Les benzodiazépines au long cours : un facteur de risque de répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires ?

Aurélie Sarrazin

▶ **To cite this version:**

Aurélie Sarrazin. Les benzodiazépines au long cours : un facteur de risque de répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires ?. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00840413

HAL Id: dumas-00840413

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00840413

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.

Université Joseph Fourier
GRENOBLE
PHARMACIE

SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2013

LES BENZODIAZEPINES AU LONG COURS : UN FACTEUR DE RISQUE DE REPETITION D'INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES VOLONTAIRES ?

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ETAT

Melle Aurélie SARRAZIN

Née le 22 novembre 1987 à ECHIROLLES (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 26 juin 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Pr Vincent DANEL

Membres :
Madame le Dr Lucie PENNEL, Directrice de thèse
Monsieur le Pr Maurice DEMATTEIS
Madame le Dr Marie FAURE
Madame le Dr Céline 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.

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Vincent DANEL**, pour me faire l'honneur de présider cette thèse.

A **Madame le Docteur Lucie PENNEL**, d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, pour votre engagement, votre confiance, votre aide précieuse et votre investissement dans ce projet.

A **Monsieur le Professeur Maurice DEMATTEIS**, pour nous avoir soutenus dans cette démarche et pour avoir bien voulu participer au jury.

Aux **Docteurs Marie FAURE et Céline VILLIER**, d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

Aux équipes de la ZES et de l'UHCD, pour leur accueil et leur disponibilité.

A tous les patients qui ont bien voulu nous accorder un peu de leur temps dans ces circonstances difficiles.

A Pablo, merci pour ton soutien, tes encouragements, ta gentillesse et ta bonne humeur. Et pour avoir été le témoin d'une de mes plus belles gaffes…dommage !

A Coline, merci d'avoir été là depuis le début et malgré les moments difficiles, j'ai adoré partager cette expérience avec toi.

A mes parents, je ne saurais trouver les mots pour vous remercier de m'avoir écoutée, rassurée, soutenue, et trop souvent « supportée », pour ma thèse et tout le reste.

A Laëtitia, ma grande sœur, ma confidente, parce que sans toi je ne serais jamais arrivée jusque là.

A Cécilia, Yohan, Maud, Dorine, merci pour ces belles années passées ensemble.

A tous mes amis, je vous remercie sincèrement d'avoir été à mes côtés ces derniers mois et d'avoir su trouver les mots justes pour me soutenir et me rassurer.

Sommaire

Remerciements 2
Sommaire 4
Résumé 7
Abstract 9
Abréviations 11
Introduction 13
Méthodologie 16
1. Protocole de l'étude 16
2. Réalisation 16
2.1. Population d'étude 16
2.2. Déroulement de l'étude (cf. annexe 5) 17
2.3. Outils 17
3. Analyse statistique 20
Résultats 21
1. Caractéristiques sociodémographiques de la population totale 21
2. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des deux groupes d'étude 22
3. Evolution de la consommation des benzodiazépines 23
4. Caractérisation de l'IMV index en fonction des médicaments utilisés, de l'intentionnalité et de la létalité 24
5. Evolution des circonstances et des conséquences du geste au fil des répétitions 26
6. Comparaison du parcours pharmacologique des deux groupes d'étude 27
7. Comparaison des antécédents somatiques et psychiatriques 28
8. Comparaison des troubles psychiatriques des deux groupes d'étude 29
9. Comparaison du parcours addictologique des deux groupes d'étude 31
10. Comparaison des deux groupes selon les troubles de la personnalité (PDQ-4+) 32
11. Comparaison des dimensions de tempérament et de caractère (TCI-R) 33
12. Autres caractéristiques psychopathologiques 33
Discussion 35
1. Caractéristiques de la population d'étude 35
2. Etude de la place des BZD dans la répétition des IMV 37

2.1. Les BZD en tant que facteur de risque de répétition des IMV 37
2.2. Les BZD dans les IMVr 39
2.3. Les BZD : mésusage et addiction 42
3. Les patients récidivants : un phénotype particulier ? 43
3.1. Antécédents psychiatriques personnels et évènements de vie marquants 43
3.2. Troubles de la personnalité 46
3.3. Dimensions de tempérament et de caractère 47
3.4. Traits de personnalité 49
3.5. Synthèse des données 50
4. IMV et répétitions 51
5. Limites de l'étude 52
5.1. Limites concernant l'inclusion des patients et la passation des questionnaires 52
5.2. Limites concernant le suivi des patients 54
6. Perspectives d'amélioration de la prise en charge 55
Conclusion 58
Références bibliographiques 61
ANNEXES 82
Annexe 1 : Les benzodiazépines 83
1. Définitions et historique 83
2. Mode d'action 84
3. Thérapeutique et indications 88
4. Les BZD apparentées 91
5. Effets indésirables principaux 91
6. Contre-indications et précautions d'emploi 93
7. Interactions 94
8. Thérapeutique et critères de choix 95
Annexe 2 : Benzodiazépines et mésusage 98
1. Données épidémiologiques : état des lieux de la consommation de psychotropes en France 98
2. Troubles liés aux BZD 101
2.1. Définitions 101
2.2. Usage et abus 105
2.3. Dépendance, tolérance et sevrage 106

3. Autres risques 110
4. Les benzodiazépines apparentées 111
Annexe 3 : Le suicide et les tentatives de suicide 113
1. Données épidémiologiques 113
1.1. Le suicide 113
1.2. Les tentatives de suicide 113
2. Les comportements suicidaires répétés 115
3. Les intoxications médicamenteuses volontaires 117
3.1. Les médicaments les plus utilisés 117
3.2. Benzodiazépines et IMVr : pourquoi ? 118
4. Les moyens de prévention 120
Annexe 4 : Tableau récapitulatif recensant les BZD les plus prescrites, les plus susceptibles d'induire une dépendance, les plus « abusées » et les plus utilisées dans les IMV 122
Annexe 5 : Déroulement détaillé de l'étude 123
Annexe 6 : Les échelles d'évaluation clinique 125
Annexe 7 : Consentement et questionnaires 134

Résumé

Introduction : la prescription de benzodiazépines au long cours semble présenter des risques chez certains patients. Parallèlement, les benzodiazépines les plus prescrites sont aussi les plus retrouvées dans les intoxications médicamenteuses volontaires.

Objectif principal: étudier le lien entre consommation de benzodiazépines au long cours et intoxications médicamenteuses volontaires répétées.

Objectif secondaire : comparer le profil psychopathologique de sujets consommateurs chroniques de benzodiazépines sans antécédent d'intoxication médicamenteuse volontaire et de patients faisant des intoxications médicamenteuses volontaires à répétition.

Méthode : étudier le parcours pharmacologique des patients et caractériser les sujets consommateurs de benzodiazépines au long cours sans antécédent d'intoxication médicamenteuse volontaire et les sujets faisant des intoxications médicamenteuses répétées à l'aide de l'historique de leurs traitements, leurs antécédents suicidaires et addictologiques. Leur profil psychopathologique sera caractérisé grâce à des échelles d'évaluation clinique (le MINI version 5, la BIS-11, l'échelle H, la TAS 20, le TCI-R, le PDQ-4+, les critères de Goodman, le questionnaire anamnestique dérivé de l'AMDP). L'intoxication médicamenteuse volontaire index sera caractérisée à l'aide de questionnaires de létalité (RRRS) et d'intentionnalité (SIS). L'analyse statistique sera essentiellement descriptive et les comparaisons seront effectuées à l'aide de tests non paramétriques.

Résultats : le lien entre consommation chronique de benzodiazépines et intoxications médicamenteuses volontaires répétées ne semble pas être systématique. En revanche une prise de benzodiazépines au long cours pourrait favoriser la récidive de ces épisodes chez des patients présentant certains antécédents psychiatriques, certains troubles de la personnalité, ainsi que des dimensions de tempérament et de caractère plus marquées.

Conclusion : notre étude a mis en évidence la nécessité d'un accompagnement des patients répétant les intoxications médicamenteuses volontaires au sein d'un véritable réseau de professionnels de santé délivrant des messages d'informations et de prévention.

Mots clés : Benzodiazépines, Intoxications médicamenteuses volontaires répétées, Prévention, Addiction, Tentatives de suicide

Abstract

Introduction : long term benzodiazepine prescription seems to be at risk in some patients. In parallel, the most frequently prescribed benzodiazepines are also the most often identified in deliberate self-poisoning.

Main objective : to study the relationship between long term benzodiazepine use and repeated deliberate self-poisoning.

Secondary objective: to compare the psychopathological profile of chronic benzodiazepine users with no history of deliberate self-poisoning and patients repeating deliberate self-poisoning.

Method : to study the patients' pharmacological path and to assess long term benzodiazepine users with no history of deliberate self-poisoning and subjects repeating deliberate self-poisoning thanks to their treatments history, their suicidal and addictological history. Their psychopathological profile will be assessed thanks to clinical evaluation scales (the MINI version 5, the BIS-11, the H scale, the TAS 20, the TCI-R, the PDQ-4+, the Goodman criteria, the "questionnaire anamnestique dérivé de l'AMDP"). Index deliberate self-poisoning will be assessed thanks to lethality (RRRS) and intentionality (SIS) questionnaires. The statistical analysis will be essentially descriptive and comparisons will be made thanks to non parametric tests.

Results : the relationship between chronic benzodiazepine use and repeated deliberate self-poisoning doesn’t seem to be systematic. However long term benzodiazepine use could favor the recurrence of these episodes in patients with a psychiatric history, some personality disorders, as well as more pronounced temperament and character dimensions.

Conclusion : our study highlighted the necessity to accompany patients repeating deliberate self-poisoning within an actual network of healthcare professionals delivering information and prevention messages.

Keywords : Benzodiazepines, Repeated deliberate self-poisoning, Prevention, Addiction, Suicide attempts

Abréviations

AD : Antidépresseur

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMDP : Association pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BZD : Benzodiazépine

CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes

CHU : Centre hospitalo-universitaire

EDM: Episode dépressif majeur

EHM : Episode hypomaniaque

EM : Episode maniaque

ESPT : Etat de stress post-traumatique

e-t : Ecart-type

F : Femme

H : Homme

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

IMVr : Intoxications médicamenteuses volontaires répétées

m : Moyenne

méd : Médiane

n : Effectif

NL : Neuroleptique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

P : Personnalité

PA : Passage à l'acte

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information des séjours hospitaliers de courte durée (MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique)

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

TP : Trouble panique

TR : Thymorégulateur

TS : Tentative de suicide

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

Introduction

Depuis quelques années, force est de constater que les autorités sanitaires tentent de mettre en place des stratégies de prévention dans le but de réduire la consommation des psychotropes, notamment en limitant leur durée maximale de prescription. Or malgré ces efforts la France demeure le pays au sein de l'Europe où la consommation de psychotropes est la plus importante, en particulier celle des BZD, et on estime ainsi à 20% le taux de prévalence d'exposition annuelle à au moins une BZD ou une molécule apparentée (AFSSAPS, 2012 ; Lagnaoui et al., 2004). Par ailleurs, en dépit des recommandations visant à restreindre leur utilisation à un traitement de courte durée, 75% des consommateurs chroniques de BZD prennent ces dernières depuis plus de six mois (CANAM, 1997 ; CANAM, 1999 ; Jeantaud et al., 2001 ; Lagnaoui et al., 2004).

Bien qu'elles aient fait la preuve de leur efficacité clinique et de leur relative sécurité d'emploi en comparaison avec leurs prédécesseurs, les barbituriques, ces molécules sont également bien connues pour leur capacité à induire une dépendance, à la fois physique et psychique. Elles présentent en effet un important potentiel addictogène, en particulier chez des sujets ayant des antécédents de dépendance à des sédatifs ou hypnotiques ou à l'alcool, ou encore un niveau élevé d'anxiété avant de débuter le traitement (De Las Cuevas et al., 2003 ; Konopka, 2013 ; Naja et al., 2000). Elles sont également concernées par une problématique de mésusage, notamment un abus ou un usage récréationnel, avec toutes les conséquences que cela peut induire (cf. annexe 2).

Parallèlement, on assiste chez certains patients à un phénomène singulier. En effet, si le suicide est la cause de près de 900 000 décès chaque année dans le monde, les taux nationaux de tentatives de suicides seraient 10 à 40 fois plus importants (Bertolote et al., 2006 ; Mann, 2003). En France métropolitaine entre 2004 et 2007, il apparait que 15,9% des patients hospitalisés pour TS l'ont été plusieurs fois, avec un nombre moyen de 2,7 séjours par patient sur cette même période (Chan-Chee, 2011). En outre si l'on analyse les méthodes les plus fréquemment employées, il ressort que l'intoxication médicamenteuse volontaire est prédominante (Skegg, 2005), et là encore les BZD sont surreprésentées puisqu'elles occupent une place importante parmi les molécules les plus souvent ingérées (cf. annexe 3).

De plus lorsque l'on fait un récapitulatif, il est intéressant de constater qu'il existe d'importantes similitudes entre les BZD les plus prescrites, les plus addictogènes, les plus « abusées » et utilisées dans les IMV (cf. annexe 4). Le rôle des BZD dans la répétition des IMV est donc particulièrement important à analyser, surtout lorsque l'on considère le taux de récidive des TS qui s'élève dans certaines études à 22% pour les hommes et 35% pour les femmes (Mouquet et al., 2006).

Ce constat amène donc à reconsidérer la répétition des IMV aux BZD : sont-elles à considérer comme une simple cooccurrence à la consommation de BZD, sont-elles une conséquence de la prescription au long cours de ces molécules ou enfin sont-elles le témoin d'une psychopathologie addictive plus sévère ?

L'objectif principal de cette étude est donc d'étudier s'il existe un lien systématique entre la prise continue de BZD au long cours et les IMVr. L'objectif secondaire étant de comparer le profil psychopathologique de patients consommateurs chroniques de BZD sans antécédent

d’IMV et de patients ayant des antécédents multiples d’IMV, dans le but d’étudier s’il existe effectivement un phénotype particulier inscrivant ces derniers dans un mécanisme répétitif de « conduites d’IMVr », et de le caractériser.

Les hypothèses étant que la prescription continue de BZD au long cours constituerait un facteur de risque de répétition d’IMV chez certains patients et que les sujets récidivants se distingueraient par un phénotype psychopathologique particulier.

Méthodologie

1. Protocole de l'étude

Cette étude cas-témoin a été réalisée à l'aide de deux groupes de patients recrutés via le CHU de Grenoble. Un premier groupe de patients consommateurs chroniques de BZD sans antécédent d'IMV et un second groupe de sujets ayant réalisé au moins trois IMV.

2. Réalisation

2.1. Population d'étude

Aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature concernant les conséquences de la prise de BZD au long cours et leur lien avec la répétition des IMV. Nous proposons donc d'inclure deux groupes de patients distincts. Théoriquement, nous souhaitions recruter un premier groupe de 30 sujets consommateurs chroniques de BZD et un second groupe de 30 sujets ayant réalisé au moins 3 IMV.

Les critères d'inclusion sont les suivants:

Population de patients consommateurs chroniques de BZD	**Population de patients IMVr**
Âge compris entre 18 et 65 ans	
Obtention du consentement à l'étude	
Prise d'au moins une BZD en continu depuis plus d'un an ; suivi en consultation d'addictologie au CHU	Hospitalisation libre pour IMV
Absence d'antécédent de passage à l'acte suicidaire et/ou d'IMV	Au minimum deux antécédents d'IMV

Les critères de non inclusion sont communs aux deux populations étudiées et sont les suivants :

- Trouble délirant aigu ou chronique
- Tout trouble cognitif entravant la lecture ou la compréhension des questionnaires

2.2. Déroulement de l'étude (cf. annexe 5)

Les évaluations ont été réalisées dans les jours suivant l'hospitalisation pour IMV. Dans un premier temps nous avons procédé à un entretien semi-structuré dans le but de recueillir des données relatives au parcours addictologique du sujet, à ses antécédents suicidaires et addictologiques ainsi que des données socio-économiques et certains évènements de vie. Dans un second temps nous nous sommes appuyés sur des échelles d'évaluation clinique. Une partie des échelles a été passée en auto-questionnaire, l'autre en hétéro-questionnaire. Pour certains patients ne pouvant pas remplir les auto-questionnaires au cours de leur hospitalisation par manque de temps, nous leur avons proposé de les renvoyer par voie postale.

2.3. Outils

2.3.1. Entretien semi-structuré

- Statut clinique du sujet et traitements antérieurs : traitements reçus antérieurement, consommation vie entière de médicaments psychotropes, avec ou hors prescription ;
- Données socio-économiques et évènements de vie ;

- Parcours suicidaire : Nombre de TS et IMV, produits utilisés, âge, antécédents d'automutilations/scarifications ;
- Parcours addictologique : molécule utilisée, âge de début, abus, dépendance.

2.3.2. Echelles d'évaluation clinique

Le **MINI version 5** (Sheehan et al., 1998) explore de manière standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe I du DSM-IV: 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 Il contient 120 questions à réponses dichotomiques réparties en 16 modules.

La **BIS-11** (échelle d'impulsivité, Patton et al., 1995) permet d'apprécier l'impulsivité selon trois dimensions : l'impulsivité attentionnelle, l'impulsivité motrice et la difficulté de planification. Elle est constituée de 30 items côtés sur une échelle allant de 1 à 4.

L'**échelle H** (échelle de désespoir) est un outil permettant d'évaluer le pessimisme du sujet. Le questionnaire est constitué de 20 items avec des réponses dichotomiques en vrai/faux (Bouvard et al., 1992).

La **TAS 20** (Toronto Alexithymia Scale) est une estimation de l'alexithymie en considérant trois dimensions (Zech et al., 1999): difficulté à identifier les sentiments, difficulté à décrire ses sentiments aux autres et pensée orientée vers l'extérieur. Le questionnaire comprend 20 items côtés de 1 à 5.

Le **TCI-R** (Temperament and Character Inventory, version révisée) évalue les dimensions fondamentales de la personnalité selon le modèle de Cloninger via une approche qui comprend 4 variables de tempérament et 3 variables de caractère (Cloninger, 1987). Il est constitué de 240 items cotés de 1 à 5.

Le **PDQ-4+** (Personality Diagnostic Questionnaire) est un outil permettant d'apprécier les troubles de la personnalité d'après les critères diagnostiques du DSM-IV et inclue également les diagnostics des personnalités passive-agressive et dépressive (Hyler, 1994). Il comprend 99 items dont les réponses sont dichotomiques.

Les **critères de Goodman** sont un moyen de caractériser l'addiction selon deux dimensions : l'impulsivité et la compulsivité. Pour que l'addiction soit spécifiée, le patient doit remplir 4 critères principaux et cinq sur neuf des critères supplémentaires, sur une durée minimum d'un mois. Ce questionnaire sera centré sur la dernière intoxication médicamenteuse volontaire des patients et devra évaluer la présence ou non d'une addiction comportementale au passage à l'acte de type « IMV ». Pour les patients BZD au long cours, ce questionnaire portera sur la dépendance à la molécule.

La **SIS** (Suicidal Intent Scale, Beck et al., 1974) est un outil permettant d'apprécier l'intentionnalité suicidaire avant le passage à l'acte chez les suicidants. Elle est constituée de 15 items, chacun étant coté de 0 à 2, soit un score total allant de 0 à 30.

La **RRRS** (Risk-Rescue Rating Scale, Weissman et al., 1972) quantifie le degré de létalité d'une tentative de suicide, c'est-à-dire la probabilité d'entraîner des dommages corporels irréversibles. Cette échelle comprend 10 items cotés de 1 à 3, avec un score total variant de 17 à 83.

Le **Questionnaire anamnestique expérimental dérivé de l'AMDP** (Association pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie) permet un recueil des données sociodémographiques, des évènements de vie et des antécédents personnels et familiaux. Il est constitué de 31 items (18 en auto-questionnaire et 13 en hétéro-questionnaire) et le mode de cotation varie d'une question à l'autre.

3. Analyse statistique

Les effectifs attendus étant inférieurs à 5 dans la majorité des cas, le test exact de Fisher a été utilisé. Nous avons eu recours au test non paramétrique de Mann-Witney pour les comparaisons de moyennes.

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 et plus largement lorsque le p se rapprochait de 0,20, c'est-à-dire que nous avons mentionné qu'il existe une différence, mais non significative par manque de puissance (effectifs insuffisants).

Résultats

1. Caractéristiques sociodémographiques de la population totale

Il s'agit pour l'instant de résultats préliminaires puisqu'à ce jour seulement 9 patients ont pu être inclus dans le groupe IMVr et 7 patients dans le groupe BZD au long cours soit 16 patients au total sur les 60 souhaités.

Initialement, 20 patients avaient été inclus dans l'étude. Deux patients du groupe IMVr ne nous ont jamais retourné leurs auto-questionnaires et ont été perdus de vue, et deux patients inclus au départ dans le groupe BZD au long cours ont finalement été retirés du protocole car au cours de l'entretien il s'est avéré qu'ils avaient en réalité déjà effectué des IMV.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population totale

Population totale (n=16)	n (%)
Sexe H/F, n (%)	5/11 (31,3%/68,8%)
Âge m (e-t) ; méd	36,8 (11,2) ; 39,0
Etat civil n (%)	
- Célibataire	6 (37,5%)
- Marié	3 (18,8%)
- Concubinage	4 (25,0%)
- Séparé ou divorcé	3 (18,8%)
Cohabitation n (%)	
- Seul(e)	3 (18,8%)
- Avec parents et/ou fratrie	5 (31,3%)
- Avec conjoint et/ou enfant	8 (50,0%)
Activité professionnelle n (%)	
- Activité actuelle	6 (37,5%)
- Interruption d'activité	10 (62,5%)

Diplôme obtenu n (%)	
- Aucun	2 (12,5%)
- Certificat d'études primaire	1 (6,3%)
- CAP ou équivalent	5 (31,3%)
- BAC ou équivalent	5 (31,3%)
- BTS ou équivalent	1 (6,3%)
- Diplôme d'études supérieures	2 (12,5%)
Antécédents d'affection somatique chronique n(%)	5 (31,3%)
Nombre de passages antérieurs en milieu psychiatrique m (e-t)	4,1 (6,4)

2. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des deux groupes d'étude

Aucune différence significative n'a été mise en évidence en considérant ces données.

Le seul élément potentiellement discriminant entre les deux groupes se situe au niveau des diplômes obtenus.

Les sujets IMVr se rassemblent principalement dans les catégories « CAP ou équivalent » et « BAC ou équivalent » alors que la répartition des sujets BZD au long cours en fonction des différents diplômes apparait plus équilibrée.

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des deux groupes d'étude

Caractéristiques sociodémographiques	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
Sexe H/F, n (%)	3/4 (42,9%/57,1%)	2/7 (22,2%/77,8%)	0,596
Âge m (e-t)	38,7 (10,3)	35,2 (12,2)	0,546
Etat civil n (%)			1,000
- Célibataire	3 (42,9%)	3 (33,3%)	
- Marié	1 (14,3%)	2 (22,2%)	
- Concubinage	2 (28,6%)	2 (22,2%)	
- Séparé ou divorcé	1 (14,3%)	2 (22,2%)	

Cohabitation n(%)			0,816
- Seul	2 (28,6%)	1 (11,1%)	
- Avec parents et/ou fratrie	2 (28,6%)	3 (33,3%)	
- Avec conjoint et/ou enfant	3 (42,9%)	5 (55,6%)	
Activité professionnelle n (%)			0,633
- Activité actuelle	2 (28,6%)	4 (44,4%)	
- Interruption d'activité	5 (71,4%)	5 (55,6%)	
Diplôme obtenu n (%)			0,213
- Aucun	1 (14,3%)	1 (11,1%)	
- Certificat d'études primaire	1 (14,3%)	0 (0%)	
- CAP ou équivalent	1 (14,3%)	4 (44,4%)	
- BAC ou équivalent	1 (14,3%)	4 (44,4%)	
- BTS ou équivalent	1 (14,3%)	0 (0%)	
- Diplôme d'études supérieures	2 (28,6%)	0 (0%)	
Nombre d'évènements de vie marquants m (e-t)	4,9 (3,1)	4,7 (3,8)	0,913
Evènements de vie marquants n (%)			
- Décès d'un proche	5 (71,4%)	5 (55,6%)	0,633
- Vie familiale	4 (57,1%)	6 (66,7%)	1,000
- Vie de couple	4 (57,1%)	3 (33,3%)	0,615
- Traumatismes physiques ou sexuels	3 (42,9%)	4 (44,4%)	1,000
- Problèmes scolaires ou professionnels	3 (42,9%)	4 (44,4%)	1,000
- Changement de lieu de vie	3 (42,9%)	3 (33,3%)	1,000
- Fugues	1 (14,3%)	3 (33,3%)	0,585

3. Evolution de la consommation des benzodiazépines

L'évolution de la prise de BZD avant les passages à l'acte est un élément important à prendre en considération. En effet, avant le 1er PA seulement 44,4% des patients prenaient des BZD, or cette proportion double dès le 2ème PA et on constate que la totalité des patients en consommaient avant le dernier PA.

Par ailleurs, on observe qu'une très grande majorité des patients utilisent des BZD lors de leurs IMV, et cette part augmente avec les répétitions.

Enfin, après les PA, on remarque que la plupart des patients continuent de prendre des BZD.

Tableau 3 : Evolution de la consommation de benzodiazépines

Consommation de BZD	1er PA (n=9)	2ème PA (n=9)	Dernier PA (n=9)
Avant n (%)	**4 (44,4%)**	**8 (88,9%)**	**9 (100%)**
Pendant n (%)	5 (55,6%)	8 (88,9%)	8 (88,9%)
Après n (%)	6 (66,7%)	9 (100%)	8 (88,9%)

4. Caractérisation de l'IMV index en fonction des médicaments utilisés, de l'intentionnalité et de la létalité

Parmi les psychotropes, les BZD sont de loin les molécules les plus utilisées dans les IMV. On retrouve ensuite les antidépresseurs, dans une moindre proportion.

Le score total moyen d'intentionnalité suicidaire se situant à 11,3, il reflète ici une intentionnalité relativement peu élevée. L'item « Modalités subjectives de l'acte » permet d'apprécier la manière dont le sujet perçoit son geste (plus le score est élevé plus le patient avait clairement l'intention de se donner la mort) ; la valeur moyenne obtenue ici semble être le témoin d'une faible intentionnalité suicidaire.

De plus, des scores peu élevés pour les items « Préparation de la TS » et « Recherche d'aide extérieure » montrent respectivement que dans la majorité des cas le geste n'était pas prémédité et préparé, et que le sujet n'a pas ou très peu cherché de l'aide.

On observe enfin un score assez faible pour la notion de « Précautions actives contre la découverte », indiquant que peu de patients ont pris des précautions pour ne pas être découverts.

L'échelle appréciant la létalité de l'IMV se comprend comme suit : des valeurs élevées pour les « Circonstances objectives du geste » et les « Circonstances de découverte » indiquent respectivement que le sujet n'a pris que peu de risques lors du passage à l'acte et qu'il a été secouru rapidement et facilement.

Un score moyen associé à un écart-type relativement important pour la notion de « Gravité médicale objective » témoigne du fait que la sévérité des conséquences du geste semble inégale en fonction des patients.

Tableau 4 : Caractérisation de l'IMV index en fonction des médicaments utilisés, de l'intentionnalité et de la létalité

Population IMVr (n=9)	IMV index
Médicaments utilisés n (%)	
- **BZD**	**8 (88,9%)**
- AD	3 (33,3%)
- NL	1 (11,1%)
- TR	1 (11,1%)
- TSO	1 (11,1%)
Intentionnalité suicidaire (SIS) m (e-t) / Total	11,3 (7,9) / 30
• Circonstances objectives de l'acte	5,6 (4,1) / 18
- Préparation de la TS	1,7 (3,1) / 8
- Précautions actives contre la découverte	2,7 (1,5) / 6
- Recherche d'aide extérieure	1,2 (1,1) / 4
• Modalités subjectives de l'acte	5,8 (4,4) / 12
Létalité (RRRS) m (e-t) / Total	
- Gravité médicale objective	7,3 (3,0) / 12
- Circonstances objectives du geste	8,3 (1,1) / 9
- Circonstances de découverte	7,1 (1,4) / 9
- Score total	68,7 / 83

5. Evolution des circonstances et des conséquences du geste au fil des répétitions

La méthode de loin la plus retrouvée au cours des répétitions est celle des IMV.

On note que la part des hospitalisations augmente avec les récidives. En revanche, le nombre de passages dans un service de réanimation reste constant au fur et à mesure des répétitions.

Par ailleurs, la notion de préméditation lors du premier et du dernier PA n'a été retrouvée que dans une minorité des cas, en comparaison avec le second qui lui s'est avéré prémédité chez tous les sujets.

Enfin, on note que les patients sont isolés pour accomplir leur geste dans environ la moitié des cas, et la présence d'une lettre n'est que très rarement retrouvée.

Tableau 5 : Evolution des circonstances et des conséquences du geste au fil des répétitions

Population IMVr (n=9)	1er PA	2ème PA	Dernier PA (IMV index)
Âge m (e-t)	26,2 (11,0)	27,7 (10,2)	34,3 (11,9)
Moyen utilisé n (%)			
- **IMV**	**8 (88,9%)**	**9 (100%)**	**9 (100%)**
- Blessure physique à l'arme blanche	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Hospitalisation après la TS n (%)	**6 (66,7%)**	**7 (77,8%)**	**9 (100%)**
Passage en réanimation n (%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)
Isolement n (%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	5 (55,6%)
Préméditation n (%)	1 (11,1%)	9 (100%)	2 (22,2%)
Présence d'une lettre n (%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	2 (22,2%)

6. Comparaison du parcours pharmacologique des deux groupes d'étude

Il n'existe pas de différence entre les deux groupes concernant l'âge de début de prise de BZD, le mode de prescription (continue ou périodique), ainsi que le nombre de molécules de cette classe auxquelles ils ont été exposés. Toutefois, les sujets IMVr semblent consommer davantage de psychotropes simultanément puisqu'ils ont un nombre moyen de 4,8 molécules co-prescrites aux BZD contre 2,6 pour l'autre groupe.

Ces résultats soulignent également un fait intéressant : les consommateurs de BZD au long cours prennent ces dernières depuis une plus grande durée (en moyenne 12,3 ans contre 7,6 pour le groupe IMVr), or le dépassement de dose semble moins fréquent au sein de cette population, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif.

Par ailleurs, un autre phénomène ressort de l'analyse de ces données : le fait de dépasser les doses de traitements psychotropes (BZD, AD, NL, TR) et TSO n'est pas un élément permettant de discriminer les deux groupes. En revanche, ce dépassement apparait nettement plus fréquent avec les BZD qu'avec les autres molécules, indépendamment du groupe considéré.

Tableau 6 : Comparaison du parcours pharmacologique des deux groupes d'étude

Parcours pharmacologique	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
Prescription de BZD n (%)	7 (100%)	9 (100%)	
- Âge de début m (e-t)	25,7 (5,2)	27,0 (9,7)	0,740
- Durée totale en années m (e-t)	**12,3 (7,9)**	**7,6 (6,8)**	**0,232**
- Continue n (%)	6 (85,7%)	8 (88,9%)	1,000
- Périodique n (%)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	1,000
- Nombre de BZD m (e-t)	4,0 (3,1)	3,7 (1,9)	0,808
- Nombre de molécules co-prescrites aux BZD (m ; e-t)	**2,6 (1,0)**	**4,8 (4,8)**	**0,214**
- Dépassement dose prescrite n (%)	**5 (71,4%)**	**8 (88,9%)**	0,550

Prescription d'AD n (%)	5 (71,4%)	7 (77,8%)	1,000
Dépassement dose d'AD prescrite n (%)	**1 (14,3%)**	**2 (22,2%)**	1,000
Prescription de NL n (%)	4 (57,1%)	5 (55,6%)	1,000
Dépassement dose de NL prescrite n (%)	**1 (14,3%)**	**1 (11,1%)**	1,000
Prescription de TR n (%)	1 (14,3%)	2 (22,2%)	1,000
Dépassement dose de TR prescrite n (%)	**0 (0%)**	**0 (0%)**	
Prescription de TSO n (%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)	1,000
Dépassement dose de TSO prescrite n (%)	**2 (28,6%)**	**2 (22,2%)**	1,000

7. Comparaison des antécédents somatiques et psychiatriques

On observe une différence significative entre ces deux populations au sujet du nombre de séjours en établissement psychiatrique. S'ils sont relativement rares chez les consommateurs chroniques de BZD, on retrouve en moyenne 7,0 hospitalisations par patient dans l'autre groupe.

Par ailleurs, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif, on remarque que seuls 55,6% des patients IMVr ont bénéficié d'une psychothérapie contre 85,7% pour les patients BZD au long cours.

Il est également intéressant de constater que des tendances apparaissent au niveau des antécédents de scarification ; ceux-ci sont plus fréquemment retrouvés chez les patients IMVr.

On note enfin un nombre moyen de 9,6 IMV par patient dans le groupe de patients suicidants.

Tableau 7 : Comparaison des antécédents somatiques et psychiatriques

Antécédents somatiques et psychiatriques	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
Antécédent de scarification n (%)	**1 (14,3%)**	**5 (55,6%)**	**0,145**
Nombre d'IMV m (e-t)	**0 (0)**	**9,6 (9,6)**	
Antécédents affection chronique n (%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0,438
Antécédents de psychothérapie n (%)	6 (85,7%)	5 (55,6%)	0,308
Nombre de passages antérieurs en milieu psychiatrique (m ; e-t)	**0,4 ; 0,8**	**7,0 ; 7,4**	**0,030**

8. Comparaison des troubles psychiatriques des deux groupes d'étude

La part de sujets à risque suicidaire est significativement plus importante au sein du groupe IMVr en comparaison avec le groupe BZD au long cours. En outre, les sujets IMVr présentent pour la plupart un risque élevé, alors que pour les patients BZD au long cours ce risque est faible.

Une différence entre les deux populations semble également se dessiner au niveau des diagnostics de trouble panique avec agoraphobie et de la boulimie.

Aucune différence n'a été mise en évidence concernant les troubles dépressifs (actuels ou passés) entre les deux groupes de patients, de même que l'anxiété généralisée ou une problématique de dépendance à une substance. Toutefois ces trois diagnostics psychiatriques sont retrouvés dans une proportion importante au sein des deux populations.

Enfin, bien que ce ne soit pas statistiquement significatif, on note une part plus élevée d'abus de substance, d'épisode maniaque ou hypomaniaque et du diagnostic de phobie sociale au sein du groupe de patients IMVr.

Tableau 8 : Comparaison des troubles psychiatriques des deux groupes d'étude

Troubles psychiatriques n (%)	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
EDM actuel	**4 (57,1%)**	**7 (77,8%)**	**0,596**
EDM passé	**6 (85,7%)**	**7 (77,8%)**	1,000
Risque suicidaire	**2 (28,6%)**	**8 (88,9%)**	**0,035**
- Léger	2 (100%)	3 (37,5%)	0,444
- Elevé	0 (0%)	5 (62,5%)	
Dysthymie	2 (28,6%)	2 (22,2%)	1,000
EHM passé	**0 (0%)**	**2 (22,2%)**	**0,475**
EM passé	**0 (0%)**	**2 (22,2%)**	**0,475**
TP sans agoraphobie	1 (14,3%)	0 (0%)	0,438
TP avec agoraphobie	**0 (0%)**	**4 (44,4%)**	**0,088**
Agoraphobie	1 (14,3%)	1 (11,1%)	1,000
Phobie sociale	**2 (28,6%)**	**5 (55,6%)**	**0,358**
TOC	0 (0%)	2 (22,2%)	0,475
ESPT	0 (0%)	1 (11,1%)	1,000
Anxiété généralisée	**4 (57,1%)**	**6 (66,7%)**	1,000
Dépendance alcoolique	1 (14,3%)	1 (11,1%)	1,000
Abus d'alcool	1 (14,3%)	2 (22,2%)	1,000
Dépendance à une substance	**5 (71,4%)**	**6 (66,7%)**	1,000
Abus de substance	**2 (28,6%)**	**6 (66,7%)**	**0,315**
Anorexie mentale	0 (0%)	1 (11,1%)	1,000
Boulimie	**0 (0%)**	**4 (44,4%)**	**0,088**

9. Comparaison du parcours addictologique des deux groupes d'étude

Il n'apparait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le nombre moyen de produits qu'ils ont consommé au cours de leur vie, bien que cette moyenne soit plus élevée chez les sujets BZD au long cours.

On remarque également que plus de la moitié des sujets BZD au long cours ayant été exposés à ces substances en ont consommé deux ou plusieurs, alors que la part des sujets polydépendants est bien plus faible chez les patients IMVr.

Enfin, l'âge de début de la consommation d'alcool apparait plus précoce chez les patients BZD au long cours.

Tableau 9 : Comparaison du parcours addictologique des deux groupes d'étude

Parcours addictologique	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
Nombre d'autres produits (hors psychotropes et TSO) m (e-t)	**2,3 (1,8)**	**1,6 (1,5)**	0,405
Opiacés seuls n (%)	0 (0%)	1 (16,7%)	0,264
Tabac seul n (%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	
Cannabis seul n (%)	0 (0%)	1 (16,7%)	
Psychostimulant seul n (%)	0 (0%)	1 (16,7%)	
Plusieurs produits (≥ 2) n (%)	**4 (66,7%)**	**1 (16,7%)**	
Âge de début de la prise d'alcool m (e-t)	18,0 (8,5)	25,8 (8,7)	0,393

10. Comparaison des deux groupes selon les troubles de la personnalité (PDQ-4+)

Les échelles « image trop bonne » et « questionnaire suspect » sont des échelles de validité tentant de repérer les faux positifs et indiquant respectivement que le sujet a voulu donner une bonne image de lui-même ou qu'il ment.

Des tendances apparaissent concernant la personnalité paranoïaque et la personnalité histrionique chez les sujets BZD au long cours. A l'inverse, la personnalité dépressive et la personnalité borderline semblent être plus souvent retrouvées chez les sujets IMVr.
Enfin, la personnalité évitante est fréquente chez un grand nombre de patients IMVr.

Aucune différence n'a été retrouvée au sujet des autres troubles de la personnalité.

Tableau 10 : Comparaison des deux groupes selon les troubles de la personnalité (PDQ-4+)

Troubles de la personnalité (PDQ-4+) n (%)	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
- P paranoïaque	**5 (71,4%)**	**3 (33,3%)**	**0,315**
- P histrionique	**2 (28,6%)**	**0 (0%)**	**0,175**
- P antisociale	1 (14,3%)	3 (33,3%)	0,585
- P obsessionnelle compulsive	3 (42,9%)	5 (55,6%)	1,000
- P passive agressive	3 (42,9%)	3 (33,3%)	1,000
- P schizoïde	2 (28,6%)	3 (33,3%)	1,000
- P narcissique	1 (14,3%)	0 (0%)	0,438
- P évitante	**4 (57,1%)**	**7 (77,8%)**	0,596
- P dépressive	**4 (57,1%)**	**8 (88,9%)**	**0,262**
- P schizotypique	1 (14,3%)	3 (33,3%)	0,585
- P borderline	**2 (28,6%)**	**6 (66,7%)**	**0,315**
- P dépendante	3 (42,9%)	2 (22,2%)	0,596
- Image trop bonne	0 (0%)	1 (11,1%)	1,000
- Questionnaire suspect	2 (28,6%)	1 (11,1%)	0,550

11. Comparaison des dimensions de tempérament et de caractère (TCI-R)

Les sujets semblent se distinguer au niveau de la dimension d'évitement du danger, où le score est plus élevé chez les patients IMVr, et au niveau de l'autodétermination, plus marquée chez les consommateurs chroniques de BZD. Toutefois, dans les deux groupes, les sujets se situent au dessus du seuil clinique pour la dimension d'évitement du danger (évalué à 94,0) et en dessous du seuil clinique pour la dimension d'autodétermination (évalué à 140,1).

Aucune différence n'a été retrouvée concernant les autres dimensions de tempérament et de caractère.

Tableau 11 : Comparaison des dimensions de tempérament et de caractère (TCI-R)

Dimensions de tempérament et de caractère (TCI-R) m (e-t)	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
- Recherche de nouveauté	103,7 (19,9)	106,7 (18,8)	0,768
- Evitement du danger	**105,4 (14,4)**	**121,1 (25,7)**	**0,147**
- Dépendance à la récompense	105,6 (12,5)	104,1 (16,5)	0,844
- Persistance	117,7 (23,2)	111,3 (26,9)	0,619
- Autodétermination	**134,0 (21,5)**	**124,6 (14,9)**	**0,344**
- Coopération	130,6 (19,6)	134,6 (22,5)	0,711
- Autotranscendance	72,3 (14,6)	74,1 (11,4)	0,791

12. Autres caractéristiques psychopathologiques

Il est important de rappeler que le test des critères d'addiction de Goodman permettait d'étudier chez les sujets consommateurs de BZD la dépendance au médicament, alors que chez les patients IMVr, c'est la dépendance au passage à l'acte (prise massive de médicaments) qui a été testée. Toutefois, dans chaque groupe, plus de la moitié des sujets

interrogés répondent aux critères de Goodman, pour la notion d'addiction aux IMV ou pour la dépendance à la prise de BZD.

Il semble que l'on retrouve plus fréquemment la présence avérée de l'alexithymie chez les sujets IMVr et la présence possible chez les patients BZD au long cours.

Pour l'échelle H, permettant d'évaluer le pessimisme chez des sujets dépressifs, on observe chez les patients IMVr un score moyen légèrement supérieur à celui de l'autre groupe mais cette différence n'est pas statistiquement significative. De plus dans les deux populations les scores moyens sont inférieurs à 9, valeur correspondant au seuil d'intention suicidaire.

Enfin, les sujets IMVr semblent se distinguer par une plus grande impulsivité totale, avec la présence plus marquée de la notion de difficulté de planification mais aussi d'impulsivité motrice.

Tableau 12 : Comparaison des autres caractéristiques psychopathologiques des deux groupes

Caractéristiques psychopathologiques	BZD au long cours (n=7)	IMVr (n=9)	p
Critères d'addiction selon Goodman (addiction à la molécule ou à la TS selon le groupe considéré) n (%)	4 (57,1%)	5 (55,6%)	1,000
Alexithymie (TAS 20) n (%)			0,431
- Présence avérée	**2 (28,6%)**	**5 (55,6%)**	
- Présence possible	**4 (57,1%)**	**2 (22,2%)**	
- Absence	1 (14,3%)	2 (22,2%)	
Pessimisme (échelle H) m (e-t)	7,9 (4,3)	8,2 (6,1)	0,890
Etude de l'impulsivité (BIS-11) m (e-t)			
- Impulsivité attentionnelle	18,0 (5,4)	18,9 (5,1)	0,743
- Impulsivité motrice	**23,1 (8,3)**	**26,3 (4,8)**	**0,388**
- Difficulté de planification	**26,3 (6,9)**	**30,8 (3,9)**	**0,156**
- Impulsivité totale	**67,4 (19,3)**	**75,8 (10,9)**	**0,333**

Discussion

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence l'existence d'un lien entre la prise continue de BZD au long cours et la répétition des passages à l'acte par IMV. Par ailleurs, un second objectif était d'étudier et de comparer le profil psychopathologique des consommateurs chroniques de BZD et des patients IMVr afin de pouvoir les distinguer et décrire un profil à risque de répétition d'IMV.

1. Caractéristiques de la population d'étude

Concernant la représentativité de ce groupe en comparaison avec les données de la littérature, l'âge moyen des patients du groupe BZD au long cours apparait moins élevé puisque les plus grands consommateurs de ces médicaments se situent généralement dans la tranche d'âge des 45-59 ans, ou majoritairement chez les plus de 60 ans (CANAM, 1997 ; Lagnaoui et al., 2004). Toutefois ceci peut être expliqué par la présence d'un biais de recrutement car pour être incluables, les patients devaient avoir moins de 65 ans, et correspondre avec un patient de l'autre groupe (IMVr) sur le plan de leurs caractéristiques sociodémographiques, afin d'obtenir deux groupes comparables. En revanche chez les patients IMVr il semble respecté puisque selon une étude réalisée sur 727 patients admis dans un service d'urgences pour IMV, l'âge moyen se situe autour de 37 ans (Theil, 2007).

Il en est de même pour le sexe ratio ; il diffère des études épidémiologiques réalisées pour le groupe des consommateurs de BZD où la proportion de femmes y est en général nettement plus importante (en moyenne plus de 60% de sujets sont de sexe féminin), et semble cohérent

chez les patients IMVr (AFSSAPS, 2012 ; CANAM, 1997 ; Theil, 2007), ceci pouvant être justifié par le biais de recrutement explicité plus haut ainsi que le faible nombre de sujets inclus dans l'étude.

D'autre part, bien que la prescription de BZD soit limitée à un traitement de courte durée si l'on respecte les recommandations nationales, on note que les patients de l'étude consomment des BZD depuis plusieurs années, indifféremment du groupe considéré, comme on a pu l'observer pour 52% des traitements anxiolytiques et 59% des traitements hypnotiques (CANAM, 1997). Il est également important de préciser qu'il s'agit d'un mode de prescription continue dans la quasi-totalité des cas, ce qui va ici encore à l'encontre des recommandations (Stahl, 2002).

De plus, sur cette période de consommation, les sujets BZD au long cours et IMVr ont été exposés respectivement à 4,0 (±3,1) et 3,7 (±1,9) molécules différentes de cette classe, ce qui semble supérieur aux données de la littérature car on estime à 2,3 (±1,5) le nombre de BZD différentes auxquelles un patient est exposé en 5 années (AFSSAPS, 2012).
On peut néanmoins l'expliquer par le fait que la durée totale moyenne de consommation de BZD chez les patients de notre étude est très nettement supérieure à 5 ans puisqu'elle est de 12,3 (±7,9) ans chez les sujets BZD au long cours et 7,6 (±6,8) ans chez les sujets IMVr, justifiant ainsi probablement cette exposition à un plus grand nombre d'agents.

Il apparait également que les sujets IMVr ont un nombre moyen de psychotropes co-prescrits aux BZD supérieur à ceux du second groupe (respectivement 4,8 (±4,8) et 2,6 (±1,0)), indiquant ainsi comme cela a déjà été décrit que ce sont des patients qui ont en règle générale un nombre de molécules prescrites supérieur à la population générale (Gjelsvik et al., 2012).

Par ailleurs, dans notre étude, on note des antécédents de psychothérapie dans 85,7% des cas pour les consommateurs chroniques de BZD et dans 55,6% pour les patients IMVr, ce qui est supérieur aux données habituellement retrouvées, celles-ci indiquant que seuls 10% des sujets utilisant des anxiolytiques ou hypnotiques ont bénéficié d'un suivi psychiatrique (AFSSAPS, 2012 ; Lecadet et al., 2003). On peut toutefois l'expliquer par le fait que ces patients ont été recrutés au sein du CHU (patients BZD au long cours vus en consultation d'addictologie et sujets IMVr recrutés aux urgences), donc déjà impliqués dans le réseau médical. Il s'agit d'un biais de recrutement car les consommateurs chroniques de BZD sont ici suivis pour addiction médicamenteuse, alors que la majorité des patients qui prennent des BZD au long cours ne sont pas demandeurs d'aide et ne sont suivis que par un médecin généraliste.

Enfin, la présence d'antécédents somatiques chroniques, facteur fréquemment associé à la prise chronique de BZD (Boelman et al., 2012), n'est retrouvée que pour une faible proportion de patients. Une fois de plus, le biais de recrutement concernant l'âge moyen des sujets inclus en est très probablement la cause.

2. Etude de la place des BZD dans la répétition des IMV

2.1. Les BZD en tant que facteur de risque de répétition des IMV

En examinant la consommation de BZD chez les sujets récidivants, on s'aperçoit que seuls 44,4% des patients de cette population prenaient des BZD avant le premier passage à l'acte. En revanche si l'on considère le geste index cette part s'élève à 100%. Manifestement, la première TS ne surviendrait donc pas systématiquement dans un contexte de prise de BZD au long cours. Ceci suggère que lors de la première IMV, il semblerait que le passage à l'acte

soit davantage le fait d'autres facteurs tels que des caractéristiques psychopathologiques propres au sujet ou l'existence de facteurs environnementaux, alors que les BZD joueraient plus probablement un rôle dans la répétition, chez des patients déjà « à risque ». Le rôle de l'environnement apparait lui aussi déterminant, car malgré une prise de BZD au long cours, certaines périodes de la vie des patients sont à risque d'IMVr et pas d'autres. Toutefois il serait nécessaire d'étudier un plus grand nombre de sujets pour être en mesure de confirmer ou d'infirmer cette tendance.

Par ailleurs, lorsque l'on étudie la notion de risque suicidaire, il s'avère que 28,6% seulement des sujets BZD au long cours seraient à risque, risque léger de surcroît, alors que ces derniers en prennent depuis plus longtemps en moyenne que le groupe IMVr. On constate donc que le risque suicidaire ne concerne pas tous les patients prenant des BZD au long cours, ce qui permet de faire l'hypothèse que le lien entre la prise de BZD et la répétition des passages à l'acte n'est pas systématique. Ces récidives seraient plutôt favorisées, comme nous l'avons déjà évoqué, par d'autres éléments comme un environnement défavorable ou la présence de certains troubles psychiatriques ou traits de personnalité.

Il en est de même pour la notion de dépendance aux BZD, évaluée par les critères d'addiction de Goodman. Elle est retrouvée chez plus de la moitié des sujets consommateurs chroniques, or ce sont des sujets qui en prennent depuis plus longtemps et n'ont jamais fait d'IMV.
Si l'on considère ces données on peut donc supposer, tout en restant prudent étant donné le faible nombre de sujets, que le développement d'une dépendance aux BZD ne conduirait pas systématiquement à la répétition des passages à l'acte. Ces récidives ne sembleraient donc pas être une conséquence de la dépendance aux BZD, surtout qu'il s'agit de deux troubles

addictifs distincts, l'un étant comportemental (répétition des IMV) et l'autre médicamenteux (dépendance aux BZD).

Enfin, lorsque l'on s'intéresse à la prescription de BZD après les IMV, on note que la majorité des sujets voire tous les sujets continuent de consommer ces molécules, bien qu'elles aient été utilisées pour le passage à l'acte, et cette part semble même augmenter avec les répétitions. Ceci pourrait être le témoin d'une problématique au niveau de la prise en charge de ces patients récidivants. En effet, il semble étonnant qu'au fil des répétitions il n'y ait pas de la part de l'équipe soignante une réévaluation du traitement, en considérant le patient dans sa totalité avec d'une part des éléments cliniques mais sans pour autant négliger les agents pharmacologiques auxquels il a pu être exposé, en se questionnant sur les raisons susceptibles d'avoir favorisé la survenue d'un nouveau passage à l'acte, et de l'appétence du patient pour les BZD.

Il apparait alors pertinent, face à un patient ayant réalisé de multiples IMV, de porter une attention particulière au(x) traitement(s) psychotrope(s) prescrit(s), car on sait qu'un traitement inadapté, en particulier la prise de BZD chez un individu souffrant de dépression et surtout si cette prise n'est pas associée à un traitement psychothérapique et pharmacologique type traitement antidépresseur, peut majorer le risque suicidaire (Neutel et al., 1997).

2.2. Les BZD dans les IMVr

Lors de l'IMV index, les BZD ont été retrouvées dans une très grande majorité des cas, suivies par les AD. Les NL, TR et TSO comptent pour une plus faible part. La répartition des

différentes familles de psychotropes apparait concordante avec les données de la littérature (Saviuc et al., 1999 ; Theil, 2007).

D'autre part, en se référant au MINI 5.0, questionnaire explorant les principaux troubles psychiatriques, on note que l'item permettant d'évaluer le risque suicidaire concerne une période relative au dernier mois écoulé. Ce risque devrait donc en théorie concerner la totalité des patients du groupe IMVr puisque que c'est sur le critère d'une admission aux urgences pour IMV que nous les avons recrutés, et que la passation des questionnaires a eu lieu lors de l'hospitalisation. Or on remarque qu'un sujet sur les neuf étudiés (soit 11,1% de la population) ne présenterait a priori pas de risque suicidaire selon les résultats obtenus grâce à ce test.

Cet élément est important à prendre en compte, et vient souligner un fait intéressant. Certains patients ingérant des doses massives de médicaments ne considèrent pas ces gestes comme des TS, et n'expriment pas nécessairement de volonté claire de se donner la mort. Au-delà d'un moyen de « planer » ou de « se défoncer », ces patients déclarent qu'en prenant ces médicaments, ils voulaient simplement « dormir » ou « oublier », l'acte étant majoritairement décrit comme une fuite vis-à-vis de la réalité, ou un moyen d'y échapper.

Les scores obtenus au test d'intentionnalité suicidaire caractérisant l'IMV index reflètent en partie ce phénomène. En effet le score total moyen d'intentionnalité se situe à 11,3 (sur un total de 30), avec un écart-type de 7,9. Ces chiffres tendent à montrer d'une part une intentionnalité moyenne relativement peu importante mais également de grandes disparités en fonction des individus, certains semblant exprimer une volonté claire de mettre fin à leurs jours, d'autres ne considérant probablement pas l'IMV index comme une TS.

Le score obtenu à l'item « Modalités subjectives de l'acte », reflet réel des intentions du sujet au moment d'accomplir le geste vient corroborer cette hypothèse, puisqu'ici encore un score moyen assez faible et un écart-type élevé sont retrouvés.

Par ailleurs, une étude américaine a montré que l'intentionnalité suicidaire est généralement plus importante lorsque les patients font des IMV avec les psychotropes (toutes classes confondues) plutôt qu'avec les antalgiques comme le paracétamol ou les opioïdes (Xiang et al., 2012). Or ici, nos résultats semblent indiquer le contraire puisque le score moyen d'intentionnalité suicidaire obtenu à l'échelle SIS est relativement faible.

Ce constat amène donc à se poser la question de la singularité des IMV aux BZD en comparaison à celles réalisées avec les autres psychotropes. Une intentionnalité suicidaire moindre et inégale selon les patients semblerait alors refléter le phénomène décrit plus haut, c'est-à-dire que ces IMV n'ont pas lieu systématiquement et chez tous les patients avec une volonté claire de mourir, mais elles peuvent aussi survenir dans un autre contexte et se présenter sous la forme d'une « ivresse benzodiazépinique » (Menecier et al., 2012).

De plus, il est important de préciser que la notion d'intentionnalité suicidaire n'est pas nécessairement corrélée à celle de létalité. Le score moyen obtenu à l'item « Gravité médicale objective » de l'échelle RRRS est légèrement élevé (7,3 sur un total de 12), et ici encore un écart-type important témoigne de divergences concernant les conséquences médicales des IMV. Il n'est ainsi pas rare que des sujets IMVr se voient hospitalisés dans un service de réanimation même si au départ, en accomplissant leur geste, ils ne formulaient pas clairement de volonté de mettre fin à leurs jours.

2.3. Les BZD : mésusage et addiction

Parallèlement à une surconsommation, reflétée par une durée totale d'exposition aux BZD très nettement supérieure aux recommandations, les données récoltées dans cette étude permettent de mettre en avant une autre problématique relative à la prise de BZD, et de confirmer ce qui a déjà pu être décrit par de nombreux auteurs. En effet, ces molécules font de manière courante l'objet d'abus, soit en tant qu'usage récréationnel ou plus simplement via la prise de doses supérieures à ce qui a été prescrit (Griffiths et al., 2005).

Or, si le dépassement de doses n'est pas ici un élément permettant de discriminer les deux groupes, il est en revanche retrouvé au sein des deux populations et semble surtout nettement plus fréquent avec les BZD qu'avec les autres psychotropes et TSO.

D'autre part, selon le test des critères d'addiction de Goodman, une problématique de dépendance à la prise de BZD semble présente chez plus de la moitié des sujets consommateurs chroniques, confirmant ainsi le potentiel addictogène de ces molécules.

Cette dépendance n'ayant été retrouvée que chez certains et non chez tous les patients, ceci est un élément supplémentaire attestant du fait que la survenue de ce trouble n'est pas constante, et résulte à la fois de paramètres pharmacologiques (principalement la demi-vie, la puissance de la BZD, la posologie et la durée de traitement) et de facteurs psychiatriques et environnementaux (De Las Cuevas et al., 2003, Konopka, 2013 ; Naja et al., 2000 ; Salzman, 1998).

3. Les patients récidivants : un phénotype particulier ?

3.1. Antécédents psychiatriques personnels et évènements de vie marquants

En premier lieu, les sujets IMVr semblent se distinguer des consommateurs de BZD au long cours par des antécédents de scarification, ces gestes s'inscrivant tout comme les IMV dans un contexte de conduites suicidaires (Skegg, 2005), et reflétant un mode de comportement auto-agressif.

Pour ce qui est des évènements de vie marquants, il ressort de différentes études que les antécédents de traumatismes dans l'enfance (maltraitance, abus sexuels ou séparations) constituent un facteur de risque majeur de répétition de comportements suicidaires (Fliege et al., 2009 ; Forman, 2004 ; Gratz, 2003). Or dans notre étude, si les traumatismes physiques ou sexuels ne comptent pas parmi les plus souvent évoqués et ne permettent pas de distinguer les deux groupes, ils ont tout de même été mentionnés par près de la moitié des sujets IMVr et les évènements regroupés sous les termes de « Vie familiale » et « Décès d'un proche » occupent une place prépondérante, indiquant ainsi que ces antécédents sont susceptibles de jouer un rôle dans la survenue de conduites d'IMVr.

On retrouve également chez de nombreux sujets voire la quasi totalité de la population IMVr un diagnostic d'épisode dépressif majeur (actuel ou passé), ce qui semble cohérent avec les données de la littérature puisque ce trouble est très fréquemment associé avec la répétition des comportements suicidaires (Fliege et al., 2009 ; Forman, 2004).

On observe de plus qu'aucun patient BZD au long cours n'a présenté d'épisode maniaque ou hypomaniaque passé, alors que ceux-ci sont retrouvés chez quelques sujets IMVr. Or les individus ayant des traits de personnalité hypomaniaque seraient dans un mécanisme de recherche permanente de plaisir à travers certaines activités ou substances, et ce en dépit des conséquences néfastes. Ces patients seraient ainsi plus susceptibles de développer des troubles addictifs (Meyer et al., 2007).

Il est par ailleurs intéressant d'investiguer la part des troubles anxieux chez ces patients. Les sujets IMVr semblent se distinguer de la seconde population en considérant le trouble panique avec agoraphobie, et des tendances apparaissent au niveau de la phobie sociale.

Pour ce qui est du diagnostic de trouble panique, certains auteurs ont décrit qu'il augmenterait l'idéation suicidaire, et cette dernière serait encore plus importante lorsque le trouble panique est associé à une problématique d'abus de substance. L'agoraphobie ne serait quant à elle pas associée à une majoration des idées suicidaires ; cette majoration étant surtout liée à la sévérité du trouble panique (Cougle et al., 2009 ; Huang et al., 2010).

En outre si le trouble panique est décrit comme augmentant l'idéation suicidaire, les diagnostics de phobie sociale, d'anxiété généralisée et de stress post-traumatique sont en revanche des facteurs pouvant favoriser les passages à l'acte (Cougle et al., 2009), et ici encore, la part de ces troubles au sein de la population IMVr y est prépondérante.

Il est important de noter que la prévalence de l'ESPT est ici relativement faible, car le MINI explore uniquement l'ESPT actuel or la plupart des patients en ont souffert, mais ce trouble est résolu depuis.

On note également qu'une importante proportion de sujets est concernée par la dépendance à une substance et un abus de substance. Toutefois il faut souligner que si la dépendance à une

substance n'est pas un élément permettant de différencier nos deux populations, l'écart entre les deux groupes concernant l'abus de substance semble être nettement plus important.

De même en considérant le parcours addictologique, on peut supposer que ce n'est pas le nombre de produits auxquels un individu est exposé qui va distinguer un patient multirécidiviste d'un sujet sans antécédent d'IMV (puisque ce nombre est en moyenne plus faible chez les patients IMVr), mais plutôt le fait qu'il y ait abus de cette substance.

Ainsi, la coexistence d'abus de substance et d'IMVr apparaissant relativement fréquente, on est en mesure d'admettre que ces troubles pourraient être le fait d'une psychopathologie sous-jacente, qui favoriserait à la fois l'abus de substance et les IMVr.

Enfin, bien que la part des sujets souffrant de ces troubles ne soit pas prédominante, les patients IMVr semblent se distinguer de la seconde population si l'on considère le diagnostic de boulimie. Ce trouble est présent chez 44,4% des sujets IMVr, alors qu'il n'est retrouvé chez aucun patient BZD au long cours.

La boulimie est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par une sensation de perte de contrôle vis-à-vis de la nourriture au cours des crises. Il pourrait alors sembler juste de faire un parallèle entre les crises de boulimie et les IMVr ; lors des entretiens, certains patients décrivent de la même manière au cours des épisodes un sentiment de perte de contrôle face à la prise de médicaments, souvent en quantités massives, et disent que dans ces situations ils se sentent « incontrôlables » et que « rien ne peut les arrêter ». La boulimie appartenant elle-même aux troubles addictifs, ceci renforce l'idée que l'IMVr ferait partie du spectre des addictions comportementales.

De plus, les TS seraient relativement fréquentes et souvent multiples chez les patients souffrant de boulimie, et favorisées par la présence de symptômes dépressifs et de réactions impulsives, plutôt que par la sévérité du trouble (Corcos et al., 2002).

3.2. Troubles de la personnalité

Selon une étude écossaise sur les IMV, la présence de troubles de la personnalité constituerait le facteur de risque le plus important de ré-hospitalisation pour le même motif (Payne et al., 2009).

On observe ici la présence nettement plus marquée chez les patients IMVr de deux troubles en particulier, qui sont la personnalité dépressive (concernant la quasi-totalité des sujets) et la personnalité borderline (caractérisée par une très grande instabilité émotionnelle, ainsi que des difficultés dans les relations interpersonnelles et une impulsivité) et au regard des données obtenues, on constate que ces deux troubles coexistent très certainement chez certains patients.

On sait par ailleurs que la présence d'un trouble de la personnalité borderline a une influence sur le nombre de TS et jouerait donc probablement un rôle au niveau de la répétition des IMV. De plus, la présence de ce trouble associé à un épisode dépressif majeur accentuerait davantage le risque de passage à l'acte (Soloff et al., 2000).

Enfin, un trouble de la personnalité borderline serait un facteur de risque majeur de suicide accompli (Qin et al., 2012).

Les sujets IMVr semblent aussi se distinguer des consommateurs chroniques de BZD si l'on considère la personnalité paranoïaque (méfiance excessive envers les autres) et la personnalité histrionique (recherche permanente d'attention). Ces deux troubles sont rares voire inexistants au sein de la population IMVr et plus fréquents dans l'autre groupe.

La personnalité paranoïaque serait davantage lié aux suicides accomplis plutôt qu'à un phénomène de répétition des TS (Qin et al., 2012), tout comme la schizophrénie.

Enfin on observe qu'une forte proportion de sujets IMVr se caractérise par une personnalité évitante. Celle-ci se définit par une inhibition sociale, un sentiment de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif. Bien qu'il s'agisse de deux troubles distincts, les définitions de la personnalité évitante et du diagnostic de phobie sociale sont assez proches, et la cooccurrence de ces troubles serait relativement fréquente (Sanislow et al., 2012). Or comme cela a été vu plus haut, un diagnostic de phobie sociale peut favoriser les passages à l'acte (Cougle et al., 2009).

3.3. Dimensions de tempérament et de caractère

Selon les données de la littérature, les patients réalisant des TS se distinguent de sujets contrôles par un score plus élevé pour la dimension d'évitement du danger et des scores plus faibles pour les dimensions d'autodétermination et de coopération (Calati et al., 2008).

L'évitement du danger est une dimension de tempérament (part génétique de la personnalité) caractérisée par une inquiétude et un pessimisme anticipatoire, une peur de l'inconnu, une timidité envers les étrangers ainsi qu'une grande fatigabilité.

L'autodétermination et la coopération sont en revanche des dimensions de caractère (part acquise de la personnalité). L'autodétermination se définit par la notion de responsabilité, une aptitude à maîtriser et adapter ses comportements selon la situation tout en respectant ses opinions personnelles, et la coopération est caractérisée par l'acceptation des autres, l'empathie, la compassion et la tolérance. Ces deux dimensions étant des dimensions acquises,

l'obtention d'un score élevé au TCI-R est un signe de maturité (maturité individuelle pour l'autodétermination et maturité sociale pour la coopération). A l'inverse, une baisse de l'autodétermination est un possible signe d'immaturité, donc de probable défaut de construction personnelle.

Il ressort ici que les deux traits de personnalité les plus discriminants entre les deux groupes sont effectivement l'évitement du danger et l'autodétermination, pour lesquels on obtient respectivement un score élevé et un score faible, ce qui semble cohérent. Les sujets ne peuvent en revanche pas être différenciés selon la dimension de coopération, dont le score obtenu ici n'est pas concordant avec ce qui a été décrit plus haut.

D'autre part, un score bas pour l'autodétermination ainsi qu'un score haut pour la dimension d'autotranscendance seraient le témoin de l'idéation suicidaire (Conrad et al., 2009).

L'autotranscendance est une dimension de caractère et serait le témoin d'une maturité spirituelle.

Ici le score obtenu pour la dimension d'autodétermination est faible et inférieur à celui des sujets BZD au long cours, et bien qu'on ne note pas de différence entre les deux populations au niveau de l'autotranscendance, les deux groupes se situent au-delà du seuil clinique. Ces éléments apparaissent donc cohérents avec les données de la littérature.

Enfin, bien que ce ne soit pas flagrant en considérant les résultats obtenus, on note que le trait de persistance (dimension de tempérament définissant des individus ambitieux, travailleurs, perfectionnistes) semble moins présent au sein de la population IMVr, ce qui est une fois de plus cohérent avec les données de la littérature indiquant qu'un score faible pour la dimension de persistance est associé à des conduites suicidaires (Calati et al., 2008).

3.4. Traits de personnalité

Les sujets IMVr semblent se démarquer par une plus grande impulsivité totale, mais aussi, si l'on en décompose les dimensions, par des scores plus élevés pour la difficulté de planification et l'impulsivité motrice.

L'impulsivité est un trait de personnalité favorisant la survenue de conduites suicidaires, en particulier en présence d'abus de substance (Soloff et al., 2000). De plus, il semblerait qu'il existe un lien fort entre la notion d'impulsivité et la présence d'antécédents de TS, mais pas avec la sévérité de ces gestes (Swann et al., 2005).

En outre la notion de planification serait liée à une volonté claire de se donner la mort (Soloff et al., 2000 ; Swann et al., 2005) et par conséquent on peut supposer que des difficultés de planification aboutiraient majoritairement à des actes impulsifs, avec une intentionnalité suicidaire pas toujours clairement exprimée.

Le pessimisme semble jouer un rôle déterminant au niveau de l'intentionnalité suicidaire. La corrélation entre intention suicidaire et pessimisme serait en effet bien plus forte qu'entre intention suicidaire et dépression (Wetzel, 1976). Le pessimisme n'est pas un élément permettant de différencier nos deux groupes car tous deux ont un score moyen voisin, et se situant en dessous du seuil d'intention suicidaire.

On obtient de plus un écart-type élevé pour évaluer le pessimisme, ce qui semble soutenir les suppositions déjà formulées, étant que la population IMVr étudiée constitue un groupe hétérogène au niveau de l'intentionnalité du geste.

Enfin, on note la présence nettement plus marquée d'alexithymie chez les patients IMVr. L'alexithymie se définit comme une difficulté voire une incapacité à identifier ses sentiments

et à les exprimer au travers du langage, et son rôle en tant que facteur prédictif de conduites suicidaires a été étudié et il ressort ainsi plusieurs éléments. La présence du trait d'alexithymie est plus fréquente chez les sujets ayant des idées suicidaires ou ayant commis des passages à l'acte. En revanche, ce trait de personnalité ne serait pas un facteur sensible permettant de prédire la survenue de ces comportements, mais l'alexithymie serait davantage corrélée à la présence de troubles dépressifs, qui eux constituent un important facteur de risque de passage à l'acte (Evren et al., 2006 ; Hintikka et al., 2004).

3.5. Synthèse des données

Critères psychopathologiques	Sujets IMVr
Antécédents psychiatriques personnels et évènements de vie marquants	- Evènements relatifs à la vie familiale, décès d'un proche - Antécédents de scarification - Episode dépressif majeur - Episode maniaque ou hypomaniaque - Trouble panique avec agoraphobie - Phobie sociale - Anxiété généralisée - Abus de substance - Trouble boulimique
Troubles de la personnalité	- Personnalité dépressive - Personnalité borderline - Personnalité évitante
Dimensions de tempérament et de caractère	- ↑ Evitement du danger - ↓ Autodétermination
Traits de personnalité	- ↑ Impulsivité (en particulier difficulté de planification et impulsivité motrice) - Pessimisme légèrement ↑ mais inférieur au seuil d'intention suicidaire - Alexithymie

La comparaison des deux populations a permis de mettre en avant certains éléments (cf. tableau ci-dessus) associés à la répétition des conduites d'IMV. Ceci laisse à penser qu'il s'agit de patients présentant un phénotype psychopathologique particulier, chez lesquels la prise continue de BZD au long cours constituerait ainsi un facteur de risque de récidives d'IMV.

4. IMV et répétitions

Les IMVr s'inscrivent dans un contexte de conduites auto-agressives récidivantes et certains travaux suggèrent l'existence d'une intensification de la violence de ces comportements avec des conséquences plus sévères lors des répétitions (Bergen et al., 2010 ; Carter et al., 2005 ; Kapur et al., 2006 ; Zahl et al., 2004). Ici on suspecte également un accroissement de la sévérité lors des récidives, en accord avec ce qui a été décrit dans la littérature. En effet, même si le nombre de passages dans un service de réanimation est constant pour tous les gestes, le nombre d'hospitalisations consécutives aux IMV augmente avec les répétitions, traduisant tout de même une aggravation.

Concernant les circonstances du geste, les sujets ne sont isolés que dans la moitié des cas, et cet élément est constant lors des récidives. Par ailleurs, malgré un résultat surprenant pour le second PA et très différent des deux autres IMV étudiées, il pourrait s'agir pour la plupart d'actes non prémédités, et cette tendance semble confirmée par le fait qu'on ne retrouve la présence d'une lettre que dans une faible proportion de cas.

Ces éléments suggèrent que les passages à l'acte surviendraient selon un mode impulsif, comme ont pu l'exprimer certains patients de notre étude. Au décours des entretiens, ces

derniers décrivent pour un grand nombre d'entre eux des actes non prémédités ou planifiés à l'avance.

En considérant le nombre moyen d'IMV par patient (9,6) ainsi que le nombre d'hospitalisations en établissement psychiatrique chez ces sujets (7,0), il est clair que la mise en place de stratégies de prévention et de prises en charge efficaces et adaptées s'avère nécessaire, d'autant plus qu'il s'agit de patients peu compliants.

5. Limites de l'étude

5.1. Limites concernant l'inclusion des patients et la passation des questionnaires

La première limite manifeste est relative au faible nombre de sujets inclus, rendant difficile l'extrapolation des résultats obtenus et leur généralisation. C'est la raison pour laquelle les données extraites de cette étude devront être utilisées avec précautions et considérées comme des résultats préliminaires.

Ceci peut être en partie expliqué par le fait que les patients IMVr posent de grandes difficultés de recrutement car leur durée de séjour aux urgences est très courte, souvent inférieure à 48h, voire même inférieure à 24h, et il a été difficile de les rencontrer après les soins psychiatriques et somatiques et avant leur sortie.

Par ailleurs, d'autres raisons ont limité le recrutement. Certains sujets disent ne pas faire de TS par IMV avec les BZD, et ce n'est qu'au décours de l'entretien que nous nous sommes aperçus qu'ils avaient de multiples antécédents de passage à l'acte avec un pronostic vital

parfois engagé. Ceci a été décrit dans une étude montrant que la létalité perçue du passage à l'acte par les patients (se distinguant de la gravité médicale objective, reflet réel de la sévérité du geste et de ses conséquences) semble corrélée à l'intentionnalité suicidaire (Vlad et al., 2011) et permet de souligner un fait déjà explicité plus haut, qui est que ces patients ne considèrent alors pas les prises massives de BZD comme une TS.

Ces sujets avaient été inclus initialement, mais au terme d'un entretien approfondi, à l'aide de questionnaires ciblés, nous apprenions qu'ils avaient des antécédents anciens d'IMV, souvent multiples, et ils ont donc été exclus du groupe BZD au long cours et donc du protocole.

Concernant les données recueillies dans cette étude, il est possible que nous soyons face à un biais de volontariat puisque les personnes acceptant d'y participer sont susceptibles de présenter des divergences au niveau de leurs caractéristiques psychopathologiques en comparaison à celles refusant d'être inclues dans le protocole, ainsi qu'un biais de désirabilité sociale, beaucoup de sujets ayant tendance à vouloir paraître « mieux » ou différents de ce qu'ils sont en réalité.

Il existe aussi probablement un biais de mémoire (ou biais de rappel) à propos de la durée d'exposition et du nom des médicaments auxquels les patients ont pu être exposés, ainsi qu'à des éléments précis concernant les passages à l'acte précédents, notamment le nombre d'IMV. Il est possible que celui-ci soit quelque peu en dessous de la réalité, d'une part car les patients montrent quelquefois des réticences à nous communiquer le nombre d'IMV accomplies, mais aussi car les multirécidivistes peinent à s'en souvenir avec exactitude.

Une autre limite concerne le groupe des patients IMVr. On observe que selon les résultats obtenus au test de Goodman, la moitié seulement des sujets répondent aux critères d'addiction vis-à-vis des passages à l'acte. Or il est important de préciser que ce test a été passé en hétéro-

questionnaire, et il est en effet difficile à la fois pour l'investigateur de poser des questions au sujet d'une addiction comportementale, mais aussi pour le patient d'y répondre, d'autant plus qu'il s'agit ici d'une addiction comportementale ayant pour objet l'ingestion d'une molécule, et la distinction avec une addiction médicamenteuse n'est par conséquent pas aisée.

5.2. Limites concernant le suivi des patients

Certains auto-questionnaires ont été remplis par les patients devant nous juste après les hétéro-questionnaires et nous avons pu les récupérer immédiatement. Pour d'autres il leur a été proposé de nous les faire parvenir par courrier. Or, lorsque nous tentions de les recontacter pour récupérer ces auto-questionnaires, il était très difficile de les joindre, et certains patients ont même été perdus de vue.

Il est important de souligner que ce sont dans l'ensemble des patients qui pratiquent un nomadisme médical et pharmaceutique régulier et qui présentent une faible observance thérapeutique. Ces patients échappent donc aux soins tels qu'ils sont proposés actuellement, non seulement du fait de leur psychopathologie, mais aussi au regard d'une offre de soins qui ne semble pas adaptée à la problématique des IMVr.

Cependant, de nombreux patients ont manifesté un réel intérêt et un certain étonnement vis-à-vis de notre démarche qui leur semblait singulière et inhabituelle dans un contexte de répétition à l'identique de leurs passages à l'acte, sans adaptation de la prise en charge par les professionnels et l'institution.

6. Perspectives d'amélioration de la prise en charge

Au fil de nos entretiens nous avons également été face à une autre problématique. On assiste globalement à une quasi banalisation de ces médicaments de la part du personnel soignant mais aussi du côté des patients, les BZD étant dans l'ensemble considérées comme relativement « sûres » et « peu dangereuses » (Anthierens et al., 2007 ; Anthierens et al., 2010 ; Parr et al., 2006).

Il semble donc fondamental de renforcer les actions d'informations et de prévention, car l'instauration d'un traitement psychotrope n'est en aucun cas un évènement anodin, aussi bien en raison des effets pharmacologiques immédiats que pour leurs conséquences sur le long terme.

D'une part du côté des médecins généralistes, à l'origine de la très grande majorité des prescriptions (AFSSAPS, 2012 ; Lecadet et al., 2003) :

- Ce sont des spécialités qu'ils prescrivent relativement fréquemment, y compris chez des patients qu'ils connaissent peu, ou à l'issue d'un interrogatoire pas toujours approfondi.
- Il serait nécessaire de réévaluer le traitement continuellement, afin que celui-ci soit ajusté aux besoins du patient, et de ne pas poursuivre un traitement chez un individu si cela n'est plus indiqué, même si ce dernier en fait la demande et si le fait d'envisager un sevrage demande du temps et une certaine disponibilité.
- S'ils se sentent démunis, dans une impasse sur le plan de la thérapeutique, d'orienter le patient vers un spécialiste afin qu'il puisse bénéficier d'une prise en charge adaptée, même si celle-ci ne passe pas par un traitement pharmacologique.

Il aurait pu également être intéressant d'investiguer un autre aspect de la consommation de BZD qui est le nombre de prescripteurs que les patients vont consulter, afin d'explorer la dimension de nomadisme médical puisqu'on sait que celui-ci compte pour 5% des prescriptions d'anxiolytiques et hypnotiques (AFSSAPS, 2012). Cette démarche s'inscrivant une fois de plus dans une volonté d'assurer un suivi auprès d'une équipe soignante de confiance et stable, et connaissant bien ses patients.

Cette prise de conscience doit aussi avoir lieu du côté du pharmacien. En effet lors d'une délivrance de psychotropes et en particulier de BZD, il se doit de jouer son rôle de professionnel de santé en informant le patient des modalités de traitement, des éventuels risques et précautions à prendre.

Au-delà de ce rôle d'information et de prévention, il semble important que le pharmacien assure un véritable suivi auprès de ses patients et sache faire preuve de discernement en se questionnant sur les raisons qui motivent l'initiation, la poursuite voire la chronicisation d'un tel traitement, sans se limiter à simplement dispenser ces médicaments. Une étroite collaboration médecin-pharmacien s'avèrerait donc nécessaire pour encadrer au mieux la consommation des BZD et limiter dans la mesure du possible les problématiques de mésusage.

De plus, il est essentiel que le patient se sente considéré, soutenu et accompagné par un réseau de professionnels de santé, le pharmacien ayant un rôle de soignant au même titre que le prescripteur, soulignant ainsi l'importance d'améliorer la communication entre professionnels.

Pour finir, chez les patients « à risque » de développer une addiction aux BZD ou ayant des antécédents multiples de passage à l'acte en ingérant des doses massives de ces médicaments

(et si aucune alternative thérapeutique à ces molécules n'est envisageable), il pourrait être intéressant de mettre en place une délivrance fractionnée du traitement en officine, par périodes de sept jours, comme cela se pratique déjà avec les médicaments classés comme stupéfiants.

Ce système de délivrance hebdomadaire permettrait d'une part au patient de ne pas avoir de trop grandes quantités de médicaments à disposition, ce qui est susceptible d'avoir des effets bénéfiques sur l'observance et de diminuer les conséquences d'un abus, et d'autre part d'assurer un suivi et une écoute réguliers auprès d'un professionnel de santé.

Ceci serait aussi un moyen pour le patient de faire part de ses interrogations, ou des éventuelles difficultés rencontrées en lien avec son traitement, et d'avoir face à lui un professionnel en mesure de lui apporter du soutien, des réponses et des solutions adaptées.

Conclusion

La consommation de BZD au long cours ne semble pas conduire systématiquement et chez tous les patients à la survenue d'IMVr, mais elle serait susceptible, chez des sujets « à risque », de favoriser les récidives. Ces patients présenteraient des éléments psychopathologiques de vulnérabilité, qui sous l'influence de facteurs environnementaux déclencheraient ces conduites d'IMVr pour lesquelles les BZD constitueraient un facteur d'entretien. Il serait toutefois nécessaire d'élargir cette étude à un plus grand nombre de sujets pour être à même de vérifier ces hypothèses.

Ce travail souligne donc l'importance d'encadrer au mieux la consommation de BZD, et d'accompagner les patients au sein d'un véritable réseau de soins, de la prescription à la délivrance, où chacun des acteurs de ce parcours, pharmaciens et médecins, serait en mesure de jouer un véritable rôle de soignant, par la transmission de messages de soutien, de prévention et d'information.

THESE SOUTENUE PAR : Melle Aurélie SARRAZIN

LES BENZODIAZEPINES AU LONG COURS : UN FACTEUR DE RISQUE DE REPETITION D'INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES VOLONTAIRES ?

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif principal d'étudier le lien entre la prise de benzodiazépines (BZD) au long cours et les Intoxications Médicamenteuses Volontaires répétées (IMVr). Un second objectif était de comparer le profil psychopathologique de sujets consommateurs chroniques de benzodiazépines et de patients ayant fait des IMVr.
Les hypothèses étaient que la prescription continue de BZD au long cours constituerait un facteur de risque de répétition d'IMV et que les sujets récidivants se distingueraient par un profil psychopathologique particulier.

Cette étude observationnelle cas-témoin a été réalisée de manière rétrospective, à l'aide de deux groupes de patients recrutés via le CHU de Grenoble. L'échantillon était constitué d'un premier groupe de 7 patients consommateurs chroniques de BZD et d'un second groupe de 9 sujets ayant réalisé au moins trois IMV, âgés entre 18 et 65 ans, et recrutés au décours d'une hospitalisation après obtention de leur consentement éclairé et écrit de participation au protocole.
L'évaluation clinique s'est déroulée en deux parties. Nous avons dans un premier temps procédé à un entretien semi-structuré, visant à recueillir des informations au sujet du parcours pharmacologique du patient, notamment concernant les benzodiazépines, du statut clinique, des antécédents suicidaires et addictologiques, ainsi que des données socio-économiques et certains évènements de vie. La seconde partie consistait en la passation d'échelles d'évaluation clinique. Les outils utilisés ont permis d'explorer les troubles psychiatriques (MINI version 5), les troubles de la personnalité (PDQ-4+), d'évaluer les dimensions fondamentales de la personnalité selon le modèle de Cloninger (TCI-R), de caractériser l'addiction (médicamenteuse aux BZD ou comportementale aux passages à l'acte) selon les critères de Goodman, et d'évaluer certains critères psychopathologiques comme l'impulsivité (BIS-11), le pessimisme (échelle H) et l'alexithymie (TAS 20). Pour les patients suicidants, l'IMV index a été étudiée en termes d'intentionnalité (SIS) et de létalité (RRRS).
Compte tenu des effectifs très restreints de la population d'étude, l'analyse est essentiellement descriptive et nous n'avons utilisé que des tests non paramétriques (test exact de Fisher, test de Mann Witney).

Les résultats montrent tout d'abord que les BZD sont les plus représentées parmi les psychotropes utilisées lors de l'IMV index chez les patients répétant leur geste. Ensuite, on peut constater que tous les patients consommateurs chroniques de BZD ne développent pas de conduite répétée d'IMV et que moins d'un patient IMVr sur deux prenait des BZD avant le premier passage à l'acte. On ne retrouve donc pas systématiquement de consommation au long cours de BZD avant la première IMV chez les patients qui répèteront leur geste.
Par contre, on observe une augmentation de la fréquence des prises chroniques de BZD au fur et à mesure de la répétition des IMV.
Enfin, certaines différences ont été mises en évidence concernant le profil pharmacologique et psychopathologique des patients IMVr par comparaison aux patients consommateurs chroniques de BZD sans antécédent d'IMV :

- Sur le plan pharmacologique et addictologique : le nombre de psychotropes co-prescrits aux BZD est plus élevé, ces patients dépassent davantage les doses prescrites surtout concernant les BZD. La prise de produits toxiques apparaît moins fréquente.
- Concernant les troubles psychiatriques: davantage de patients IMVr présentent un épisode dépressif majeur actuel, les antécédents de scarifications sont plus fréquents, de même que les antécédents d'épisode maniaque ou hypomaniaque, de trouble panique avec agoraphobie, de phobie sociale, d'anxiété généralisée, d'abus de substance et de trouble boulimique. Le risque suicidaire est significativement plus fréquent et plus sévère, de même que les passages en milieu psychiatrique.
- Les troubles de la personnalité dépressive et borderline seraient plus fréquents. On retrouve de même une forte proportion de personnalités évitantes.
- Enfin, on retrouve un niveau plus élevé d'évitement du danger et plus faible d'autodétermination. La dimension d'alexithymie est plus fréquente et l'impulsivité plus marquée, en particulier concernant l'impulsivité motrice et les difficultés de planification.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que l'intentionnalité suicidaire n'est pas systématiquement présente lors des IMVr. Ces passages à l'acte seraient perçus par un grand nombre de patients comme un moyen d'échapper à la réalité plutôt que la conséquence d'une réelle volonté de mourir, bien que ces intoxications aboutissent à des hospitalisations avec des conséquences médicales parfois sévères.

En conclusion, la consommation de BZD au long cours ne semble pas conduire systématiquement et chez tous les patients à la survenue d'IMVr, mais elle serait susceptible, chez des sujets « à risque », de favoriser les récidives. Ces patients présenteraient des éléments psychopathologiques de vulnérabilité, qui sous l'influence de facteurs environnementaux déclencheraient ces conduites d'IMVr pour lesquelles les BZD constitueraient un facteur d'entretien. Il serait toutefois nécessaire d'élargir cette étude à un plus grand nombre de sujets pour être à même de vérifier ces hypothèses.

Ce travail souligne donc l'importance d'encadrer au mieux la consommation de BZD, et d'accompagner les patients au sein d'un véritable réseau de soins, de la prescription à la délivrance, où chacun des acteurs de ce parcours, pharmaciens et médecins, serait en mesure de jouer un véritable rôle de soignant, par la transmission de messages de soutien, de prévention et d'information.

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

LE DOYEN

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER * U.F.R. DE PHARMACIE * GRENOBLE 1

Professeur Christophe RIBUOT

LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur Vincent DANEL

Références bibliographiques

AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé). Etat des lieux sur la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise, Janvier 2012, 45p.

Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86:726-732.

Allison C, Pratt JA. Neuroadaptive processes in GABAergic and glutamatergic systems in benzodiazepine dependence. *Pharmacol Ther* 2003;98:171-195.

Altamura AC, Moliterno D, Paletta S, Maffini M, Mauri MC, Bareggi S. Understanding the pharmacokinetics of anxiolytic drugs. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2013;9(4):423-440.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(Suppl. 420):55-64.

American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition, texte révisé (DSM-IV-TR), Washington, American Psychiatric Association, 2000.

Anthierens S, Habraken H, Petrovic M, Christiaens T. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:214-219.

Anthierens S, Pasteels I, Habraken H, Steinberg P, Declercq T, Christiaens T. Barriers to nonpharmacological treatments for stress, anxiety, and insomnia. *Can Fam Physician* 2010;56:398-406.

Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Laurent F, Jougla E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Etudes et résultats* N°702, DREES, Septembre 2009.

Armstrong TM, Davies MS, Kitching G, Waring WS. Comparative drug dose and drug combinations in patients that present to hospital due to self-poisoning. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2012;111:356-360.

Ashton H. Benzodiazepines: How they work and how to withdraw. [En ligne]. 2002. Disponible: http://www.benzo.org.uk/manual/

Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs* 1994;48:25-40.

Barbone F, McMahon AD, Davey PG, Morris AD, Reid IC, McDevitt DG, MacDonald TM. Association of road-traffic accidents with benzodiazepine use. *Lancet* 1998;352:1331-1336.

Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol* 2004;19:437-454.

Baumgärtner MG, Cautreels W, Langenbahn H. Biotransformation and pharmacokinetics of tetrazepam in man. *Arzneimittelforschung* 1984;34(6):724-729.

Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep* 1974;34:445-446.

Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en 2010. Résultats du Baromètre santé 2010.

Beracochea D. Anterograde and retrograde effects of benzodiazepines on memory. *ScientificWorldJournal* 2006;6:1460-1465.

Bergen H, Hawton K, Waters K, Cooper J, Kapur N. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England: 2000-2007. *Br J Psychiatry* 2010;197:493-498.

Bertolote JM, Fleischmann A, Butchart A, Besbelli N. Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bulletin of the World Health Organization* 2006;84(4).

Bierman EJ, Comijs HC, Gundy CM, Sonnenberg C, Jonker C, Beekman AT. The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: good, bad or indifferent? *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:1194-1200.

Bittencourt P, Richens A, Toseland PA, Wicks JFC, Latham AN. Pharmacokinetics of the hypnotic benzodiazepine, temazepam. *Br J Clin Pharmacol* 1979;8(Suppl 1):37-38.

Blin O. Le futur des anxiolytiques. *Encéphale* 2008 ; 34(Suppl 1):3-7.

Bobon D. Le système AMDP. Manuel de documentation et de qualification de la psychopathologie. 2ème Edition. Bruxelles : Mardaga ;1981.

Boelman L, Smeets HM, Knol MJ, Braam AW, Geerlings MI, De Wit NJ. Psychotropic drug use in patients with various chronic somatic diseases. *Eur J Psychiatr* 2012;26(4):236-247.

Bond AJ, Curran HV, Bruce MS, O'Sullivan G, Shine P. Behavioural aggression in panic disorder after 8 weeks' treatment with alprazolam. *J Affect Disord* 1995;35:117-123.

Bouvard M, Charles S, Guerin J, Aimard G, Cottraux J. Etude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness scale). Validation et analyse factorielle. *Encéphale* 1992;18:237-273.

Bremer DD, Jochemsen R, Von Albert HH. Pharmacokinetics of benzodiazepines. Short-acting versus long-acting. *Arzneimittelforschung* 1980;30:875-881.

Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. *JAMA* 2005;294(5):563-570.

Buffet-Jerrott SE, Stewart SH, Bird S, Teehan MD. An examination of differences in the time course of oxazepam's effects on implicit vs explicit memory. *J Psychopharmacol* 1998;12(4):338-347.

Bun H, Philip F, Berger Y, Necciari J, Al-Mallah NR, Serradimign A, Cano JP. Plasma levels and pharmacokinetics of single and multiple dose of tetrazepam in healthy volunteers. *Arzneimittelforschung* 1987;37(2):199-202.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM). Etude sur la prescription des psychotropes dans le régime des professsions indépendantes. Etude de phase I. CANAM, 1997:62.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM). Etude sur la prescription des psychotropes dans le régime des professsions indépendantes. Etude de phase II. CANAM, 1999:43.

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM). La prescription de psychotropes en ambulatoire. Etude réalisée par six services médicaux régionaux du régime d'assurance maladie des professsions indépendantes en 1996. CANAM, 1997:7.

Calati R, Giegling I, Rujescu D, Hartmann AM, Möller HJ, De Ronchi D, Serretti A. Temperament and character of suicide attempters. *J Psychiatr Res* 2008;42(11):938-45.

Callaman VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;47(6):857-869.

Carlsten A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk in the elderly? *BMC Geriatrics* 2009;9:1-6.

Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *Br J Psychiatry* 2005;186:253-257.

Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry* 2007;191:548-558.

Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Department visits involving nonmedical use of selected prescription drugs – United States, 2004-2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2010;59(23):705-709.

Chan-Chee, C., & Jezewski-Serra, D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2011;47-48:492-496.

Cimolai N. Zopiclone. Is it a pharmacologic agent for abuse? *Can Fam Physician* 2007;53:2124-2129.

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-588.

Coben JH, Davis SM, Furbee PM, Sikora RD, Tillotson RD, Bossarte RM. Hospitalizations for poisoning by prescription opioids, sedatives and tranquilizers. *Am J Prev Med* 2010;38(5):517-524.

Compton WM, Volkow ND. Abuse of prescription drugs and the risk of addiction. *Drug Alcohol Depend* 2006;83:4-7.

Conrad R, Walz F, Geiser F, Imbierowicz K, Liedtke R, Wegener I. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatr Res* 2009;170:212-217.

Corcos M, Taïeb O, Benoit-Lamy S, Paterniti S, Jeanmet P, Flament MF. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(5):381-386.

Cougle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res* 2009;43(9):825-829.

Crestani F, Martin JR, Möhler H, Rudolph U. Mechanism of action of the hypnotic zolpidem in vivo. *Br J Pharmacol* 2000;131:1251-1254.

Crombie IK, McLoone P. Does the availability of prescribed drugs affect rates of self-poisoning? *Br J Gen Pract* 1998;48(433):1505-1506.

Curran HV, Gorenstein C. Differential effects of lorazepam and oxazepam on priming. *Int Clin Psychopharmacol* 1993;8(1):34-42.

Daderman AM, Fredriksson B, Kristiansson M, Nilsson LH, Lidberg L. Violent behaviour, impulsive decision-making, and anterograde amnesia while intoxicated with flunitrazepam and alcohol or other drugs: a case study in forensic psychiatric patients. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:238-251.

Davison S, Leese M, Taylor PJ. Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4 + (PDQ-4+) in a prison population. *J Pers Dis* 2001;15(2):180-194.

De Las Cuevas C, Sanz E, De la Fuente J. Benzodiazepines : more behavioural addiction than dependence. *Psychopharmacology* 2003;167:297-303.

De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? » *Archives de Pédiatrie* 2010;17:1202-1209.

Dias R, Sheppard WF, Fradley RL, Garrett EM, Stanley JL, Tye SJ et al. Evidence for a significant role of alpha 3-containing GABAA receptors in mediating the anxiolytic effects of benzodiazepines. *J Neurosci* 2005;25(46):10682-10688.

Divljakovic J. Tolerance liability of diazepam is dependent on the dose used for protracted treatment. *Pharmacol Rep* 2012;64:1116-1125.

Evren C, Evren B. The relationship of suicide attempt history with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality in substance dependents. *Nord J Psychiatry* 2006;60(4):263-269.

Fang JC, Hinrichs JV, Ghoneim MM. Diazepam and memory: Evidence for spared memory function. *Pharmacol Biochem Behav* 1987;28(3):347-352.

Favara DM. The burden of deliberate self-harm on the critical car unit of a peri-urban referral hospital in the Eastern Cape: A 5-year review of 419 patients. *S Afr Med J* 2013;103(1):40-43.

Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behaviour: A systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66:477-493.

Forman EM. History of multiple suicide attempts as a behavioural marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004;161:437-443.

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

Foster AC, Kemp JA. Glutamate- and GABA-based CNS therapeutics. *Curr Opin Pharmacol* 2006;6:7-17.

Fourrier A, Letenneur L, Dartigues JF, Moore N, Begaud B. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:419-25.

Gasquet I, Nègre-Pagès L, Fourrier A, Nachbaur G, El-Hasnaoui A, Kovess V, Lépine JP. Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France, results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study. *Encephale* 2005;31:195-206.

Geister, U, Gaupp M, Arnold P, Schaarschmidt D, Doser K. Bioavailability investigation of two different oral formulations of tetrazepam. *Arzneimittelforschung* 2000;50(4):328–332.

Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aus N Z J Psychiatry* 2005;39:95-100.

Gjelsvik B, Heyerdahl F, Hawton K. Prescribed medication availability and deliberate self-poisoning: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry* 2012;73(4):548-554.

Goodman A. Addiction: definition and implications. *Br J Addict* 1990;85:1403-1408.

Gratz KL. Risk factors and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clin Psychol Sci Prat* 2003;10:192-205.

Greenblatt DJ, Shader RI, Divoll M, Harmatz JS. Benzodiazepines: a summary of pharmacokinetic properties. *Br J Clin Pharmac* 1981;11:11-18.

Griffiths RR, Johnson MW. Relative abuse liability of hypnotic drugs: a conceptual framework and algorithm for differentiating among compounds. *J Clin Psychiatry* 2005;66(S9):31-41.

Gustavson, Linda E, Philip J, Carrigan. The clinical pharmacokinetics of single doses of estazolam. *Am J Med* 1990;88(3)(Suppl1):2-5.

Hajak G, Müller WE, Wittchen HU, Pittrow D, Kirch W. Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data. *Addiction* 2003;98:1371-1378.

Harahap Y, Sasongko L, Prasaja B, Indriati E, Lusthom W, Lipin. Comparative bioavailability of two estazolam tablet formulations in Indonesian healthy volunteers. *Arzneimittelforschung* 2008;10:501-504.

Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönngvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008;167:1155-1163.

Hawton K. Sex and suicide : Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2000;177:484-485.

Herman U. AMDP Anamnestic Data Fondation, Structure and Fonctions. In: Bobon D et al. The AMDP System in Pharmacopsychiatry. Basel: Karger;1983. p. 35-45.

Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K, Viinamäki H. Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population. *Compr Psychiatry* 2004;45(5):340-345.

Huang MF, Yen CF, Lung FW. Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry* 2010;51(3):243-249.

Hutchinson MA, Smith PF, Darlington CL. The behavioural and neuronal effects of the chronic administration of benzodiazepine anxiolytic and hypnotic drugs. *Prog Neurobiol* 1996;49:73-97.

Isbister GK, O'Regan L, Sibbritt D, Whyte IM. Alprazolam is relatively more toxic than other benzodiazepines in overdose. *Br J Clin Pharmacol* 2004;58(1):88-95.

Hyler SE. Personality Questionnaire (PDQ-4+). New York State Psychiatric Institute, New York, 1994.

Jaffe JH, Bloor R, Crome I, Carr M, Alam F, Simmons A, Meyer RE. A postmarketing study of relative abuse liability of hypnotic sedative drugs. *Addiction* 2004;99:165-173.

Jeantaud I, Haramburu F, Begaud B. Consommation de benzodiazépines : enquête auprès de pharmaciens d'officine en Aquitaine. *Thérapie* 2001;56(4):415-419.

Jones G. Prescribing and taking medicines: Concordance is a fine theory but is mostly not being practiced. *BMJ* 2003;327:19-20.

Kan CC, Hilberink SR, Breteler MH. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Compr Psychiatry* 2004;45:88-94.

Kapur N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, Appleby L. The repetition of suicidal behaviour: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1599-1609.

Kapur N, House A, May C, Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2003;38:390-395.

Konopka A, Pelka-Wysiecka J, Grywacz A, Samochowiec J. Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013;40:229-235.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007;146:317-325.

Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol* 2012.

Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 60:523-9.

Lalive AL, Rudolph U, Lüscher C, Tan KR. Is there a way to curb benzodiazepine addiction? *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13277.

Landry P, Gervais M, O'Connor KP. Mise à jour sur les considérations pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et les interactions médicamenteuses dans le choix d'une benzodiazepine. *Annales médico-psychologiques* 2008 ;166:585-594.

Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis* 2010;31(1):1-16.

Lecadet J, Vidal P, Baris B et al. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, 2000. *Rev Med Assu Mal* 2003;34:75-83.

Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview : reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 1997;12:224-231.

Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin AF. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2005;31:182-194.

Le Pont F, Letrilliart L, Massari V, Dorléans Y, Thomas G, Flahault A. Suicide and attempted suicide in France : results of a general practice sentinel network, 1999-2001. *Br J Gen Pract* 2004;54(501):282-284.

Leufkens TRM, Lund J, Vermeeren A. Highway driving performance and cognitive functioning the morning after bedtime and middle-of-the-night use of gaboxadol, zopiclone and zolpidem. *J Sleep Res* 2009;18:387-396.

Licata SC, Rowlett JK. Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: $GABA_A$ receptor modulation and beyond. *Pharmacol Biochem Behav* 2008;90(1):74-89.

Loas G, Otmani O, Fremaux D, Lecercle C, Duflot M, Delahousse J. Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS20) chez un groupe de malades alcooliques. *Encéphale* 1999;22:35-40.

Loas G, Otmani O, Verrier A, Fremaux D, Marchand MP. Factor analysis of the French version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology* 1999;29:139-144.

Longo LP, Johnson B. Addiction : Part I. Benzodiazepines – Side effects, abuse risk and alternatives. *Am Fam Physician* 2000;61(7):2121-2128.

Mancuso CE, Tanzi MG, Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. *Pharmacotherapy* 2004;24(9):1177-1185.

Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003;4:819-828.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonngvist J, Malone K et al. Suicide prevention strategies : a systematic review. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074.

Mateos Rodriguez AA, Huelva Arroyo A, Benito Vellisca MA. The epidemiology of suicide attempts using drugs. *Emergencias* 2007;19:251-254.

Menecier P, Texier MA, Las R, Ploton L. Peut-on parler d'ivresse benzodiazépinique ? A propos d'intoxications benzodiazépiniques aiguës, ni suicidaires ni mortifères. *Encéphale* 2012;38:25-30.

Meyer B, Rahman R, Shepherd R. Hypomanic personality features and addictive tendencies. *Personality and individual differences* 2007;*42*(4):801-810.

Miller NS, Gold MS. Benzodiazepines: Tolerance, dependence, abuse and addiction. *J Psychoactive Drugs* 1990;22:23-33.

Misson H. Hétérogénéité des conduites suicidaires: vers l'identification de sous-groupes cliniques homogènes. Thèse de doctorat d'université, Médecine, Paris V : Université René Descartes Faculté de Médecine ;2006.

Möhler H, Fritschy JM, Rudolph U. A new benzodiazepine pharmacology. *J Pharmacol Exp Ther* 2002;300:2-8.

Montplaisir J, Hawa R, Moller H, Morin C, Fortin M, Matte J, Reinish L, Shapiro CM. Zopiclone and zaleplon vs benzodiazepine in the treatment of insomnia: Canadian consensus statement. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2003;18:29-38.

Mościcki EV. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clin Neurosci Res* 2001;1:310-323.

Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentative de suicide en France. Etudes et résultats. DREES. 2006; n°488.

Movig KL, Mathijssen MP, Nagel PH, Van Egmond T, De Gier JJ, Leufkens HG, Egberts AC. Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal and Prev* 2004;36:631-636.

Naja WJ, Pelissolo A, Haddad RS, Baddoura R, Baddoura C. A general population survey on patterns of benzodiazepine use and dependence in Lebanon. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102:429-431.

Neutel CI. Benzodiazepine-related traffic accidents in young and elderly drivers. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1998;13:115-123.

Neutel CI, Patten SB. Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use. *Ann Epidemiol* 1997;7(8):568-574.

Nutt DJ, Malizia AL. New insights into the role of the $GABA_A$-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 2001;179:390-396.

O'Brien CP, Volkow N, Li TK. What's in a word ? Addiction versus dependence in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):764-765.

O'Connor KP, Bélanger L, Lecomte Y. Benzodiazépines : santé mentale et santé sociale. *Santé mentale au Québec* 2003;28(2):15-21.

Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6(2):97-111.

Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002;63:817-25.

Pariente P, Lépine JP, Lellouch J. Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. *Psychol Med* 1992;22:181-90.

Parr JM, Kavanagh DJ, Young RMD, McCafferty K. Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Soc Sci Med* 2006;62:1237-1249.

Passaro A, Volpato S, Romagnoni F, Manzoli N, Zuliani G, Fellin R. Benzodiazepines with different half-life and falling in a hospitalized population: the GIFA study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1222-1229.

Paterniti S, Bisserbe JC, Alperovitch A. Psychotropic drugs, anxiety and depression in the elderly population. The EVA study. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998;46:253-262.

Paterniti S, Dufouil C, Alperovitch A. Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging study. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:285-293.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychology* 1995;51:768-774.

Payne RA, Oliver JJ, Bain M, Elders A, Bateman DN. Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland. *Public Health* 2009;123(2):134-137.

Pelissolo A, Boyer P, Lépine JP et al. Epidémiologie de la consommation des anxiolytiques et des hypnotiques en France et dans le monde. *Encephale* 1996;22: 187-96.

Pelissolo A, Lépine JP. Normative data and factor structure of the Temperament and Character Inventory (TCI) in the French version. *Psychiat Res* 2000;94:195-199.

Pelissolo A, Mallet L, Baleyte JM, Michel G, Cloninger CR, Allilaire JF, Jouvent R. The temperament and character inventory-revised (TCI-R) : psychometric characteristics of the French version. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:126-133.

Pelissolo A, Notides C, Pezous AM, Lépine JP. Le modèle de Cloninger appliqué aux toxicomanies. *Neuro Psy* 1998;13:24-31.

Pradel V, Delga C, Rouby F, Micallef J, Lapeyre-Mestre M. Assessment of abuse potential of benzodiazepines from a prescription database using "doctor shopping" as an indicator. *CNS Drugs* 2010;24(7):611-620.

Qin P. The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *J Psychiatr Res* 2011;45:1445-1452.

Rein W et al. Appréciation des évènements pathogènes chez des patients psychiatriques à l'aide des fiches anamnestiques du système AMDP. *Acta Psychiatrica Belgica* 1987;87:141-158.

Riss J, Cloyd J, Gates J, Collins S. Benzodiazepines in epilepsy: pharmacology and pharmacokinetics. *Acta Neurol Scand* 2008:118;69-86.

Rohypnol. Dans: Résumé des caractéristiques du produit [En ligne]. N.V. Roche S.A. ;2003.
Disponible :http://www.roche.be/fmfiles/re779006/wp/AttachedFileImported_1184323889109.pdf

Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ* 2010;341:c3222.

Rupp W, Badian M, Christ O, Hajdu P, Kulkarni RD, Taeuber K et al. Pharmacokinetics of single and multiple doses of clobazam in humans. *Br J Clin Pharmacol* 1979;7(Suppl 1):51-57.

Salzman C. Addiction to benzodiazepines. *Psychiatric quarterly* 1998;69:251-261.

Sanislow CA, Bartolini EE, Zoloth EC. Avoidant personality disorder in Encyclopedia of Human Behavior. 2nd Edition: Academic Press; 2012 (p.257-266).

Saviuc P, Bedry R, Flesch F. Epidémiologie des intoxications médicamenteuses volontaires. *Médecine Thérapeutique* 1999;5(1):45-48.

Schweizer E, Rickels K. Benzodiazepine dependence and withdrawal: a review of the syndrome and its clinical management. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:95-101.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Weiller E, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. The validity of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59:22-33.

Simon GE, Ludman EJ. Outcome of new benzodiazepine prescriptions to older adults in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(5):374-378.

Siriwardena AN, Qureshi Z, Gibson S, Collier S, Latham M. GPs' attitudes to benzodiazepine and "Z-drug" prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics. *Br J Gen Pract* 2006;56:964-967.

Siriwardena AN, Qureshi Z, Dyas JV, Middleton H, Orner R. Magic bullets for insomnia? Patients' use and experiences of newer (Z drugs) versus older (benzodiazepine) hypnotics for sleep problems in primary care. *Br J Gen Pract* 2008;58:417-422.

Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005;366:1471-1483.

Slee N, Garnefski N, Van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:202-211.

Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personalitu disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601-608.

Soumeral SB, Simoni-Wastila L, Singer C, Mah C, Gao X, Salzman C, Ross-Degnan D. Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages. *Psychiatr Serv* 2003;54(7):1006-1011.

Stahl SM. Psychopharmacologie essentielle. 2ème édition: Flammarion; 2002.

Sternbach LH. The benzodiazepine story . *J Psychoactive Drugs* 1983;15:15-17.

Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönngvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – finding of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:117-121.

Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:1680-1687.

Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ. A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(8):914-920.

Theil, F. Evolution qualitative des médicaments incriminés dans les intoxications médicamenteuses sur une période de 10 ans. Créteil (Paris XII). 64 pages. 2007. Thèse de médecine.

Tournier M, Grolleau A, Cougnard A, Molimard M, Verdoux H. Factors associated with choice of psychotropic drugs used for intentional drug overdose. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259(2):86-91.

Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning in 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(5):228-234.

Uusi-Oukari M, Korpi ER. Regulation of GABAA receptor subunit expression by pharmacological agents. *Pharmacol Rev* 2010;62:97-135.

Uzun S, Kozumplik O, Jakovljevic M, Sedic B. Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatr Danub* 2010;22:90-93.

Värnik A, Kolves K, Van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, Reisch T et al.. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *J Epidemiol Community Health* 2008;62:545-551.

Victorri-Vigneau C, Dailly E, Veyrac G, Jolliet P. Evidence of zolpidem abuse and dependence : results of the French Centre for Evaluation and Information on Pharmacodependence (CEIP) network survey. *Br J Clin Pharmacol* 2007;64(2):198-209.

Vidal [En ligne]. 2013.
Disponible:http://www.univadis.fr/external/vidal?proceed&r=0&bu=http%3A%2F%2Fwww.univadis.fr%2F.

Vinkers CH, Olivier B. Mechanisms underlying tolerance after long-term benzodiazepine use: a future for subtype-selective $GABA_A$ receptor modulators? *Adv Pharmacol Sci* 2012;2012:1-19.

Vlad IA, Fatovich DM, Fenner SG, Daly FF, Soderstrom JH, Burrows SA. Patient perceptions of the potential lethality associated with deliberate self-poisoning. *Emerg Med Australas* 2011;23(5):580-586.

Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, Ross-Degnan D. Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164:1567-1572.

Wafford KA. $GABA_A$ receptor subtypes: any clues to the mechanism of benzodiazepine dependence? *Curr Opin Pharmacol* 2005;5:47-52.

Wang PS et al. Hazardous benzodiazepine regimens in the elderly: effects of half-life, dosage, and duration on risk of hip fracture. *Am J Psychiatry* 2001;158:892-898.

Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Zolpidem use and hip fractures in older people. *J Am Geriatr Soc* 2005;49:1685-1690.

Weisman A, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:553-560.

Wetzel RD. Hopelessness, depression, and suicide intent. *Arch Gen Psychiatry* 1976;33(9):1069-1073.

Williams-Johnson J, Williams E, Gossell-Williams M, Sewell CA, Abel WD, Whitehorne-Smith PA. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the emergency room at the university hospital of the West Indies. *West Indian Med J* 2012;61(5):526-531.

Woods JH, Winger G. Current benzodiazepine issues. *Psychopharmacology* 1995;118(2):107-115.

Xiang Y, Zhao W, Xiang H, Smith GA. ED visits for drug-related poisoning in the United States, 2007. *Am J Emerg Med* 2012;30:293-301.

Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70-75.

Zech E, Luminet O, Rimé B, Wagner H. Alexithymia and its measurement : confirmatory factor analysis of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond Vorst Alexithymia questionnaire. *Euro J Personality* 1999;13:511-532.

ANNEXES

Annexe 1 : Les benzodiazépines

1. Définitions et historique

Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), un médicament psychotrope se définit comme « une substance chimique qui agit sur le système nerveux central en induisant des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur ou de la conscience ».

D'autre part, l'ANSM caractérise les stupéfiants et les psychotropes comme « des substances psychoactives pouvant, dans le cadre d'un usage détourné, faire l'objet de pharmacodépendance (désir obsessionnel de se procurer et de s'administrer une substance) ou d'abus (utilisation excessive et volontaire, permanente ou intermittente ayant des conséquences préjudiciables sur la santé physique ou psychique) ».

Compte tenu de ces propriétés et dans le but de sécuriser au maximum l'emploi de ces médicaments classés comme psychotropes, la prescription, la délivrance et l'usage par les patients de ces substances se doivent d'être encadrés et font ainsi l'objet de nombreuses précautions.

Les médicaments psychotropes regroupent un ensemble de quatre catégories de molécules se distinguant par leur mode d'action d'un point de vue pharmacologique au niveau du système nerveux central: les neuroleptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques. En pratique, ces deux dernières classes sont très largement représentées par les BZD.

Les BZD ont fait leur apparition en thérapeutique au début des années 1960 et ont dès lors été perçues comme des « pilules miracles » puisqu'elles permettaient de soulager de manière

rapide les symptômes de l'anxiété et d'induire le sommeil à des doses peu élevées. Elles ont de ce fait très rapidement remplacé les barbituriques au cours des années 1970, car ces derniers étaient considérés comme plus toxiques (ils causaient une dépression respiratoire plus marquée) et présentant un risque supérieur d'overdose. De plus, les barbituriques seraient plus susceptibles d'entraîner une dépendance.

La première molécule, le chlordiazépoxide, a été commercialisée en 1960 sous le nom de Librium®. Trois ans plus tard, à la fin de l'année 1963, une nouvelle molécule de cette famille est arrivée sur le marché, le diazépam, plus connu sous son nom commercial, le Valium®. Ce dernier était alors présenté comme ayant un plus grand spectre d'activité que le Librium®, et une toxicité relativement faible (Lalive et al., 2011 ; Longo et al., 2000 ; O'Connor et al.,2003 ; Sternbach, 1983).

A ce jour, vingt-deux BZD ou apparentées sont commercialisées en France. Les molécules de cette famille possèdent des propriétés hypnotiques, anxiolytiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes, mais ces effets sont plus ou moins marqués selon la nature de la BZD.

2. Mode d'action

L'acide gamma-aminobutyrique (GABA) est un neuromédiateur synthétisé par les neurones GABAergiques à l'aide de l'enzyme glutamate décarboxylase (GAD) à partir de son précurseur, le glutamate (Foster et al., 2006).

Les neurones GABAergiques sont largement distribués au sein du système nerveux central, et l'acide gamma-aminobutyrique constitue ainsi le neuromédiateur inhibiteur le plus important quantitativement (Nutt et al., 2001).

Il existe trois principaux types de récepteurs GABA :

- Les récepteurs GABA-A et les récepteurs GABA-C sont des récepteurs canaux ioniques : lorsque le GABA est relargué dans la fente synaptique, il se lie sur son récepteur situé sur la membrane post-synaptique. Cela induit un changement conformationnel du récepteur, permettant ainsi l'entrée d'ions Cl- responsable d'une hyperpolarisation de cette membrane.
- Les récepteurs GABA-B sont appelés métabotropes car ils sont couplés à une protéine G ; leur activation entraîne l'inhibition de canaux calciques voltage-dépendants et l'ouverture de canaux potassiques.

Les BZD se lient uniquement aux récepteurs de type GABA-A et leur action n'est possible qu'en présence de GABA. Elles agissent sur un site allostérique et potentialisent l'effet inhibiteur du GABA en augmentant l'entrée des ions chlorures dans les neurones post-synaptiques (Foster et al., 2006).

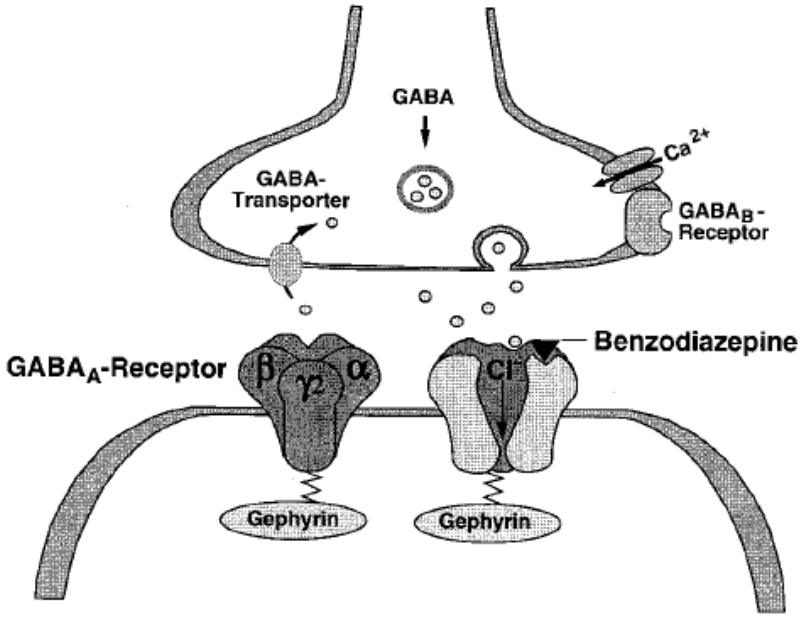
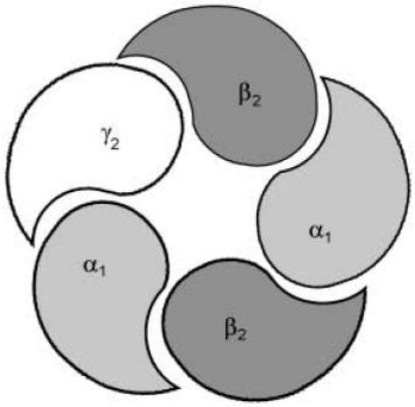


Schéma d'un récepteur GABA-A (Möhler et al., 2002).

Le récepteur GABA-A est un pentamère composé de deux sous-unités α, deux sous-unités β, et une sous-unité γ disposées en rosette autour d'un pore central et insérées dans la membrane du neurone ; il est perméable à l'ion Cl- et à d'autres anions (Landry et al., 2008).

Les récepteurs GABA-A présentent une importante hétérogénéité structurale, en fonction de la nature des sous-unités. Toutefois, les récepteurs sensibles à la modulation allostérique par les BZD sont ceux contenant les sous-unités α_1, α_2, α_3 ou α_5 combinées avec une sous-unité β et la sous-unité γ_2 (Möhler et al., 2002).



Le récepteur aux BZD le plus répandu dans le système nerveux central est constitué des sous-unités α_1, β_2, et γ_2 (Nutt et al., 2001).

Le site de liaison des BZD sur le récepteur GABA-A se situe à l'interface entre la sous-unité α et la sous-unité γ_2 (Möhler et al., 2002).

Pour ce qui est de l'effet pharmacologique des BZD, celui-ci dépend de la nature de la sous-unité α.

La sous-unité α_1 serait responsable de la sédation, de l'amnésie antérograde, et en partie de l'effet anticonvulsivant. Les effets anxiolytiques et myorelaxants sont quant à eux médiés par les récepteurs α_2 (présents principalement au niveau du système limbique) et les récepteurs α_3. Enfin, les récepteurs α_5 (situés dans l'hippocampe) sont impliqués dans le processus de mémorisation (Dias R et al., 2005 ; Landry et al., 2008 ; Möhler et al., 2002 ; Riss et al., 2008).

La notion de puissance d'une BZD est également importante à définir et à prendre en compte. Elle est déterminée par son affinité pour le récepteur GABA-A et peut être appréciée à l'aide des équivalences de doses entre les différentes molécules. En effet, plus cette dose équivalente est faible, plus la molécule sera considérée comme puissante (cf. tableau ci-après) (Ashton, 2002).

BZD **(et molécules apparentées)**	**Equivalence approximative** **Doses orales (en mg)**
Alprazolam (Xanax®)	0,5
Bromazépam (Lexomil)	5-6
Clobazam (Urbanyl®)	20
Clonazépam (Rivotril®)	0,5
Clorazépate dipotassique (Tranxène®)	15
Diazépam (Valium®)	10
Estazolam (Nuctalon®)	1-2
Flunitrazépam (Rohypnol®)	1
Loprazolam (Havlane®)	1-2
Lorazépam (Témesta®)	1
Lormétazépam (Noctamide®)	1-2
Nitrazépam (Mogadon®)	10
Nordazépam (Nordaz®)	10
Oxazépam (Séresta®)	20
Prazépam (Lysanxia®)	10-20
Témazépam (Normison®)	20
Zolpidem (Stilnox®)	20
Zopiclone (Imovane®)	15

3. Thérapeutique et indications

On peut séparer les BZD selon quatre grandes familles (Vidal, 2013):

- Les anxiolytiques, dont les indications principales sont :
    - Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et /ou invalidantes.
    - Prévention et traitement du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique.
- Les hypnotiques, indiquées surtout dans les troubles sévères du sommeil en cas d'insomnie occasionnelle et d'insomnie transitoire.
- Les myorelaxantes, utilisées pour traiter les contractures musculaires douloureuses en rhumatologie.
- Les anticonvulsivantes, en traitement des épilepsies partielles et généralisées et de l'état de mal épileptique.

Plusieurs paramètres pharmacocinétiques sont importants lorsque l'on considère les BZD.
Il s'agit en particulier du Tmax, c'est-à-dire le temps nécessaire pour atteindre le pic plasmatique, conditionné par la voie d'administration et la liposolubilité de la molécule (le Tmax donnant une information sur le délai d'apparition des effets), de la demi-vie d'élimination de la molécule ($t_{1/2}$) ainsi que la présence ou non de métabolites actifs susceptibles de s'accumuler dans l'organisme (Altamura et al., 2013 ; Landry et al., 2008).
Ces deux derniers paramètres permettent de classer les BZD en fonction de leur durée d'action. En effet, on parle de courte durée d'action lorsque $t_{1/2}$ est inférieur à 5 heures, de durée d'action intermédiaire lorsque $t_{1/2}$ est compris entre 5 et 24 heures et de longue durée d'action lorsque $t_{1/2}$ est supérieur à 24 heures (Greenblatt et al., 1981). Dans ce dernier cas,

c'est la présence de métabolites actifs qui est responsable d'une longue durée d'action. Ces molécules sont alors plus sujettes à une accumulation dans l'organisme en cas d'administration répétée, particulièrement chez le sujet âgé et les personnes ayant une fonction hépatique altérée (Altamura et al., 2013 ; Ashton, 1994 ; Landry et al., 2008).

- **Les BZD à courte durée d'action** (Vidal, 2013)

Molécule	Indication	Dosages et formes disponibles	Tmax	Demi-vie d'élimination
Midazolam (Versed®, Buccolam®)	Hypnotique Anti-convulsivant	Solution injectable IV à 1mg/ml, 2mg/2ml et 5mg/ml Solution buccale à 2,5mg, 5mg, 7,5mg et 10mg	30min	1,5 à 2,5h
Clotiazépam (Vératran®)	Anxiolytique	Comprimés à 5mg et 10mg	1h	4h

- **Les BZD à durée d'action intermédiaire** (Baumgärtner et al., 1984 ; Bittencourt et al., 1979 ; Bun et al., 1987 ; Geister et al., 2000 ; Gustavson et al., 1990 ; Harahap et al., 2008 ; Rupp et al., 1979 ; Vidal, 2013)

Molécule	Indication	Dosages et formes disponibles	Tmax	Demi-vie d'élimination
Alprazolam (Xanax®)	Anxiolytique	Comprimés à 0,25mg, 0,5mg et 1mg	0,5 à 2h	10 à 20h
Bromazépam (Lexomil®)	Anxiolytique	Comprimés à 6mg	0,5 à 4h	20h
Clobazam (Urbanyl®)	Anxiolytique Anticonvulsivant	Comprimés à 10mg et 20mg Gélules à 5mg	1 à 4h	20h
Lorazépam (Témesta®)	Anxiolytique	Comprimés à 1mg et 2,5mg	0,5 à 4h	10 à 20h
Oxazépam (Séresta®)	Anxiolytique	Comprimés à 10mg et 50mg	2h	8h

Estazolam (Nuctalon®)	Hypnotique	Comprimés à 2mg	1 à 1,9h	17h
Loprazolam (Havlane®)	Hypnotique	Comprimés à 1mg	1h	8h
Lormétazépam (Noctamide)	Hypnotique	Comprimés à 1mg et 2mg	3h	10h
Témazépam (Normison®)	Hypnotique	Comprimés à 10mg et 20mg	45min à 4h	5 à 8h
Tétrazépam (Myolastan®)	Myorelaxant	Comprimés à 50mg	0,5 à 2,1h	18 à 26h

- **Les BZD à longue durée d'action** (Rohypnol, 2003 ; Vidal, 2013)

Molécule	Indication	Dosages et formes disponibles	Tmax	Demi-vie d'élimination
Clorazépate dipotassique (Tranxène®)	Anxiolytique	Gélules à 5mg, 10mg et 20mg Poudre et solvant pour solution injectable IM, IV à 20mg/2ml et 50mg/2,5ml	1h	30 à 150h
Diazépam (Valium®)	Anxiolytique	Comprimés à 2mg, 5mg et 10mg Solution buvable à 1% Solution injectable à 10mg/2ml	0,5 à 1,5h	32 à 47h
Ethyl loflazépate (Victan®)	Anxiolytique	Comprimés à 2mg	1h30	77h
Nordazépam (Nordaz®)	Anxiolytique	Comprimés à 7,5mg et 15mg	1,5h	30 à 150h
Prazépam (Lysanxia®)	Anxiolytique	Comprimés à 10mg et 40mg Solution buvable à 15mg/ml	4 à 6h	30 à 150h
Flunitrazépam (Rohypnol®)	Hypnotique	Comprimés à 1mg	0,4 à 2h	16 à 35h
Nitrazépam (Mogadon®)	Hypnotique	Comprimés à 5mg	2 à 3h	16 à 48h
Clonazépam (Rivotril®)	Anticonvulsivant	Comprimés à 2mg Solution buvable à 2,5mg/ml Solution injectable à diluer à 1mg/1ml	1 à 4h	20 à 60h

4. Les BZD apparentées

Deux molécules apparentées aux BZD sont actuellement commercialisées en France. Leur structure chimique et leur mécanisme d'action diffèrent quelque peu de ceux des BZD classiques.

Le zolpidem, une imidazopyridine, présente une affinité préférentielle pour la sous-unité α_1 du récepteur GABA-A et le zopiclone, une cyclopyrrolone, se lie de manière non sélective aux récepteurs contenant la sous-unité α_1 comme à d'autres sous-types (Crestani et al., 2000 ; Hajak et al., 2003 ; Vidal, 2013).

Molécule	Indication	Dosages et formes disponibles	Tmax	Demi-vie d'élimination
Zolpidem (Stilnox®)	Hypnotique	Comprimés à 10mg	0,5 à 3h	0,7 à 3,5h
Zopiclone (Imovane®)	Hypnotique	Comprimés à 3,75mg et 7,5mg	1h30 à 2h	5h

5. Effets indésirables principaux

Ces effets dépendent directement de la dose ingérée par le patient, ainsi que de la sensibilité de chacun. Les effets les plus fréquents sont ceux survenant sur la sphère neuro-psychiatrique (Vidal, 2013).

- Troubles mnésiques.
    - Les BZD sont susceptibles d'induire une amnésie antérograde, c'est-à-dire des difficultés à mémoriser les évènements survenus après leur administration.

Elles n'entraîneraient en revanche pas d'amnésie rétrograde (difficultés de mémorisation pour des faits antérieurs à la prise du traitement).

- D'autre part, les BZD n'altèrent pas toutes la mémoire de la même manière. Le diazépam induit des anomalies lors des tests de rappel libre (évaluant la mémoire explicite ou déclarative, demandant un effort conscient de rappel de l'information) mais pas au niveau de la méthode d'amorçage (appréciant la mémoire implicite ou procédurale dont la mise en œuvre est automatique et ne nécessite pas d'effort conscient de mémorisation). Le lorazépam quant à lui altère à la fois la mémoire implicite et explicite. Enfin, l'oxazépam provoque des erreurs lors du test d'amorçage uniquement lorsque sa concentration atteint un pic plasmatique alors que les tests de rappel libre présentent des anomalies quels que soit le temps et la concentration plasmatique considérés, suggérant ainsi une altération de la mémoire implicite temps-dépendante pour cette molécule (Beracochea, 2006 ; Buffet-Jerrott et al., 1998 ; Curran et al., 1993 ; Fang et al., 1987).

- Troubles du comportement. Les BZD peuvent, dans certaines situations et chez certains individus, entraîner ce que l'on appelle des réactions paradoxales de désinhibition, d'agitation et d'agressivité. Ces effets ont pu être décrits avec le lorazépam, le diazépam, l'alprazolam, le témazépam, le triazolam, le clonazépam, le midazolam et le flunitrazépam (Bond et al., 1995 ; Daderman et al., 2002 ; Mancuso et al., 2002).

- Dépression, idées suicidaires, tentatives de suicide (Neutel et al., 1997).

- Dépendance physique et psychique, avec syndrome de sevrage ou effet rebond à l'arrêt du traitement (cf. détail en annexe 2).

- Sensations ébrieuses, céphalées, ataxie.

- Etat confusionnel, baisse de vigilance voire somnolence, asthénie, insomnie, cauchemars.

6. Contre-indications et précautions d'emploi

Les contre-indications et précautions d'emploi découlent de l'action pharmacologique de ces molécules et de leurs effets indésirables.

Les principales contre-indications absolues communes à toutes les BZD et molécules apparentées sont les suivantes (Vidal, 2013):

- Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des constituants
- Insuffisance respiratoire sévère
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Insuffisance hépatique sévère, aiguë ou chronique
- Myasthénie

Précautions d'emploi (Vidal, 2013):

- En cas d'épisode dépressif majeur, les BZD ne doivent pas être prescrites seules car elles peuvent majorer l'état dépressif et augmenter ainsi le risque suicidaire (Neutel et al., 1997).

- Ces molécules doivent être employées avec prudence chez les sujets présentant des antécédents de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances.
- Il est recommandé d'utiliser les BZD avec précautions chez le sujet âgé, insuffisant hépatique ou rénal pour prévenir le risque d'accumulation, et chez le sujet insuffisant respiratoire, en raison de la dépression respiratoire qu'elles induisent.
- Elles n'entraînent aucun effet malformatif lorsqu'elles sont prises lors du 1er trimestre de grossesse. En fin de grossesse en revanche, elles doivent être utilisées avec prudence car elles sont susceptibles d'entraîner des signes d'imprégnation tels qu'une hypotonie, ou un syndrome de sevrage chez le nouveau né, même à doses thérapeutiques. Leur utilisation est également déconseillée au cours de l'allaitement.
- Enfin, lorsqu'un arrêt du traitement est envisagé, celui-ci doit se faire de manière progressive.

7. Interactions

- Déconseillées : la consommation d'alcool est déconseillée car elle cause une augmentation des effets sédatifs induits par les BZD.
- A prendre en compte
    - Médicaments dépresseurs du système nerveux central (dérivés morphiniques, neuroleptiques, barbituriques, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs sédatifs, antihistaminiques H1 sédatifs, antihypertenseurs centraux, baclofène, thalidomide).
    - Médicaments dépresseurs du système respiratoire : buprénorphine, analgésiques opiacés, antitussifs (Vidal, 2013).

8. Thérapeutique et critères de choix

Bien que le mécanisme d'action soit similaire pour toutes les BZD, les différences pharmacodynamiques et pharmacocinétiques entre ces molécules doivent être prises en considération dans le but de sécuriser leur emploi et de répondre au mieux à la problématique (Riss et al., 2008).

D'un point de vue pharmacodynamique, les BZD présentent des différences d'affinité pour les sous-types du récepteur GABA-A, permettant d'expliquer le fait que selon la molécule considérée, celle-ci aura un effet prédominant sur le système nerveux central (hypnotique, anxiolytique, myorelaxant ou anticonvulsivant).

Sur le plan pharmacocinétique, deux paramètres jouent un rôle important :

- Le délai d'apparition des effets. Dans la majorité des cas, un bref délai est souhaité permettant ainsi un soulagement rapide des symptômes (Ashton, 1994).

- La durée d'action de la molécule a également son importance.
    - Dans le cas d'un traitement anxiolytique ou anticonvulsivant, il est préférable d'employer une BZD à longue durée d'action car une élimination lente permet de maintenir une concentration efficace sans avoir recours à des administrations répétées, ce qui protège des fluctuations au niveau de la concentration plasmatique.
    - En revanche, pour un traitement à visée hypnotique, on s'orientera préférentiellement vers une BZD à demi-vie courte ou intermédiaire, afin que les effets de la molécule se limitent à la nuit et n'occasionnent pas de

somnolence chez le patient au cours de la journée. Par ailleurs il est préconisé de choisir l'hypnotique en fonction de la nature des troubles du sommeil : pour des troubles de l'endormissement, on privilégiera une molécule d'action rapide et courte, pour des réveils nocturnes fréquents ou des réveils précoces, il est conseillé d'utiliser un agent avec un délai et une durée d'action intermédiaires, enfin pour des insomnies à la fois d'endormissement et des réveils nocturnes, une BZD de délai d'action court et de demi-vie intermédiaire sera recommandée (Ashton, 1994 ; Bremer et al., 1980 ; Landry et al., 2008 ; Stahl, 2002).

En France, les recommandations visent à limiter la prescription des BZD anxiolytiques pour une durée maximale de douze semaines, et celle des hypnotiques à vingt-huit jours.

Néanmoins certains diagnostics psychiatriques comme l'anxiété généralisée (définie comme l'apparition de préoccupations excessives à propos d'évènements de la vie quotidienne avec des répercussions notamment sur la capacité de concentration, la qualité du sommeil et associée à des symptômes somatiques tels qu'une tension musculaire ou des troubles digestifs) ou le trouble panique (survenue de crises caractérisées par un début brutal, sans élément déclenchant évident, s'accompagnant de symptômes physiques tels qu'une tachycardie ou une sensation d'étouffement, associées à un sentiment de perte de contrôle et atteignant leur paroxysme très rapidement) sont susceptibles de requérir une durée de traitement supérieure à celle définie par les recommandations nationales.
Dans ces situations, l'emploi des BZD est alors possible pour un usage de courte durée ou ponctuellement en traitement des crises aiguës mais il est fondamental de considérer et de

mettre en place d'autres solutions de prise en charge pour ces patients, qu'elles soient pharmacologiques ou psychothérapeutiques (Stahl, 2002).

Enfin concernant les BZD hypnotiques, il est conseillé de restreindre leur usage à des prises ponctuelles uniquement, ou à une durée maximale de dix jours consécutifs, suivie de plusieurs jours voire plusieurs semaines en l'absence de tout traitement (Stahl, 2002).

Annexe 2 : Benzodiazépines et mésusage

1. Données épidémiologiques : état des lieux de la consommation de psychotropes en France

Au sein de l'Europe, la France reste depuis plusieurs années le pays le plus grand consommateur de psychotropes. En effet, on estime entre 21% et 24,5% le pourcentage de français ayant eu recours à un psychotrope (toutes classes confondues) au cours des douze derniers mois (Gasquet et al., 2005 ; Lecadet et al., 2003). Ce chiffre place ainsi la France au premier rang des pays européens (suivie de près par l'Espagne et l'Italie) pour lesquels on estime la moyenne de l'exposition à ces médicaments au cours de la dernière année écoulée à 12% (Alonso et al., 2004 ; Ohayon et al., 2002).

Il est toutefois important de noter une baisse de la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques en France depuis les années 1990 puisqu'alors le pourcentage d'adultes exposés à ces médicaments au cours de l'année était évalué entre 25 et 30% (Pelissolo et al., 1996) ; il n'est aujourd'hui plus que de 19% (Gasquet et al., 2005).

Quelle que soit la catégorie de psychotropes considérée, on observe une prévalence plus importante chez les sujets de plus de 50 ans. L'utilisation reste en revanche rare avant 20 ans (CANAM, 1997 ; CANAM, 1999).

Une étude réalisée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM) a permis d'étudier la répartition des différentes familles de

psychotropes utilisés dans les prescriptions, seuls ou en association (CANAM, 1997 ; CANAM, 1999) :

- les anxiolytiques BZD représentent 54,2% des cas (au sein de cette catégorie, le lorazépam et le bromazépam comptent pour 60% des prescriptions)
- les hypnotiques représentent 34,4% des prescriptions (le zolpidem et le zopiclone, BZD apparentées, représentent 63% des hypnotiques)
- les antidépresseurs quant à eux sont présents dans 29% des prescriptions.

Selon cette enquête, les BZD sont ainsi largement représentées et occupent une place importante parmi les psychotropes. Ceci est en accord avec les différentes études épidémiologiques réalisées, dans lesquelles elles arrivent en tête des prescriptions de psychotropes (Pariente et al., 1992 ; Paterniti et al., 1998).

On estime aujourd'hui à 7,5% la prévalence de consommation actuelle de BZD et à 20% le taux de prévalence annuelle d'exposition à au moins une BZD ou une apparentée (AFSSAPS, 2012 ; Lagnaoui et al., 2004).

Cette consommation est plus fréquente chez les femmes et augmente avec l'âge, la présence d'antécédents psychiatriques personnels et la présence de pathologies somatiques chroniques (Boelman et al., 2012 ; Fourrier et al., 2001 ; Lagnaoui et al., 2004).

Au sein de la classe des BZD, les trois molécules les plus fréquemment prescrites sont l'alprazolam, le bromazépam et le lorazépam et on estime entre 13 et 20% le pourcentage de sujets traités par une association d'au moins deux BZD (AFSSAPS, 2012 ; Jeantaud et al., 2001 ; Lagnaoui et al., 2004).

En outre bien que la durée moyenne de traitement par ces agents soit comprise entre 39 et 50 jours, il apparait que plus de 75% des consommateurs chroniques de BZD le sont depuis plus de six mois (Blin, 2008 ; CANAM, 1997 ; CANAM, 1999 ; Jeantaud et al., 2001 ; Lagnaoui et al., 2004).

Il semble important de souligner un autre aspect de la consommation de ces médicaments, qui est que dans près de 90% des cas, la prescription émane d'un médecin généraliste et dans 5% des cas, on assiste à un nomadisme médical (consultation par le patient de plus de 4 prescripteurs différents pour se procurer son traitement).
En parallèle, un suivi psychiatrique est retrouvé chez seulement 10% de ces patients ayant eu recours à un anxiolytique ou un hypnotique, ce qui constitue la part la plus faible au sein des consommateurs de psychotropes (AFSSAPS, 2012 ; Lecadet et al., 2003).

Dans une très grande majorité des cas, les indications pour lesquelles les BZD sont prescrites sont l'anxiété ou l'insomnie. Il est alors possible d'expliquer cette forte proportion d'exposition aux médicaments psychotropes et en particulier aux BZD par l'importance de la prévalence des troubles anxieux et de l'insomnie (Kroenke et al., 2007 ; Lépine et al., 2005 ; Ohayon, 2002 ; Simon et al., 2006).

D'autre part, si les BZD sont largement représentées, cela peut s'expliquer par le fait que les médecins à l'origine des prescriptions perçoivent cela comme « un moindre mal » et selon eux, initier un traitement par ces molécules ne présente que très peu de risques, surtout sur une courte période, en comparaison avec le soulagement rapide des symptômes et les bénéfices qu'elles offrent aux patients (Anthierens et al., 2007 ; Anthierens et al., 2010 ; Parr et al., 2006).

Les médecins généralistes, qui représentent une très grande majorité des prescripteurs, se doivent en outre de faire face à une demande, et se disent relativement démunis car ils ne se sentent pas à l'aise vis-à-vis des traitements non pharmacologiques et peu d'alternatives s'offriraient à eux. La prescription serait également une manière de renforcer la relation avec le patient (Anthierens et al., 2007 ; Anthierens et al., 2010 ; Jones, 2003).

Enfin, pour ce qui est du prolongement des traitements et leur évolution vers la chronicité, le principal motif invoqué est en général un manque de temps de la part des médecins généralistes pour envisager un sevrage et prendre en charge cette problématique (Parr et al., 2006).

Du côté des patients, cette consommation au long cours serait justifiée par un moyen de les aider à faire face à des situations de la vie quotidienne ou des pathologies somatiques, ou à éviter un état de manque (Parr et al., 2006).

2. Troubles liés aux BZD

2.1. Définitions

Selon le DSM-IV-TR (Texte révisé de la quatrième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, ouvrage publié par la Société américaine de psychiatrie et servant de référence pour le diagnostic et la classification des pathologies psychiatriques) (American Psychiatric Association, 2000), les troubles liés à une substance peuvent se subdiviser en deux sous-catégories qui sont les troubles induits par une substance et les troubles liés à l'utilisation d'une substance.

a. Troubles induits par une substance

- ***Intoxication***

Elle se présente sous la forme d'un syndrome réversible, spécifique d'une substance, et dû à une exposition ou une ingestion récente de celle-ci. On observe alors des modifications comportementales inadaptées et cliniquement significatives, liées aux effets de cette substance sur le système nerveux central et ne pouvant être expliquées par une pathologie somatique ou tout autre diagnostic psychiatrique (American Psychiatric Association, 2000).

- ***Sevrage***

Il se définit par la survenue d'un syndrome spécifique d'une substance dû à l'arrêt ou à la réduction de dosage de celle-ci et se manifeste par une souffrance cliniquement significative avec des répercussions notamment dans le domaine des relations sociales ou professionnelles (American Psychiatric Association, 2000).

La notion de sevrage est à distinguer de celle d'effet rebond. En effet, le sevrage fait référence à des symptômes dont l'apparition est due à l'arrêt brutal d'une substance, alors que l'effet rebond correspond à une exacerbation des symptômes initiaux (avant de débuter la prise du médicament) pouvant être expérimentée lors de l'arrêt du traitement (Stahl, 2002).

b. Troubles liés à l'utilisation d'une substance

- ***Dépendance***

Selon le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), la dépendance à une substance se définit comme un mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une

altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins trois des manifestations suivantes au cours d'une période de douze mois :

- Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
    - Un besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir l'effet désiré ou une intoxication
    - Un effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance.
- Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
    - Syndrome de sevrage caractéristique de la substance
    - La même substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- La substance est prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
- Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser la substance ou à récupérer de ses effets.
- Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- L'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Dans la future version du DSM, le DSM-V, les auteurs accordent une attention toute particulière à distinguer dépendance et addiction. En effet, selon cette nouvelle définition, la dépendance désignerait simplement un mécanisme physique, une adaptation physiologique à une administration répétée d'une substance ou d'un médicament et se distinguerait ainsi du terme d'addiction, qui lui ferait davantage référence à un mode de comportement, évoquant une perte de contrôle face à la substance, en dépit des conséquences négatives que cela est susceptible d'engendrer (O'Brien et al., 2006).

La notion d'addiction impliquerait en outre une utilisation à visée non médicale et sous-entend la notion de « craving », c'est-à-dire une envie impérieuse de consommer à nouveau la substance lorsque celle-ci disparaît, soit par plaisir, soit pour palier à une sensation d'inconfort (O'Brien, 2006 ; Salzman, 1998).

- ***Abus***

Selon le DSM-IV-TR, l'abus d'une substance se définit comme suit (American Psychiatric Association, 2000):

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison.
- Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance

2.2. Usage et abus

La distinction entre usage et abus est le fait de références culturelles. En effet ce dernier se définit comme un mode d'administration d'une substance désapprouvé par la société et susceptible d'engendrer des conséquences néfastes. D'autre part la propension d'une molécule à faire l'objet d'abus va principalement dépendre des effets aigus qu'elle provoque au niveau du système nerveux central, notamment la balance entre les propriétés de renforcement (c'est-à-dire les effets bénéfiques perçus et susceptibles d'induire des administrations répétées) et la toxicité relative (Griffiths et al., 2005 ; Stahl, 2002).

Les BZD ne sont pas épargnées par ce phénomène et peuvent faire l'objet d'abus.
Ici encore, on distingue deux types d'abus : l'usage récréationnel et l'abus « quasi-thérapeutique », ce dernier se présentant sous la forme de dépassements minimes des doses prescrites et de durées de traitements supérieures aux recommandations, et peut être retrouvé chez des patients avec ou sans antécédents d'abus de substance (Griffiths et al., 2005).

La seconde forme d'abus est un usage récréationnel. Si cette pratique reste isolée chez le sujet âgé consommateur chronique, elle est en revanche plus répandue au sein des patients polydépendants. Le recours à ces agents a alors lieu en dehors du cadre médical, le plus souvent dans le but de « planer », pour abaisser ou moduler l'activité intellectuelle et échapper à la réalité, de la même manière que n'importe quel autre produit psychoactif.
Dans ce contexte, les doses de médicaments ingérées par les patients sont des doses bien supérieures à celles classiquement utilisées en médecine et qualifiées de supra-thérapeutiques, et il est fréquent de retrouver la co-ingestion d'autres substances comme l'alcool ou les opiacés. De plus les BZD agissant rapidement représentent alors des molécules de choix, en

raison du court délai d'apparition des effets. En effet, les molécules le plus souvent incriminées dans les problématiques d'usage à visée non thérapeutique ou d'abus sont le flunitrazépam, et le diazépam, le clorazépate dipotassique, l'alprazolam, le bromazépam, le clonazépam et le témazépam, des agents avec un court délai d'action (Compton et al., 2006 ; Griffiths et al., 2005 ; Jaffe et al., 2004 ; Lader, 2012 ; Menecier et al., 2012 ; Pradel et al., 2010 ; Soumeral et al., 2003 ; Uzun et al., 2010).

Une des conséquences délétères de la prise de médicaments en quantités supérieures aux doses thérapeutiques est l'intoxication. Dans le cas des BZD, elle se présente sous la forme d'une dépression du système nerveux central allant de la simple somnolence au coma, dépendamment de la dose ingérée. Les intoxications les plus bénignes se manifestent par une confusion mentale, un état léthargique, alors que dans les cas plus graves on assiste à une ataxie, une hypotonie, ou encore une dépression respiratoire plus ou moins sévère.

Le flumazénil est un antagoniste permettant de neutraliser les effets sur le système nerveux central des BZD et molécules apparentées, et dont l'action est médiée par une inhibition compétitive. Son administration permet ainsi de traiter une intoxication par ces agents (Vidal, 2013).

2.3. Dépendance, tolérance et sevrage

La dépendance (au sens physiologique du terme) à une substance suggère l'existence d'une exposition répétée à celle-ci.

Dans le cas des BZD, elle peut survenir à partir de trois à six semaines de traitement, même à doses thérapeutiques, voire plus précocement si le sujet est exposé à de fortes doses, ou à des

BZD de puissance élevée et de courte demi-vie (Miller et al., 1990 ; Salzman, 1998 ; Lalive et al., 2011). La dépendance physique n'est toutefois pas retrouvée chez tous les patients (Woods et al., 1995).

En s'appuyant sur des critères pharmacologiques, tels que la puissance et la demi-vie des BZD, les agents les plus susceptibles d'entraîner une dépendance chez les consommateurs chroniques sont l'alprazolam, le clonazépam, le lorazépam, le flunitrazépam et le triazolam (Ashton, 2002 ; Salzman, 1998 ; Vidal, 2013).

Parallèlement à la dépendance physique, une addiction (dépendance au sens « comportemental ») peut se développer chez certains patients et serait favorisée par le fait de consommer de fortes doses, une durée de traitement supérieure à 4 mois, un âge avancé, des antécédents de dépendance à des sédatifs ou hypnotiques ou à l'alcool, l'usage concomitant d'antidépresseurs ainsi que l'utilisation d'une BZD de puissance élevée et de courte demi-vie (De Las Cuevas et al., 2003; Naja et al., 2000 ; Salzman, 1998).

Elle pourrait être médiée par la sous-unité α_1 des récepteurs GABA-A, via une augmentation de la concentration extracellulaire de dopamine (Lalive et al., 2011).

Les sujets ayant un niveau d'anxiété élevé avant de débuter le traitement ou encore des antécédents de traumatismes dans l'enfance ou de violences à l'âge adulte seraient également plus à même de développer une addiction à ces médicaments (Konopka, 2013).

Lorsqu'un médicament comme les BZD induit une pharmacodépendance, plusieurs phénomènes en découlant sont susceptibles de se développer. Lorsque le patient poursuit son traitement, la survenue d'une tolérance peut se produire. En revanche lorsque le sujet cesse la prise du traitement, il est possible de voir apparaître un syndrome de sevrage.

- ***Tolérance***

L'apparition d'une tolérance lors d'une exposition chronique aux BZD est un fait bien établi et il est reconnu au sein de la communauté scientifique que des administrations répétées de ces molécules causent des altérations au niveau de la transmission GABAergique (Wafford, 2005).

A l'heure actuelle, les mécanismes responsables du développement d'une tolérance ne sont pas encore complètement élucidés, et il est probable qu'elle soit le fait de plusieurs mécanismes survenant de manière concomitante.

Les hypothèses émises sur le sujet font notamment intervenir les systèmes glutamatergique, sérotoninergique, dopaminergique, cholinergique et neurostéroïde. Quant au système GABAergique, on retiendra deux mécanismes principaux pouvant expliquer la survenue de cette tolérance :

- Une capacité diminuée des BZD à potentialiser l'influx inhibiteur post synaptique au niveau du récepteur GABA-A. Ce phénomène est susceptible d'apparaître en cas de changements dans la composition des sous-unités du récepteur, de modifications du récepteur (par exemple par phosphorylation) ou tout processus ayant une influence sur la structure du récepteur GABA-A. Ces modifications au niveau des sous-unités pourraient être à l'origine de la formation de récepteurs faiblement sensibles voire insensibles aux BZD.
- Des altérations dans l'expression des sous-unités du récepteur GABA-A par un processus de « down-regulation » (Allison et al., 2003 ; Uusi-Oukari et al., 2010 ; Vinkers et al., 2012).

On estime que la tolérance apparait au bout d'une à trois semaines de traitement mais il est toutefois reconnu que le développement de cette tolérance dépend de la dose administrée ainsi que de la fréquence d'administration (Allison et al., 2003 ; Divljakovic, 2012 ; Kan et al., 2004 ; Montplaisir et al., 2003).

Elle surviendrait également plus précocement avec des BZD d'action rapide (Miller et al., 1990).

Enfin, il est important de souligner que le délai d'apparition d'une tolérance n'est pas le même pour toutes les propriétés des BZD. Elle se manifeste relativement rapidement pour les effets sédatifs, hypnotiques, myorelaxants et anti-convulsivants et n'est pas retrouvée de manière systématique pour les effets anxiolytiques et amnésiants (Hutchinson et al., 1996 ; Licata et al., 2008 ; Miller et al., 1990 ; Vinkers et al., 2012).

- ***Sevrage***

Une interruption brutale du traitement par BZD est associée à des symptômes tels que l'anxiété, l'insomnie, une agitation, des cauchemars, des troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi que des spasmes musculaires et des convulsions. Plus rarement certains cas d'hallucinations ont été décrits (Lader, 2012 ; Salzman, 1998).

La sévérité du syndrome de sevrage dépend de plusieurs facteurs que l'ont peut séparer en variables pharmacologiques et variables cliniques.

Du point de vue pharmacologique, le syndrome de sevrage sera d'autant plus important si l'on utilise de fortes doses, une longue durée de traitement, une molécule de courte demi-vie et de puissance élevée, ainsi qu'une diminution rapide des doses.

Pour ce qui est de la clinique, les facteurs favorisant des difficultés de sevrage sont : un niveau élevé d'anxiété avant la diminution du traitement, la présence de co-morbidités psychiatriques (en particulier lorsqu'elles ne sont pas prises en charge), un diagnostic de trouble panique et des antécédents d'abus de drogue ou d'alcool (Salzman, 1998 ; Schweizer, 1998).

Enfin, un sevrage accompli peut nécessiter de quelques semaines à plusieurs années (Lalive et al., 2011).

3. Autres risques

Outre les phénomènes décrits précédemment, on recense certains risques liés à la consommation de BZD.

L'un des effets secondaires principaux de ces molécules est la présence d'une somnolence résiduelle au cours de la journée.
Cet état de somnolence, couramment désigné sous le nom d' « effet gueule de bois », est plus prononcé avec les molécules à longue demi-vie et fréquemment associé à un risque augmenté d'accidents (Montplaisir et al., 2003).

- En premier lieu cela concerne les accidents de la route. De nombreuses études ont montré un lien significatif entre la consommation de BZD et le risque d'accidents de la route (Barbone et al., 1998 ; Movig et al., 2004 ; Neutel, 1998).
- Un second danger lié à l'utilisation des BZD est le risque de chute, conduisant à des fractures de la hanche, principalement chez les sujets âgés. Cette association

entre la consommation de BZD et l'incidence des fractures de la hanche chez le sujet âgé est retrouvée dans de nombreux travaux, quelle que soit la demi-vie de la molécule ; elle parait cependant plus fréquente en début de traitement (Passaro et al., 2000 ; Wagner et al., 2004 ; Wang et al., 2001).

Pour finir, les BZD semblent avoir un effet délétère sur la mémoire et les performances cognitives. Elles sont susceptibles d'entraîner des altérations de la mémoire à long terme, et seraient à l'origine d'un déclin cognitif, en particulier chez les personnes âgées. Ces effets néfastes pourraient perdurer malgré l'arrêt du traitement (Barker et al., 2004 ; Bierman et al., 2007 ; Paterniti et al., 2002 ; Uzun et al., 2010).

4. Les benzodiazépines apparentées

D'une manière générale, le zolpidem et le zopiclone sont perçus par les médecins généralistes comme étant tout aussi efficaces et plus sûrs que les BZD en particulier chez les patients âgés. Selon eux, ils entraîneraient beaucoup moins d'effets secondaires, principalement en ce qui concerne la tolérance, la dépendance et la somnolence résiduelle, avec toutes les conséquences pouvant s'ensuivre (Siriwardena et al., 2006).

Du côté des patients en revanche, ces derniers ne déclarent pas ressentir de différences significatives entre les BZD et les molécules apparentées que ce soit en termes d'effets thérapeutiques ou d'effets indésirables perçus (Siriwardena et al., 2008).

D’autre part, même si la fréquence relative de survenue de ces troubles est moindre en comparaison avec celle des BZD, des phénomènes de troubles liés à l’utilisation de ces substances et induits par ces substances (dépendance avec tolérance et syndrome de sevrage à l’arrêt du traitement, abus) ont néanmoins été rapportés (Cimolai, 2007 ; Hajak et al., 2003 ; Victorri-Vigneau et al., 2007).

Enfin, le zolpidem et le zopiclone sont susceptibles d’entraîner, tout comme les BZD, une altération des performances cognitives, ainsi que d’augmenter le risque d’accidents de la route et de chutes avec fractures de la hanche (Barbone et al., 1998 ; Leufkens et al., 2009 ; Wang et al., 2005).

Annexe 3 : Le suicide et les tentatives de suicide

1. Données épidémiologiques

1.1. Le suicide

Le suicide constitue aujourd'hui un véritable problème de santé publique. En effet, en France, on estime actuellement le nombre annuel de décès par suicide à un sur cinquante, soit un peu plus de 10 000 par an. Il apparaît que sur ces 10 000 décès, les trois quarts concernent des individus de sexe masculin et le pic de fréquence se situerait dans la tranche d'âge des 45-54 ans (Aouba et al., 2009 ; Beck et al., 2010).

Concernant les méthodes les plus fréquemment employées à travers le monde pour les suicides accomplis, on retrouve majoritairement la pendaison, l'utilisation d'armes à feu, ainsi que les intoxications (principalement par des pesticides dans les pays en voie de développement, et par des médicaments dans les pays industrialisés). Viennent ensuite le suicide par précipitation, la noyade et l'immolation.

Bien que la tendance générale soit la même, on observe cependant des variations dans la fréquence des différents modes de suicide selon le sexe et la région du monde considérée (Ajdacic-Gross et al., 2008 ; Callaman et al., 2011 ; Mościcki, 2001; Värnik et al., 2008).

1.2. Les tentatives de suicide

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la tentative de suicide comme « tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie,

précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz…) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique » (De Tournemire, 2010).

Il n'existe pas dans notre pays de recueil systématique des TS, ce qui rend difficile leur quantification, principalement lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé. Les chiffres sont ainsi obtenus soit par extrapolation à partir de données régionales récoltées en milieu hospitalier, soit à l'aide d'enquêtes téléphoniques conduites auprès de la population générale (Beck et al., 2010 ; De Tournemire, 2010).

Selon les résultats du Baromètre santé en 2010, en France métropolitaine, 5,5% des personnes de 15 à 85 ans disent avoir tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie, et 0,5% lors de l'année écoulée. Si les morts par suicide sont plus fréquentes chez les hommes, on observe une inversion de la tendance en ce qui concerne les TS puisque la prévalence de celles-ci est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Beck et al., 2010 ; Hawton, 2000 ; Mościcki, 2001).

En France, chaque année, les TS seraient la cause de près de 200 000 consultations auprès des services de santé. Dans 80% des cas environ, les médecins généralistes orienteraient le patient vers une admission en milieu hospitalier, élevant à un peu plus de 160 000 le nombre de passages dans les services d'urgences pour tentatives de suicide chaque année (Le Pont et al., 2004 ; Mouquet et al., 2006).

La méthode la plus utilisée est de loin celle des intoxications puisqu'elle concerne plus de 80% des cas. On retrouve ensuite les automutilations par coupures à l'aide d'objets tranchants (Haukka et al., 2008 ; Mościcki, 2001 ; Runeson, 2010).

Des antécédents de TS au cours de la vie constituent le principal facteur de risque de suicide accompli, surtout au cours de la première année suivant le geste index. D'autres éléments sont également associés à un risque augmenté de décès par suicide comme le fait d'être un individu de sexe masculin, la présence de pathologies psychiatriques (principalement un épisode dépressif majeur, une schizophrénie et une problématique d'abus ou de dépendance à une substance), l'utilisation de méthodes violentes, ainsi que le degré de létalité (reflet de la gravité médicale du geste) et d'intentionnalité suicidaires (Gibb et al., 2005 ; Haukka et al., 2008 ; Qin, 2011 ; Runeson et al., 2010 ; Suokas et al., 2001).

La prise en charge des TS semble donc être un élément majeur de prévention de la mortalité par suicide.

2. Les comportements suicidaires répétés

Le suicide cause chaque année près de 900 000 décès à travers le monde, mais il apparait que les taux nationaux de TS seraient 10 à 40 fois plus importants que ceux des suicides accomplis, suggérant ainsi une problématique de répétition des conduites suicidaires (Bertolote et al., 2006 ; Mann, 2003).

La terminologie de conduites suicidaires fait référence à la survenue d'évènements que l'on peut définir comme des actes de violence, autodestructeurs, et regroupant : les gestes fatals, les « tentatives manquées » avec un niveau élevé de létalité et d'intentionnalité, ou encore les tentatives de faible degré de létalité. Ces dernières correspondraient à des actes impulsifs, le

plus souvent interprétés comme des appels à l'aide plutôt que des gestes dont l'issue serait fatale (Mann, 2003).

En Europe, le terme employé pour désigner ces comportements est le parasuicide. Il réunit l'ensemble de ces gestes, indépendamment de l'intentionnalité.
Les deux méthodes de parasuicide majoritairement retrouvées et étant à l'origine du plus grand nombre d'hospitalisations sont les intoxications et l'automutilation/les scarifications (Skegg, 2005).

Par ailleurs, les principaux facteurs prédisposant à la répétition de ces comportements autodestructeurs sont des antécédents de traumatismes dans l'enfance (en particulier maltraitance ou abus sexuels), la présence de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, une problématique d'abus de substance, ainsi que certains traits de personnalité comme l'agressivité et l'impulsivité (Fliege et al., 2009 ; Forman, 2004 ; Gratz, 2003).

Le phénomène de répétition de ces gestes demeure relativement fréquent et est associé à un risque augmenté de décès par suicide.
En effet il ressort de l'étude des données du PMSI-MCO au sujet des hospitalisations pour tentatives de suicides qu'entre 2004 et 2007 en France métropolitaine, 15,9% des patients ont effectué plusieurs séjours hospitaliers, avec un nombre moyen de 2,7 par patient. En outre le taux de réhospitalisation pour le même motif était de 14% à 12 mois et 23,5% à 48 mois (Chan-Chee, 2011).

On retrouve enfin une intensification de la violence des comportements auto-agressifs au fur et à mesure de la répétition de ces actes (Bergen et al., 2010 ; Carter et al., 2005 ; Kapur et al., 2006 ; Zahl et al., 2004).

3. Les intoxications médicamenteuses volontaires

3.1. Les médicaments les plus utilisés

Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) sont les procédés les plus utilisés au sein des comportements auto-agressifs à répétition et on retrouve de manière courante la co-ingestion de plusieurs substances simultanément, ou encore la consommation d'alcool lors de ces épisodes (Armstrong et al., 2012 ; Bergen et al., 2010 ; Skegg, 2005).

D'après les différentes études épidémiologiques réalisées, il ressort que trois classes de médicaments sont massivement impliquées dans les IMV. Il s'agit des antalgiques non opioïdes/anti-inflammatoires non stéroïdiens (principalement le paracétamol), des BZD et des antidépresseurs.

Bien que la présence de ces trois familles parmi les plus utilisées soit constante, il est possible d'assister à des variations dans leur fréquence d'utilisation dans les IMV selon le pays où l'étude a été effectuée (Armstrong, 2012 ; Bergen, 2010 ; Mateos Rodriguez et al., 2007 ; Williams-Johnson et al., 2012 ; Xiang et al., 2012).

Par ailleurs, l'intentionnalité suicidaire et les doses de médicaments ingérées seraient plus importantes pour les psychotropes (BZD et AD) que pour les antalgiques (Armstrong et al., 2012 ; Xiang et al., 2012).

En France, il ressort d'une étude menée par Saviuc et al., que 90% des TS se font par IMV, parmi lesquelles les psychotropes comptent pour 86% des cas. Dans la famille des psychotropes, il s'agit à 58% d'anxiolytiques (dont 91% de BZD) et à 18% d'hypnotiques (Saviuc et al., 1999). Les BZD sont ainsi très représentées au sein de cette catégorie et les agents les plus souvent incriminés dans les IMV sont, par ordre décroissant, le bromazépam, l'alprazolam, le prazépam, le clorazépate dipotassique et le diazépam (Theil, 2007).

A l'étranger, notamment aux Etats-Unis ou dans des pays européens comme l'Espagne ou le Royaume-Uni, il s'avère que les molécules les plus fréquemment retrouvées dans les IMV sont l'alprazolam, le lorazépam, le diazépam, le clonazépam et le clorazépate dipotassique (Armstrong et al., 2012 ; Centers for Disease Control and Prevention, 2010 ; Isbister et al., 2004 ; Mateos Rodriguez et al., 2007).

3.2. Benzodiazépines et IMVr : pourquoi ?

Parmi les facteurs de risque habituellement associés aux passages à l'acte suicidaires et surtout à leur répétition, on retrouve chez les patients la présence plus marquée de traits de personnalité tels que l'agressivité et l'impulsivité ainsi que des troubles d'abus de substance(s) (Fliege et al., 2009 ; Forman, 2004 ; Gratz, 2003).

Comme cela a été vu plus haut :

- Les BZD peuvent majorer un état dépressif et augmenter ainsi le risque suicidaire (Neutel et al., 1997).

- Elles peuvent entraîner des réactions paradoxales en particulier de désinhibition et d'agressivité. Des éléments favorisant l'apparition de ces comportements agressifs ont pu être identifiés, comme un jeune âge ou à l'inverse un âge avancé, la présence de troubles psychiatriques, ou encore une dépendance à l'alcool. La co-ingestion d'alcool augmenterait également l'impulsivité et ainsi le risque suicidaire (Bond et al., 1995 ; Carlsten et al., 2009 ; Daderman et al., 2002 ; Mancuso et al., 2002).
- Ces molécules sont aussi sujettes à une problématique d'abus (cf. annexe 2), ajoutant ainsi un facteur de risque supplémentaire de répétition des conduites suicidaires.

Par ailleurs, si la prise chronique de BZD est susceptible de causer chez certains patients une augmentation du risque suicidaire, une autre question se pose : pourquoi ces médicaments sont-ils quantitativement parmi les plus souvent retrouvés dans les IMV ?

Il ressort en effet de différentes études réalisées à travers le monde que le nombre d'IMV aux BZD demeure en augmentation. Les psychotropes comme les BZD seraient plus fréquemment incriminés dans les IMV chez les patients récidivants, en comparaison au paracétamol qui est lui plus communément utilisé pour une première TS. Pour finir, le choix de la molécule ingérée pour accomplir le passage à l'acte semble être corrélé à la « disponibilité » du médicament en question. Il est alors possible de mettre en cause l'accessibilité à ces molécules, de par une consommation massive de ces médicaments en France et dans le monde (Coben, 2010 ; Crombie et al., 1998 ; Tournier, 2009 ; Townsend et al., 2001).

4. Les moyens de prévention

La répétition des méthodes de parasuicide et en particulier des IMV a de sérieuses répercussions sur le système de santé, notamment au sein des établissements hospitaliers. Ces actes auto-agressifs font l'objet d'un grand nombre d'admissions dans les services d'urgence, ce qui a un réel impact en termes de coût ou de mobilisation du personnel et des moyens matériels (Favara, 2013 ; Kapur et al., 2003).

Il semble alors important de mettre au point et de développer des solutions adaptées aux patients afin de prévenir au mieux et d'empêcher la répétition de ces gestes.

Parmi les actions de prévention proposées et déjà mises en œuvre, le contact téléphonique des suicidants par un psychiatre un mois après l'épisode, l'envoi de cartes postales aux patients par les services hospitaliers, ainsi que la mise en place d'une thérapie cognitive ont fait leurs preuves et ont permis de réduire l'incidence de la répétition des IMV (Brown et al., 2005 ; Carter et al., 2007 ; Larkin et al., 2010 ; Slee et al., 2008).

En amont, des interventions à plusieurs niveaux ont elles aussi présenté des résultats satisfaisants.

Tout d'abord, il a été montré qu'en améliorant la formation des médecins généralistes afin qu'ils soient plus à même de diagnostiquer et de traiter les dépressions chez leurs patients, que ce soit par un traitement pharmacologique adapté (dans une grande majorité des cas un inhibiteur de la recapture de la sérotonine) ou une psychothérapie, permettait de réduire significativement le nombre de tentatives de suicide.

D’autre part, il apparait que les patients sujets aux IMVr ont en règle générale un nombre plus important de molécules prescrites, et utiliseraient dans plus de 90% des cas les médicaments qui leur sont ordonnés pour accomplir leur geste.

Dans une démarche visant à restreindre l’accès aux méthodes de parasuicide, il est pertinent de porter une attention toute particulière à la qualité et à la quantité des médicaments prescrits chez ces patients « à risque » (Gjelsvik et al., 2012 ; Mann et al., 2005 ; Szanto et al., 2007).

Annexe 4 : Tableau récapitulatif recensant les BZD les plus prescrites, les plus susceptibles d'induire une dépendance, les plus « abusées » et les plus utilisées dans les IMV

BZD les plus prescrites en France	**BZD les plus susceptibles d'induire une dépendance**	**BZD les plus « abusées »**	**BZD les plus utilisées dans les IMV en France**
Alprazolam	Alprazolam	Alprazolam	Bromazépam
Bromazépam	Clonazépam	Bromazépam	Alprazolam
Lorazépam	Lorazépam	Clonazépam	Prazépam
Prazépam	Flunitrazépam	Flunitrazépam	Clorazépate dipotassique
	Triazolam	Diazépam	Diazépam
		Clorazépate dipotassique	
		Témazépam	

Annexe 5 : Déroulement détaillé de l'étude

Cette étude observationnelle cas-témoin a été réalisée de façon rétrospective.

C'est donc dans les suites immédiates de l'admission de ces patients que nous les avons rencontrés directement dans leur service d'hospitalisation. Si les patients correspondaient aux critères d'admission, nous leur avons proposé de participer au protocole d'étude et en cas d'acceptation, nous avons immédiatement débuté l'évaluation clinique. L'évaluation clinique s'est déroulée en deux parties, avec dans un premier temps, un entretien semi-structuré puis dans un deuxième temps, une évaluation psychométrique.

- **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 psychothérapiques, chimiothérapiques ; âge de début, durée), consommation vie entière de médicaments psychotropes (tranquillisants, hypnotiques, antidépresseurs) avec ou hors prescription.
- Données socio-économiques et évènements 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.

- **Entretien structuré :**

- Echelle d'évaluation psychiatrique : MINI 5.0
- Questionnaire de diagnostic de la personnalité : PDQ-4+
- Etude des dimensions fondamentales de la personnalité selon le modèle de Cloninger : 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 (SIS) et de létalité (RRRS) suicidaires pour les patients suicidants

Certaines de ces échelles ont été passées en auto-questionnaires : le PDQ-4+, la BIS-11, l'échelle H, la TAS-20 et la première partie du questionnaire anamnestique expérimental.

Les autres ont été faites sous la forme d'hétéro-questionnaires : le MINI 5.0, le TCI-R, les critères d'addiction de Goodman, la SIS, la RRRS et pour finir la seconde partie du questionnaire anamnestique expérimental.

Annexe 6 : Les échelles d'évaluation clinique

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 (Dunbar 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 dépends 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 al. (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., 1999) retrouvent des qualités psychométriques correctes et l'étude française a permis de déterminé des notes seuils (Loas et al., 1999) : 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 (Pelissolo 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 (Pelissolo 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 4ème 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 (Pelissolo et al., 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 maitriser 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 était 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 côté 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 (2006) (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, 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, côtés 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) x 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 familier, 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 18 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 ; Hermann, 1983 ; Rein, 1987).

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

Annexe 7 : Consentement et questionnaires

Document d'information et Consentement de participation

Remis aux personnes sollicitées pour une recherche

Investigateurs principaux (1)

Pr DEMATTEIS Maurice (PUPH Pharmaco-Addictologie)
Dr PENNEL Lucie (Psychiatre)

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 :

Les benzodiazépines, un facteur de risque de répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires ?

Les benzodiazépines les plus prescrites, celles entraînant le plus de dépendances ainsi que celles qui sont impliquées dans les intoxications médicamenteuses volontaires sont quasiment les mêmes. Ces molécules sont utilisées majoritairement comme anxiolytiques, hypnotiques ou myorelaxants (Xanax, Lexomil, Lysanxia, Valium, Tranxène, Noctran, Noctamide, Seresta…).

Nous nous sommes donc posé la question d'un lien entre une prescription au long cours de benzodiazépines et la répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires.

Pour répondre à cette question, nous avons besoin d'étudier 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.

Les résultats de cette étude permettront de repérer des facteurs de risque psychologiques et/ou pharmacologiques d'intoxications médicamenteuses volontaires répétées.
L'objectif étant d'améliorer à la fois la prévention, c'est à dire limiter le risque de passage à l'acte, ainsi que la prise en charge des patients.

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

- Le Docteur …….médecin investigateur m'a proposé de participer à une recherche organisée :

- Investigateurs principaux : Pr Dematteis, Dr Pennel Lucie
- Investigateurs associés : Melle Yvernay Coline, Melle Sarrazin Aurélie, Mr Lama-Lama Pablo
- sur *Les benzodiazépines, un facteur de risque de répétition d'intoxications médicamenteuses volontaires ?*

Je, soussigné(e),……..……. né(e) 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 "

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpétrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)

→: 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 ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE	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 déplaciez-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)	**NON**	**OUI**	
		EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL		
	SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :			
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 ?	NON	OUI	11
	A5b EST-ELLE COTEE **OUI** ?	**NON**	**OUI**	
		EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE		

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), **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	Au 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 ?	NON	OUI	13
	SI **NON** : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?			
	A6a OU **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 Mélancoliques
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	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait 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, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI 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 SUIT : 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 ? NON OUI 12
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

D4 EST-ELLE COTEE **NON** ?

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

NON	OUI
EPISODE HYPOMANIAQUE	
ACTUEL	
PASSE	

D4 EST-ELLE COTEE **OUI** ?

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

NON	OUI
EPISODE MANIAQUE	
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 PAROXYSME 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 coeur 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** ? SI **E5 = NON**, PASSER A E7	NON	OUI *Trouble Panique Vie entière*	
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 ? SI **E6 = OUI**, PASSER A F1	NON	OUI *Trouble Panique Actuel*	17
E7	Y A-T-IL **1**, **2** OU **3 OUI** EN **E4** ?	NON	OUI *Attaques Paucisymptomatiques vie entière*	18

→: **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 paniquiez, 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 *Agoraphobie Actuel*	20

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 COTEE **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 ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES	NON	OUI	1
	SI **H1 = NON**, PASSER A **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 A **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 COTEES **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 COTEE **OUI** ?	**NON**	**OUI**	

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ACTUEL

→: ALLEZ DIRECTEMENT A 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

I5 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(e) ? 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

→: **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

ENTOURER CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.
Cocaïne : 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, Témesta, 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 EXPLORE CI DESSOUS :

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

K2 **En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE], 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 ? NON OUI 2
COTER **OUI**, SI **OUI** A L'UN OU L'AUTRE

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 preniez, passiez-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 SELECTIONNEE] 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** ?

NON **OUI**

DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCES(S) ACTUEL

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :
_____

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(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 SELECTIONNEE] 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 ? NON OUI 8
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

b Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] 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 SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ? NON OUI 10

d Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] 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** ?

NON **OUI**

ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : _____

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

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a	Combien mesurez-vous ?	____ cm		
b	Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ?	____ kg		
c	LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFERIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUE POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE	→ NON	OUI	1
	Au cours des trois derniers mois :			
M2	Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ?	→ NON	OUI	2
M3	Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ?	→ NON	OUI	3
M4 a	Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de votre corps était trop grosse ?	NON	OUI	4
b	L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	NON	OUI	5
c	Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ?	NON	OUI	6
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→ NON	OUI	
M6	POUR LES FEMMES SEULEMENT : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ?	→ NON	OUI	7

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
	ANOREXIE MENTALE ACTUEL

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

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

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

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

N. BOULIMIE

N1	Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON	OUI	8
N2	Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?	→ NON	OUI	9
N3	Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?	→ NON	OUI	10
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?	→ NON	OUI	11
N5	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→ NON	OUI	12
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ? SI **N6 = NON**, PASSER A **N8**	NON	OUI	13
N7	Ces crises de boulimie surviennent-elles **toujours** lorsque votre poids est en dessous de ____ kg* ? * REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.	NON	OUI	14

N8	**N5** EST-ELLE COTEE **OUI** ET **N7** COTEE **NON** (OU NON COTEE) ?	**NON** **OUI** ***BOULIMIE ACTUEL***
	N7 EST-ELLE COTEE **OUI** ?	**NON** **OUI** ***ANOREXIE MENTALE Binge-eating / Purging type ACTUEL***

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

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a	Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ? NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORE PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...	→ NON	OUI	1
b	Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?	→ NON	OUI	2
O2	Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ? DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORES PRECEDEMMENT	→ NON	OUI	3
O3	**Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:**			
a	De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI	4
b	D'avoir les muscles tendus ?	NON	OUI	5
c	De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	NON	OUI	6
d	D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	NON	OUI	7
e	D'être particulièrement irritable ?	NON	OUI	8
f	D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	NON	OUI	9

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON	OUI
	ANXIETE GENERALISEE ACTUEL

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

Echelle H

Veuillez 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 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 _____

Nom : _____ Date : _____

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.

QUESTIONNAIRE DE PERSONNALITÉ TCI-R*

NOM : …….. Prénom : …….. Date : …../……/..……. Age : …… ans
N° ……..

Date de naissance : …../……/..……. Homme ☐ Femme ☐ 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.Pélissolo, C.Notides, C.Musa, M.Téhérani, J.-P.Lépine)

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

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 œil 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 tache 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 détendu(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 tache	**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**	153
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**	154
Certaines personnes pensent que je suis trop près de mon argent	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	155
Je préfère les méthodes traditionnelles et sûres aux méthodes modernes et améliorées	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	156
Je fais souvent des choses pour la protection des animaux et des plantes en voie de disparition	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	157
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**	158
J'ai du mal à m'en sortir lorsque je suis surpris(e) en faute	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	159
L'expérience m'a permis d'acquérir 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 prévenu(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 réconfort 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

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 plaint que je ne sois pas à la hauteur profes-sionnellement ou que je ne tienne 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'inté-resse 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
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 long-temps 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
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 attentif(ve) 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'aiment que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas faire.	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
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 immédiatement 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 nerveux(se). 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 qu'ils ne le font eux-mêmes. V F
91. Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui suit lui présenter mes excuses. V F
92. Les autres pensent que je suis prétentieux(se). V F
93. Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir «parano» ou même de perdre conscience. V F
94. Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent. 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 indiquées 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 peine. …
c. Boire trop. …
d. Prendre des drogues. …
e. Manger de façon boulimique. …
f.Conduire imprudemment.

99. Lorsquej'étais enfant (avantl'âgede 15ans), j'étais une sorte de délinquant(e) 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. …
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.	…

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.

1 *Échelle Suicidal Intent Scale (SIS, Beck 1974)*

Circonstances du geste :

1 - Isolement :
- 0 - Quelqu'un était présent
- 1 - Quelqu'un était à proximité ou en contact (p.ex. au tél.)
- 2 - Personne n'était à proximité

2 - « Timing » :
- 0 - Geste organisé de sorte qu'une intervention est probable
- 1 - L'intervention d'un tiers n'est pas probable
- 2 - L'intervention d'un tiers est hautement improbable

3 - Précaution contre la découverte
- 0 - Aucune précaution
- 1 - Précautions passives (se soustraire aux autres sans rien faire pour éviter leur intervention : porte non 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 (changements dans les dernières volontés, assurances..)

6 - Préparation active de la TS :
- 0 - Aucune
- 1 - Minime à modérée
- 2 - Etendue

7 - Notes ou lettres laissées :
- 0 - Pas de message
- 1 - Message écrit puis déchiré, 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 s'enfuir, 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 létalité du geste :
- 0 - Le sujet a fait moins que ce qu'il pensait être mortel
- 1 - Le sujet n'était pas sûr que ce qu'il faisait était mortel
- 2 - Le sujet a égalé ou dépassé 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'efficant 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 - Etait 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

2 Échelle Risk-Rescue Rating Scale (RRRS, Weisman & Worden, 1972)

Risques encourus

1 - Moyens utilisés :
- 1 - Ingestion, intoxication médicamenteuse, coupure, coup de couteau
- 2 - Asphyxie, pendaison, strangulation, noyade
- 3 - Défenestration, 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 - Légère (surdosage médicamenteux mineur, phlébotomie sans perte de sang importante ou réparation chirurgicale)
- 2 - Modérée (phlébotomie nécessitant suture, intox nécessitant lavage)
- 3 - Sévère (atteinte des organes vitaux, intubation, réanimation)

4 - Réversibilité :
- 1 - Bonne (récupération en moins de 24 h)
- 2 - Moyenne (rétablissement en moins de 6 jours)
- 3 - Mauvaise (atteinte persistante, hospitalisation de plus de 6 jours)

5 - Traitement requis :
- 1 - Intervention simple, traitement symptomatique
- 2 - Hospitalisation et traitement de routine (diurèse, surveillance)
- 3 - Soins intensifs, traitement spécial

Possibilité de secours

6 - Lieu :
- 3 - Familier (TS ayant lieu dans un endroit ou le sujet a l'habitude de se trouver et ou il peut être reconnu : chez lui, lieu de travail, amis...)
- 2 - Non familier, mais non reculé (lieu ou le sujet ne peut être reconnu, mais ou il peut être vu : voie publique, café, pont)
- 1 - Lieu isolé (forêt, endroit désert, lieu reculé...)

7 - Personne déclenchant les secours :
- 3 - Personne proche (connue du sujet avec laquelle il est en relation)
- 2 - Professionnel (médecin, policier, ambulancier)
- 1 - Passant

8 - Probabilité de découverte :
- 3 - Elevée, presque certaine (une personne est présente à proximité au moment du geste)
- 2 - Découverte incertaine (personne n'est présent à proximité au moment du geste, le sujet vit seul)
- 1 - Faible, découverte accidentelle

9 - Probabilité de découverte :
- 3 - Le sujet a demandé de l'aide
- 2 - Le 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 :
- 3 - Immédiat, moins d'une heure
- 2 - Moins de 4 heures
- 1 - Plus de 4 heures

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 ❑
Certificat d'études primaires	1 ❑
BEPC	2 ❑
CAP ou équivalent	3 ❑
BEP ou équivalent	4 ❑
BAC ou équivalent	5 ❑
BTS ou diplôme équivalent	6 ❑
Diplôme d'études supérieures	7 ❑
Sans réponse	99 ❑

11 **Situation professionnelle actuelle :** (1 seule réponse)

Activité correspondant à la formation acquise	1 ❑
Activité ne correspondant pas à la formation acquise	2 ❑
Interruption ou absence d'activité professionnelle actuelle (ex. retraite, chômage, invalidité)	3 ❑
Sans réponse	99 ❑

12 **Obligations militaires**

Sans objet	0 ❑
Effectuées normalement	1 ❑
Carrière militaire	2 ❑
Réformé pour raison de santé	3 ❑
Réformé pour autres motifs	4 ❑
Non accomplies pour d'autres raisons	5 ❑
Sans réponse	99 ❑

13 **Interruption ou absence d'activité actuellement :** (plusieurs réponses possibles)

Sans objet (activité en cours)	0 ❑
Maladie psychiatrique	1 ❑
Maladie physique	2 ❑
Invalidité (Sécurité sociale)	3 ❑
Chômage	4 ❑
Retraite	5 ❑
Charges familiales grossesse	6 ❑
Service militaire (ou service civil)	7 ❑
Etudes	8 ❑
Autre	9 ❑
Sans réponse	99 ❑

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 **Evénements 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 ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Mort de la mère	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Séparation d'avec les parents ayant duré plus d'un an	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Séparation ou divorce des parents	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Placement plus d'un an ou adoption	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Obligations militaires	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Mariage	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Séparation / divorce	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Mort du partenaire	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Nouvelle union	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Avortement	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Viol	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Naissance des enfants	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Mariage des enfants	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Mort des enfants	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Interruption de la scolarité	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Arrêt de la scolarité	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Interruption de la formation professionnelle	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Arrêt de la formation professionnelle	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Changement d'emploi	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Perte d'emploi	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Promotion professionnelle	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Rétrogradation professionnelle	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Incarcération	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Déménagement	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Transplantation	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Accident, catastrophe	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Tentative de suicide	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Autres, précisez lesquels	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
	oui ❑	non ❑	❑	❑	❑	❑	❑	❑
Sans objet ❑						Sans réponse		❑

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	❑
Proches	2	❑
Psychiatre privé	3	❑
Médecin généraliste	4	❑
Médecin consultant à la clinique	5	❑
Autre service hospitalier	6	❑
Autres	7	❑
Sans réponse	99	❑

20 Trouble actuel

Est-ce la première	oui 1	❑
Manifestation du type	non 2	❑
Pas de réponse	99	❑
Age lors de la première manifestation		☐
Pas de réponse	99	❑

21 Troubles Antérieurs du même type : modalité évolutive

Intermittente	1	❑
Périodique	2	❑
Continue	3	❑
Sans objet	4	❑
Sans réponse	99	❑

22 Début des troubles actuels : début des premières manifestations

< 1 semaine	1 ❑
< 1 mois	2 ❑
< 6 mois	3 ❑
< 1 an	4 ❑
> 1 an et < 5 ans	5 ❑
> 5 ans et < 10 ans	6 ❑
> 10 ans	7 ❑
Sans réponse	99 ❑

23 Troubles du développement

Grossesse ou accouchement pathologique	1 ❑
Retard psychomoteur	2 ❑
Troubles de la petite enfance. Précisez lesquels	3 ❑
Autres	4 ❑
Sans objet	5 ❑
Sans réponse	99 ❑

24 Antécédents somatiques personnels

Alcoolisme	1 ❑
Comitialité	2 ❑
Pharmacodépendance	3 ❑
Trauma. cranio-cérébral	4 ❑
Autre affection organique cérébrale	5 ❑
Affection métabolique ou endocrinienne	6 ❑
Affection chronique	7 ❑
Autres	8 ❑
Sans objet	9 ❑
Sans réponse	99 ❑

25 Antécédents psychiatriques personnels

Aucun	1	❑
Tentative de suicide	2	❑
Troubles du comportement alimentaire	3	❑
Troubles thymiques, état dépressif	4	❑
Troubles thymiques, état maniaque	5	❑
Etat délirant ou hallucinatoire	6	❑
Toxicomanie	7	❑
Troubles anxieux	8	❑
Troubles phobiques et hystériques	9	❑
Troubles obsessionnels compulsifs	10	❑
Troubles de la personnalité	11	❑
Fugues à l'adolescence	12	❑
Autres	13	❑
Indéterminés	14	❑
Sans réponse	99	❑

26 **Antécédents psychiatriques familiaux** (entourer les chiffres correspondants)

Aucun ..... **0** ❑

		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** ❑

27 **Nombre de tentatives de suicide du patient**

N= ☐

Sans réponse ..... **99** ❑

- Délai entre la dernière tentative de suicide et l'hospitalisation .....

< 1 mois ..... **1** ❑

< 6 mois ..... **2** ❑

< 1 an ..... **3** ❑

< 5 ans ..... **4** ❑

> 5 ans ..... **5** ❑

Sans objet ..... **6** ❑

Sans réponse ..... **99** ❑

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**❑❑❑❑

Serment des Apothicaires

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'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.