

Critères d'addiction selon Goodman	Oui	5 (55,6%)
------------------------------------	-----	------------------

5.3.2 Evaluation de l'intentionnalité suicidaire

Concernant les sous scores des « circonstances objectives de l'acte », dans la majorité, l'IMV n'était pas préméditée, aucune précaution n'a été prise contre la découverte du geste par un tiers.

Concernant les « modalités subjectives », la plupart des patients avaient une intention de mourir modérée au moment de l'acte.

Au total, on obtient un score total au SIS de 16,84/30, donc l'intentionnalité suicidaire totale est modérée au moment du geste (tableau XI).

Tableau XI : Evaluation de l'intentionnalité suicidaire, échelle SIS (n=9)

	(m, σ)	Score total
Circonstances objectives de l'acte	5,56/18 (4,065)	16,84/30
- Préparation de la TS	1,67/8 (3,082)	
- Précaution active contre la découverte	2,67/6 (1,500)	
- Recherche d'aide extérieure	1,22/4 (1,093)	
Modalités subjectives de l'acte	5,78/12 (4,410)	

5.3.3 Evaluation des risques pris par le patient et des circonstances de secours

Au niveau des sous-scores, la « gravité médicale objective » reste modérée, en revanche, les deux autres facteurs montrent que le patient a pris très peu de risques et a été secouru rapidement (tableau XII).

Tableau XII : Evaluation de la prise de risque, échelle RRRS (m, σ)

		Score total
Gravité médicale objective	7,33/12 (2,958)	68,77
Circonstance objective du geste	8,33/9 (1,118)	
Circonstance de découverte	7,11/9 (1,364)	

5.3.4 Evaluation du potentiel suicidaire

L'échelle H est une mesure du pessimisme du sujet dépressif et reflète indirectement les intentions suicidaires.

Le score de 9 ou plus serait le seuil de l'intention suicidaire d'après Beck.

Dans notre cas, le pessimisme est plutôt faible alors que l'intentionnalité suicidaire est modérée (tableau XIII).

Tableau XIII : Evaluation du potentiel suicidaire, échelle H (m, σ)

Total pessimisme	8,22/20 (6,099)
Intentionnalité suicidaire	11,33 (7,921)

5.3.5 Evaluation de l'impulsivité

Les moyennes obtenues dans l'étude de Patton et al. (1995) sont les suivantes :

- étudiants : 63,82 (10,17)
- sujets psychiatriques : 71,37 (12,61)
- sujets ayant des troubles d'addiction : 69,26 (10,28)
- prisonniers hommes : 76,30 (11,86).

Dans notre étude, l'impulsivité totale de la population s'approcherait des scores d'impulsivité des prisonniers hommes (tableau XIV).

On peut comparer les scores et sous-scores avec ceux d'une population de sujets impulsifs (personnalité borderline ou sujets présentant des troubles des conduites) et des sujets contrôles issus de la population générale (Dupont, 2002).

L'impulsivité attentionnelle du groupe IMVr est faible par rapport aux deux autres populations. Les sujets IMVr présenteraient moins de difficultés que les sujets des autres groupes lors de tâches intellectuelles.

L'impulsivité motrice, qui reflète l'action sans pensée, est proche de celle des sujets impulsifs.

Enfin, la difficulté de planification est particulièrement élevée par rapport aux autres groupes, indiquant une absence d'anticipation et d'orientation vers le futur.

En terme d'impulsivité totale, notre population est plus proche des sujets contrôles. (Tableau XIV).

Tableau XIV : Echelle BIS (m, σ) : comparaison entre notre population, des sujets impulsifs et des sujets contrôles (Dupont, 2002)

	IMVr n=9	Sujets impulsifs n=24	Sujets contrôles n=28
Impulsivité attentionnelle	18,89 (5,061)	27,88 (4,78)	24,57 (3,69)
Impulsivité motrice	26,33 (4,796)	28,13 ((5,09)	21,46 (4,95)
Difficulté de planification	30,78 (3,866)	27,96 (4,36)	27,79 (4,33)
Impulsivité totale	75,78 (10,918)	83,96 (9,65)	73,82 (9,59)

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était dans un premier temps d'estimer l'impact d'une délivrance fractionnée hebdomadaire des traitements médicamenteux sur la répétition des IMV, et dans un second temps de caractériser le phénotype psychopathologique des patients effectuant des IMVr.

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

La proportion plus élevée de femmes retrouvée dans notre étude est en accord avec les données retrouvées dans les autres travaux (Monnin et al., 2012; Oh et al., 2011).

L'âge moyen de nos patients, 35,22 (10,339), correspond à celui des patients récidivants étudiés dans la littérature (Heyerdahl et al., 2009a; Oh et al., 2011). En revanche l'âge du premier PA 26,22 (10,963) est inférieur à celui retrouvé dans une autre étude : 31,7 ans (Monnin et al., 2012).

On remarque une grande variation d'âge en fonction des études, qui doivent probablement dépendre des critères d'inclusion et dans notre cas du faible effectif.

L'âge moyen des patients qui récidivent est plus élevé que l'âge moyen des patients qui effectuent une première IMV (Taylor et al., 1998).

De manière prédominante, nos sujets sont sans activité professionnelle et ont des antécédents de passages en milieu psychiatrique, caractéristiques retrouvées dans les facteurs de risque de la répétition du geste auto-agressif (Heyerdahl et al., 2009b; Oh et al., 2011).

En revanche, même si beaucoup d'entre eux ne vivent pas en couple, ils ne vivent pas seuls (parents, fratrie, enfants), ce qui est plutôt en contradiction avec les études citées ci-dessus.

Notre étude met en avant un certain nombre d'évènements de vie marquant (4,67 (3,775) en moyenne) dans notre population. Il a été retrouvé que les traumatismes et abus dans l'enfance constituent des facteurs de risque de gestes auto agressifs (Fliege et al., 2009). Cependant, une étude a fait ressortir que la maltraitance dans l'enfance n'était pas associée de manière significative à la répétition de TS (Stringer et al., 2013). Ces critères devront donc faire l'objet d'investigations complémentaires.

2. Caractéristiques du parcours pharmacologique des patients et des IMV antérieures

On remarque qu'au moment de la passation des questionnaires, tous les patients avaient une prescription d'au moins une benzodiazépine, souvent associée à un antidépresseur et de temps en temps à un neuroleptique. Pour la majorité des patients, la consommation de BZD a été continue depuis la prescription initiale et la durée moyenne d'utilisation des BZD a été d'environ 7,56 ans. Cette prescription continue et sur le long terme confirme la problématique de l'utilisation des benzodiazépines (Annexe 2).

Si moins de la moitié des patients utilisaient des BZD avant leur premier PA, la quasi-totalité en utilisait avant leur second, et toute la population en consommait avant leur dernier PA.

Le nombre d'hospitalisations est élevé, avec 66,7% à 77,8% des patients hospitalisés lors de leurs premiers PA, et 100% à l'inclusion lors du dernier PA. L'augmentation du nombre d'hospitalisations traduit une augmentation de la gravité, même si le taux de réanimation est faible et constant (33,3%).

Dans d'autres travaux, il est retrouvé que la répétition entraîne un risque d'augmentation de la

sévérité du geste au fur et à mesure des PA (Carter et al., 2005a; Lopez-Castroman et al., 2011).

L'absence de préméditation et de lettre est en faveur d'un acte impulsif, ce qui est cohérent avec les résultats du questionnaire d'impulsivité. La plupart des patients ont pris leurs médicaments d'un seul coup dans une sorte « d'appel à l'aide », souvent avec des proches près d'eux, pouvant les secourir rapidement.

3. Comparaison entre les groupes DM et DFH

Les patients n'ont pas tous été inclus au même moment, il n'est donc pas possible d'avoir un suivi complet à six mois d'inclusion pour la totalité des patients.

Cependant, on peut quand même indiquer que le nombre d'IMV effectuées par les patients du groupe DM est significativement plus élevé que celui du groupe DFH à 3 mois, et on observe une tendance similaire à 6 mois.

Par ailleurs, les patients dont la délivrance des médicaments était mensuelle récidivent plus rapidement après inclusion (3,25 semaines versus 13 semaines dans le groupe DFH), et ils répètent leur geste de manière plus fréquente.

La comparaison du nombre d'hospitalisations en fonction de la délivrance est impossible à établir compte tenu de l'effectif trop faible de notre population d'étude.

La délivrance d'une semaine de traitement limiterait donc les récurrences et probablement la gravité des IMV, même dans le cas de figure où le patient prendrait la totalité des comprimés disponibles. Il a moins l'occasion de faire des stocks, et a plus de contacts avec un pharmacien.

A noter qu'une patiente en délivrance hebdomadaire a rapporté avoir pris les médicaments d'un tiers, mais en moins grande quantité que lorsqu'elle avait une délivrance mensuelle avant l'inclusion.

Plusieurs patients en délivrance fractionnée nous ont rapporté une sensation de « soulagement » face à cette quantité limitée de médicaments. Ces patients ont développé une certaine conscience du caractère impulsif de leurs IMV et nous disent se sentir « protégés ». Il en est de même pour les familles des patients qui se sentent rassurées de constater une limitation du nombre de molécules disponibles au domicile.

Par conséquent, nous pouvons déduire qu'il résulte un fort impact psychologique de ce fractionnement. On peut émettre l'hypothèse que les patients se sentent rassurés d'avoir moins de médicaments à leur disposition et le fait de voir un pharmacien en plus de leur psychiatre régulièrement renforce ce sentiment d'encadrement. On remarque par ailleurs qu'il est surprenant que peu de nos patients suivent une psychothérapie, alors que celle-ci est essentielle. Il pourrait donc être intéressant de l'intégrer dans la prise en charge.

Néanmoins, l'établissement d'un « contrat » soignant/patient est nécessaire afin de s'assurer de l'adhésion du patient et de son implication dans le projet. En effet, le patient doit choisir une pharmacie « référente », il ne peut pas se permettre de changer de pharmacie à chaque délivrance.

Seuls deux patients ont quitté l'étude : l'un en DM a quitté l'étude au bout d'un mois, et l'autre en DFH a quitté l'étude au bout de trois mois.

4. Place du pharmacien dans le projet

Des tentatives de prévention de la répétition de TS ont déjà été effectuées dans le passé, et ont montré qu'un appel téléphonique investiguant ou ajustant le traitement en cours à un mois du passage à l'acte index pouvait diminuer le nombre de répétitions en un an (Vaiva et al., 2006a). De même, l'envoi régulier de cartes postales diminue le nombre de répétitions d'IMV sur deux ans (Carter et al., 2007). Ainsi on peut déduire que même si il ne s'agit pas d'une psychothérapie, une prise de contact simple avec le patient peut participer à la prévention des IMVr. Dans ce projet, le pharmacien a l'occasion de voir le patient une fois par semaine au lieu d'une fois par mois seulement, et cette visite à la pharmacie correspond à une prise de contact extérieure par le patient.

Il s'agit d'une opportunité pour le pharmacien, car il a la possibilité d'avoir accès à des informations complémentaires sur ses patients. En effet, les patients effectuant des IMVr parlent difficilement de ces expériences au pharmacien. On peut émettre des hypothèses pouvant expliquer cette omission d'information : tout d'abord à cause du manque d'espace de confidentialité, par peur d'être jugé sur leur consommation de médicaments (renouvellements plus fréquents), ou encore parce que le patient considère que cette donnée ne regarde pas le pharmacien et doit rester entre lui et son médecin.

Ainsi, l'inclusion du pharmacien dans l'entreprise d'une délivrance fractionnée de médicaments, inhabituelle pour des produits non déconditionnables, lui permet de mieux connaître les antécédents du patient et de pouvoir mieux l'encadrer.

L'expérience du fractionnement a déjà été testée avec les traitements substitutifs aux opiacés qui peuvent être délivrés de manière hebdomadaire voire journalière, afin de limiter le risque

de détournement et d'overdoses. Le contact régulier avec la pharmacie peut participer à la réinsertion sociale, permet d'avoir un cadre et un interlocuteur avec qui il peut fixer des objectifs, et ainsi améliorer l'observance.

La mise en relation plus régulière et l'accord tacite de délivrance hebdomadaire avec un pharmacien permet d'avoir un nouvel interlocuteur qui participe à la prise en charge des patients effectuant des IMVr.

5. Caractéristiques psychiatriques de la population d'étude

On identifie principalement des troubles de l'humeur comme la dépression compliquée d'un fort potentiel suicidaire, des troubles anxieux ainsi qu'une forte propension à la dépendance et à l'abus de substance parmi les patients effectuant des IMVr. Plus de la moitié des patients ont une alexithymie avérée.

Dans la littérature, il a été également retrouvé une problématique d'abus et de dépendance à des substances ainsi qu'un trouble anxieux dans une population de patients effectuant des TS répétées (Lopez-Castroman et al., 2011; Monnin et al., 2012). Cependant, il ressort aussi une plus haute prévalence de trouble de stress post traumatique, ou de syndrome psychotique récurrent chez ces patients que l'on ne retrouve pas dans notre étude (Monnin et al., 2012).

Par rapport aux patients qui n'effectuent qu'une TS, les patients qui récidivent se distinguent par des antécédents d'abus de substance plus fréquents. Chez ces patients, le mésusage et/ou la répétition du geste pourrait leur permettre d'échapper à leurs angoisses. Soit de manière complémentaire grâce à des effets sédatifs de la substance abusée et/ou de la TS, permettant un soulagement de la douleur psychique, soit de manière causale, le mésusage leur permettant une désinhibition et conduisant à la répétition du geste (Lopez-Castroman et al., 2011).

Le mésusage d'alcool n'est pas associé à la répétition du geste dans tous les travaux (Stringer et al., 2013).

Les patients souffrant de troubles psychotiques n'ont pas été inclus, et on peut donc expliquer la divergence des résultats de part les critères d'inclusion.

L'équipe de Monin et al. a affiné son analyse des facteurs de risque de répétition de tentatives de suicide en fonction du genre. Le nombre de TS antérieures ainsi qu'un syndrome psychotique récurrent sont des facteurs de risque communs aux deux sexes.

En revanche, les hommes récidivants sont plus susceptibles de souffrir de mésusage : en particulier de par une dépendance et un abus d'alcool, alors que les femmes récidivantes sont plus susceptibles de souffrir de stress post traumatique et de dépression majeure, malgré un traitement et un suivi psychothérapeutique en cours.

En contradiction avec les données retrouvées, malgré de nombreux cas de dépendance à une substance, nous n'avons découvert que peu de cas de dépendance alcoolique. Cela vient peut-être du fait de l'inclusion de seulement deux hommes dans notre effectif, la dépendance alcoolique étant plus marquée chez les hommes.

Dans une population de patients dépressifs avec des antécédents de TS, la co-occurrence d'un trouble panique, d'une anxiété généralisée ou encore d'un syndrome de stress post traumatique entraîne une plus grande probabilité de récives dans le futur. Certains troubles de la personnalité, la dépendance à la nicotine, ainsi que le mésusage de substances sont aussi associés à la répétition de TS (Bolton et al., 2010).

Ces résultats préliminaires sont donc pour la majorité en accord avec la littérature.

6. Troubles de la personnalité et dimensions de la personnalité

Dans notre population, les troubles de personnalité qui ressortent le plus sont dans l'ordre décroissant les personnalités : dépressive, évitante (caractérisée par un sentiment de tension, d'appréhension, d'insécurité et d'infériorité), borderline (définie entre autre par un comportement impulsif et une instabilité émotionnelle), et obsessionnelle compulsive (plus souvent retrouvée chez les hommes, elle est caractérisée par un souci de l'ordre et de la propreté, une obstination, une froideur affective...), ce qui est en accord avec les données de la littérature, à part la personnalité obsessionnelle compulsive qui n'est apparemment pas souvent retrouvée ailleurs.

En effet, les troubles de personnalité borderline sont connus pour être associés de manière significative à la répétition des gestes auto agressifs (Hansen et al., 2003; Stringer et al., 2013).

En parallèle, un épisode dépressif majeur augmente le risque de comportement suicidaire (Kessler et al., 1999) et un syndrome dépressif multiplie par 20 le risque de décès par suicide (Osby et al., 2001). Or la co-morbidité chez les patients dépressifs de troubles de la personnalité (évitante et paranoïaque) est associée à de plus forts taux de TS lors du suivi (Bolton et al., 2010).

Dans notre population, le trait de caractère qui ressort le plus est l'évitement du danger, qui est élevé : les patients sont plutôt timides, pessimistes, fatigables, craintifs et hésitants. En parallèle, on remarque une diminution de l'autodétermination par rapport aux sujets contrôles, qui est définie par la maturité individuelle, la prise de conscience de soi.

On retrouve peu d'études relatives à l'analyse du tempérament et du caractère concernant les patients qui effectuent des IMVr. Certains articles sont relatifs à des TS, répétées ou non. Ils

concluent comme notre étude, à une augmentation de l'évitement du danger et une diminution de l'autodétermination (Giegling et al., 2009). De manière générale, il est noté une augmentation dans les dimensions de recherche de nouveauté (personnes curieuses, désordonnées, rapidement lassées et impulsives) et d'évitement du danger ; et une diminution dans les dimensions autodétermination et coopération (maturité sociale) chez les patients effectuant des TS par rapport aux sujets contrôles (Baud, 2005).

A noter que les troubles et traits de personnalité retrouvés chez les patients souffrant de troubles addictifs sont notamment les personnalités dépressives, ainsi que dépendantes et évitantes. Ces patients sont aussi caractérisés par une forte recherche de nouveauté et un évitement du danger. Par conséquent, les patients de notre population présentent quasiment les mêmes traits et troubles de la personnalité que les patients addicts, exceptée la dimension de recherche de nouveauté.

7. Impulsivité, intentionnalité, prise de risque et propension à répéter le geste

Tout d'abord, les critères d'addiction de Goodman ont permis de faire ressortir que pour plus de la moitié des patients, la répétition des IMV correspondrait aux critères d'addiction comportementale. Cette évaluation n'est pas faite dans les travaux de la littérature, malgré un phénotypage de plus en plus précis des patients effectuant des IMVr.

Concernant l'intentionnalité, le score total du SIS est un peu plus élevé que dans la littérature (16,84/30 versus 13,3/30 (Monnin et al., 2012)), mais dénote une intentionnalité modérée, confirmée par les patients qui désirent plus échapper à la réalité et à leurs difficultés plutôt que mourir. Dans une autre étude, l'intentionnalité est encore plus faible dans le cas des IMV (10/30 pour les hommes, 8/30 pour les femmes). Chez les hommes, une faible intentionnalité entraîne des récurrences plus nombreuses à un et trois ans de l'épisode index, alors que pour les

femmes, ce sont celles ayant un score élevé qui ont le plus de risque de récidiver (Harriss et al., 2005).

Il a été noté qu'il n'y avait a priori pas de différence significative lorsque l'on mesure le SIS pour une même personne répétant son geste à un an d'intervalle de l'épisode index. En revanche, les patients cotant de manière forte dans la SIS ont plus de risque de mourir rapidement par suicide que ceux dont la cotation est plus faible (Harriss et al., 2005).

L'échelle H vient confirmer cette orientation d'intentionnalité suicidaire faible en indiquant un pessimisme plutôt faible dans la population de notre étude. Dans la littérature, on retrouve des données plutôt contradictoires : une étude a trouvé le désespoir non significativement associé à la répétition du geste (Stringer et al., 2013), tandis qu'une autre concernant des adolescents a trouvé un plus haut degré de désespoir chez les patients qui récidivent (Hawton et al., 1999).

Malgré tout, la majeure partie des patients de l'étude présente un risque suicidaire, et parmi eux, pour plus de la moitié, l'intensité du risque suicidaire est élevée.

De manière générale le patient n'a pas pris de risque lors de sa TS (méthode non violente), a été secouru rapidement, et la gravité médicale était relativement modérée.

En terme d'impulsivité, le score total est élevé (75,78 (10,918)) et correspond à l'impulsivité de prisonniers hommes (76,30 (11,86)). Les sous-scores indiquent une moindre difficulté de concentration (impulsivité attentionnelle), en désaccord avec les résultats de Monin et al., ainsi qu'une difficulté de projection et d'organisation dans le futur (difficulté de planification).

8. Limites de l'étude

8.1 Limites du fractionnement

Jusqu'ici, les pharmacies concernées ont bien voulu déconditionner les traitements des patients du groupe DFH afin de leur délivrer de manière hebdomadaire. Mais en temps normal, seuls les médicaments stupéfiants sont autorisés à être déconditionnés.

Les pharmaciens se trouvent en porte-à-faux entre la loi qui ne les autorise pas clairement à déconditionner certains médicaments, et leurs obligations déontologiques d'aider le patient.

Néanmoins, l'AFSSAPS (nouvellement ANSM) elle-même dans le rapport sur l'état des lieux de la consommation de benzodiazépines en France de janvier 2012, a émis l'hypothèse d'une possible diminution des tailles de conditionnement des benzodiazépines.

Malgré de bons résultats, le fractionnement comporte quelques contraintes : au lieu de venir tous les mois ce qui laisse le temps de s'organiser, les patients doivent venir toutes les semaines à la pharmacie. Il faut donc beaucoup de rigueur car n'ayant pas de réserves et ayant un traitement à respecter, si les patients ont du retard ils manqueront des prises et l'observance ne sera donc pas optimale. Ce problème est d'autant plus important puisqu'il s'agit de médicaments psychotropes.

D'autre part, si les patients ont une « pulsion » et trop peu de médicaments à leur disposition, ils peuvent toujours prendre ceux des proches. De plus, s'ils ne se sentent pas assez impliqués dans l'étude ils peuvent aussi avoir recours au nomadisme médical et se procurer des prescriptions auprès de différents médecins. Il est donc difficile de tout contrôler, il faut compter sur la coopération du patient car son adhésion est primordiale.

Le dossier pharmaceutique permet d'avoir accès à l'historique médicamenteux sur la carte

vitale sur les 3 derniers mois, mais encore faut-il que le patient ait accepté de l'initier. Ce dispositif pourrait inciter l'adhésion et mettre en évidence un éventuel nomadisme médical.

Les conditions idéales de réussite de la délivrance fractionnée pourraient donc être: un patient adhérent au projet, un médecin et un pharmacien référents et en relation, l'établissement d'un calendrier précis de délivrance du traitement (prise de rendez vous par exemple) à la pharmacie, l'accessibilité de l'historique des délivrances sur la carte vitale et l'établissement d'un protocole de soins pour limiter tout nomadisme médical, l'alerte du médecin par le pharmacien en cas de retard ou de chevauchement dans la délivrance des médicaments.

Un autre problème est celui du passage à d'autres méthodes en l'absence de médicaments disponibles en quantité suffisante (annexe 3). Etant donné que l'on restreint l'accès aux médicaments d'un côté, au cours d'une crise suicidaire le patient peut aussi s'orienter vers une méthode plus violente majorant le risque de décès. Il est donc nécessaire de poursuivre cette étude pour mesurer l'impact du fractionnement à moyen et long terme.

Même s'il est inhabituel en France, le fractionnement du traitement médicamenteux est faisable à l'officine, et malgré certaines limites les résultats sont encourageants en terme de prévention des IMVr.

8.2 Limites dans l'inclusion des patients

L'entretien et donc l'inclusion de certains patients ont été rendus difficiles par la courte durée de séjour en post-IMV à l'hôpital, et quelquefois par le fait que le patient soit toujours en crise suicidaire aux urgences ou toujours sous l'emprise des médicaments et/ou de l'alcool.

En effet, la passation des questionnaires était relativement longue (2 heures minimum), et les patients étaient souvent impatients ou avaient des difficultés de concentration.

Le fait de n'avoir qu'un seul site d'action était aussi restrictif dans l'inclusion. Une étude multicentrique permettrait d'étendre le périmètre de recrutement afin d'obtenir un échantillon plus représentatif.

8.3 Limites concernant la passation des questionnaires

Certains patients ont rempli leurs auto questionnaires durant l'hospitalisation et les ont rendus en sortant du CHU. Cette option était préférable à l'envoi des auto-questionnaires une fois remplis au domicile, car malgré les rappels, un patient ne les a pas renvoyés.

Par ailleurs, même si les tests sont anonymes, il y a toujours un risque que le patient veuille cacher un aspect de sa personnalité en modifiant ses réponses (biais de désirabilité sociale), ce qui a été mis en évidence par le PDQ4+ pour deux patients.

Par ailleurs, il est important de mentionner un probable biais de mémorisation, notamment concernant le nombre d'IMV. En effet, les patients qui répètent très fréquemment ce type de passages à l'acte ne se souviennent que difficilement sur un mois du nombre d'IMV réalisées. Nous avons donc eu tendance à ne comptabiliser que les IMV pour lesquelles le patient avait la certitude d'avoir pris des médicaments en grosse quantité. Sans compter les patients qui n'osent pas nous dire exactement le nombre réel d'IMV réalisées. Il est donc possible que le nombre d'IMV soit sous-estimé.

9. Perspectives de prise en charge

Les résultats de cette étude nous incitent à continuer dans le sens de la DFH chez les patients répétant les IMV. Au delà de l'impact psychologique bénéfique constaté chez les patients, la prévention du risque de récurrence des IMV peut permettre de diminuer le nombre

d'hospitalisations aux urgences et donc le coût de prise en charge des IMV (Annexe 4).

Le suivi des patients pourrait donc se faire à partir de la première IMV aux urgences, avec une orientation vers une psychothérapie ainsi que la délivrance hebdomadaire fractionnée de leur traitement pendant au moins 6 à 12 mois, période la plus critique en terme de risque de récurrence.

Les psychotropes et plus particulièrement les BZD sont des molécules susceptibles d'être abusées, qui entraînent une dépendance et sont privilégiées lors des IMV.

La DFH pourrait donc à terme être généralisée en psychiatrie et addictologie chez des patients à risque, sous réserve d'une autorisation de déconditionnement par l'ANSM.

Par conséquent, le pharmacien pourrait avoir l'occasion d'intervenir plus souvent afin d'encadrer ces patients, et fixer avec eux des objectifs plus précis dans l'avenir.

CONCLUSION

En conclusion, la coopération médecin-pharmacien autour de cette population de patients ayant besoin d'être encadrés et suivis régulièrement semble avoir eu un réel impact, tant en termes quantitatifs que qualitatifs dans la prévention des récurrences d'IMV. Les résultats sont très encourageants et on peut se demander si un modèle de délivrance à l'unité comme dans les pays anglo-saxons ne serait pas préférable afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients.

Ce mode de prescription pourra peut-être un jour être généralisé pour les psychotropes, en particulier pour les benzodiazépines qui posent un réel problème de dépendance et d'abus.

Enfin, les patients récidivants semblent avoir des traits communs en terme de phénotype psychopathologique. Un effectif plus important pourrait permettre de confirmer ces résultats.

Ainsi, la caractérisation spécifique des patients effectuant des IMVr pourrait à terme être utile au diagnostic, à la prise en charge et à la prévention des IMVr.

TITRE : Prescription fractionnée de psychotropes : évaluation de l'impact préventif sur la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était dans un premier temps d'évaluer l'impact d'une délivrance fractionnée hebdomadaire des traitements médicamenteux sur la prévention de la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) et dans un second temps de caractériser le profil psychopathologique des ces patients présentant des intoxications médicamenteuses volontaires répétées (IMVr).

Les hypothèses de départ étaient qu'une délivrance fractionnée hebdomadaire diminuerait la fréquence des récurrences d'IMV, ainsi que leur gravité, et que ces patients multirécidivistes présenteraient un profil psychopathologique particulier.

Cette étude prospective expérimentale a été réalisée sur une population de patients inclus sur 6 mois dans le service des urgences du CHU de Grenoble. L'échantillon était constitué de 9 patients recrutés dans les suites d'une hospitalisation pour IMV, âgés entre 18 et 25 ans, avec des antécédents d'au moins deux IMV et ayant rempli un consentement éclairé.

Les patients ont été répartis de manière randomisée en deux groupes, l'un bénéficiant d'une délivrance fractionnée hebdomadaire de son traitement, l'autre d'une délivrance mensuelle habituelle. Le nombre de récurrences d'IMV et d'hospitalisations a été évalué dans chaque groupe à 3 et 6 mois.

D'autre part, les patients ont été évalués grâce à différents questionnaires permettant de caractériser leurs parcours pharmacologique et addictologique, ainsi que les données sociodémographiques. La passation d'échelles psychométriques a permis d'explorer les troubles psychiatriques (Mini International Interview, MINI version 5), les dimensions de caractère et de tempérament (Temperament and Character Inventory, TCI-R), les troubles de la personnalité (Personality Disorder Questionnaire, PDQ4+), la dépendance comportementale vis à vis du passage à l'acte (critères d'addiction de Goodman), l'alexithymie (Toronto Alexithymia Scale, TAS 20), l'impulsivité (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11), le pessimisme (échelle H), ainsi que l'intentionnalité et la létalité suicidaires (Suicide Intent Scale, SIS ; Risk-Rescue Rating Scale, RRRS).

Compte tenu des effectifs très restreints de la population d'étude, l'analyse est essentiellement descriptive et les tests utilisés sont non paramétriques (test exact de Fisher, test de Mann Whitney).

Notre étude a montré que dans le groupe bénéficiant d'une délivrance fractionnée hebdomadaire, le nombre d'IMV est significativement plus faible à 3 mois par rapport aux patients en délivrance mensuelle. De même, le délai de survenue d'une récurrence a été en moyenne de 13 semaines lors d'une délivrance fractionnée contre 3 semaines en délivrance mensuelle. D'autre part, lors d'une délivrance fractionnée, plusieurs patients ainsi que leurs proches ont exprimé une sorte de « soulagement » et l'impression « d'être protégés » vis à vis de passages à l'acte qu'ils décrivent comme impulsifs et incontrôlables, surtout lorsqu'ils ont à disposition une quantité importante de médicaments.

Par ailleurs, on retrouve une durée moyenne de consommation de benzodiazépines de 7 ans, majoritairement en continu, associant plusieurs benzodiazépines et autres psychotropes, et un dépassement fréquent des doses prescrites. Ce sont les molécules principalement utilisées lors

des IMVr. Cependant, moins d'un patient sur deux prenait des benzodiazépines avant la première IMV. Par contre la fréquence des consommations augmente avec la répétition des passages à l'acte.

L'étude des caractéristiques psychopathologiques a permis de mettre en évidence la fréquence des troubles de l'humeur actuels et passés, des troubles anxieux, des problématiques de dépendance et d'abus de substance. Les troubles de la personnalité les plus fréquemment retrouvés sont la personnalité dépendante, évitante et borderline. Plus d'un patient sur deux présente une alexithymie avérée. Par rapport à des sujets contrôles, la dimension d'évitement du danger est élevée et l'autodétermination est faible. La majorité des patients présentaient un risque suicidaire plutôt élevé lors de l'entretien, contrastant avec une intentionnalité et une létalité modérées lors de l'IMV index. Ces patients présentent une forte impulsivité motrice et des difficultés de planification. Cette caractérisation pourrait être affinée en augmentant l'effectif de la population d'étude.

En conclusion, la prescription médicamenteuse fractionnée semble avoir un réel impact en terme de prévention sur la répétition des IMV. L'implication du pharmacien dans cette démarche thérapeutique a permis au patient d'être plus entouré et de pouvoir rencontrer un nouvel interlocuteur pouvant l'encadrer dans cette démarche de prévention. Il s'agit donc d'établir un véritable réseau de soins à travers une coordination entre médecins prescripteurs et pharmaciens.

Enfin les résultats de l'étude amène à reconsidérer les modalités de prescription médicale, surtout des benzodiazépines, et de délivrance des médicaments, en particulier l'interdiction du déconditionnement en France. Afin de s'adapter au mieux aux besoins des patients, il serait indiqué de s'inspirer du modèle de délivrance à l'unité comme dans les pays anglo-saxons, notamment concernant les benzodiazépines qui posent un réel problème de dépendance et d'abus.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 13/6/2013



LE PRESIDENT DE LA THESE

V. DANIEL



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., and Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull. World Health Organ.* 86, 726–732.

Andover, M.S., and Gibb, B.E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 178, 101–105.

Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., and Christiaens, T. (2007a). The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. *Scand. J. Prim. Health Care* 25, 214–219.

Anthierens, S., Habraken, H., Petrovic, M., Deveugele, M., De Maeseneer, J., and Christiaens, T. (2007b). First benzodiazepine prescriptions: qualitative study of patients' perspectives. *Can. Fam. Physician Médecin Fam. Can.* 53, 1200–1201.

Anthierens, S., Pasteels, I., Habraken, H., Steinberg, P., Declercq, T., and Christiaens, T. (2010). Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia: family physicians' attitudes toward benzodiazepine prescribing. *Can. Fam. Physician Médecin Fam. Can.* 56, e398–406.

Authier, N., Balayssac, D., Sautereau, M., Zangarelli, A., Courty, P., Somogyi, A.A., Vennat, B., Llorca, P.-M., and Eschalier, A. (2009). Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome. *Ann. Pharm. Françaises* 67, 408–413.

Baud, P. (2005). Personality traits as intermediary phenotypes in suicidal behavior: genetic issues. *Am. J. Med. Genet. C Semin. Med. Genet.* 133C, 34–42.

Beck, F., Guignard, R., Du Roscoät, E., and Saïas, T. (2011). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 47–48.

Beck, R.W., Morris, J.B., and Beck, A.T. (1974). Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol. Rep.* 34, 445–446.

Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Cooper, J., and Kapur, N. (2010). Psychosocial assessment and repetition of self-harm: the significance of single and multiple repeat episode analyses. *J. Affect. Disord.* *127*, 257–265.

Berman, M.E., Jones, G.D., and McCloskey, M.S. (2005). The effects of diazepam on human self-aggressive behavior. *Psychopharmacology (Berl.)* *178*, 100–106.

BIBOULET, M., LAPEYRE-MESTRE, M., and GARDETTE, V. Comparaison de la consommation de benzodiazépines selon le type d'usage de la buprénorphine dans une cohorte de nouveaux usagers. *Prat. Organ. Soins* *41*, 205–213.

Bjornaas, M.A., Hovda, K.E., Heyerdahl, F., Skog, K., Drottning, P., Opdahl, A., Jacobsen, D., and Ekeberg, O. (2010). Suicidal intention, psychosocial factors and referral to further treatment: a one-year cross-sectional study of self-poisoning. *Bmc Psychiatry* *10*, 58.

Bobon, D.P. (1981). Le système AMDP. Manuel de documentation et de quantification de la psychopathologie (Mardaga).

Bobon, D.P. (1983). The AMDP-system in pharmacopsychiatry (Karger).

Boeuf-Cazou, O., Bongue, B., Ansiau, D., Marquié, J.-C., and Lapeyre-Mestre, M. (2011). Impact of long-term benzodiazepine use on cognitive functioning in young adults: the VISAT cohort. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* *67*, 1045–1052.

Bohnert, A.S.B., Roeder, K., and Ilgen, M.A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: a review of overlap and risk factors. *Drug Alcohol Depend.* *110*, 183–192.

Bolton, J.M., Pagura, J., Enns, M.W., Grant, B., and Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J. Psychiatr. Res.* *44*, 817–826.

Bouvard, M., Charles, S., Guérin, J., Aimard, G., and Cottraux, J. (1992). [Study of Beck's hopelessness scale. Validation and factor analysis]. *Encephale* *18*, 237–240.

Buykx, P., Ritter, A., Loxley, W., and Dietze, P. (2011). Patients Who Attend the Emergency Department Following Medication Overdose: Self-reported Mental Health History and Intended Outcomes of Overdose. *Int. J. Ment. Heal. Addict.*

Calem, M., Bisla, J., Begum, A., Dewey, M., Bebbington, P.E., Brugha, T., Cooper, C., Jenkins, R., Lindesay, J., McManus, S., et al. (2012). Increased prevalence of insomnia and changes in hypnotics use in England over 15 years: analysis of the 1993, 2000, and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. *Sleep* 35, 377–384.

Camidge, D.R., Wood, R.J., and Bateman, D.N. (2003). The epidemiology of self-poisoning in the UK. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 56, 613–619.

Campo-Soria, C., Chang, Y., and Weiss, D.S. (2006). Mechanism of action of benzodiazepines on GABAA receptors. *Br. J. Pharmacol.* 148, 984–990.

Carlsten, A., and Waern, M. (2009). Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *Bmc Geriatr.* 9, 20.

Carter, G., Reith, D.M., Whyte, I.M., and McPherson, M. (2005a). Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 186, 253–257.

Carter, G.L., Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H., and D’Este, C. (2005b). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ* 331, 805.

Carter, G.L., Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H., and D’Este, C. (2007). Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 191, 548–553.

Carter, L.P., Richards, B.D., Mintzer, M.Z., and Griffiths, R.R. (2006). Relative abuse liability of GHB in humans: A comparison of psychomotor, subjective, and cognitive effects of supratherapeutic doses of triazolam, pentobarbital, and GHB. *Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol.* 31, 2537–2551.

Chen, P.-L., Lee, W.-J., Sun, W.-Z., Oyang, Y.-J., and Fuh, J.-L. (2012). Risk of dementia in patients with insomnia and long-term use of hypnotics: a population-based retrospective cohort study. *Plos One* 7, e49113.

Christine Chan-Chee, Delphine Jezewski-Serra (2011). Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bull. Épidémiologique Hebd.* 492–496.

Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch. Gen. Psychiatry* 44, 573–588.

Coben, J.H., Davis, S.M., Furbee, P.M., Sikora, R.D., Tillotson, R.D., and Bossarte, R.M. (2010). Hospitalizations for poisoning by prescription opioids, sedatives, and tranquilizers. *Am. J. Prev. Med.* 38, 517–524.

Collinson, N., Kuenzi, F.M., Jarolimek, W., Maubach, K.A., Cothliff, R., Sur, C., Smith, A., Otu, F.M., Howell, O., Atack, J.R., et al. (2002). Enhanced learning and memory and altered GABAergic synaptic transmission in mice lacking the alpha 5 subunit of the GABAA receptor. *J. Neurosci. Off. J. Soc. Neurosci.* 22, 5572–5580.

Cook, R., Allcock, R., and Johnston, M. (2008). Self-poisoning: current trends and practice in a U.K. teaching hospital. *Clin. Med. Lond. Engl.* 8, 37–40.

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., and Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am. J. Psychiatry* 162, 297–303.

Cozantitis, D.A. (2004). One hundred years of barbiturates and their saint. *J. R. Soc. Med.* 97, 594–598.

Crestani, F., Löw, K., Keist, R., Mandelli, M., Möhler, H., and Rudolph, U. (2001). Molecular targets for the myorelaxant action of diazepam. *Mol. Pharmacol.* 59, 442–445.

Cunningham, C.M., Hanley, G.E., and Morgan, S. (2010). Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: examining the impact of increasing research and guideline cautions against long-term use. *Heal. Policy Amst. Neth.* 97, 122–129.

Daigle, M.S. (2005). Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accid. Anal. Prev.* 37, 625–632.

Dassanayake, T.L., Michie, P.T., Jones, A.L., Mallard, T., Whyte, I.M., and Carter, G.L. (2012). Cognitive skills underlying driving in patients discharged following self-poisoning with central nervous system depressant drugs. *Traffic Inj. Prev.* 13, 450–457.

Davison, S., Leese, M., and Taylor, P.J. (2001). Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *J. Personal. Disord.* 15, 180–194.

Dias, R., Sheppard, W.F.A., Fradley, R.L., Garrett, E.M., Stanley, J.L., Tye, S.J., Goodacre, S., Lincoln, R.J., Cook, S.M., Conley, R., et al. (2005). Evidence for a significant role of alpha 3-containing GABAA receptors in mediating the anxiolytic effects of benzodiazepines. *J. Neurosci. Off. J. Soc. Neurosci.* 25, 10682–10688.

Dunn, J., Haskew, M., and Pant, A. (2009). Adherence to substitute opioid prescribing: survey of inner-London drug services. *Psychiatr. Bull.* 33, 336–340.

Fang, S.-Y., Chen, C.-Y., Chang, I.-S., Wu, E.C.-H., Chang, C.-M., and Lin, K.-M. (2009). Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: a population-based study. *Drug Alcohol Depend.* 104, 140–146.

Fedyszyn, I.E., Harris, M.G., Robinson, J., Edwards, J., and Paxton, S.J. (2011). Characteristics of suicide attempts in young people undergoing treatment for first episode psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 45, 838–845.

Ferguson, B. (2012). Benzodiazepines: guide to withdrawing in general practice. *Prescriber* 23, 35–39.

Fliege, H., Lee, J.-R., Grimm, A., and Klapp, B.F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J. Psychosom. Res.* *66*, 477–493.

Florentine, J.B., and Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Soc. Sci. Med.* *70*, 1626–1632.

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., and Ansoldi, M. (1998). Brief communication: criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J. Personal. Disord.* *12*, 172–178.

Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A.M., Calati, R., Möller, H.-J., Rujescu, D., and Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J. Psychiatr. Res.* *43*, 1262–1271.

Gillespie, N.A., Neale, M.C., Prescott, C.A., Aggen, S.H., and Kendler, K.S. (2007). Factor and item-response analysis DSM-IV criteria for abuse of and dependence on cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants and opioids. *Addict. Abingdon Engl.* *102*, 920–930.

Gisev, N., Hartikainen, S., Chen, T.F., Korhonen, M., and Bell, J.S. (2011). Mortality associated with benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs among community-dwelling older people in Finland: a population-based retrospective cohort study. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* *56*, 377–381.

Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *Br. J. Addict.* *85*, 1403–1408.

Goodman, J.M., Bischel, M.D., Wagers, P.W., and Barbour, B.H. (1976). Barbiturate intoxication. Morbidity and mortality. *West. J. Med.* *124*, 179–186.

Greenblatt, D.J., Shader, R.I., Divoll, M., and Harmatz, J.S. (1981). Benzodiazepines: a summary of pharmacokinetic properties. *Br. J. Clin. Pharmacol.* *11 Suppl 1*, 11S–16S.

Griffiths, R.R., and Weerts, E.M. (1997). Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals--implications for problems of long-term use and abuse. *Psychopharmacology (Berl.)* *134*, 1–37.

Gunnell, D., Middleton, N., and Frankel, S. (2000). Method availability and the prevention of suicide--a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 35, 437–443.

Hansen, P.E.B., Wang, A.G., Stage, K.B., Kragh-Sorensen, P., and Danish University Antidepressant Group (2003). Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.* 107, 436–440.

Hansenne, M., Delhez, M., and Cloninger, C.R. (2005). Psychometric properties of the temperament and character inventory-revised (TCI-R) in a Belgian sample. *J. Pers. Assess.* 85, 40–49.

Harriss, L., Hawton, K., and Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 186, 60–66.

Hausken, A.M., Skurtveit, S., and Tverdal, A. (2007). Use of anxiolytic or hypnotic drugs and total mortality in a general middle-aged population. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 16, 913–918.

Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., and Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J. Adolesc.* 22, 369–378.

Hawton, K., Zahl, D., and Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 182, 537–542.

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., Cooper, J., Johnston, A., Waters, K., Arundel, M., Bernal, W., Gunson, B., Hudson, M., et al. (2004). UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ* 329, 1076.

Hawton, K., Bergen, H., Casey, D., Simkin, S., Palmer, B., Cooper, J., Kapur, N., Horrocks,

J., House, A., Lilley, R., et al. (2007). Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* *42*, 513–521.

Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoldt, A., and Püschel, K. (2000). Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment? *Forensic Sci. Int.* *113*, 449–455.

Heyerdahl, F., Bjornaas, M.A., Dahl, R., Hovda, K.E., Nore, A.K., Ekeberg, O., and Jacobsen, D. (2009a). Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* *194*, 73–79.

Heyerdahl, F., Bjornaas, M.A., Dahl, R., Hovda, K.E., Nore, A.K., Ekeberg, O., and Jacobsen, D. (2009b). Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* *194*, 73–79.

Hoebert, J.M., Souverein, P.C., Mantel-Teeuwisse, A.K., Leufkens, H.G.M., and van Dijk, L. (2012). Reimbursement restriction and moderate decrease in benzodiazepine use in general practice. *Ann. Fam. Med.* *10*, 42–49.

Hollingworth, S.A., and Siskind, D.J. (2010). Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* *19*, 280–288.

Hovda, K.E., Bjornaas, M.A., Skog, K., Opdahl, A., Drottning, P., Ekeberg, O., and Jacobsen, D. (2008). Acute poisonings treated in hospitals in Oslo: a one-year prospective study (I): pattern of poisoning. *Clin. Toxicol. Phila. Pa* *46*, 35–41.

Van Hulten, R., Leufkens, H.G., and Bakker, A. (1998). Usage patterns of benzodiazepines in a Dutch community: a 10-year follow-up. *Pharm. World Sci. Pws* *20*, 78–82.

Van Hulten, R., Isacson, D., Bakker, A., and Leufkens, H.G. (2003). Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* *12*, 49–53.

Hutton, J., Dent, A., Buykx, P., Burgess, S., Flander, L., and Dietze, P. (2010). The

characteristics of acute non-fatal medication-related events attended by ambulance services in the Melbourne Metropolitan Area 1998-2002. *Drug Alcohol Rev.* 29, 53–58.

Hyler, S.E. (1994). *Personality Questionnaire PDQ-4+*. New York Ny Us New York State Psychiatr. Inst.

Ilyas, S., and Moncrieff, J. (2012). Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 200, 393–398.

Isbister, G.K., O'Regan, L., Sibbritt, D., and Whyte, I.M. (2004). Alprazolam is relatively more toxic than other benzodiazepines in overdose. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 58, 88–95.

Jacobsen, E. (1986). The early history of psychotherapeutic drugs. *Psychopharmacology (Berl.)* 89, 138–144.

Jaffe, J.H., Bloor, R., Crome, I., Carr, M., Alam, F., Simmons, A., and Meyer, R.E. (2004). A postmarketing study of relative abuse liability of hypnotic sedative drugs. *Addict. Abingdon Engl.* 99, 165–173.

Johnell, K., and Fastbom, J. (2009). The use of benzodiazepines and related drugs amongst older people in Sweden: associated factors and concomitant use of other psychotropics. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 24, 731–738.

Jørgensen, V.R.K., and Toft, B.S. (2010). Intervention against the excessive use of anxiolytica and hypnotica in two general practices. *Drugs* 8, 11.

Kapur, N., Cooper, J., Hiroeh, U., May, C., Appleby, L., and House, A. (2004). Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *Gen. Hosp. Psychiatry* 26, 36–41.

Kessler, R.C., Borges, G., and Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 617–626.

Kjosavik, S.R., Ruths, S., and Hunskaar, S. (2012). Use of addictive anxiolytics and hypnotics

in a national cohort of incident users in Norway. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 68, 311–319.

Lagnaoui, R., Depont, F., Fourrier, A., Abouelfath, A., Bégaud, B., Verdoux, H., and Moore, N. (2004). Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 60, 523–529.

Lalive, A.L., Rudolph, U., Lüscher, C., and Tan, K.R. (2011). Is there a way to curb benzodiazepine addiction? *Swiss Med. Wkly.* 141, w13277.

Lamprecht, H.C., Pakrasi, S., Gash, A., and Swann, A.G. (2005). Deliberate self-harm in older people revisited. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 20, 1090–1096.

Large, M.M., and Nielssen, O.B. (2010). Suicide in Australia: meta-analysis of rates and methods of suicide between 1988 and 2007. *Med J Aust* 192, 432–437.

Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., and Dunbar, G.C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur. Psychiatry* 12, 224–231.

Lilley, R., Owens, D., Horrocks, J., House, A., Noble, R., Bergen, H., Hawton, K., Casey, D., Simkin, S., Murphy, E., et al. (2008). Hospital care and repetition following self-harm: multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 192, 440–445.

Loas, G., Otmani, O., Verrier, A., Fremaux, D., and Marchand, M.P. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology* 29, 139–144.

Loas, G., Otmani, O., Fremaux, D., Lecercle, C., Dufлот, M., and Delahousse, J. Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. In *L' Encéphale*, (Elsevier Masson), pp. 35–40.

Lopez-Castroman, J., Perez-Rodriguez, M. de las M., Jausent, I., Alegria, A.A., Artes-Rodriguez, A., Freed, P., Guillaume, S., Jollant, F., Leiva-Murillo, J.M., Malafosse, A., et al. (2011). Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. *J. Psychiatr. Res.* 45, 619–625.

López-Muñoz, F., Alamo, C., and García-García, P. (2011). The discovery of chlordiazepoxide and the clinical introduction of benzodiazepines: half a century of anxiolytic drugs. *J. Anxiety Disord.* 25, 554–562.

Löw, K., Crestani, F., Keist, R., Benke, D., Brünig, I., Benson, J.A., Fritschy, J.M., Rüllicke, T., Bluethmann, H., Möhler, H., et al. (2000). Molecular and neuronal substrate for the selective attenuation of anxiety. *Science* 290, 131–134.

Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., Mattick, R.P., and Nelson, E. (2007). Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. *Addict. Abingdon Engl.* 102, 1933–1941.

Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., and Nelson, E.C. (2009). Are non-fatal opioid overdoses misclassified suicide attempts? Comparing the associated correlates. *Addict. Behav.* 34, 723–729.

Manchikanti, L., Whitfield, E., and Pallone, F. (2005). Evolution of the National All Schedules Prescription Electronic Reporting Act (NASPER): a public law for balancing treatment of pain and drug abuse and diversion. *Pain Physician* 8, 335–347.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama J. Am. Med. Assoc.* 294, 2064–2074.

Mauri, M.C., Cerveri, G., Volonteri, L.S., Fiorentini, A., Colasanti, A., Manfré, S., Borghini, R., and Pannacciulli, E. (2005). Parasuicide and drug self-poisoning: analysis of the epidemiological and clinical variables of the patients admitted to the Poisoning Treatment Centre (CAV), Niguarda General Hospital, Milan. *Clin. Pr. Epidemiol. Ment. Heal. Cp Emh* 1, 5.

McKernan, R.M., and Whiting, P.J. (1996). Which GABAA-receptor subtypes really occur in the brain? *Trends Neurosci.* *19*, 139–143.

Minett, W.J., Moore, T.L., Juhascik, M.P., Nields, H.M., and Hull, M.J. (2010). Concentrations of opiates and psychotropic agents in polydrug overdoses: a surprising correlation between morphine and antidepressants. *J. Forensic Sci.* *55*, 1319–1325.

Misson, H. (2006). Hétérogénéité des conduites suicidaires: vers l'identification de sous-groupes cliniques homogènes. Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine.

Modén, B., Merlo, J., Ohlsson, H., and Rosvall, M. (2010). Psychotropic drugs and falling accidents among the elderly: a nested case control study in the whole population of Scania, Sweden. *J. Epidemiol. Community Health* *64*, 440–446.

Mol, A.J.J., Gorgels, W.J.M.J., Oude Voshaar, R.C., Breteler, M.H.M., van Balkom, A.J.L.M., van de Lisdonk, E.H., Kan, C.C., and Zitman, F.G. (2005). Associations of benzodiazepine craving with other clinical variables in a population of general practice patients. *Compr. Psychiatry* *46*, 353–360.

Monnin, J., Thiemard, E., Vandell, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., Bellivier, F., Sechter, D., and Haffen, E. (2012). Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J. Affect. Disord.* *136*, 35–43.

Mugunthan, K., McGuire, T., and Glasziou, P. (2011). Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br. J. Gen. Pr. J. R. Coll. Gen. Pr.* *61*, e573–578.

Neutel, C.I. (2005). The epidemiology of long-term benzodiazepine use. *Int. Rev. Psychiatry* *17*, 189–197.

Nock, M.K., Joiner, T.E., Jr, Gordon, K.H., Lloyd-Richardson, E., and Prinstein, M.J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* *144*, 65–72.

Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan. Med. Bull.* 54, 306–369.

Nordentoft, M., Qin, P., Helweg-Larsen, K., and Juel, K. (2006). Time-trends in method-specific suicide rates compared with the availability of specific compounds. The Danish experience. *Nord. J. Psychiatry* 60, 97–106.

Nosyk, B., Marsh, D.C., Sun, H., Schechter, M.T., and Anis, A.H. (2010). Trends in methadone maintenance treatment participation, retention, and compliance to dosing guidelines in British Columbia, Canada: 1996-2006. *J. Subst. Abuse Treat.* 39, 22–31.

Oh, S.H., Park, K.N., Jeong, S.H., Kim, H.J., and Lee, C.C. (2011). Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am. J. Emerg. Med.* 29, 908–912.

Okumura, Y., Shimizu, S., Ishikawa, K.B., Matsuda, S., Fushimi, K., and Ito, H. (2012). Characteristics, procedural differences, and costs of inpatients with drug poisoning in acute care hospitals in Japan. *Gen. Hosp. Psychiatry* 34, 681–685.

Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekbom, A., and Sparén, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch. Gen. Psychiatry* 58, 844–850.

Owens, D., Horrocks, J., and House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 181, 193–199.

Owens, D., Wood, C., Greenwood, D.C., Hughes, T., and Dennis, M. (2005). Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 187, 470–475.

Patton, J.H., Stanford, M.S., and Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J. Clin. Psychol.* 51, 768–774.

Pelissolo, A., Mallet, L., Baleyte, J.-M., Michel, G., Cloninger, C.R., Allilaire, J.-F., and

Jouvent, R. (2005). The Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R): psychometric characteristics of the French version. *Acta Psychiatr. Scand.* *112*, 126–133.

Pélissolo, A., and Lépine, J.P. (2000). Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiatry Res.* *94*, 67–76.

Pélissolo, A., Notides, C., Pezous, A.M., and Lépine, J.P. (1998). Le modèle de Cloninger appliqué aux toxicomanies. *Neuro-Psy* *13*, 24–31.

Perry, I.J., Corcoran, P., Fitzgerald, A.P., Keeley, H.S., Reulbach, U., and Arensman, E. (2012). The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *Plos One* *7*, e31663.

Pincus, H.A., Tanielian, T.L., Marcus, S.C., Olfson, M., Zarin, D.A., Thompson, J., and Zito, J.M. (1998). Prescribing trends in psychotropic medications. *Jama J. Am. Med. Assoc.* *279*, 526–531.

Poisnel, G., Dhilly, M., Le Boisselier, R., Barre, L., and Debruyne, D. (2009). Comparison of five benzodiazepine-receptor agonists on buprenorphine-induced mu-opioid receptor regulation. *J. Pharmacol. Sci.* *110*, 36–46.

Prescott, K., Stratton, R., Freyer, A., Hall, I., and Le Jeune, I. (2009). Detailed analyses of self-poisoning episodes presenting to a large regional teaching hospital in the UK. *Br. J. Clin. Pharmacol.* *68*, 260–268.

Ravera, S., van Rein, N., de Gier, J.J., and de Jong-van den Berg, L.T.W. (2011). Road traffic accidents and psychotropic medication use in The Netherlands: a case-control study. *Br. J. Clin. Pharmacol.* *72*, 505–513.

Rein, W., Fitzner, G., and Heimann, H. (1987). [Evaluation of pathogenic events in psychiatric patients using the anamnestic fiches of the AMDP system]. *Acta Psychiatr. Belg.* *87*, 141–158.

Robinson, D., Smith, A.M., and Johnston, G.D. (2000). Severity of overdose after restriction of paracetamol availability: retrospective study. *BMJ* *321*, 926–927.

Rodríguez, A.A.M., Arroyo, A.H., and Vellisca, M.A.B. (2007). The epidemiology of suicide attempts using drugs. *Emergencias* *19*, 251–254.

Rosenberg, P.B., Mielke, M.M., Han, D., Leoutsakos, J.S., Lyketsos, C.G., Rabins, P.V., Zandi, P.P., Breitner, J.C.S., Norton, M.C., Welsh-Bohmer, K.A., et al. (2012). The association of psychotropic medication use with the cognitive, functional, and neuropsychiatric trajectory of Alzheimer's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* *27*, 1248–1257.

Ross, J., and Darke, S. (2000). The nature of benzodiazepine dependence among heroin users in Sydney, Australia. *Addict. Abingdon Engl.* *95*, 1785–1793.

Rowlett, J.K., Platt, D.M., Lelas, S., Atack, J.R., and Dawson, G.R. (2005). Different GABAA receptor subtypes mediate the anxiolytic, abuse-related, and motor effects of benzodiazepine-like drugs in primates. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* *102*, 915–920.

Rudolph, U., Crestani, F., Benke, D., Brünig, I., Benson, J.A., Fritschy, J.M., Martin, J.R., Bluethmann, H., and Möhler, H. (1999). Benzodiazepine actions mediated by specific gamma-aminobutyric acid(A) receptor subtypes. *Nature* *401*, 796–800.

Rudolph, U., Crestani, F., and Möhler, H. (2001). GABA(A) receptor subtypes: dissecting their pharmacological functions. *Trends Pharmacol. Sci.* *22*, 188–194.

Sanger, D.J., Perrault, G., Morel, E., Joly, D., and Zivkovic, B. (1987). The behavioral profile of zolpidem, a novel hypnotic drug of imidazopyridine structure. *Physiol. Behav.* *41*, 235–240.

Sanna, E., Busonero, F., Talani, G., Carta, M., Massa, F., Peis, M., Maciocco, E., and Biggio, G. (2002). Comparison of the effects of zaleplon, zolpidem, and triazolam at various GABA(A) receptor subtypes. *Eur. J. Pharmacol.* *451*, 103–110.

Segura, M., Barbosa, J., Torrens, M., Farré, M., Castillo, C., Segura, J., and de la Torre, R.

(2001). Analytical methodology for the detection of benzodiazepine consumption in opioid-dependent subjects. *J. Anal. Toxicol.* 25, 130–136.

Seymour, A., Black, M., Jay, J., Cooper, G., Weir, C., and Oliver, J. (2003). The role of methadone in drug-related deaths in the west of Scotland. *Addict. Abingdon Engl.* 98, 995–1002.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F., and Dunbar, G.C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur. Psychiatry* 12, 232–241.

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., and Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 59 Suppl 20, 22–33;quiz 34–57.

Simoni-Wastila, L., and Tompkins, C. (2001). Balancing diversion control and medical necessity: the case of prescription drugs with abuse potential. *Subst. Use Misuse* 36, 1275–1296.

Simonsen, K.W., Hansen, A.C., Rollmann, D., Kringsholm, B., Müller, I.B., Johansen, S.S., and Linnet, K. (2011). Drug-related death in Denmark in 2007. *Dan. Med. Bull.* 58, A4307.

Siriwardena, A.N., Apekey, T., Tilling, M., Dyas, J.V., Middleton, H., and Ørner, R. (2010). General practitioners' preferences for managing insomnia and opportunities for reducing hypnotic prescribing. *J. Eval. Clin. Pract.* 16, 731–737.

Stringer, B., van Meijel, B., Eikelenboom, M., Koekkoek, B., M M Licht, C., Kerkhof, A.J.F.M., Penninx, B.W.J.H., and Beekman, A.T.F. (2013). Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: The role of borderline personality traits. *J. Affect. Disord.*

Tan, K.R., Brown, M., Labouèbe, G., Yvon, C., Creton, C., Fritschy, J.-M., Rudolph, U., and

Lüscher, C. (2010). Neural bases for addictive properties of benzodiazepines. *Nature* 463, 769–774.

Taylor, D.M., Cameron, P.A., and Eddey, D. (1998). Recurrent overdose: patient characteristics, habits, and outcomes. *J. Accid. Emerg. Med.* 15, 257–261.

Ten Wolde, G.B., Dijkstra, A., Van Empelen, P., Neven, A.K., and Zitman, F.G. (2008). Social-cognitive predictors of intended and actual benzodiazepine cessation among chronic benzodiazepine users. *Addict. Behav.* 33, 1091–1103.

Tournier, M., Grolleau, A., Cougnard, A., Molimard, M., and Verdoux, H. (2009). Factors associated with choice of psychotropic drugs used for intentional drug overdose. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 259, 86–91.

Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., and Goudemand, M. (2006a). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 332, 1241–1245.

Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., and Goudemand, M. (2006b). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ* 332, 1241–1245.

Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., Reisch, T., Scheerder, G., Arensman, E., Aromaa, E., et al. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression.” *J. Epidemiol. Community Health* 62, 545–551.

Veronese, A., Garatti, M., Cipriani, A., and Barbui, C. (2007). Benzodiazepine use in the real world of psychiatric practice: low-dose, long-term drug taking and low rates of treatment discontinuation. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 63, 867–873.

Vicens, C., Fiol, F., Llobera, J., Campoamor, F., Mateu, C., Alegret, S., and Socías, I. (2006).

Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomised trial in family practice. *Br. J. Gen. Pr. J. R. Coll. Gen. Pr.* 56, 958–963.

Vlad, I.A., Fatovich, D.M., Fenner, S.G., Daly, F.F., Soderstrom, J.H.-M., and Burrows, S.A. (2011). Patient perceptions of the potential lethality associated with deliberate self-poisoning. *Emerg. Med. Australas. Ema* 23, 580–586.

Voaklander, D.C., Rowe, B.H., Dryden, D.M., Pahal, J., Saar, P., and Kelly, K.D. (2008). Medical illness, medication use and suicide in seniors: a population-based case-control study. *J. Epidemiol. Community Health* 62, 138–146.

Vozoris, N.T., and Leung, R.S. (2011). Sedative medication use: prevalence, risk factors, and associations with body mass index using population-level data. *Sleep* 34, 869–874.

Weisman, A.D., and Worden, J.W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch. Gen. Psychiatry* 26, 553–560.

Wunsch, M.J., Nakamoto, K., Behonick, G., and Massello, W. (2009). Opioid deaths in rural Virginia: a description of the high prevalence of accidental fatalities involving prescribed medications. *Am. J. Addict. Am. Acad. Psychiatr. Alcohol. Addict.* 18, 5–14.

Xiang, K., Earl, D.E., Davis, K.M., Giovannucci, D.R., Greenfield, L.J., Jr, and Tietz, E.I. (2008). Chronic benzodiazepine administration potentiates high voltage-activated calcium currents in hippocampal CA1 neurons. *J. Pharmacol. Exp. Ther.* 327, 872–883.

Zech, E., Luminet, O., Rimé, B., and Wagner, H. (1999). Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analyses of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Eur. J. Pers.* 13, 511–532.

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation, indications et prescription des benzodiazépines

1. Présentation et indications des benzodiazépines

1.1 Mode d'action

Les benzodiazépines et apparentés, ainsi que les barbituriques interagissent avec le récepteur GABA-A. Ce sont des activateurs allostériques qui se lient chacun sur des sites spécifiques du GABA-A pour augmenter son affinité en augmentant la conductivité des ions chlorures (Campo-Soria et al., 2006). Il existe plusieurs sous types de récepteurs GABA-A (McKernan and Whiting, 1996), et les différents effets comportementaux induits par les benzodiazépines et apparentés suggèrent une activité sur différents sous types (Rowlett et al., 2005; Rudolph et al., 2001). Les récepteurs GABA-A du système nerveux central sont des pentamères composés de sous unités. La majorité des récepteurs se composent des sous unités α , β , et γ , et les benzodiazépines classiques se lient sur un site à l'interface entre la sous unité γ_2 et une des sous unités α_1 , α_2 , α_3 , ou α_5 . L'action des benzodiazépines semble être liée à la présence des sous unités α : l'effet sédatif des benzodiazépines serait dû à la stimulation des récepteurs α_1 GABA-A (Rudolph et al., 1999), l'effet anxiolytique et myorelaxant à celle des récepteurs α_2 GABA-A et α_3 GABA-A (Crestani et al., 2001; Dias et al., 2005; Löw et al., 2000). Les récepteurs α_5 GABA-A, situés surtout dans l'hippocampe joueraient plutôt un rôle dans la cognition et la mémoire (Collinson et al., 2002).

1.2 Bref historique des benzodiazépines

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle on utilisait l'opium ou encore l'alcool comme sédatifs. Ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle que sont apparus les barbituriques. Classés selon leur

durée d'action : longue, courte ou très courte, ils ont des propriétés hypnotiques et anxiolytiques, mais rapidement on a vu se développer une tolérance et une dépendance envers ces molécules, entraînant un mésusage et un abus (Cozanitis, 2004). Les principales complications des overdoses aux barbituriques sont la pneumonie et une instabilité cardiovasculaire avec un fort taux de mortalité (Goodman et al., 1976). Par conséquent, en 1945 aux Etats Unis a été proposé un projet de loi visant à classer les barbituriques dans la même catégorie que les stupéfiants. En 1971, le traité Américain des substances contrôlées a été appliqué, classant les stupéfiants (dont les barbituriques) en cinq classes (« schedules ») selon leur potentiel d'abus.

Le meprobamate a précédé le chlordiazepoxide puis le diazepam dans les années 1960. C'est le début des benzodiazépines (Jacobsen, 1986), qui ont connu un véritable engouement, connues sous la dénomination de « happy pills », et dont la vente a explosé entre 1965 et 1970. Considérées comme ayant moins d'effets secondaires, et un niveau de sûreté élevé même en cas d'overdose chez les patients qui tentent de se suicider.

Puis ont été découverts des cas d'addiction et d'abus, des difficultés à l'arrêt et des syndromes de sevrage. Dans le monde entier les gouvernements ont donc mis en place des restrictions pour limiter leur utilisation (López-Muñoz et al., 2011).

1.3. Indications des benzodiazépines

Les benzodiazépines sont bien connues pour leurs propriétés anxiolytiques, hypnotiques, anti-convulsivantes et myorelaxantes. Les indications sont variées : troubles de l'anxiété généralisée, troubles paniques, troubles obsessionnels compulsifs, épilepsie, insomnies, et même en prémédication d'actes chirurgicaux ou autres actes invasifs.

1.4 Principales molécules

1.4.1 Benzodiazépines classiques

Les benzodiazépines sont donc très prescrites en tant qu'anxiolytiques et hypnotiques car elles sont bien tolérées, agissent rapidement et ont des demi-vies variables de l'une à l'autre. On peut ainsi effectuer une classification pharmacocinétique en fonction de la demi-vie d'élimination, sachant qu'il faut aussi prendre en compte les variabilités inter individuelles. On classe donc les benzodiazépines selon si leur demi-vie est longue (24 heures ou plus) due soit à la molécule soit à un de ses métabolite actif, courte ou intermédiaire (de 5 à 24 heures), ou très courte (inférieure à 5 heures) (Greenblatt et al., 1981). Si la durée d'action est courte, la molécule sera plutôt utilisée comme hypnotique, si elle est longue, plutôt en tant qu'anxiolytique.

1.4.1 Les benzodiazépines apparentées

Apparues dans les années 1980, on les appelle les Z-Benzodiazépines. Ce sont entre autres : le zolpidem, le zaleplon, le zopiclone et son énantiomère l'eszopiclone. Le zolpidem et le zaleplon sont sélectifs de la sous unité $\alpha 1$ GABA-A (Sanna et al., 2002), alors que le zopiclone est moins spécifique. Structurellement, ces molécules ne se ressemblent pas : le zolpidem est une imidazopyridine, le zaleplon est une pyrazolopyrimidine et le zopiclone et l'eszopiclone sont des Cyclopyrrolones.

L'effet du zolpidem est distinct de celui des benzodiazépines car même s'il a des effets anxiolytiques, anticonvulsifs et myorelaxants, la dose nécessaire pour entraîner une sédation est plus faible (Sanger et al., 1987).

2. Modalités de prescription

2.1 Convention internationale

Depuis la Convention Unique des Stupéfiants des Nations Unies de 1961, les stupéfiants sont listés et contrôlés en fonction de leur potentiel d'abus et de leur risque addictif. Dix ans après a été signée la Convention de Vienne de 1971 sur les psychotropes qui suit le même schéma. Les benzodiazépines sont classées en tant que « schedule IV » : substance présentant un risque d'abus, menaçant peu le public avec une haute valeur thérapeutique.

Ainsi de manière générale, chaque pays contrôle de manière plus stricte stupéfiants et psychotropes en surveillant les prescriptions et dispensations afin de limiter au maximum les risques d'abus ou de détournement.

2.2 Etat des lieux à l'étranger

De manière générale, les recommandations incitent à une prescription sur le court terme. La législation concernant les modalités de prescription et de dispensation étant différente selon les pays, il est plus ou moins aisé d'obtenir des renouvellements sur une ordonnance.

Aux Etats Unis depuis 1989 dans certains états du nord, les benzodiazépines doivent être prescrites sur des triplicatas (un feuillet de l'ordonnance est gardée par le médecin, le deuxième par le pharmacien et le troisième par le département de la santé de New York), et la durée de l'ordonnance ne doit pas dépasser 30 jours (López-Muñoz et al., 2011).

2.2.1 Evolution des prescriptions à l'étranger

Aux Pays Bas, entre 1988 et 1998, la prescription de benzodiazépines de demi vie courte a augmenté tandis que celle des benzodiazépines de demi vie longue a diminué (van Hulst et al., 1998). En Australie, l'utilisation de benzodiazépines anxiolytique, hypnotique ou sédatives a de manière générale augmenté de 2002 à 2007 mais la prescription d'anxiolytiques a augmenté alors que la prescription d'hypnotiques a diminué pendant cette période (Hollingworth and Siskind, 2010). En Angleterre, le nombre de prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques est resté stable de 1998 à 2010 (Ilyas and Moncrieff, 2012).

Dans les pays nordiques, la consommation d'anxiolytiques a augmenté en Finlande, Islande et Norvège de 1997 à 2006 mais est en baisse au Danemark et en Suède depuis 1995. En revanche dans tous les pays, les benzodiazépines apparentées sont de plus en plus utilisées depuis leur introduction.

2.3 Etat des lieux en France

En France, la prescription des anxiolytiques est limitée à douze semaines, et celle des hypnotiques à quatre semaines (arrêté du 07/10/1991, journal officiel du 21/11/1991 du Code de la Santé Publique). Ce changement de législation fait suite à des nombreux cas de dépendance et de mésusage.

2.3.1 Evolution des prescriptions en France

Selon le Centre d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (« comment la consommation des benzodiazépines en France a-t-elle évolué de 2004 a 2009 ») : on note une

tendance à la baisse de la prescription des anxiolytiques mais une augmentation de la prescription d'hypnotiques. Les molécules les plus prescrites sont, parmi les anxiolytiques : le bromazepam, l'alprazolam, le lorazepam, et parmi les hypnotiques : le zolpidem, et le zopiclone.

Annexe 2 : Problématique de la surconsommation des benzodiazépines

1. Les acteurs de la prescription

Les médecins généralistes sont ceux qui prescrivent le plus de benzodiazépines, devant les psychiatres ou les autres spécialistes (Kjosavik et al., 2012; Pincus et al., 1998). En effet, ils sont en première ligne pour traiter les insomnies de plus en plus fréquentes des patients (Calem et al., 2012) et les cas d'anxiété transitoire (décès d'un proche, maladie...). Les spécialistes s'occupent des patients ayant un diagnostic psychiatrique avéré.

La difficulté de prescription des benzodiazépines au niveau des généralistes s'explique par le fait que le patient, ayant une demande concrète pour améliorer son quotidien (insomnie ou anxiété), attend un résultat rapide. Comme les benzodiazépines agissent rapidement, elles sont donc facilement prescrites car le médecin manque aussi de temps pour trouver d'autres solutions (Anthierens et al., 2007a).

Une étude anglaise montre que les médecins généralistes préfèrent répondre à un problème d'insomnie par une benzodiazépine, même si de manière générale ils n'y sont pas favorables, car ils se sentent mis sous pression par le patient (Siriwardena et al., 2010).

Les recommandations concernant une prescription sur une courte durée de ces molécules sont connues, mais n'empêchent pas que la plupart des patients, même âgés, restent sous benzodiazépines au long cours (Anthierens et al., 2007a; Siriwardena et al., 2010). La problématique de l'addiction et les nombreuses autres raisons des recommandations d'une utilisation sur le court terme sont alors ignorées, sous estimées ou méconnues.

Du côté de la prescription en milieu psychiatrique, l'exposition aux benzodiazépines est associée à des patients dont le niveau d'éducation est bas, avec un diagnostic de troubles affectifs et qui sont suivis depuis longtemps. L'interruption du traitement est plus rare si les

patients sont âgés, suivis depuis longtemps et si la prescription n'est pas associée à un anti psychotique ou un stabilisateur d'humeur (Veronese et al., 2007)

2. Facteurs associés à la prescription de benzodiazépines

La prévalence de l'utilisation des benzodiazépines est plus élevée chez les femmes, les personnes sans emploi, dans les cas de diagnostic d'anxiété et de troubles de l'humeur, et elle augmente avec l'âge (Lagnaoui et al., 2004).

Cette tendance est retrouvée dans de nombreux pays, mais on note une augmentation d'utilisation par les hommes, les personnes d'âge moyen et les personnes obèses (Vozoris and Leung, 2011).

3. Prescriptions inappropriées : long terme et personnes âgées

Malgré les recommandations, une fois qu'un patient commence à prendre des benzodiazépines, la consommation se poursuit souvent durant plusieurs mois voire plusieurs années (van Hulten et al., 2003; Neutel, 2005).

Les prescriptions sur le long terme sont le plus souvent issues d'un psychiatre, et à l'intention de personnes âgées ou de patients présentant des troubles mentaux (Fang et al., 2009).

Environ 50% des patients qui utilisent des benzodiazépines le font sur du long terme (période considérée comme étant supérieure à trois mois). Alors que les patients dans des tranches d'âge jeunes (jusqu'à 40 ans) utilisent des benzodiazépines majoritairement sur du court terme, les patients à partir de 40 ans ont plus de risque de prendre des benzodiazépines sur du long terme. Ce sont surtout des femmes, de revenu faible, avec des pathologies chroniques et souvent sous anti-dépresseur (Cunningham et al., 2010; Neutel, 2005).

Un quart des personnes âgées de plus de 75 ans consomment une ou plusieurs benzodiazépines, et l'utilisation croît avec l'âge. Les molécules de demi-vie intermédiaires sont utilisées par des femmes poly-médicamentées et souvent en association avec d'autres psychotropes. Les benzodiazépines apparentées sont plus prescrites aux hommes plus jeunes, souvent sans association avec d'autres psychotropes (Johnell and Fastbom, 2009).

4. Le risque de la prescription au long cours

4.1 Addiction

D'après la définition du DSM IV-TR, la dépendance à une substance est consécutive à :
« une utilisation inadaptée d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

- Tolérance manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication ou un effet désiré ou par une diminution des effets à dose consommée constante,
- Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence, évités ou améliorés par une nouvelle prise de la substance,
- Prise de la substance en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu,
- Un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation,
- Beaucoup de temps passé à utiliser ou à se procurer la substance,
- Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause de l'usage de la substance,

- Continuer à utiliser malgré la connaissance des risques pour la santé.

On parle de dépendance physique lorsqu'une tolérance et un syndrome de sevrage surviennent. »

Dans la CIM-10 de l'OMS, la dépendance aux benzodiazépines est classée dans le groupe « troubles mentaux ou comportementaux dus à l'usage d'une substance psychoactive », et spécifiée comme « dépendance liée à un sédatif, hypnotique ou anxiolytique ».

Le « pouvoir addictif » des benzodiazépines est tout de même relativement inférieur par rapport aux « drogues dures ». Parmi les différentes études, on retrouve surtout une tolérance (chez l'homme et l'animal) (Griffiths and Weerts, 1997), un syndrome de sevrage (Authier et al., 2009), une envie irrésistible de prendre le produit (craving)(Mol et al., 2005).

L'étiologie de l'addiction aux benzodiazépines passe par des facteurs internes et externes. Parmi les facteurs externes, on peut citer une durée et une fin de traitement indéterminée dès le début de la prescription, une absence d'information claire quant à la susceptibilité des benzodiazépines d'induire une dépendance, une utilisation irréfléchie ou encore une prescription par manque d'alternatives (psychothérapie, anti-dépresseurs).

Parmi les facteurs internes, on peut retenir le veuvage surtout pour les femmes, l'anxiété, la dysthymie, l'alcoololo dépendance (Authier et al., 2009).

Le sous récepteur $\alpha 1$ GABA_A est responsable du potentiel addictif des benzodiazépines. Une meilleure connaissance de celui-ci pourrait amener à terme à des molécules ayant les avantages pharmacothérapeutiques des benzodiazépines sans risque de dépendance (Lalive et al., 2011; Tan et al., 2010).

4.2 Autres risques

La prescription prolongée et/ou à des personnes âgées peut, en dehors de l'addiction aux molécules, poser d'autres problèmes.

4.2.1 Risque d'aggravation du déclin cognitif

Chez des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, les psychotropes et en particulier les benzodiazépines induisent une aggravation (déclin cognitif et fonctionnel) plus rapide de la maladie et une progression plus rapide de la démence (Rosenberg et al., 2012).

Dans une étude sur 10 ans d'une population d'adultes jeunes, il a été mis en évidence qu'une consommation prolongée de benzodiazépines avait un impact négatif sur les performances cognitives des femmes, notamment la mémoire à long terme (Boeuf-Cazou et al., 2011). Il existe une controverse sur la place des benzodiazépines dans le développement de la maladie d'Alzheimer, mais il semble que les patients ayant un traitement au long terme par benzodiazépine aient un risque deux fois plus élevé de démence (Chen et al., 2012).

4.2.2 Risque de chute et de fractures chez les personnes âgées

Dans la même population, dès l'introduction d'une benzodiazépine dans le traitement du patient âgé, le risque de chute et de fracture augmente (Modén et al., 2010).

4.2.3 Risque augmenté d'accidents de la voie publique

On retrouve une augmentation du risque d'accidents de la voie publique, en particulier chez les personnes jeunes ou d'âge moyen utilisant des benzodiazépines de demi-vie intermédiaire (Ravera et al., 2011).

Une étude Australienne montre que les personnes sortantes des urgences 48 heures après avoir effectué une overdose avec des médicaments dépresseurs du système nerveux central présentent une détérioration de leurs capacités cognitives pour la conduite (Dassanayake et al., 2012).

4.2.4. Risque augmenté de la mortalité

On retrouve une augmentation du risque de mortalité chez les personnes âgées consommant des benzodiazépines par rapport à celles n'en consommant pas (Gisev et al., 2011).

Ce même risque est rapporté dans une population d'âge moyen utilisant les benzodiazépines de manière journalière (Hausken et al., 2007).

5. Difficultés de sevrage

Devant une dépendance aux benzodiazépines (suite à une utilisation au long cours ou à de nombreuses utilisations répétées), la question du sevrage se pose. Un sevrage progressif est préférable à un arrêt brutal du traitement, qui favorise le rebond d'anxiété et/ou un syndrome de sevrage (les deux sont parfois difficiles à distinguer) (Vicens et al., 2006). L'intensité et la durée du syndrome de sevrage dépendent de la dose et de la durée d'utilisation du produit, et de la demi-vie de la benzodiazépine utilisée. Le syndrome de sevrage peut apparaître au bout

de 24 heures si la benzodiazépine est d'action courte et au bout de plusieurs semaines si elle est d'action longue. Les symptômes peuvent atteindre leur intensité maximale en 3 jours à deux semaines, et peuvent durer jusqu'à six semaines. Parmi les symptômes les plus courants, on retrouve : anxiété, dépression, symptômes de panique : palpitations, sueurs, tremblements, nausées, hyperventilation, céphalées, tension. Plus rarement sont retrouvés: cauchemars, hallucinations, crise d'épilepsie, psychose, hyper sensibilité aux bruits ou autres sensations, ataxie (Ferguson, 2012).

6. Perception des soignants et des patients

6.1. Perception des médecins généralistes

Une étude Belge a interrogé les médecins généralistes quant au traitement du stress, de l'anxiété et de l'insomnie. Il en ressort que la moitié des médecins pensent que si le patient ne reçoit pas d'ordonnance, il ne sera pas pris au sérieux, et qu'il ira voir un autre médecin. Presque la totalité des répondants informent le patient du risque de dépendance lors d'une prescription de benzodiazépines mais 25% ne voient pas d'inconvénient à prescrire sur le long terme tant que le patient ne ressent pas d'effet indésirable et que son quotidien est amélioré.

Pour la moitié des médecins interrogés, l'approche non pharmacologique du traitement de l'anxiété, du stress ou de l'insomnie est difficilement applicable car cela prend du temps, coûte cher et le patient est difficilement motivable (Anthierens et al., 2010).

6.2. Perception des patients

Les études concernant la perception des patients quant à la prescription de benzodiazépines sont peu nombreuses et incluent de faibles effectifs de participants. Le patient devant une situation de stress a besoin d'une résolution rapide de son problème et demande souvent « quelque chose », sous entendu « un médicament ». Il ne veut parfois pas entendre le risque de dépendance car la résolution de son problème est plus urgent et il minimise la prise du médicament : faible dose, uniquement en « si besoin »... La dimension non pharmacologique et la proposition d'une psychothérapie sont souvent refusées par le patient car il ne se considère pas comme « malade » (Anthierens et al., 2007b).

D'une manière générale, plus les patients prennent des benzodiazépines depuis longtemps, moins ils ont envie d'arrêter. La plupart n'ont aucune motivation à stopper leur consommation car ils n'en voient pas l'intérêt. Le syndrome de sevrage à court terme ne freine pas les patients mais c'est plutôt une rechute sur le long terme qui les pousse à continuer le traitement. La plupart du temps l'entourage du patient n'étant pas au courant de la prise de médicament, il n'y a pas de pression sociale encourageant le patient à diminuer sa consommation (Ten Wolde et al., 2008).

Annexe 3 : Distinction des tentatives de suicide, ingestions médicamenteuses volontaires et overdoses.

1. Les suicides et tentatives de suicide

« Le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale. » selon la définition de l'OMS dans le Rapport sur la santé dans le monde en 2001. Les méthodes de suicide choisies varient largement selon le sexe, mais aussi selon les pays, en fonction de l'accessibilité et de la disponibilité des moyens utilisés (Ajdacic-Gross et al., 2008; Large and Nielssen, 2010) : l'intoxication par des pesticides est plus répandue dans les pays en développement que dans les pays développés, les intoxications médicamenteuses volontaires sont les plus fréquentes dans les pays nordiques et en Angleterre, et l'utilisation des armes à feu prime surtout aux USA (Ajdacic-Gross et al., 2008; Large and Nielssen, 2010).

Sur 16 pays d'Europe, la méthode de suicide la plus utilisée reste la pendaison pour les deux sexes. En seconde place : les méthodes plus violentes comme les armes à feu restent plus utilisées pour les hommes, tandis que les femmes se tournent plus fréquemment vers l'intoxication médicamenteuse volontaire (Värnik et al., 2008).

Définition d'une tentative de suicide par l'OMS (Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide 1986) :

« Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les auto-mutilations répétées et les refus de s'alimenter. »

Beaucoup de termes sont utilisés dans la littérature afin de caractériser les différents comportements. Ainsi, on parle de « parasuicide » dont le but ne serait pas la mort mais une sorte d'appel au secours. Le « parasuicide » regroupe les gestes d'autodestruction, « Déliberate Self Harm » en anglais, à partir desquels on peut distinguer : « Deliberate Self Poisoning » (IMV) ou « Deliberate Self Injury » (automutilation).

Néanmoins tous ces comportements semblent liés les uns aux autres : il est fréquent que les patients (adolescents ou adultes) qui s'automutilent sans intention suicidaire aient des antécédents de tentatives de suicide (Andover and Gibb, 2010; Nock et al., 2006).

De plus, les antécédents d'autodestruction augmentent la probabilité de décès par suicide, surtout dans la première année suivant l'épisode (Cooper et al., 2005; Hawton et al., 2003).

2. Les intoxications médicamenteuses volontaires

Parmi les méthodes d'autodestruction citées ci dessus, l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est la plus utilisée (Hawton et al., 2003).

En France, très peu d'études épidémiologiques sont effectuées concernant les IMV et les substances utilisées pour celles ci.

En revanche à l'étranger, les IMV sont régulièrement documentées, notamment dans les pays européens comme l'Italie (Mauri et al., 2005), Espagne (Rodríguez et al., 2007), Royaume Uni (Camidge et al., 2003; Lamprecht et al., 2005; Prescott et al., 2009), aux USA (Coben et al., 2010), et en Australie (Hutton et al., 2010).

Il faut faire la distinction entre les IMV qui peuvent être des actes impulsifs avec utilisation de produits « sous la main » : paracétamol en vente libre, médicaments prescrits... et les tentatives de suicides avec préméditation (préparation, lettre, scénario établi).

2.1 Les molécules utilisées pour les IMV

Mis à part au Royaume Uni, où les analgésiques non opioïdes, et principalement le paracétamol (acetaminophen), sont les médicaments les plus utilisés dans les IMV (Camidge et al., 2003; Cook et al., 2008; Lamprecht et al., 2005; Prescott et al., 2009), dans les autres pays les patients utilisent plutôt les substances psychotropes et tout particulièrement les benzodiazépines et les antidépresseurs qui sont les molécules les plus largement utilisées (Hovda et al., 2008; Mauri et al., 2005; Rodríguez et al., 2007).

2.2 Provenance des médicaments utilisés pour les IMV

Etant donné que la plupart des substances ingérées sont disponibles uniquement sur ordonnance, certaines études ont posé la question de la provenance des médicaments. Les patients s'intoxiquant avec des médicaments qui ne sont pas en vente libre les obtiennent soit via une prescription qui leur est destinée, soit via la prescription d'une connaissance (Coben et al., 2010; Lamprecht et al., 2005; Mauri et al., 2005; Tournier et al., 2009; Vlad et al., 2011)

2.3 Population concernée par les IMV

Des molécules telles que les benzodiazépines ou encore les antidépresseurs ont des indications bien particulières ce qui conduit souvent vers un profil spécifique de patients.

En effet on observe une redondance dans de nombreuses études concernant les intoxications médicamenteuses volontaires : la proportion de femmes est plus élevée (Camidge et al., 2003; Cook et al., 2008; Mauri et al., 2005; Prescott et al., 2009; Rodríguez et al., 2007), des antécédents de répétition du geste sont retrouvés (Ajdacic-Gross et al., 2008; Andover and Gibb, 2010; Mauri et al., 2005), et l'âge moyen de l'occurrence est plus jeune chez les femmes (20-30 ans) que chez les hommes (30-40ans) (Mauri et al., 2005; Prescott et al., 2009; Rodríguez et al., 2007).

Trois études relèvent un rapport molécule utilisée/âge du patient : dans la première il est retrouvé que les patients jeunes utilisent plutôt du paracétamol, et que l'utilisation des antidépresseurs en overdose augmente avec l'âge et atteint un plateau (25-54ans) puis décline à partir de 55 ans, tandis que les intoxications avec les benzodiazépines augmentent de manière constante avec l'âge (Hawton et al., 2007). Dans les deux autres, il est indiqué que les risques de prendre des benzodiazépines augmente avec l'âge (Hutton et al., 2010; Vlad et al., 2011).

Un diagnostic psychiatrique est bien souvent aussi retrouvé : les troubles de l'humeur (dépression majeure) en premier lieu, devant la dépendance/abus de substances et les troubles de la personnalité (Mauri et al., 2005; Rodríguez et al., 2007; Vlad et al., 2011)

Les spécialités ingérées varient en fonction des pays (Isbister et al., 2004), des habitudes de prescriptions (Isbister et al., 2004; Tournier et al., 2009) et du « profil de patients ».

En effet, les benzodiazépines sont des molécules considérées comme ayant un faible potentiel addictif (Carter et al., 2006; Gillespie et al., 2007; Tan et al., 2010) mais une utilisation sur le long terme (Lalive et al., 2011; Xiang et al., 2008) ou chez une population particulière comme les toxicomanes entraîne une dépendance et un abus (BIBOULET et al.; Minett et al., 2010; Poisnel et al., 2009; Ross and Darke, 2000; Segura et al., 2001).

Le potentiel addictif des benzodiazépines peut être exacerbé chez les toxicomanes ou les personnes ayant des antécédents d'addictions ou d'abus de substances (alcool, héroïne)(Jaffe et al., 2004; Ross and Darke, 2000).

2.4 Les Benzodiazépines les plus utilisées

On peut tenter de distinguer les benzodiazépines les plus « abusées » en fonction du profil du patient : les toxicomanes préfèrent des benzodiazépines de courte durée d'action (Poisnel et

al., 2009; Segura et al., 2001) comme le flunitrazépam pour renforcer un effet de « boost » ou « high » en plus d'un traitement substitutif (méthadone ou buprénorphine) ou de l'héroïne (Ross and Darke, 2000). Ainsi dans les analyses toxicologiques suivant les overdoses dues aux opioïdes, on retrouve de manière concomitante plusieurs substances et particulièrement les benzodiazépines (Minett et al., 2010). La tendance du flunitrazépam est néanmoins à la baisse depuis des modifications législatives qui ont entraîné une modification de la formulation ainsi qu'une baisse du nombre de comprimés par boîte, celui-ci est donc de plus en plus remplacé par des molécules plus disponibles comme l'alprazolam par exemple (Poisnel et al., 2009; Segura et al., 2001).

2.5 Pourquoi les benzodiazépines font elles partie des médicaments les plus retrouvés lors des IMV ?

Tout d'abord, on peut reprendre les paragraphes précédents : l'abus de substances est un facteur de risque de tentatives de suicides, et la poly addiction comprend souvent les benzodiazépines, ce qui peut partiellement expliquer la prévalence de cette classe de médicaments.

Ensuite, quelques études ont été effectuées, mais chez les séniors, concluant à une augmentation du risque suicidaire chez les patients prenant des benzodiazépines. Le phénomène serait du à une augmentation de l'agressivité, ainsi que l'accès à un moyen suicidaire grâce à une prescription (Carlsten and Waern, 2009; Voaklander et al., 2008). Ce dernier argument paraît faible étant donné la poly médication fréquente des personnes âgées dans les pays développés.

En revanche, l'argument de l'agressivité provoquée par les benzodiazépines est retrouvé de nombreuses fois dans la littérature (Berman et al., 2005; Giegling et al., 2009). Ainsi on peut

se demander si une synergie entre l'abus de substances et impulsivité/agressivité ne peut pas conduire au comportement suicidaire.

3. Les overdoses

En plus de la distinction entre suicide et parasuicide, nous sommes amenés à séparer les IMV des overdoses et des accidents. On appelle « overdose l'utilisation d'une substance dans une proportion telle qu'il se produit un effet physique ou mental inverse à ce qui était attendu ». L'overdose volontaire est un moyen courant de suicide ou de tentative de suicide. Statistiquement, les overdoses utilisant des substances licites sont plus courantes que celles utilisant des drogues illicites. Une overdose peut provoquer un effet transitoire ou permanent, ou même la mort, la dose mortelle variant d'une substance à l'autre, d'un individu à l'autre ainsi qu'en fonction des circonstances (Hutton et al., 2010).

Nous sommes donc amenés à distinguer les overdoses qui sont le plus souvent liées à la consommation abusive de substances, licites ou illicites dans un but récréatif (Bohnert et al., 2010; Buykx et al., 2011), et les intoxications médicamenteuses volontaires que l'on peut distinguer en fonction de l'intentionnalité suicidaire.

Chez les toxicomanes, les overdoses sans intention suicidaire sont les plus retrouvées (Maloney et al., 2009). Les patients les plus sujets aux tentatives de suicide par overdose dans cette population sont plutôt : des femmes, les sujets aux antécédents d'abus dans l'enfance ou présentant des troubles psychiatriques (dépression, anxiété, troubles bipolaires).

Les toxicomanes sont plus à risque d'overdose de part la co-utilisation de plusieurs substances, comme les benzodiazépines par exemple (Seymour et al., 2003; Wunsch et al., 2009). A savoir que les patients présentant une poly-addiction sont plus à risque de tentative de suicide (Maloney et al., 2007).

Annexe 4 : La répétition du geste suicidaire et la prévention

1. Le risque de répétition et d'escalade du geste suicidaire

Après leur première IMV, les patients sont plus à risque de répéter leur geste (Bjornaas et al., 2010; Heyerdahl et al., 2009b; Mauri et al., 2005; Owens et al., 2005), ainsi que de compléter leur geste après une répétition ultérieure (Harriss et al., 2005; Lilley et al., 2008; Mauri et al., 2005; Owens et al., 2002, 2005), surtout dans l'année (Harriss et al., 2005; Heyerdahl et al., 2009b; Kapur et al., 2004).

En France entre 2004 et 2007, 15,9% des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour tentative de suicide, et le nombre moyen de séjours était de 2,70 (IC95% (2,68-2,72)) (Christine Chan-Chee, Delphine Jezewski-Serra, 2011).

Comme cette tendance à la répétition est bien connue, des moyens ont été développés afin de la restreindre au maximum en intervenant à la sortie de l'hospitalisation pour garder contact avec le patient comme par exemple l'envoi de cartes ou des appels téléphoniques...(Carter et al., 2005b, 2007; Kapur et al., 2004; Vaiva et al., 2006b)

2. Tentatives de restriction de l'utilisation des benzodiazépines

La surconsommation, l'utilisation sur le long terme en opposition aux recommandations et la prévalence des benzodiazépines dans les IMV montrent l'intérêt de rechercher des solutions pour diminuer les prescriptions et contrôler la délivrance.

En Allemagne, les benzodiazépines ont été exclues de la liste des médicaments remboursés, mais cela n'a entraîné qu'un déclin modéré des prescriptions dans les cas d'insomnie et d'anxiété (Hoebert et al., 2012).

Au Danemark, la diminution de l'utilisation des benzodiazépines a été plus marquée en arrêtant les prescriptions par téléphone, les limitant seulement aux consultations et à un mois (Jørgensen and Toft, 2010).

La diminution de l'utilisation sur le long terme peut passer par l'envoi de lettres du médecin généraliste au patient, ou la programmation de consultations courtes et régulières, afin d'instaurer une décroissance dans le traitement puis un arrêt (Mugunthan et al., 2011).

3. Autres moyens de prévention du risque suicidaire

Par conséquent, la prévention doit jouer sur la disponibilité des différents moyens utilisés : détoxification du gaz de maison, diminution de la quantité de monoxyde de carbone contenu dans les gaz d'échappement, restriction dans le commerce des armes à feu, limitation du nombre de comprimés de paracétamol dans les boîtes, retrait des barbituriques et du dextropropoxyphène (Florentine and Crane, 2010; Mann et al., 2005; Nordentoft, 2007; Nordentoft et al., 2006).

La prévention des suicides via la restriction des moyens utilisés contribue au déclin général des taux de suicide mais peut néanmoins résulter en la substitution d'un moyen par un autre si la disponibilité du moyen de prédilection est supprimée (Ajdacic-Gross et al., 2008; Daigle, 2005; Gunnell et al., 2000; Nordentoft et al., 2006). La détoxification du gaz de maison a entraîné une baisse générale des taux de suicide mais il n'a pas été observé d'augmentation dans le choix d'autres moyens de suicide. En revanche, avec la diminution du nombre de suicides par arme à feu, le nombre de décès par pendaison a augmenté.

Dans le cadre des IMV, les actions peuvent être mises en place sur différents tableaux. Pour éviter le détournement et l'abus des stupéfiants, il a été mis en place des dispositifs de

surveillance informatique (Manchikanti et al., 2005; Simoni-Wastila and Tompkins, 2001). La diminution du nombre de comprimés dans les boîtes de paracétamol en Angleterre devrait permettre un déclin du nombre d'IMV (Hawton et al., 2004; Robinson et al., 2000). Dans le même sens, la limitation de la quantité de médicaments délivrés fait l'objet d'hypothèse en conclusion de certains articles pour diminuer le nombre d'IMV (Fedyszyn et al., 2011; Large and Nielssen, 2010).

Une solution pour limiter le nombre de réadmissions pour IMV serait le fractionnement sur le même modèle que les médicaments opiacés et en particulier les médicaments de substitution : buprénorphine, méthadone. Les restrictions appliquées aux prescriptions sont différentes selon les pays, avec un but commun : permettre au patient une liberté par rapport à son traitement en gardant un équilibre entre adhérence au traitement et diminution du nombres d'overdoses et des cas de détournement.

En effet, le nombre d'overdoses à la méthadone est un risque réel (Simonsen et al., 2011), surtout chez les patients qui ne font pas partie d'un programme de substitution (Heinemann et al., 2000), d'ou parfois un problème d'adhérence au traitement avec détournement et revente de la méthadone.

Afin de diminuer les problèmes de détournement et d'overdoses, des restrictions ont été mises en place pour la délivrance des traitements de substitution : dans certains pays, une supervision journalière du traitement est indispensable les premiers mois, avant une délivrance sans supervision qui passe d'une délivrance pluri-hebdomadaire à une fois par semaine (Dunn et al., 2009). Les « doses à emporter » permettent une plus grande liberté et facilitent une réinsertion sociale, mais aussi le détournement (Heinemann et al., 2000; Nosyk et al., 2010).

4. Problématique du coût de prise en charge des IMV et intérêt de la prévention

Les études sont plutôt rares et varient selon le pays d'origine, les coûts de santé étant différents des uns aux autres.

Néanmoins, au niveau national au Japon, une étude a inclus toutes les intoxications médicamenteuses (accidentelles, volontaires et inconnues). Le bilan annuel prenant en compte 703 hôpitaux est revenu à 66 millions de dollars, soit environ 51,3 million d'euros (Okumura et al., 2012).

En Angleterre, en prenant en compte seulement un hôpital et les cas d'ingestions médicamenteuses volontaires le bilan est de 1,6 million pounds, soit environ 1,9 million d'euros (Prescott et al., 2009).

A chaque fois sont pris en compte les cas de répétitions du geste, et il est retrouvé que plus le nombre de répétition d'IMV augmente, plus le coût de l'hospitalisation augmente par tranche de six mois.

C'est donc dans cette perspective de prévention secondaire de la récurrence suicidaire que nous avons considéré les conduites suicidaires répétées, via l'ingestion de psychotropes et en particulier de benzodiazépines. Nous avons appliqué le modèle de fractionnement utilisé avec les traitements substitutifs aux opiacés, chez ces patients aux antécédents de conduites suicidaires répétées par intoxication médicamenteuse volontaire. Nous avons fait l'hypothèse que la prescription d'une délivrance fractionnée des psychotropes en post-critique, notamment durant les six premiers mois après un geste suicidaire, permettrait de limiter la récurrence d'une IMV, mais aussi de limiter les composantes anxieuses, impulsives et/ou compulsives.

Annexe 5 : Protocole détaillé de l'étude, méthodologie

1. Population

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature concernant les conséquences psychologiques et économiques d'une délivrance fractionnée de psychotropes chez des patients suicidants. Théoriquement, nous avons prévu d'inclure 60 patients, répartis en deux groupes de 30 après tirage au sort du mode de délivrance des médicaments. Les résultats présentés sont des résultats préliminaires en raison du faible nombre de patients recrutés.

2. Méthodologie : Description des investigations

Cette étude expérimentale prospective a été réalisée de façon randomisée, afin de pouvoir recueillir une évaluation comparative chez chaque patient des conséquences des deux modalités de prescription.

La population d'étude a été répartie de façon aléatoire en 2 groupes de patients. La répartition des patients dans les deux groupes s'est faite par tirage au sort, ainsi chaque patient a bénéficié d'une prescription fractionnée hebdomadaire ou d'une prescription non fractionnée mensuelle. La durée de suivi devait être de 6 mois afin de couvrir la période la plus à risque de récurrence suicidaire (Harriss et al., 2005; Heyerdahl et al., 2009b; Kapur et al., 2004). Elle a finalement été de 3 mois pour tous les patients, et de 6 mois pour certains d'entre eux. Aucun chevauchement d'ordonnance n'a été autorisé. Nous avons pris contact avec les médecins prescripteurs référents afin de les informer de l'inclusion de leur patient et des règles de prescription à instaurer durant les six mois d'évaluation.

Nous avons rencontré les patients dans les suites immédiates de leur entrée aux urgences dans leur service d'hospitalisation. Si les patients correspondaient aux critères d'admission, nous leur proposons de participer au protocole d'étude et en cas d'acceptation, nous débutons immédiatement l'évaluation clinique. Les évaluations cliniques se sont déroulées en deux parties, avec dans un premier temps un entretien semi-structuré puis dans un deuxième temps, les entretiens ont été consacrés à l'évaluation psychométrique.

A 3 et 6 mois, le nombre de récurrences d'IMV et d'hospitalisations a été comparé.

i. Entretien semi-structuré :

- Statut clinique du sujet et traitements antérieurs : traitements qu'ils peuvent avoir reçus antérieurement pour les troubles addictifs et psychiatriques (distinction entre traitements psychothérapeutiques, chimiothérapeutiques ; âge de début, durée), consommation vie entière de médicaments psychotropes (tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs) avec ou hors prescription.
- Données socio-économiques et événements de vie (questionnaire anamnestique expérimental)
- Parcours suicidaire : Nombre de TS et IMV, produits utilisés, âge, antécédents d'automutilations/scarifications.
- Parcours addictologique : molécule utilisée, âge de début, abus, dépendance.

ii. Entretien structuré :

- Echelle d'évaluation psychiatrique : MINI 5.0
- Questionnaire de diagnostic des troubles de la personnalité : PDQ-4+
- Etude des dimensions fondamentales de la personnalité selon le modèle de Cloninger, version révisée : TCI-R

- Echelle d'impulsivité : BIS 11
- Echelle de désespoir : échelle H
- Alexithymie : TAS 20
- Critères d'addiction de Goodman (évaluation de la dimension dépendance/
compulsion concernant l'addiction)
- Echelle d'intentionnalité et de létalité suicidaires.

Annexe 6 : Echelles d'évaluation clinique

Les échelles cliniques peuvent être divisées en deux catégories : l'évaluation sociodémographique d'une part et psychopathologique d'autre part. Elles permettent une comparaison des patients à une population de référence : population générale ou ayant une pathologie. De plus, elles représentent un jugement clinique codifié pour évaluer un certain nombre de variables cliniques.

Les tests psychométriques sont donc des instruments objectifs (standardisés et étalonnés) d'évaluation d'une variable psychologique par l'intermédiaire d'une mesure qui repose sur le comportement du sujet. En pratique clinique, ils permettent un dépistage où du moins une aide au diagnostic.

MINI version 5

Le « Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) » (Sheehan et al., 1998) explore de manière standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV. Il contient 120 questions réparties en 16 modules, et permet d'explorer les troubles psychiatriques suivants : A : Episode dépressif majeur (EDM), B' : EDM avec caractéristiques mélancoliques, B : Dysthymie, C : Risque suicidaire, D : Episode (hypo)maniaque, E : Trouble panique, F : Agoraphobie, G : Phobie sociale, H : Trouble obsessionnel-compulsif, I : Etat de stress post-traumatique, J : Alcool (dépendance, abus), K : Drogues (dépendance, abus), L : Troubles psychotiques, M : Anorexie mentale, N : Boulimie, O : Anxiété généralisée. Selon les modules, l'évaluation porte sur la vie entière ou la situation actuelle. Les réponses sont dichotomiques. La durée de passation est brève (moyenne 18,7min+/-11,6 ; médiane 15 minutes). Sur le plan des qualités métrologiques, le MINI a été comparé au SCID-I/P (Sheehan et al., 1997) et au CIDI (Lecrubier et al., 1997). La sensibilité

variait entre 45% et 96%, la spécificité entre 86% et 100% avec des coefficients kappa de concordance compris entre .43 et .49. Ce test a l'intérêt de faire l'inventaire des principaux troubles psychiatriques, en un minimum de temps, comparativement aux autres échelles, aux dépens pour certains auteurs d'une plus faible spécificité. Cependant le MINI reste un bon outil de dépistage.

Echelle d'impulsivité : BIS 11

La **BIS-11** (Echelle d'Impulsivité, Patton et coll. (1995)) représente une version abrégée de la BIS-10, et améliorée sur le plan de ses qualités psychométriques. Elle comprend 30 items cotés sur une échelle en quatre points, de « rarement ou jamais » côté 1, à « presque toujours ou toujours » côté 4. Trois dimensions sont recherchées (Patton et al., 1995) :

- la dimension d'impulsivité attentionnelle
- la dimension d'impulsivité motrice
- la dimension de difficulté de planification

Les coefficients de consistance interne sont satisfaisants. Les moyennes obtenues dans l'étude de Patton et al. (1995) sont les suivantes :

- étudiants : 63,82 (10,17)
- sujets psychiatriques : 71,37 (12,61)
- sujets ayant des troubles d'addiction : 69,26 (10,28)
- prisonniers hommes : 76,30 (11,86).

L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer une dimension impulsive postulée indépendante de l'anxiété tout en n'évaluant pas des dimensions de la personnalité proches telles que la recherche de sensations, la prise de risque et l'extraversion.

L'intérêt de l'évaluation de cette dimension réside dans le fait qu'elle constitue un des facteurs psychopathologiques ayant un lien direct avec l'intentionnalité suicidaire.

Echelle de désespoir : échelle H

Ce questionnaire évalue une des deux dimensions psychopathologiques, avec l'impulsivité, prédictive du potentiel suicidaire. Cette échelle rend compte du dialogue interne du sujet, en particulier la difficulté à se projeter dans l'avenir, à travers la triade cognitive élaborée par Beck (1974) associant des considérations négatives sur soi, le monde extérieur et le futur. Elle rend compte du pessimisme du sujet. Ce questionnaire d'auto évaluation comporte 20 items, la réponse est dichotomique en vrai ou faux. Sur le plan psychométrique, l'échelle H possède une bonne consistance interne quelle que soit la version. Ce test présente de bonnes qualités psychométriques (Bouvard et al., 1992). D'après Beck, le score de 9 ou plus serait le seuil de l'intention suicidaire.

Alexithymie : TAS 20

Ce questionnaire évalue l'alexithymie selon trois dimensions (Zech et al., 1999) :

- « difficulté à identifier les sentiments »
- « difficulté à décrire ses sentiments aux autres »
- « pensée orientée vers l'extérieur »

Il s'agit d'un questionnaire à 20 items. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en 5 points. Les études de validation (Loas et al., 1996) retrouvent des qualités psychométriques correctes et l'étude française a permis de déterminer des notes seuils (Loas et al.) : les sujets alexithymiques auraient des notes supérieures ou égales à 56 et les sujets non alexithymiques des notes inférieures ou égales à 44.

Dimensions fondamentales de la personnalité : modèle de Cloninger : TCI-R (version révisée)

Le modèle de Cloninger (Cloninger, 1987) repose sur une approche dimensionnelle et qui comprend 4 variables de tempérament (aspect génétique de la personnalité) et 3 variables de caractère (part apprise de la personnalité, susceptible de se modeler continuellement en fonction des évènements). La dimension « recherche de nouveauté » serait sous l'influence de l'activité dopaminergique et serait lié au système de récompense (Pélissolo et al., 1998). Elle correspond à l'extraversion d'Eysenck ou à la recherche de sensations de Zuckerman. « L'évitement du danger » serait sous la dépendance du système sérotoninergique (Pélissolo et al., 1998) et correspond au névrosisme de Eysenck. La « dépendance à la récompense » serait sous l'influence de l'activité noradrénergique centrale et impliquerait l'attachement social. Enfin, la 4^{ème} dimension de tempérament correspond à la persistance. Parmi les 3 dimensions de caractère, on retrouve « la détermination » (maturité individuelle), « la coopération » (maturité sociale) et « la transcendance » (maturité spirituelle).

La version révisée a permis d'améliorer les qualités psychométriques du TCI (Pelissolo et al., 2005). Il comporte 240 items, l'échelle de cotation se faisant en 5 points.

Ce questionnaire a pour objectif l'évaluation de la personnalité, mais il a l'avantage d'être en lien avec le modèle biopsychosocial et a d'ailleurs été particulièrement utilisé pour rechercher des facteurs prédictifs de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Les études de validation ont par ailleurs permis de mettre en évidence des corrélations entre certaines dimensions fondamentales et les catégories de trouble de la personnalité. Enfin des notes seuils ont été déterminées, notamment 16 pour les dimensions recherche de la nouveauté et évitement du danger et 15 pour la dimension dépendance à la récompense (Pélissolo and Lépine, 2000).

Questionnaire de diagnostic des troubles de la personnalité : PDQ-4+

C'est un questionnaire qui a pour objectif l'évaluation des troubles de la personnalité selon les critères diagnostiques du DSM-IV et qui inclut les diagnostics additionnels des personnalités passive-agressive et dépressive (Hyler, 1994). Les items se présentent sous la forme vrai/faux. Le questionnaire est complété par une échelle de signification clinique afin de limiter les faux positifs. L'objectif est d'obtenir un résultat comparable aux entretiens structurés mais plus rapide. Les études de validation mettent en évidence essentiellement une propension non négligeable de faux positifs et la nécessité d'approfondir le questionnaire par l'entretien clinique. Certains auteurs proposent un indice de probabilité de détection d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité chez l'individu qui serait de 25 en population de prisonniers (Davison et al., 2001) et 28 en population psychiatrique (Fossati et al., 1998) (index général de perturbation de la personnalité).

Critères d'addiction de Goodman (évaluation des dimensions impulsivité/compulsivité de l'addiction)

D'après Goodman (Goodman, 1990) , l'addiction est déterminée par un comportement procurant normalement plaisir et soulagement et est caractérisée par deux modalités de fonctionnement : d'une part « l'incapacité du sujet à maîtriser ce comportement lors de chaque épisode (impulsivité : passage à l'acte en rapport avec l'angoisse ou la frustration), et d'autre part la perpétuation de ce comportement en dépit de ses conséquences négatives (compulsivité : nécessité interne à la répétition). »

Pour être spécifiée, le patient doit remplir obligatoirement 4 principaux critères et cinq sur neuf des critères supplémentaires sur une durée minimale d'un mois :

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée.

D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

- 1) Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
- 2) Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
- 3) Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
- 4) Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
- 5) Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
- 6) Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
- 7) Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
- 8) Tolérance marquée, besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
- 9) Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement

F/ Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Notre objectif est donc de faire passer cette échelle aux patients, mais ciblée sur la dernière ingestion médicamenteuse volontaire et de comparer les résultats aux différents temps d'évaluation.

L'échelle d'intentionnalité suicidaire, SIS (Suicidal Intent Scale) (Beck et al., 1974) évalue l'importance de l'intentionnalité suicidaire avant le passage à l'acte, chez des patients suicidants. Outil initialement de recherche, elle a été secondairement recommandée en clinique par la Conférence de Consensus sur la Crise suicidaire (2000). Cette échelle est constituée de 15 items, regroupés en deux parties : les items 1 à 8 correspondent aux circonstances objectives du geste suicidaire, et les items 9 à 15 se rapportent aux modalités subjectives du passage à l'acte, c'est-à-dire les conceptions du sujet sur son acte. Chaque item est coté de 0 à 2, avec un score total variant de 0 à 30.

Dans notre étude, la cotation a été effectuée d'après le modèle à 4 facteurs issu de l'analyse factorielle en composante principale réalisée par Misson (Misson, 2006) :

- Le facteur 1 regroupe les items 9, 10, 11, 12, 13, 14, et est appelé « Conceptions du sujet sur son acte ». Il correspond à l'intention de mourir consciente exprimée au décours du passage à l'acte. Un score élevé pour ce facteur signifie que le sujet avait clairement l'intention de mourir au moment de son geste.
- Le facteur 2 regroupe les items 5, 6, 7, 15 et est appelé « Préparation de la TS ». Il reflète le degré de préméditation associé à l'acte. Plus le score est élevé pour ce facteur, plus le geste suicidaire était prémédité et préparé.
- Le facteur 3 regroupe les items 1, 2, 3 et est appelé « Précautions actives contre la découverte ». Il évalue l'importance des précautions prises par le sujet pour éviter l'intervention d'un tiers : plus sa valeur est élevée, plus le sujet a pris de précautions afin de ne pas être découvert.
- Le facteur 4 regroupe les items 4 et 8 et est appelé « Recherche d'aide extérieure ». Il évalue la communication du patient avant, pendant ou après son geste : plus sa valeur est élevée, moins le sujet a cherché de l'aide (cotation de l'item 8 inversée).

La cohérence interne de l'échelle d'après cette analyse factorielle est satisfaisante (alpha de Cronbach > 0,70 pour les 3 premiers facteurs et 0,55 pour le facteur 4, cohérence interne globale de 0,80 pour l'échelle SIS)(Misson, 2006) . Différentes études ont montré des résultats satisfaisants en terme de fidélité interjuge comprise entre 0,95 et 0,82, et ont confirmé la validité de construit(Beck et al., 1974).

La RRRS (Risk-Rescue Rating Scale, Weissman et Worden, 1972) évalue de façon descriptive et quantitative la « létalité » d'une tentative de suicide, c'est-à-dire la probabilité d'entraîner des dommages irréversibles. Elle s'attache à déterminer le rapport entre des facteurs influençant le risque encouru et la possibilité de secours : les cinq premiers items de l'échelle correspondent aux 5 facteurs « risque » et les cinq derniers aux cinq facteurs « secours ». L'échelle est donc constituée de 10 items, cotés de 1 à 3. Le score total correspond à la balance entre les deux sous-scores « risque » (A) et « secours » (B), et se calcule selon la formule suivante : $S = A / (A+B) \times 100$. Il peut varier entre 17 (sous-score « risque » minimum et sous-score « secours » maximum) et 83 (sous-score « risque » maximum et sous-score « secours » minimum).

Dans notre étude, la cotation a été effectuée d'après le modèle à 3 facteurs issu de l'analyse factorielle en composante principale de l'étude de Misson (Misson, 2006) :

- Le facteur 1 regroupe les items 2, 3, 4, 5 et est appelé « Gravité médicale objective ». Il correspond aux conséquences médicales du geste : plus sa valeur est élevée, plus la tentative de suicide est médicalement grave.
- Le facteur 2 regroupe les items 1, 6, 7 et est appelé « Circonstances objectives du geste ». Il reflète le scénario suicidaire mis en œuvre par le patient : plus le score est élevé, moins le patient a pris de risques lors de la Tentative de suicide (méthode non violente, lieu familial, présence d'une personne proche) (cotation de l'item 1 inversé).

- Le facteur 3 regroupe les items 8, 9, 10 et est appelé « Circonstances de découverte » : plus sa valeur est élevée, plus le sujet a été secouru rapidement et facilement.

L'étude de la cohérence interne de l'échelle sur cette analyse factorielle a montré un coefficient alpha de Cronbach de 0,65 pour l'échelle globale, de 0,93 pour le facteur 1, de 0,48 pour le facteur 2, et 0,70 pour le facteur 3. Weisman et Worden (1972) ont mis en évidence une fidélité interjuge estimée à plus de 0,90 et une validité concourante satisfaisante avec une évaluation clinique.

Questionnaire anamnestique expérimental

Ce questionnaire permet un recueil systématique des données sociodémographiques, des événements vitaux et des antécédents personnels et familiaux. Il est formé de 31 items et a été élaboré par S. Doublet et N. Quemada en collaboration avec B. Samuel-Lajeunesse et J. D. Guelfi.

Ce questionnaire est organisé en 2 parties : la première, de 8 items, qui correspond à un auto questionnaire, et la deuxième de 13 items qui est remplie par un observateur.

Le mode de cotation est variable d'un item à l'autre (réponse en oui-non, listes à cocher, réponses chiffrées).

De nombreuses études ont confirmé l'importance des événements de vie dans le déclenchement des épisodes psychopathologiques.

Cependant il n'existe aucune étude de validation publiée du questionnaire anamnestique. Par contre le questionnaire de l'AMDP dont il s'inspire a largement fait la preuve de son utilité (Bobon, 1981, 1983; Rein et al., 1987).

La seule limite qui persiste est l'interprétation à donner aux événements retracés tout au long de l'histoire de la pathologie.

Document d'information et Consentement de participation

Remis aux personnes sollicitées pour une recherche

Investigateur principal

Pr DEMATTEIS (Neurologue, PU-PH Pharmacologie-Addictologie) (1)
Dr PENNEL (Psychiatre, AHU Médecine Légale et Addictologie) (1)

Investigateurs associés

Melle YVERNAY Coline (Etudiante en Pharmacie)
Melle SARRAZIN Aurélie (Etudiante en Pharmacie)
Mr LAMA LAMA Pablo (Psychologue Clinicien)

(1) Clinique de Médecine Légale et Addictologie – Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble - BP 217 - 38043 Grenoble Cedex

Titre du projet de recherche :

Prescription fractionnée de psychotropes : évaluation de l'impact préventif sur la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires.

Il est maintenant clairement établi qu'un comportement auto-agressif répété, quel qu'il soit, est un facteur de risque de tentative de suicide ultérieure et donc de décès par suicide. C'est donc une priorité de santé publique de trouver les moyens de protéger les patients vulnérables, à risque d'intoxication médicamenteuse volontaire, et d'améliorer leur pronostic à moyen et long terme.

Parmi ces moyens, l'amélioration des modalités de prescription des psychotropes apparaît incontournable.

L'objectif de l'étude est de comparer deux modalités de prescription des médicaments (l'une fractionnée avec délivrance toutes les semaines et l'autre correspondant à une prescription habituelle mensuelle) vis à vis de la répétition et des conséquences médicales des intoxications médicamenteuses volontaires sur une période de six mois.

Afin de répondre au mieux à cet objectif, nous avons besoin d'étudier par ailleurs certaines caractéristiques psychologiques des patients ainsi que leur parcours pharmacologique. Le recueil de ces informations sera réalisé au cours d'un entretien individuel mené par un des membres de l'équipe.

Après une intoxication médicamenteuse volontaire, les mois suivants sont une période à risque de répétition de ce type de comportement. Cette étude permettrait d'identifier un moyen simple de prévention de ces comportements afin d'améliorer la prise charge thérapeutique et optimiser le pronostic.

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

- Le Docteurmédecin investigateur m'a proposé de participer à une recherche organisée par :

- Investigateurs principaux : Pr Dematteis, Dr Pennel Lucie
- Investigateurs associés : Melle Yvernay Coline, Melle Sarrazin Aurélie, Mr Lama Lama Pablo
- sur *Prescription fractionnée de psychotropes : évaluation de l'impact préventif sur la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires*

Je, soussigné,..... né le..... et résidant
....., certifie que :

- Il m'a clairement été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.
- J'ai été informé des buts de la présente étude, de son déroulement et des résultats attendus.
- J'ai eu la possibilité de poser toutes les questions qui me paraissent utiles pour la bonne compréhension de la note d'information et de recevoir des réponses claires et précises.
- J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche décrite dans les conditions ci-dessus.

- Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous les droits garantis par la loi.
- Je suis conscient que je peux arrêter à tout moment ma participation à cette recherche sans supporter aucune responsabilité pour moi ou mon proche. J'en informerai alors le Docteur
- Toutes les données et informations qui me concernent moi ou mon proche resteront STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. Je n'autorise leur consultation que par des personnes désignées par le Docteur..... et éventuellement par un représentant des autorités de santé.
- Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Docteur

Fait à, Le.....

Signature de l'Investigateur
(ou du médecin qui le représente)

Signature de la personne sollicitée
précédée de la mention
" Lu et Approuvé "

AUTOQUESTIONNAIRES :

BIS 11 :

Auto-Evaluation : BIS 11

Nom et prénom Date

Instructions : Les gens agissent et réfléchissent différemment devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir.				
Lisez chaque énoncé et NOIRCISSEZ LE CERCLE APPROPRIÉ situé à droite de l'affirmation.				
Répondez vite et honnêtement.	RAREMENT/JAMAIS	OCCASIONNELLEMENT	SOUVENT	PRESQUE TOUJOURS
1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir.....	④	③	②	①
2. Je fais les choses sans réfléchir.....	①	②	③	④
3. Je me décide rapidement.....	①	②	③	④
4. Je suis insouciant.....	①	②	③	④
5. Je ne fais pas attention.....	①	②	③	④
6. Mes pensées défilent très vite.....	①	②	③	④
7. Je programme mes voyages longtemps à l'avance.....	④	③	②	①
8. Je suis maître de moi.....	④	③	②	①
9. Je me concentre facilement.....	④	③	②	①
10. Je met de l'argent de côté raisonnablement.....	④	③	②	①
11. Je ne tiens pas en place aux spectacles ou aux conférences.....	①	②	③	④
12. Je réfléchis soigneusement.....	④	③	②	①
13. Je veille à ma sécurité d'emploi.....	④	③	②	①
14. Je dis les choses sans réfléchir.....	①	②	③	④
15. J'aime réfléchir à des problèmes complexes.....	④	③	②	①
16. Je change d'emploi.....	①	②	③	④
17. J'agis sur un "coup de tête".....	①	②	③	④
18. Réfléchir sur un problème m'ennuie vite.....	①	②	③	④
19. J'agis selon l'inspiration du moment.....	①	②	③	④
20. Je réfléchis posément.....	④	③	②	①
21. Je change de logement.....	①	②	③	④
22. J'achète les choses sur un "coup de tête".....	①	②	③	④
23. Je ne peux penser qu'à un problème à la fois.....	①	②	③	④
24. Je change de loisir.....	①	②	③	④
25. Je dépense ou paye à crédit plus que je ne gagne.....	①	②	③	④
26. Lorsque je réfléchis d'autres pensées me viennent à l'esprit....	①	②	③	④
27. Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir.....	①	②	③	④
28. Je m'impatiente lors de conférences ou de discussions.....	①	②	③	④
29. J'aime les "casse-têtes".....	④	③	②	①
30. Je fais des projets pour l'avenir.....	④	③	②	①

Traduction et validation française: F.J. Baylé, H. Caci, E.S. Barratt, J.D. Guelfi, R. Jouvent, J.P. Olié

Echelle H (Echelle (Beck) : 0-20 ; Traduction J.Cottraux (1985))

Veillez entourer la réponse que vous choisissez aux questions suivantes : (oui ou non)

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

Score total _____

TAS 20 :

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

	1	2	3	4	5
1. Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2. J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10. Être conscient de ses émotions est essentiel.					
11. Je trouve difficile de décrire ce que je ressens.					
12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13. Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.					
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20. Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

Bagby et coll. (1992). Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Version française : M. P. Marchand et G. Loas. Questionnaire publié par l'Encéphale XXI, 121-122, 1995.

PDQ-4 +

Nom:

Date :

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous avez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque page du questionnaire commence par la phrase : « *Depuis plusieurs années...* ».

V (vrai) signifie que cet énoncé est **généralement vrai** pour vous.

F (faux) signifie que cet énoncé est **généralement faux** pour vous.

Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer V ou F à chaque question.

Par exemple, à l'énoncé suivant :

xx. J'ai tendance à être têtu(e) V F

Si, *depuis plusieurs années*, vous êtes effectivement têtu(e), vous répondrez «vrai» en entourant le V. Si cet énoncé ne s'applique pas du tout à vous, vous répondrez «faux» en entourant le F.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut.

Depuis plusieurs années...

- | | | |
|--|---|---|
| 1. J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer. | V | F |
| 2. Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil ou le soutien des autres. | V | F |
| 3. Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus de vision d'ensemble. | V | F |
| 4. J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale. | V | F |
| 5. J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent. | V | F |
| 6. Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent. | V | F |
| 7. Les autres se sont plains que je ne sois pas à la hauteur professionnellement ou que je ne tiens pas mes engagements. | V | F |
| 8. J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurais eu si j'avais été pris(e)). | V | F |
| 9. Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m' intéresse pas vraiment. | V | F |
| 10. Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi. | V | F |
| 11. Je sais que, si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper. | V | F |
| 12. Parfois, je me sens bouleversé(e). | V | F |
| 13. Je ne me lie avec les gens que lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment. | V | F |
| 14. Je suis habituellement déprimé(e). | V | F |
| 15. Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi. | V | F |

Depuis plusieurs années...

16.	Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement.	V	F
17.	Je suis plus «sexy» que la plupart des gens.	V	F
18.	Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour.	V	F
19.	J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi.	V	F
20.	Je me bagarre beaucoup physiquement.	V	F
21.	Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas.	V	F
22.	J'aime mieux faire les choses tout(e) seul(e) qu'avec les autres.	V	F
23.	Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent.	V	F
24.	Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance	V	F
25.	Parfois, je parle des gens dans leur dos.	V	F
26.	Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e).	V	F
27.	Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.	V	F
28.	Je souffre d'un manque d'estime de moi.	V	F
29.	Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs.	V	F
30.	Je montre facilement mes émotions.	V	F
31.	Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre.	V	F
32.	Je me demande souvent qui je suis réellement.	V	F
33.	J'ai de la peine à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi.	V	F
34.	Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas.	V	F
35.	Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique.	V	F
36.	Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien.	V	F
37.	Les autres vont utiliser ce que je dis contre moi.	V	F
38.	Il y a des gens que je n'aime pas.	V	F
39.	Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens	V	F
40.	J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout(e) seul(e).	V	F
41.	J'ai un sens moral plus élevé que les autres gens.	V	F
42.	Je suis mon «propre» pire critique.	V	F
43.	Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin.	V	F
44.	J'ai un immense besoin que les autres gens me remarquent et me fassent des compliments.	V	F
45.	J'ai essayé de me blesser ou de me tuer.	V	F

Depuis plusieurs années...

46. Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences.	V	F
47. Il n'y a pas beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt.	V	F
48. Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis.	V	F
49. Je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail.	V	F
50. Je suis très <u>attentif(ve)</u> à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent.	V	F
51. Je n'ai jamais dit un mensonge.	V	F
52. J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat(e).	V	F
53. J'ai tellement envie que les gens m'aient que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas <u>faire</u> .	V	F
54. J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin mais que je suis incapable de jeter.	V	F
55. Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées.	V	F
56. Je me fais beaucoup de soucis.	V	F
57. J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas dans mes habitudes de leur en consentir.	V	F
58. Je suis très «soupe au lait» (susceptible).	V	F
59. Mentir m'est facile et je le fais souvent.	V	F
60. Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.	V	F
61. Je suis souvent sur mes gardes, de peur que l'on ne profite de moi.	V	F
62. Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal.	V	F
63. J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi.	V	F
64. Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée.	V	F
65. Lorsque je suis seul(e), je me sens désemparé(e) et incapable de m'occuper de moi-même.	V	F
66. Si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même.	V	F
67. J'ai un penchant pour le «dramatique».	V	F
68. Il y a des gens qui pensent que je profite des autres.	V	F
69. Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens.	V	F
70. Je suis critique à l'égard des autres.	V	F
71. Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet.	V	F
72. J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face.	V	F
73. Les autres se sont souvent plaint que je ne remarquais pas qu'ils étaient bouleversés.	V	F
74. En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e), excentrique et bizarre.	V	F

Depuis plusieurs années...

75. J'aime faire des choses risquées.	V	F
76. J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.	V	F
77. Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai.	V	F
78. J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur.	V	F
79. Certaines personnes sont jalouses de moi.	V	F
80. Je suis facilement influencé(e) par les autres.	V	F
81. J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingre.	V	F
82. Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager <u>immédiatement</u> dans une autre relation.	V	F
83. Je souffre d'un manque d'estime de soi.	V	F
84. Je suis un(e) pessimiste.	V	F
85. Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent.	V	F
86. Être au milieu des gens me rend <u>nerveux(se)</u> .	V	F
87. Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise.	V	F
88. Je suis terrifié(e) à l'idée de devoir m'assumer tout(e) seul(e).	V	F
89. Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) qu'une mule.	V	F
90. Je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux <u>qu'ils</u> ne le font eux-mêmes.	V	F
91. Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la <u>minute</u> qui suit lui présenter mes excuses.	V	F
92. Les autres pensent que je suis <u>prétentieux(se)</u> .	V	F
93. Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir «parano» ou <u>même</u> de perdre conscience.	V	F
94. Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en <u>souffrent</u> .	V	F
95. Je garde mes distances à l'égard des autres.	V	F
96. Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e).	V	F
97. Je me sens souvent coupable.	V	F
98. J'ai fait, de manière impulsive, des choses (comme celles <u>indiquées</u> ci-dessous) qui pourraient me créer des problèmes.	V	F
Veuillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :		... x ...
a.	Dépenser plus d'argent que je n'en ai.	...
b.	Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à <u>peine</u>
c.	Boire trop.	...
d.	Prendre des drogues.	...
e.	Manger de façon boulimique.	...
f.	Conduire imprudemment.	...
99.	<u>Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15ans)</u> , j'étais une sorte de <u>délinquant(e)</u> juvénile et je faisais certaines des choses ci-dessous.	V F
Veuillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :		... x ...
1.	J'étais considéré(e) comme une brute.	...
2.	J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants.	...

Depuis plusieurs années...

- | | | |
|-----|---|-----|
| 3. | J'ai utilisé une arme dans mes bagarres. | ... |
| 4. | J'ai volé ou agressé des gens. | ... |
| 5. | J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens. | ... |
| 6. | J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux. | ... |
| 7. | J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi. | ... |
| 8. | J'ai beaucoup menti. | ... |
| 9. | J'ai découché sans la permission de mes parents. | ... |
| 10. | J'ai dérobé des choses aux autres. | ... |
| 11. | J'ai allumé des incendies. | ... |
| 12. | J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui. | ... |
| 13. | Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit . | ... |
| 14. | J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans. | ... |
| 15. | Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un. | ... |

- QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE :

**AUTOQUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE
DERIVE DE L'AMDP**

CMME 1988
(modifié en 1988)

Outil d'évaluation 1

NOM : _____
 PRENOM : _____
 SEXE : AGE : DATE :

1 Etat civil actuel (cocher la ou les réponses exactes)

Célibataire 1

Marié(e) 2

Concubinage 3

Veuf(ve) 4

Séparé(e) ou divorcé(e) 5

Sans réponse 99

2 Nombre d'enfants

Sans réponse 99

3 Nombre de frères et sœurs

Sans réponse 99

4 et 5 Origine

PERE (cocher la réponse exacte)

France métropolitaine 1

Dom Tom 2

Autre
précisez éventuellement : 3

Sans réponse 99

MERE (cocher la réponse exacte)

France métropolitaine 1

Dom Tom 2

Autre
précisez éventuellement : 3

Sans réponse 99

6 Personnes vivant avec vous
(cocher, à chaque ligne, la réponse exacte oui ou non)

Vivez-vous seul(e)..... 1 oui 2 non

Si non, vivez-vous avec :

Parents : 1 oui 2 non

Ami(e)/conjoint(e) : 1 oui 2 non

Enfant(s)..... 1 oui 2 non

Frères et sœurs : 1 oui 2 non

En foyer 1 oui 2 non

Autres 1 oui 2 non

Sans réponse 99

7 Les revenus mensuels moyens du ménage
(1 seule réponse)

de 150 à 450 € 1

de 450 à 750 € 2

de 750 à 1500 € 3

de 1500 à 2250 € 4

de 2250 à 3000 € 5

de 3000 à 3800 € 6

de 3800 à 4550 € 7

de 4550 € et plus 8

Sans 9

Sans réponse 99

8 Scolarité : niveau max. atteint (1 seule réponse)

Aucune 0

Primaire 1

Spécialisée (dont classes de transition) 2

Secondaire premier cycle 3

Secondaire deuxième cycle 4

Supérieur 5

Sans réponse 99

9 Formation professionnelle après scolarité : (1 seule réponse)

Aucune 0

Apprentissage 1

Ecole technique ou IUT 2

Ecole supérieure ou université..... 3

Autres 4

Sans réponse 99

10	Diplômes effectivement obtenus : niveau max. atteint (1 seule réponse)	
	Aucun	0 <input type="checkbox"/>
	Certificat d'études primaires	1 <input type="checkbox"/>
	BEPC	2 <input type="checkbox"/>
	CAP ou équivalent	3 <input type="checkbox"/>
	BEP ou équivalent	4 <input type="checkbox"/>
	BAC ou équivalent	5 <input type="checkbox"/>
	BTS ou diplôme équivalent	6 <input type="checkbox"/>
	Diplôme d'études supérieures	7 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>
<hr/>		
11	Situation professionnelle actuelle : (1 seule réponse)	
	Activité correspondant à la formation acquise	1 <input type="checkbox"/>
	Activité ne correspondant pas à la formation acquise	2 <input type="checkbox"/>
	Interruption ou absence d'activité professionnelle actuelle (ex. retraite, chômage, invalidité)	3 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>
<hr/>		
12	Obligations militaires	
	Sans objet	0 <input type="checkbox"/>
	Effectuées normalement	1 <input type="checkbox"/>
	Carrière militaire	2 <input type="checkbox"/>
	Réformé pour raison de santé	3 <input type="checkbox"/>
	Réformé pour autres motifs	4 <input type="checkbox"/>
	Non accomplies pour d'autres raisons	5 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>
<hr/>		
13	Interruption ou absence d'activité actuellement : (plusieurs réponses possibles)	
	Sans objet (activité en cours)	0 <input type="checkbox"/>
	Maladie psychiatrique	1 <input type="checkbox"/>
	Maladie physique	2 <input type="checkbox"/>
	Invalidité (Sécurité sociale)	3 <input type="checkbox"/>
	Chômage	4 <input type="checkbox"/>
	Retraite	5 <input type="checkbox"/>
	Charges familiales grossesse	6 <input type="checkbox"/>
	Service militaire (ou service civil)	7 <input type="checkbox"/>
	Etudes	8 <input type="checkbox"/>
	Autre	9 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>

- 14 Secteur d'activité professionnelle**
- Pas d'activité 0
- Secteur privé 1
- Secteur public 2
- Autre 3
- Sans réponse 99

- 15 Votre catégorie professionnelle, la plus précise possible en toutes lettres :**
-
- Inscrivez le code correspondant (2 chiffres)
(code INSEE)

- 16 La catégorie professionnelle actuelle ou antérieure :**
- de votre père ou tuteur :
- Inscrivez le code correspondant (2 chiffres)
(code INSEE)
- de votre mère ou tuteur :
- Inscrivez le code correspondant (2 chiffres)
(code INSEE)

- 17 Pour quelle(s) raison(s) estimez-vous être malade ?**
Cocher, à chaque ligne, la réponse exacte oui ou non (une croix par ligne)
- Mort d'un être cher 1 oui 2 non
- Sexualité 1 oui 2 non
- Couple 1 oui 2 non
- Famille 1 oui 2 non
- Difficultés financières 1 oui 2 non
- Trouble psychique 1 oui 2 non
- Trouble physique 1 oui 2 non
- Handicap physique 1 oui 2 non
- Profession 1 oui 2 non
- Etudes 1 oui 2 non
- Problème avec la justice 1 oui 2 non
- Transplantation 1 oui 2 non
- Drogues 1 oui 2 non
- Déménagement 1 oui 2 non
- Problème de relations sociales 1 oui 2 non
- Alcool 1 oui 2 non
- Autres 1 oui 2 non
- Sans objet
- Sans réponse

18 Événements marquants de votre existence.

Cocher, à chaque ligne, la réponse exacte : oui ou non

Si la réponse est oui, c'est-à-dire si l'événement s'applique à vous, indiquer alors à quel âge il est survenu en cochant une des six cases possibles.

	entre l'âge de	0-5	6-15	16-25	26-45	46-60	>60
Mort du père	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort de la mère	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séparation d'avec les parents ayant duré plus d'un an	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séparation ou divorce des parents	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placement plus d'un an ou adoption	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obligations militaires	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariage	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séparation / divorce	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort du partenaire	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nouvelle union	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avortement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viol	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naissance des enfants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mariage des enfants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort des enfants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruption de la scolarité	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêt de la scolarité	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interruption de la formation professionnelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêt de la formation professionnelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement d'emploi	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'emploi	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotion professionnelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétrogradation professionnelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incarcération	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déménagement	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplantation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident, catastrophe	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentative de suicide	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez lesquels	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans objet	<input type="checkbox"/>						
						Sans réponse	<input type="checkbox"/>

Catégories à deux chiffres		
	Niveau de publication courante	Niveau détaillé
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans 22 Commerçants et assimilés 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	21 Artisans 22 Commerçants et assimilés 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions supérieures	31 Professions libérales 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques 36 Cadres d'entreprise	31 Professions libérales 33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Profession de l'information, des arts et des spectacles 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprise 47 Techniciens 48 Contremaîtres, agents de maîtrise	42 Instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises 47 Techniciens 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique 54 Employés administratifs d'entreprise 55 Employés de commerce 56 Personnels des services directs aux particuliers	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires 54 Employés administratifs d'entreprise 55 Employés de commerce 56 Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés 66 Ouvriers non qualifiés 69 Ouvriers agricoles	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport 67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal 69 Ouvrier agricoles

7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise 73 Anciens cadres et professions intermédiaires 76 Anciens employés et ouvriers	71 Anciens agriculteurs exploitants 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise 74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires 77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé 82 Inactifs divers (autres que retraités)	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé 83 Militaire du contingent 84 Etudiants, élèves de 15 ans et plus 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)
9 Pas de réponse		

HETEROQUESTIONNAIRES :

- Statut clinique :

STATUT CLINIQUE 1/2

Traitements antérieurs :
 Traitement psychothérapeutique
 Chimiothérapie

☒

		Produit prescrit	Indication initiale	Dépassement de la dose prescrite	Âge de début	Durée cumulée totale	Périodique Ou Continue	Nombre de molécules co-prescrites	Utilisée pour l'IMV indexe	Sevrage ? Si oui, combien ?
Anxiolytiques	BZD et apparentés									
	Autres									
Hypnotiques	BZD et apparentés									
	Autres									
Antidépresseurs										
Neuroleptiques										
<u>Thymorégulateurs</u>										
TSO										

STATUT CLINIQUE 2/2

		1 ^{ère} PA	2 ^{ème} PA	3 ^{ème} PA	Dernière PA
Âge					
BZD avant					
BZD pendant					
BZD après					
Léthalité	Moyen utilisé				
	Hospitalisation / Urgence				
	Réa				
Intentionnalité	Isolement				
	Préméditation				
	Lettre / Testament				

Parcours addictologique :

Produit	Âge de début	Abus	Dépendance	Nombre de sevrages

Antécédant de scarification / mutilation : Oui Non

- QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE :

**QUESTIONNAIRE ANAMNESTIQUE
DERIVE DE L'AMDP**

CMME 1988
(modifié en 1988)

Outil d'évaluation 2

NOM : _____
 PRENOM : _____
 SEXE : _____ AGE : DATE :
 AMBULATOIRE : HOSPITALISE(E) :

19 Mode d'entrée

Lui-même	1	<input type="checkbox"/>
Proches	2	<input type="checkbox"/>
Psychiatre privé	3	<input type="checkbox"/>
Médecin généraliste	4	<input type="checkbox"/>
Médecin consultant à la clinique	5	<input type="checkbox"/>
Autre service hospitalier	6	<input type="checkbox"/>
Autres	7	<input type="checkbox"/>
Sans réponse	99	<input type="checkbox"/>

20 Trouble actuel

Est-ce la première	oui 1	<input type="checkbox"/>
Manifestation du type	non 2	<input type="checkbox"/>
Pas de réponse	99	<input type="checkbox"/>
Age lors de la première manifestation		<input type="text"/>
Pas de réponse	99	<input type="checkbox"/>

21 Troubles Antérieurs du même type : modalité évolutive

Intermittente	1	<input type="checkbox"/>
Périodique	2	<input type="checkbox"/>
Continue	3	<input type="checkbox"/>
Sans objet	4	<input type="checkbox"/>
Sans réponse	99	<input type="checkbox"/>

22	Début des troubles actuels : début des premières manifestations	
	< 1 semaine	1 <input type="checkbox"/>
	< 1 mois	2 <input type="checkbox"/>
	< 6 mois	3 <input type="checkbox"/>
	< 1 an	4 <input type="checkbox"/>
	> 1 an et < 5 ans	5 <input type="checkbox"/>
	> 5 ans et < 10 ans	6 <input type="checkbox"/>
	> 10 ans	7 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>
<hr/>		
23	Troubles du développement	
	Grossesse ou accouchement pathologique	1 <input type="checkbox"/>
	Retard psychomoteur	2 <input type="checkbox"/>
	Troubles de la petite enfance. Précisez lesquels	3 <input type="checkbox"/>
	Autres	4 <input type="checkbox"/>
	Sans objet	5 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>
<hr/>		
24	Antécédents somatiques personnels	
	Alcoolisme	1 <input type="checkbox"/>
	Comitialité	2 <input type="checkbox"/>
	Pharmacodépendance	3 <input type="checkbox"/>
	Trauma. cranio-cérébral	4 <input type="checkbox"/>
	Autre affection organique cérébrale	5 <input type="checkbox"/>
	Affection métabolique ou endocrinienne	6 <input type="checkbox"/>
	Affection chronique	7 <input type="checkbox"/>
	Autres	8 <input type="checkbox"/>
	Sans objet	9 <input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>

25	Antécédents psychiatriques personnels		
	Aucun	1	<input type="checkbox"/>
	Tentative de suicide	2	<input type="checkbox"/>
	Troubles du comportement alimentaire	3	<input type="checkbox"/>
	Troubles thymiques, état dépressif	4	<input type="checkbox"/>
	Troubles thymiques, état maniaque	5	<input type="checkbox"/>
	Etat délirant ou hallucinatoire	6	<input type="checkbox"/>
	Toxicomanie	7	<input type="checkbox"/>
	Troubles anxieux	8	<input type="checkbox"/>
	Troubles phobiques et hystériques	9	<input type="checkbox"/>
	Troubles obsessionnels compulsifs	10	<input type="checkbox"/>
	Troubles de la personnalité	11	<input type="checkbox"/>
	Fugues à l'adolescence	12	<input type="checkbox"/>
	Autres	13	<input type="checkbox"/>
	Indéterminés	14	<input type="checkbox"/>
	Sans réponse	99	<input type="checkbox"/>

26 Antécédents psychiatriques familiaux (entourer les chiffres correspondants)

Aucun									0 <input type="checkbox"/>
		Père	Mère	Enfant	Frères et soeurs	Grands parents maternels	Grands parents paternels	Oncles, tantes, cousins maternels	Oncles, tantes, cousins paternels
1 - Tentative de suicide	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2 - Suicide	0	1	2	3	4	5	6	7	8
3 - Troubles du comportement alimentaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8
4 - Troubles thymiques : état dépressif	0	1	2	3	4	5	6	7	8
5 - Troubles thymiques : état maniaque	0	1	2	3	4	5	6	7	8
6 - Etat délirant ou hallucinatoire	0	1	2	3	4	5	6	7	8
7 - Toxicomanie	0	1	2	3	4	5	6	7	8
8 - Troubles anxieux	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9 - Troubles phobiques et hystériques	0	1	2	3	4	5	6	7	8
10 - Troubles obsessionnels compulsifs	0	1	2	3	4	5	6	7	8
11 - Troubles de la personnalité	0	1	2	3	4	5	6	7	8
12 - Schizophrénie	0	1	2	3	4	5	6	7	8
13 - Etat démentiel	0	1	2	3	4	5	6	7	8
14 - Ethylisme	0	1	2	3	4	5	6	7	8
15 - Autres (précisez)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
16 - Indéterminés	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sans réponse									99 <input type="checkbox"/>

27 Nombre de tentatives de suicide du patient

N=	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>
- Délai entre la dernière tentative de suicide et l'hospitalisation	
< 1 mois	1 <input type="checkbox"/>
< 6 mois	2 <input type="checkbox"/>
< 1 an	3 <input type="checkbox"/>
< 5 ans	4 <input type="checkbox"/>
> 5 ans	5 <input type="checkbox"/>
Sans objet	6 <input type="checkbox"/>
Sans réponse	99 <input type="checkbox"/>

28 Nombre d'admissions antérieures en milieu psychiatrique

N=

Sans réponse 99

29 Types de traitement antérieurs (cocher toutes les réponses exactes)

Psychothérapies analytiques 1

Psychothérapies comportementales 2

Autres psychothérapies 3

Chimiothérapie 4

Sismothérapie 5

Autres 6

Sans objet 7

Sans réponse 99

30 Diagnostics d'admission (trois diagnostics possibles)

ICD-10 1 2 3

DSM IV R 1 2 3

Autres 1 2 3

31 Diagnostics de sortie (trois diagnostics possibles)

ICD-10 1 2 3

DSM IV R 1 2 3

Autres 1 2 3

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

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	
A3	Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou 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 ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) <i>COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE</i>	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON) SIL PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :	NON OUI <i>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL</i>		
A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ? A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	11
		NON OUI <i>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE</i>		

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

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

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

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

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

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

NON	OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR avec Caractéristiques Melancoliques ACTUEL	

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

B. DYSTHYMIE

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

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

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**DYSTHYMIE
ACTUEL**

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

C. RISQUE SUICIDAIRE

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensez qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaitez être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulez-vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensez à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etablissez la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Faites une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIEZ LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME CI-DESSOUS :

- C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER**
- C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN**
- C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE**

NON

OUI

**RISQUE SUICIDAIRE
ACTUEL**

LEGER

MOYEN

ELEVE

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

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
	D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	
		→		
D3	Si D1b OU D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL. Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE			
	Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :			
a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

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

g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3

OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→
NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres
ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 12

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

*EPISODE
HYPOMANIAQUE*

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

*ACTUEL
PASSE*

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

EPISODE MANIAQUE

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

*ACTUEL
PASSE*

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

E. TROUBLE PANIQUE

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) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
Si E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A 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	2
Si E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A 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 préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
Si E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI	
Si E5 = NON, PASSER A E7				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON	OUI	17
Si E6 = OUI, PASSER A F1				
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
<i>Attaques Panicryptomatiques via entière</i>				

BE. I. N. I. S. O. O French version / 2009 / current (August 2009)

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

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou 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 serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI 19

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI 20

*Agoraphobie
Actuel*

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
*TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
*TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE *VIE ENTIERE*) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI
*AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL*

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

G. PHOBIE SOCIALE

G1	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?	→ NON	OUI	1
G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	→ NON	OUI	2
G3	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	→ NON	OUI	3
G4	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	4

G4 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI

**PHOBIE SOCIALE
ACTUEL**

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

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PRÉOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLÈMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIÉES À UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, À DES DÉVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU À UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RÉSISTER SEULEMENT À CAUSE DE LEURS CONSÉQUENCES NÉGATIVES

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 2

Si H2 = NON, PASSER À H4

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

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, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTÉES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI 5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI 6

H6 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
ACTUEL**

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

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	→ NON	OUI	1
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	→ NON	OUI	2
I3	Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	→ NON	OUI	
I4	Au cours du mois écoulé :			
a	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	→ NON	OUI	
I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	14

IS EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL**

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

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?	→ NON	OUI	1
J2	Au cours des 12 derniers mois :			
a	Aviez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ?	NON	OUI	2
b	Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(s) ? Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ? COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
c	Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ?	NON	OUI	4
d	Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ?	NON	OUI	5
e	Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ?	NON	OUI	6
f	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ?	NON	OUI	7
g	Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI	8
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?	NON OUI DEPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL		
	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?	→ NON	OUI	
J3	Au cours des 12 derniers mois :			
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 CAUSE DES PROBLEMES	NON	OUI	9

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

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | 10 |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ? | NON | OUI | 11 |
| d | Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI

*ABUS D'ALCOOL
ACTUEL*

CARTE DES SUBSTANCES

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

M.L.N.L.

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

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

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

→
NON OUI

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

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

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

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

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

Solvants volatiles : « colle », éther.

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

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

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

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

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

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

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

- | | | | |
|---|--|---------|---|
| a | Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ? | NON OUI | 1 |
| b | Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
COTER OUI, si OUI A L'UN OU L'AUTRE | NON OUI | 2 |
| c | Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ? | NON OUI | 3 |

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

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|---|
| d | Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ? | NON | OUI | 4 |
| e | Les jours où vous en prenez, passez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ? | NON | OUI | 5 |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ? | NON | OUI | 6 |
| g | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? | NON | OUI | 7 |

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

SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

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

LE PATIENT PRÉSENTE-T-IL UNE DÉPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMÉE(S) ?

NON → OUI

K3 Au cours des 12 derniers mois :

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] 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 CAUSE DES PROBLÈMES | NON | OUI | 8 |
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | 9 |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] comme une interpellation ou une condamnation ? | NON | OUI | 10 |
| d | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ? | NON | OUI | 11 |

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

SPÉCIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : _____

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

- TCI-R :

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITÉ TCI-R*

NOM :	Prénom :	Date :/..../.....	Age : ans	N°
Date de naissance :/..../.....	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	Profession :	

Vous allez trouver dans ce questionnaire des formules que l'on peut utiliser pour décrire ses attitudes, opinions, intérêts ou sentiments.

Pour **chaque** proposition, merci d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez ou à la manière dont vous agissez habituellement, selon les codes suivants :

1	2	3	4	5
Absolument faux	Probablement ou en grande partie faux	Ni vrai ni faux, ou les deux	Probablement ou en grande partie vrai	Absolument vrai

Lisez attentivement chaque affirmation, mais ne passez pas trop de temps pour décider de la réponse.

Merci de répondre à toutes les questions, même si vous n'êtes pas très sûr(e) de la réponse.

Essayez de vous décrire tel(le) que vous êtes **habituellement** ou **en général**, pas seulement en ce moment.

Rappelez-vous qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, mais choisissez uniquement la réponse qui vous ressemble le plus personnellement.

* Temperament and Character Inventory - Revised (1999), © CR Cloninger.
Traduction française 2000 (A. Pélassolo, C. Notides, C. Musa, M. Téhéran, J.-P. Lépine)

1 Absolument faux	2 Probablement ou en grande partie faux	3 Ni vrai ni faux, ou les deux	4 Probablement ou en grande partie vrai	5 Absolument vrai	TCI-R Page 2
-------------------------	---	--------------------------------------	---	----------------------	-----------------

J'essaie souvent des choses nouvelles uniquement pour le plaisir ou pour avoir des sensations fortes, même si les autres estiment que c'est une perte de temps	1	2	3	4	5	1
J'ai habituellement confiance dans le fait que tout ira bien, même dans des situations qui inquiètent la plupart des gens	1	2	3	4	5	2
J'ai souvent l'impression d'être victime des circonstances	1	2	3	4	5	3
Habituellement j'accepte les autres tels qu'ils sont, même s'ils sont très différents de moi	1	2	3	4	5	4
Je préfère un défi à un travail facile	1	2	3	4	5	5
J'ai souvent l'impression que ma vie n'a pas de but ou manque de sens	1	2	3	4	5	6
J'aime trouver des solutions qui arrangent tout le monde	1	2	3	4	5	7
Je suis en général très enthousiaste d'aller au bout d'un travail que j'ai commencé	1	2	3	4	5	8
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations nouvelles même lorsque les autres pensent qu'il y a peu de soucis à se faire	1	2	3	4	5	9
Je fais souvent les choses selon mon impression du moment sans tenir compte des méthodes habituelles	1	2	3	4	5	10
Je fais habituellement les choses à ma façon plutôt qu'en fonction des souhaits des autres	1	2	3	4	5	11
Je ressens souvent un sentiment profond d'unité avec tout ce qui m'entoure	1	2	3	4	5	12
Je suis presque prêt(e) à tout, dans les limites de la légalité, pour devenir riche et célèbre même au risque de perdre la confiance de nombreux vieux amis	1	2	3	4	5	13
Je suis beaucoup plus réservé(e) que la plupart des gens	1	2	3	4	5	14
J'aime discuter de mes expériences et de mes sentiments ouvertement avec des amis plutôt que de les garder pour moi-même	1	2	3	4	5	15
J'ai moins d'énergie et je me fatigue plus vite que la plupart des gens	1	2	3	4	5	16
Je me sens rarement libre de mes choix	1	2	3	4	5	17
J'ai l'impression de ne pas bien comprendre la plupart des gens	1	2	3	4	5	18
J'évite souvent de rencontrer des inconnus parce que je manque de confiance face aux gens que je ne connais pas	1	2	3	4	5	19
J'aime faire plaisir aux autres autant que je le peux	1	2	3	4	5	20
J'ai souvent le désir d'être la personne la plus intelligente	1	2	3	4	5	21
Aucun travail n'est trop dur pour m'empêcher de faire de mon mieux	1	2	3	4	5	22

J'attends souvent des autres qu'ils trouvent une solution à mes problèmes	1	2	3	4	5	23
Je dépense souvent de l'argent au point de ne plus en avoir ou de m'endetter à force de vivre à crédit	1	2	3	4	5	24
J'ai souvent des éclairs inattendus d'intuition ou de compréhension quand je me détends	1	2	3	4	5	25
Je ne me soucie pas tellement du fait que les autres m'aiment ou qu'ils approuvent ma manière de faire	1	2	3	4	5	26
Habituellement je pense d'abord à mon propre intérêt car de toute façon il n'est pas possible de satisfaire tout le monde	1	2	3	4	5	27
Je n'ai pas de patience avec les gens qui n'acceptent pas mes points de vue	1	2	3	4	5	28
Parfois je me sens tellement en accord avec la nature que tout me semble faire partie d'un même organisme vivant	1	2	3	4	5	29
Lorsque je dois rencontrer un groupe d'inconnus, je suis plus timide que la plupart des gens	1	2	3	4	5	30
Je suis plus sentimental(e) que la plupart des gens	1	2	3	4	5	31
Je pense que la plupart des événements que l'on prend pour des miracles ne surviennent en réalité que par hasard	1	2	3	4	5	32
Quand quelqu'un m'a fait du mal, j'essaie en général de me venger	1	2	3	4	5	33
Mes actes sont largement influencés par des facteurs que je ne peux pas contrôler	1	2	3	4	5	34
Chaque jour j'essaie de faire un pas vers mes objectifs	1	2	3	4	5	35
Merci d'entourer le chiffre quatre (contrôle de validité)	1	2	3	4	5	36
Je suis une personne très ambitieuse	1	2	3	4	5	37
Habituellement, je reste calme et confiant(e) dans des situations que la plupart des gens trouverait physiquement dangereuses	1	2	3	4	5	38
Je ne pense pas que ce soit une bonne idée d'aider les gens faibles qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes	1	2	3	4	5	39
Je n'ai pas la conscience tranquille si je traite d'autres gens de manière injuste, même s'ils n'ont pas été justes avec moi	1	2	3	4	5	40
Les gens me confient habituellement leurs sentiments	1	2	3	4	5	41
J'ai parfois eu l'impression d'appartenir à quelque chose sans limite dans le temps et dans l'espace	1	2	3	4	5	42
Je ressens parfois un contact spirituel avec d'autres personnes que je ne peux pas exprimer avec des mots	1	2	3	4	5	43

J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes	1	2	3	4	5	44
Quand je rate quelque chose, je me sens encore plus motivé(e) pour faire mieux	1	2	3	4	5	45
Je suis fréquemment plus inquiet(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir	1	2	3	4	5	46
D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision	1	2	3	4	5	47
J'ai beaucoup de mauvaises habitudes que je souhaiterais perdre	1	2	3	4	5	48
Les autres me contrôlent trop	1	2	3	4	5	49
J'aime rendre service aux autres	1	2	3	4	5	50
Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses	1	2	3	4	5	51
Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain	1	2	3	4	5	52
J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous l'influence des émotions	1	2	3	4	5	53
Je suis très sensible aux "bonnes causes" (lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple)	1	2	3	4	5	54
Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné	1	2	3	4	5	55
J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe	1	2	3	4	5	56
Je sais ce que je veux faire de ma vie	1	2	3	4	5	57
Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre	1	2	3	4	5	58
Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté	1	2	3	4	5	59
On dit souvent de moi que j'ai trop de zèle, à cause de mon enthousiasme à travailler dur	1	2	3	4	5	60
Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)	1	2	3	4	5	61
J'aime lutter pour obtenir toujours le maximum	1	2	3	4	5	62
En général, il me faut de très bonnes raisons pratiques pour accepter de modifier mes habitudes	1	2	3	4	5	63
Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet	1	2	3	4	5	64
Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux	1	2	3	4	5	65

J'apprécie que les gens puissent faire ce qu'ils veulent sans règles ni contraintes strictes	1	2	3	4	5	44
Quand je rate quelque chose, je me sens encore plus motivé(e) pour faire mieux	1	2	3	4	5	45
Je suis fréquemment plus inquiet(e) que la plupart des gens par l'idée que les choses pourraient mal se passer dans l'avenir	1	2	3	4	5	46
D'habitude, j'examine tous les détails d'un problème avant de prendre une décision	1	2	3	4	5	47
J'ai beaucoup de mauvaises habitudes que je souhaiterais perdre	1	2	3	4	5	48
Les autres me contrôlent trop	1	2	3	4	5	49
J'aime rendre service aux autres	1	2	3	4	5	50
Je suis souvent capable de convaincre les autres, même de choses que je sais exagérées ou fausses	1	2	3	4	5	51
Parfois, j'ai eu l'impression que ma vie était dirigée par une force spirituelle supérieure à tout être humain	1	2	3	4	5	52
J'ai la réputation d'être quelqu'un de très réaliste qui n'agit pas sous l'influence des émotions	1	2	3	4	5	53
Je suis très sensible aux "bonnes causes" (lorsqu'on demande d'aider des enfants handicapés par exemple)	1	2	3	4	5	54
Ma détermination me permet habituellement de poursuivre une tâche longtemps après que les autres ont abandonné	1	2	3	4	5	55
J'ai eu des moments de grand bonheur au cours desquels j'ai eu soudainement la sensation claire et profonde d'une communauté avec tout ce qui existe	1	2	3	4	5	56
Je sais ce que je veux faire de ma vie	1	2	3	4	5	57
Souvent je n'arrive pas à affronter certains problèmes car je n'ai aucune idée sur la manière de m'y prendre	1	2	3	4	5	58
Je préfère dépenser de l'argent plutôt que de le mettre de côté	1	2	3	4	5	59
On dit souvent de moi que j'ai trop de zèle, à cause de mon enthousiasme à travailler dur	1	2	3	4	5	60
Je me remets très vite d'avoir été embarrassé(e) ou humilié(e)	1	2	3	4	5	61
J'aime lutter pour obtenir toujours le maximum	1	2	3	4	5	62
En général, il me faut de très bonnes raisons pratiques pour accepter de modifier mes habitudes	1	2	3	4	5	63
Le plus souvent, je suis capable de rester rassuré(e) et détendu(e) même lorsque presque tout le monde est inquiet	1	2	3	4	5	64
Je trouve les chansons et les films tristes plutôt ennuyeux	1	2	3	4	5	65

Les circonstances m'obligent souvent à faire des choses contre ma volonté	1	2	3	4	5	66
Souvent, je prends plaisir à être méchant(e) avec ceux qui l'ont été avec moi	1	2	3	4	5	67
Je suis souvent si absorbé(e) par ce que je fais que j'en deviens perdu(e) comme si je me détachais de l'espace et du temps	1	2	3	4	5	68
Je ne pense pas avoir réellement un but dans la vie	1	2	3	4	5	69
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) dans des situations non familières, même si les autres pensent qu'il n'y a rien à craindre	1	2	3	4	5	70
J'obéis souvent à mon instinct ou à mon intuition, sans réfléchir à tous les détails de la situation	1	2	3	4	5	71
J'aime être excellent dans tout ce que je fais	1	2	3	4	5	72
Je me sens souvent en forte communion spirituelle ou émotionnelle avec les gens qui m'entourent	1	2	3	4	5	73
J'essaie souvent de m'imaginer à la place des autres afin de vraiment les comprendre	1	2	3	4	5	74
Les principes tels que la justice et l'honnêteté jouent peu de rôle dans ma vie	1	2	3	4	5	75
Je suis plus travailleur(-euse) que la majorité des gens	1	2	3	4	5	76
Même si les autres pensent que ce n'est pas important, j'insiste souvent pour que les choses soient faites de manière précise et ordonnée	1	2	3	4	5	77
Je me sens très confiant(e) et sûr(e) de moi dans presque toutes les situations sociales	1	2	3	4	5	78
Mes amis trouvent qu'il est difficile de connaître mes sentiments car je leur confie rarement mes pensées intimes	1	2	3	4	5	79
Je suis capable de bien exprimer mes émotions aux autres	1	2	3	4	5	80
J'ai plus d'énergie et me fatigue moins vite que la plupart des gens	1	2	3	4	5	81
L'inquiétude me pousse souvent à interrompre mes activités, même si mes amis me disent que tout ira bien	1	2	3	4	5	82
J'ai souvent le désir d'être plus puissant(e) que n'importe qui	1	2	3	4	5	83
Les membres d'une équipe sont rarement récompensés de manière équitable	1	2	3	4	5	84
Je ne sors pas de ma route pour faire plaisir aux autres	1	2	3	4	5	85
Je ne suis pas du tout timide avec des inconnus	1	2	3	4	5	86
Je passe la plupart de mon temps à faire des choses qui semblent nécessaires mais qui ne sont pas en fait réellement importantes pour moi	1	2	3	4	5	87

Je ne pense pas que les principes religieux ou moraux concernant le bien et le mal doivent avoir beaucoup d'influence sur les décisions d'affaires	1	2	3	4	5	88
J'essaie souvent de mettre mes propres jugements de côté afin de mieux comprendre ce que les autres vivent	1	2	3	4	5	89
Beaucoup de mes habitudes m'empêchent d'obtenir de bons résultats	1	2	3	4	5	90
J'ai fait de réels sacrifices personnels pour que le monde soit meilleur (lutter contre la guerre, la pauvreté ou l'injustice par exemple)	1	2	3	4	5	91
Établir une relation chaleureuse avec les autres me prend du temps	1	2	3	4	5	92
Je prends du plaisir à voir mes ennemis souffrir	1	2	3	4	5	93
Quelle que soit la difficulté d'un travail, j'aime le commencer rapidement	1	2	3	4	5	94
Souvent, les autres pensent que je suis dans un autre monde car je suis complètement détaché(e) des choses qui se passent autour de moi	1	2	3	4	5	95
En général j'aime rester froid(e) et détaché(e) vis-à-vis des autres	1	2	3	4	5	96
J'ai plus tendance à pleurer devant un film triste que la plupart des gens	1	2	3	4	5	97
Je me rétablis plus rapidement que la plupart des gens de légers problèmes de santé ou de situations stressantes	1	2	3	4	5	98
J'ai souvent l'impression d'appartenir à la force spirituelle dont toute vie dépend	1	2	3	4	5	99
J'ai encore de bonnes habitudes à acquérir pour réussir à résister aux tentations	1	2	3	4	5	100
Merci d'entourer le chiffre un (contrôle de validité)	1	2	3	4	5	101
J'aime prendre des décisions rapidement afin de poursuivre mes activités	1	2	3	4	5	102
Habituellement, je peux faire en toute confiance des choses que la plupart des gens considèrent comme dangereuses (comme conduire rapidement sur une route mouillée ou verglacée)	1	2	3	4	5	103
J'aime explorer de nouvelles méthodes pour faire les choses	1	2	3	4	5	104
J'aime mettre de l'argent de côté plutôt que le dépenser pour des divertissements ou des sensations fortes	1	2	3	4	5	105
J'ai eu des expériences personnelles au cours desquelles je me suis senti(e) en communion avec une force divine et spirituelle merveilleuse	1	2	3	4	5	106
J'ai tellement de défauts que je ne m'aime pas beaucoup	1	2	3	4	5	107
La plupart des gens semblent avoir plus de capacités que moi	1	2	3	4	5	108
J'enfreins souvent les lois et les règlements lorsque je pense ne pas risquer de sanction	1	2	3	4	5	109

Même avec des amis, je préfère ne pas trop me confier	1	2	3	4	5	110
Plus un travail est difficile, plus je l'apprécie	1	2	3	4	5	111
Souvent quand je regarde certaines choses de la vie courante, j'ai une sensation d'émerveillement comme si je les voyais d'un oeil nouveau pour la première fois	1	2	3	4	5	112
Je me sens souvent tendu(e) et inquiet(e) lorsque je dois faire quelque chose d'inhabituel pour moi	1	2	3	4	5	113
Je suis enthousiaste de commencer toute tâche que l'on me donne	1	2	3	4	5	114
Ma volonté est trop faible pour résister aux tentations très fortes, même si je sais que je souffrirai de leurs conséquences	1	2	3	4	5	115
Si je n'ai pas le moral, je préfère être entouré(e) d'amis plutôt que de rester seul(e)	1	2	3	4	5	116
J'en fais souvent plus que ce qu'on attend de moi	1	2	3	4	5	117
Des expériences religieuses m'ont aidé à comprendre le sens réel de ma vie	1	2	3	4	5	118
J'ai l'habitude de me pousser à faire plus que la plupart des gens car je veux faire aussi bien que je le peux	1	2	3	4	5	119
Merci d'entourer le chiffre cinq	1	2	3	4	5	120
Je me sens habituellement plus confiant et énergique que la plupart des gens, même après des maladies bénignes ou des stress	1	2	3	4	5	121
Lorsque rien de nouveau ne se passe, je recherche en général quelque chose de passionnant ou d'excitant à faire	1	2	3	4	5	122
Je préfère réfléchir longtemps avant de prendre une décision	1	2	3	4	5	123
Les gens qui travaillent avec moi doivent apprendre à faire les choses selon mes méthodes	1	2	3	4	5	124
J'établis des relations chaleureuses avec la plupart des gens	1	2	3	4	5	125
Je suis souvent décrit(e) comme un bourreau de travail	1	2	3	4	5	126
Je préfère lire un livre que de parler de mes sentiments avec quelqu'un d'autre	1	2	3	4	5	127
Je prends plaisir à me venger des gens qui m'ont fait du mal	1	2	3	4	5	128
Si quelque chose ne fonctionne pas comme je l'attendais, j'ai plutôt tendance à abandonner qu'à persévérer longtemps	1	2	3	4	5	129
Les autres sont facilement proches de moi émotionnellement	1	2	3	4	5	130
Je resterais probablement detendu(e) en rencontrant des inconnus, même si on m'avait prévenu qu'ils étaient inamicaux	1	2	3	4	5	131

Merci d'entourer le chiffre deux (contrôle de validité)	1	2	3	4	5	132
Généralement, je n'aime pas les gens qui ont des idées différentes des miennes	1	2	3	4	5	133
Je tarde souvent à me décider à commencer une tâche	1	2	3	4	5	134
Je parviens souvent à déformer la réalité afin de raconter une histoire plus drôle ou de faire une farce à quelqu'un	1	2	3	4	5	135
Il m'est très difficile de m'adapter à des changements dans mes activités habituelles car je deviens alors tendu(e), fatigué(e) ou inquiet(e)	1	2	3	4	5	136
Je suis plus perfectionniste que la plupart des gens	1	2	3	4	5	137
Les autres pensent souvent que je suis trop indépendant(e) car je ne fais pas ce qu'ils voudraient que je fasse	1	2	3	4	5	138
Je suis plus efficace que la plupart des gens pour mettre de l'argent de côté	1	2	3	4	5	139
J'ai souvent tendance à abandonner un travail s'il prend beaucoup plus de temps que je ne le pensais	1	2	3	4	5	140
Qu'une chose soit vraie ou fausse n'est souvent qu'une question d'opinion personnelle	1	2	3	4	5	141
J'apprends souvent beaucoup des autres	1	2	3	4	5	142
Je crois que toute vie dépend d'un certain ordre ou pouvoir spirituel qui ne peut pas être complètement expliqué	1	2	3	4	5	143
Souvent, les choses tournent mal pour moi sauf si je fais très attention	1	2	3	4	5	144
J'ai plus de mal que la plupart des gens à m'enthousiasmer pour de nouvelles idées ou de nouvelles activités	1	2	3	4	5	145
Je pourrais probablement en faire plus, mais je ne vois pas l'intérêt de faire plus que le minimum	1	2	3	4	5	146
En général, je me tiens à l'écart des situations sociales où je peux rencontrer des inconnus, même si on m'assure qu'ils seront amicaux	1	2	3	4	5	147
Je me sens souvent très proche des gens qui m'entourent, comme si rien ne nous séparait	1	2	3	4	5	148
Dans la plupart des situations, mes réactions spontanées sont facilitées par de bons réflexes que j'ai développés	1	2	3	4	5	149
Je dois souvent m'interrompre dans une activité car je m'inquiète facilement de ce qui pourrait ne pas aller	1	2	3	4	5	150
On dit souvent que je parais absent quand je suis absorbé(e) dans une activité car je perds alors le contact avec toute autre chose	1	2	3	4	5	151
Je prends souvent en compte les sentiments des autres autant que mes propres sentiments	1	2	3	4	5	152

Je suis souvent décrit(e) comme quelqu'un qui en fait le moins possible	1	2	3	4	5	133
Le plus souvent, j'aimerais mieux faire quelque chose d'un peu risqué (comme conduire une voiture dans des virages dangereux et en montagne) plutôt que de rester au calme à ne rien faire pendant quelques heures	1	2	3	4	5	134
Certaines personnes pensent que je suis trop près de mon argent	1	2	3	4	5	135
Je préfère les méthodes traditionnelles et sûres aux méthodes modernes et améliorées	1	2	3	4	5	136
Je fais souvent des choses pour la protection des animaux et des plantes en voie de disparition	1	2	3	4	5	137
Je me pousse souvent jusqu'à l'épuisement ou j'essaie d'en faire plus que je ne le peux	1	2	3	4	5	138
J'ai du mal à m'en sortir lorsque je suis surpris(e) en faute	1	2	3	4	5	139
L'expérience m'a permis d'acquiescer de bonnes habitudes qui sont plus fortes que les croyances et les impulsions passagères	1	2	3	4	5	160
Je pense que j'aurai énormément de chance dans l'avenir	1	2	3	4	5	161
Je m'ouvre rapidement aux autres, même si je ne les connais pas beaucoup	1	2	3	4	5	162
Quand j'ai du mal à maîtriser un problème dans un premier temps, je me fixe pour objectif de réussir à tout prix	1	2	3	4	5	163
Il est possible de réussir en affaire sans être malhonnête	1	2	3	4	5	164
Dans les conversations, je suis bien meilleur(e) lorsque j'écoute que lorsque je parle	1	2	3	4	5	165
Je ne serais pas heureux dans un travail qui ne me permettrait pas de communiquer avec les autres	1	2	3	4	5	166
Mes opinions sont en grande partie influencées par des éléments que je ne contrôle pas	1	2	3	4	5	167
Je souhaite souvent être plus fort(e) que tous les autres	1	2	3	4	5	168
J'ai souvent besoin de faire la sieste ou de me reposer car je me fatigue facilement	1	2	3	4	5	169
J'ai du mal à mentir même pour préserver les sentiments de quelqu'un	1	2	3	4	5	170
Quel que soit le problème que j'aie à résoudre, je pense toujours que les choses évolueront bien	1	2	3	4	5	171
Je dépense difficilement de l'argent pour mon plaisir, même si j'ai beaucoup d'économies	1	2	3	4	5	172
C'est souvent dans des circonstances difficiles que je donne le meilleur de moi-même	1	2	3	4	5	173
Je préfère garder mes problèmes pour moi	1	2	3	4	5	174
J'ai une imagination vive	1	2	3	4	5	175

Je préfère rester chez moi plutôt que de voyager ou d'explorer de nouveaux lieux	1	2	3	4	5	176
Il est très important pour moi d'avoir des relations chaleureuses avec les autres	1	2	3	4	5	177
Il m'arrive souvent de souhaiter rester jeune éternellement	1	2	3	4	5	178
Je préfère tout lire en détail avant de signer n'importe quel papier	1	2	3	4	5	179
Je pense pouvoir rester confiant(e) et détendu(e) en rencontrant des inconnus, même si je suis prevenu(e) qu'ils sont en colère contre moi	1	2	3	4	5	180
Je pense qu'il est plus important d'être sympathique et compréhensif à l'égard des autres plutôt que dur et réaliste	1	2	3	4	5	181
Il m'arrive souvent de souhaiter avoir des pouvoirs spéciaux comme Superman	1	2	3	4	5	182
J'aime partager ce que j'ai appris avec les autres	1	2	3	4	5	183
Habituellement, je considère une situation difficile comme un défi ou une bonne occasion	1	2	3	4	5	184
La plupart des gens que je connais ne pensent qu'à eux, sans se préoccuper de la souffrance des autres	1	2	3	4	5	185
J'ai besoin de beaucoup de repos supplémentaire, de soutien ou de reconfort pour récupérer de légers problèmes de santé ou de situations stressantes	1	2	3	4	5	186
Je sais qu'il y a des règles dans la vie que personne ne peut violer sans en souffrir un jour	1	2	3	4	5	187
Je ne souhaite pas être la personne la plus riche	1	2	3	4	5	188
J'aime prendre du temps avant de commencer un travail, même facile	1	2	3	4	5	189
Je risquerais volontiers ma propre vie pour rendre le monde meilleur	1	2	3	4	5	190
Quand mon travail n'est pas reconnu, j'ai encore plus de détermination pour réussir	1	2	3	4	5	191
Je voudrais souvent interrompre le cours du temps	1	2	3	4	5	192
Je déteste prendre des décisions uniquement à partir de mes premières impressions	1	2	3	4	5	193
Je préfère rester seul(e) plutôt que d'avoir à gérer les problèmes des autres	1	2	3	4	5	194
Je ne souhaite pas être admiré(e) plus que les autres	1	2	3	4	5	195
J'ai besoin de beaucoup d'aide de la part des autres pour acquérir de bonnes habitudes	1	2	3	4	5	196
J'aime faire mon travail rapidement puis me porter volontaire pour en faire plus	1	2	3	4	5	197
Il m'est difficile de tolérer les gens qui sont différents de moi	1	2	3	4	5	198
Lorsque quelqu'un me blesse, je préfère rester aimable plutôt que me venger	1	2	3	4	5	199

Je prends vraiment du plaisir à être occupé(e)	1	2	3	4	5	200
J'essaie de coopérer avec les autres autant que possible	1	2	3	4	5	201
J'obtiens souvent des succès grâce à mon ambition et à mon travail intense	1	2	3	4	5	202
Il m'est généralement facile d'apprécier les gens qui ont des valeurs différentes des miennes	1	2	3	4	5	203
Certaines bonnes habitudes sont devenues naturelles chez moi, elles sont presque toujours automatiques et spontanées	1	2	3	4	5	204
Je déteste changer mes habitudes même si beaucoup de gens me disent qu'il existe une nouvelle méthode plus efficace	1	2	3	4	5	205
Je pense qu'il n'est pas sage de croire aux choses qui ne peuvent pas être expliquées scientifiquement	1	2	3	4	5	206
Je suis prêt(e) à faire beaucoup de sacrifices pour réussir	1	2	3	4	5	207
J'aime imaginer que mes ennemis sont en train de souffrir	1	2	3	4	5	208
Merci d'entourer le chiffre trois (contrôle de validité)	1	2	3	4	5	209
J'aime porter une attention particulière aux détails dans tout ce que je fais	1	2	3	4	5	210
Habituellement, je suis libre de mes choix	1	2	3	4	5	211
Je suis souvent si absorbé(e) dans ce que je fais que pendant un moment j'en oublie où je suis	1	2	3	4	5	212
J'aime que les autres sachent que je me préoccupe d'eux	1	2	3	4	5	213
Généralement, j'aimerais mieux faire quelque chose de risqué (comme faire du delta-plane ou sauter en parachute) plutôt que d'avoir à rester calme et inactif(ve) pendant quelques heures	1	2	3	4	5	214
Comme je dépense souvent trop d'argent sur des coups de tête, il m'est difficile d'en mettre de côté même pour des projets particuliers comme les vacances	1	2	3	4	5	215
Je cède souvent aux désirs de mes amis	1	2	3	4	5	216
Je ne m'inquiète jamais de choses terribles qui pourraient arriver dans l'avenir	1	2	3	4	5	217
Les gens estiment qu'il est facile de venir me voir pour trouver de l'aide, de la sympathie et de la compréhension	1	2	3	4	5	218
En général, je pardonne rapidement à ceux qui me font du mal	1	2	3	4	5	219
Je pense que mon comportement naturel est en général en accord avec mes principes et mes objectifs de vie	1	2	3	4	5	220
Je préfère attendre que quelqu'un d'autre décide de ce qui doit être fait	1	2	3	4	5	221

C'est un plaisir pour moi de m'acheter des choses	1	2	3	4	5	222
J'ai eu des expériences qui ont rendu le sens de ma vie si évident que je me suis senti(e) très ému(e) et heureux(-euse)	1	2	3	4	5	223
En général, je respecte les opinions des autres	1	2	3	4	5	224
Mon comportement m'est dicté par certains objectifs que je me suis fixés dans la vie	1	2	3	4	5	225
En général, il est absurde de contribuer au succès des autres	1	2	3	4	5	226
Il m'arrive souvent de souhaiter pouvoir vivre éternellement	1	2	3	4	5	227
Lorsque l'on me signale mes erreurs, je travaille très dur afin de les corriger	1	2	3	4	5	228
Je n'ai pas tendance à abandonner un projet même si je rencontre de nombreux échecs inattendus	1	2	3	4	5	229
En général, j'ai de la chance dans tout ce que j'entreprends	1	2	3	4	5	230
Je souhaiterais être la personne la plus belle	1	2	3	4	5	231
Les expériences mystiques ne sont probablement que des désirs pris pour des réalités	1	2	3	4	5	232
Les droits individuels sont plus importants que les besoins de n'importe quel groupe	1	2	3	4	5	233
La malhonnêteté ne pose des problèmes que si l'on se fait surprendre	1	2	3	4	5	234
Mes bonnes habitudes me permettent de faire plus facilement les choses comme je le souhaite	1	2	3	4	5	235
Les autres ou les circonstances sont souvent responsables de mes difficultés	1	2	3	4	5	236
En général, je peux rester actif(ve) toute la journée sans avoir à me forcer	1	2	3	4	5	237
Je veux être le (la) meilleur (e) dans tout ce que j'entreprends	1	2	3	4	5	238
J'examine presque toujours tous les détails avant de prendre une décision, même si on me demande une réponse rapide	1	2	3	4	5	239
Je me porte rapidement volontaire lorsqu'il y a quelque chose à faire	1	2	3	4	5	240

Fin du questionnaire TCI-R

Merci de vérifier que vous avez répondu à toutes les questions,
avec une seule réponse par question

2 *Echelle Risk-Rescue Rating Scale (RRRS, Weisman & Warden, 1972)*

Risques encourus

- 1 - Moyens utilisés :
 - 1 - Aucun
 - 2 - Appareil médical ou matériel
 - 3 - Déferstation, balle

2 - Troubles de la conscience à l'arrivée :

- 1 - Aucun
- 2 - Confusion, semi - coma (obnubilé, agité, confus, désorienté)
- 3 - Coma

3 - Lésions, toxicité :

- 1 - Légers (sautes de sang, hémorragie mineure, phlébotomie sans perte de sang)
- 2 - Modérés (hémorragie, lésion cutanée, lésion rénale)
- 3 - Sévères (lésions des organes vitaux, intubation, réanimation)

4 - Réversibilité :

- 1 - Bonne (récupération en moins de 24 h)
- 2 - Moyenne (récupération en moins de 6 jours)
- 3 - Mauvaise (lésions persistantes, hospitalisation de plus de 6 jours)

5 - Traitement requis :

- 1 - Intervention simple, traitement symptomatique
- 2 - Hospitalisation et traitement de routine (durses, surveillance)
- 3 - Soins intensifs, traitement spécial

Possibilité des secours

6 - Lieu :

- 3 - Familier (TS ayant lieu dans un endroit où le sujet a l'habitude de se trouver et où il peut être reconnu : chez lui, lieu de travail, amis...)
- 2 - Semi-familier (lieu non reconnu, mais où il peut être reconnu)
- 1 - Lieu inconnu (forêt, endroit désert, lieu reculé...)

7 - Personne déclenchant les secours :

- 3 - Personne proche (comme du sujet avec laquelle il est en relation)
- 2 - Professionnel (médecin, policier, ambulancier)
- 1 - Passant

8 - Probabilité de découverte :

- 3 - Grande, presque certaine (une personne est présente à proximité au moment où le sujet est découvert)
- 2 - Moyenne (une personne n'est présente à proximité au moment où le sujet est vu)
- 1 - Faible, découverte accidentelle

9 - Probabilité de découverte :

- 3 - La sujet a demandé de l'aide
- 2 - La sujet a laissé des indices
- 1 - Le sujet n'a pas laissé d'indices et n'a pas demandé d'aide

10 - Délai de découverte :

- 2 - Moins de 4 heures
- 1 - Plus de 4 heures

- RRRS :

1 Échelle Suicidal Intent Scale (SIS, Beck 1974)

Circumstances du geste :

- 1 - Isolation :
- 1 - Quelqu'un était présent
- 1 - Quelqu'un était à proximité ou en contact (p.ex. au téléphone)
- 2 - Personne présent à proximité

2 - « Timing » :

- 0 - Geste organisé de sorte qu'une intervention est probable
- 1 - Intervention d'un tiers n'est pas probable
- 2 - Intervention d'un tiers est hautement improbable

3 - Précaution contre la découverte

- 0 - Aucune précaution
- 1 - Précautions passives (sa souterraine (sa serrure, porte verrouillée))
- 2 - Précautions actives (porte verrouillée)

4 - Recherche de secours pendant ou après la TS

- 0 - En a parlé à un sauveteur potentiel
- 1 - A contacté un sauveteur potentiel, mais sans mentionner son geste
- 2 - N'a contacté ni avisé personne

5 - « Derniers actes » anticipant la mort (dernières volontés, dons, assurances...)

- 0 - Aucun
- 1 - Préparation partielle (Y'a pensé ou a fait quelques arrangements)
- 2 - Plans définis et réalisés (arrangements dans les dernières volontés, assurances...)

6 - Préparation active de la TS :

- 0 - Aucune
- 1 - Matière à modifier
- 2 - Étendue

7 - Niche ou lettres laissées :

- 0 - Pas de message
- 1 - Message écrit ou laissé déchiffré, a pensé à laisser un message
- 2 - Présence d'un message

8 - Communication claire de l'intention avant la TS :

- 0 - Aucune
- 1 - Communication équivoque
- 2 - Communication non équivoque

Conceptions du sujet sur son acte :

9 - But allégué de la tentative :

- 0 - Attirer l'attention, manipuler l'environnement, se venger...
- 1 - Entre 0 et 2
- 2 - Pour sentir, disparaître, résoudre ses problèmes

10 - Opinion sur l'issue du geste :

- 0 - Pensait que la mort était improbable
- 1 - Pensait que la mort était possible
- 2 - Pensait que la mort était probable voire certaine

11 - Conception sur la réalité du geste :

- 0 - Le sujet a fait moins que ce qu'il pensait être mortel
- 1 - Le sujet a fait plus que ce qu'il pensait être mortel
- 2 - Le sujet a agi de façon adéquate ce qu'il pensait être mortel

12 - Gravité de la tentative :

- 0 - Pense ne pas sérieusement avoir tenté de mettre fin à ses jours
- 1 - N'est pas sûr d'avoir sérieusement tenté de mettre fin à ses jours
- 2 - Pense avoir sérieusement tenté de mettre fin à ses jours

13 - Attitude à l'égard de vivre ou de mourir :

- 0 - Ne voulait pas mourir
- 1 - Entre 0 et 2
- 2 - Voulait mourir

14 - Opinion sur l'efficacité des soins éventuels :

- 0 - Pensait que la mort était improbable s'il recevait une aide médicale
- 1 - Ne savait pas clairement si la mort pouvait être prévenue par une intervention médicale
- 2 - Était certain de mourir même s'il recevait une aide médicale

15 - Degré de préméditation :

- 0 - TS impulsive, sans préméditation
- 1 - Acte envisagé moins de trois heures avant la TS
- 2 - Acte envisagé plus de trois heures avant la TS

CRITERES DE L'ADDICTION SELON GOODMAN

Goodman, psychiatre anglais, a formulé une définition de l'addiction en la décrivant comme "un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives". Il décrit ainsi les critères d'inclusions dans le champ des addictions :

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E.** Présence d'au moins cinq à neuf critères suivants :
 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.
 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 7. Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 8. Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
- F.** Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.



Serment des Apothicairees

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

