Caractéristiques cliniques des troubles bipolaires chez des patients hospitalisés pour tentatives de suicide : l'état mixte, une variable sous-évaluée ?

Émilie Salvi

▶ **To cite this version:**

Émilie Salvi. Caractéristiques cliniques des troubles bipolaires chez des patients hospitalisés pour tentatives de suicide : l'état mixte, une variable sous-évaluée ?. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01409667

HAL Id: dumas-01409667

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01409667

Submitted on 6 Dec 2016

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

SALVI Emilie

NEE LE 26/12/1984 A PONTARLIER (DOUBS)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12 OCTOBRE 2016

Caractéristiques cliniques des troubles bipolaires chez des patients hospitalisés pour tentatives de suicide : l'état mixte, une variable sous-évaluée ?

PRESIDENT DU JURY :

M. le Professeur Olivier GUILLIN

DIRECTEUR DE THESE :

M. le Docteur Christian NAVARRE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre jusque 01/11/15))*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition

Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation

Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique

Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

DEDICACES

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Guillin ; pour me faire l'honneur de présider ce jury, pour votre disponibilité, votre aide et votre enseignement. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Navarre ; pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de mémoire, pour m'avoir accueilli dans votre service et d'avoir contribué à ma formation. Recevez ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Joly ; pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de juger mon travail. Recevez toute ma considération et ma gratitude.

A Madame le Professeur Tamion ; pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de juger mon travail. Acceptez tout mon respect et ma reconnaissance.

Mes remerciements également :

Au Docteur Elias et au Docteur Lannabi ; merci pour votre enseignement, votre soutien et votre bonne humeur. Acceptez mes remerciements sincères.

Au Docteur Follet, pour m'avoir accueilli dans ton service, pour ta disponibilité et ton enseignement clinique. Reçois ma reconnaissance sincère.

Au Dr Bouillon, pour votre disponibilité et votre enseignement. Pour m'avoir accueilli dans votre service. Recevez ma reconnaissance sincère.

Au Dr Gogue, pour m'avoir fait découvrir la pédopsychiatrie, pour votre dynamisme et pour votre enseignement. Recevez ma reconnaissance sincère.

Au Dr Gonzales, pour ton enseignement, ta disponibilité et ton soutien. Accepte mes sincères remerciements.

Merci aux équipes qui m'ont accueilli dans leur service.

A ma famille :

A mon fils, Adam et à ma fille Améthys, pour votre patience, vos éclats de rire et vos sourires.

A mon conjoint Cyril, pour ton soutien toutes ces années, ta patience, et ton amour. Je te remercierai jamais assez pour tout.

A mes parents, merci pour votre soutien, pour m'avoir permis de réaliser mes études, pour votre cahier taille XXL. Merci.

A mon frère Nico, et mes sœurs, Catherine et Charlotte.

A ma petite filleule Salomé.

A toute ma belle famille, merci.

A Christiane Lonchamp, un grand merci pour avoir corriger mes fautes d'orthographes et de conjugaisons.

PLAN

1. INTRODUCTION 16

2. LES TROUBLES BIPOLAIRES 17

2.1. Historique 17

2.1.1. Historique du trouble bipolaire 17
2.1.2. Historique des états mixtes bipolaires 18

2.2. Trouble bipolaire et comorbidités psychiatriques 24

2.2.1. Prévalence du trouble bipolaire 24
2.2.2. Données épidémiologiques du trouble bipolaire 25
2.2.3. Comorbidités psychiatriques du trouble bipolaire……..……25

3. CONDUITES SUICIDAIRES DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE 28

3.1. Définitions et évaluation du risque suicidaire 28

3.1.1. Définitions 28
3.1.2. Evaluation du risque suicidaire 29

3.2. Aspect épidémiologique des conduites suicidaires dans le trouble bipolaire 32

3.2.1. Suicide 32
3.2.2. Tentative de suicide 33

3.3. Caractéristiques des troubles bipolaires avec conduites suicidaires 33

3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques 33
3.3.2. Antécédents familiaux de suicide et de tentatives de suicide 34
3.3.3. Antécédents personnels de tentatives de suicide 34
3.3.4. Evénements de vie stressants 35
3.3.5. Traumatisme et maltraitance dans l'enfance 35
3.3.6. Caractéristiques cliniques de la maladie 36
3.3.7. Comorbidités psychiatriques 41
3.3.8. Retard au diagnostic 42

4. ETUDE 44

4.1. Objectif 44

4.2. Matériel et méthode 44

4.2.1. Critères d'inclusion 44
4.2.2. Critères d'exclusions 45
4.2.3. Evaluation 45
4.2.4. Analyses statistiques 45

4.3. Résultats 46

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques 46

4.3.2. Entourage 48
4.3.3. Evénements de vie stressants 49
4.3.4. Traumatisme et maltraitance dans l'enfance 51
4.3.5. Antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicide 52
4.3.6. Antécédents personnels de tentatives de suicide 54
4.3.7. Episode thymique actuel et caractéristiques de la tentative de suicide 56
4.3.8. Caractéristiques cliniques de la maladie 59
4.3.9. Comorbidités psychiatriques 62
4.3.10. Retard diagnostique et durée d'évolution dans la maladie 64

5. DISCUSSION 66
5.1. Caractéristiques sociodémographiques 66
5.2. Evènements de vie stressants 68
5.3. Traumatisme et maltraitance dans l'enfance 68
5.4. Antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicide 69
5.5. Antécédents personnels de tentatives de suicide et de tentatives de suicide grave 70
5.6. Episode thymique actuel et caractéristiques de la tentative de suicide 71
5.6.1. Episode thymique actuel 71
5.6.2. Caractéristiques de la tentative de suicide 72
5.7. Caractéristiques cliniques de la maladie 73
5.7.1. Age de début précoce 73
5.7.2. Type de trouble bipolaire 74
5.7.3. Polarité dépressive du premier épisode 74
5.7.4. Polarité dépressive prédominante 75
5.7.5. Cycles rapides 75
5.7.6. Durée d'évolution de la maladie 75
5.8. Comorbidités psychiatriques 76
5.8.1. Trouble de l'usage d'une substance 76
5.8.2. Troubles de la personnalité borderline 77
5.8.3. Comorbidité anxieuse 77
5.9. Retard diagnostique et retard de prise en charge 78

6. CONCLUSION 80

7. ANNEXES 82

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 111

1. INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est une maladie invalidante et source de souffrance pour le patient mais également pour son entourage. Les comportements suicidaires restent encore trop fréquents et nous savons que les patients atteints de trouble bipolaire sont à haut risque de suicide et de tentative de suicide. Etant donné la fréquence des tentatives de suicide dans le trouble bipolaire, nous nous sommes donc intéressés à cette problématique. Pour la plupart des études, l'état mixte représente un facteur de risque de tentative de suicide dans le trouble bipolaire, avec toutefois des fréquences qui restent très variable en fonction des critères diagnostiques donnés à l'état mixte. Le Centre Hospitalier du Rouvray a mis en place un système d'information permettant de faciliter et d'informatiser les prescriptions médicales, et les données diagnostiques des patients. D'après ce logiciel nommé CORTEXTE, sur l'année 2015 au Centre Hospitalier du Rouvray, le diagnostic d'état mixte était plus fréquent chez les patients non suicidants (5,5%) que chez les patients suicidants (3,5%). Ces résultats pourraient laisser supposer que l'état mixte serait un facteur protecteur de tentatives de suicide dans le trouble bipolaire.

Identifier les patients à haut risque de conduites suicidaires permet de pouvoir envisager des mesures préventives basées sur cette identification. La première partie sera consacrée au trouble bipolaire, avec un résumé de l'histoire du trouble bipolaire et de l'état mixte et une brève revue de la littérature. On évoquera également les principales comorbidités psychiatriques du trouble bipolaire. La seconde partie sera consacrée aux conduites suicidaires dans le trouble bipolaire. Après quelques définitions et données épidémiologiques, nous nous pencherons sur les différentes caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients bipolaires suicidants. La troisième partie sera consacrée à une étude clinique réalisée au Centre Hospitalier du Rouvray, comparant les caractéristiques cliniques de patients bipolaires suicidants et non suicidants, puis nous finirons par la discussion et la conclusion.

2. LES TROUBLES BIPOLAIRES

2.1. Historique

2.1.1. Historique du trouble bipolaire

Hippocrate (460-370 av. J-C.) utilisait les termes de manie et de mélancolie pour décrire les anomalies de l'humeur. Le terme de « manie » désignait la folie, et la mélancolie, l'humeur sombre engendrée par la bile noire selon Garrabé J. (Garrabé, 2014). Arrêtée de Cappadoce, au I^{e} siècle après JC, proposa des descriptions de la mélancolie et de la manie. Il fut le premier à avoir établi un lien entre les deux.

Bien plus tard, Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) tenta de créer une classification psychiatrique sur des bases scientifiques, et évoqua le caractère saisonnier des troubles de l'humeur avec un pic en mai. Wilhelm Griesinger (1817- 1868) décrit le caractère cyclique de la maladie avec des passages réguliers de la dépression à la manie. Il évoquait également des troubles évoluant selon les saisons, avec la mélancolie débutant en automne-hiver, et la manie au printemps-été.

Jules Baillarger (1809- 1890) décrit une « folie à double forme » qui se manifesterait par « deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'exaltation ». C'est au même moment que Jean-Pierre Falret (1794-1870) décrit la « folie circulaire » comme l'alternance de période de dépression et de manie avec intervalle de « lucidité » plus ou moins long. Le terme d'état mixte fut ensuite employé par son fils Jules Falret (1824-1902).

Emil Kraepelin (1856-1926) rassembla au début du XX^{ème} siècle la dépression, l'état maniaque et les états mixtes en un seul et unique diagnostic de « folie maniaco-dépressive ». La dépression et la manie n'étaient pas pour Kraepelin deux entités distinctes, mais bien deux aspects différents d'une même et unique maladie. Il reprit l'idée de l'alternance d'accès entrecoupés de phases de lucidité. D'après les résultats de ses statistiques, il avait conclu que les premiers épisodes survenaient généralement entre 15 et 20 ans. Il montra le caractère cyclique de la maladie, et remarqua qu'au cours de l'évolution la durée des épisodes augmentait et celle de l'intervalle libre diminuait.

Le terme folie fut remplacé par psychose traduisant le caractère endogène et envahissant du trouble, ainsi la dépression de la psychose maniaco-dépressive était alors opposée à la

dépression névrotique et réactionnelle. Avec l'apparition du terme de « psychose maniaco-dépressive », la manie et la dépression se confondaient en une seule maladie.

Le terme de « bipolarité » apparait avec Karl Kleist (1879-1960) puis repris dans la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique de trouble Mentaux, DSM III, en 1980 (American psychiatric association,1980). Le DSM-III officialisa la distinction entre troubles unipolaires et troubles bipolaires suite aux travaux réalisés par Angst J, Perris C, Winikur G, Clayton P. Ils différenciaient les troubles unipolaires des troubles bipolaires selon des critères cliniques, les antécédents familiaux, l'évolution de la maladie et les réponses thérapeutiques. C'est en 1994 avec le DSM-IV (American psychiatric association,1994) que l'on parlait de trouble bipolaire de type I, avec symptômes maniaques, et de type II, avec hypomanie.

En 1981, Klerman G. (Ernoult, 2012) introduit la notion de spectre bipolaire et la définit comme l'ensemble des troubles comportant une variation de l'humeur. Ce terme sera ensuite repris par Akiskal. Au fur et à mesure des années la notion de « bipolarité » tend à s'élargir. Klerman G. proposa une classification du trouble bipolaire :

- Type 1 : Episode dépressif majeur et manie
- Type 2 : Episode dépressif majeur et hypomanie
- Type 3 : Episode dépressif majeur et hypomanie pharmacologique
- Type 4 : Cyclothymie
- Type 5 : Antécédents familiaux de trouble bipolaire et symptômes personnels non « significatifs »
- Type 6 : Manie unipolaire et manie secondaire.

C'est avec le DSM-5 publié en 2013 (American psychiatric association, 2013) que le concept de bipolarité s'étend de nouveau *(annexe 1),* on parle alors de dépression sur tempérament cyclothymique, dépression sur tempérament hyperthymique ainsi que de manie et d'hypomanie induite par antidépresseur.

2.1.2. Historique des états mixtes bipolaires

La notion d'état mixte a été introduite par Kraepelin et Weygandt qui voyaient dans la maladie maniaco-dépressive une fluctuation des différents symptômes en trois principaux domaines :

1- L'humeur (exaltation ou tristesse)
2- La sphère idéique (fuite des idées ou bradypsychie, pauvreté de la pensée)
3- L'activité motrice (agitation, hyperactivité ou diminution de l'activité).

Kraepelin introduit la notion d'épisode mixte dans la cinquième édition de son traité et décrit 6 types d'états mixtes en fonction des combinaisons de symptômes observés dans ces trois domaines (Llorca, Charpeaud, & Samalin, 2012).

Formes cliniques d'état mixtes en fonction des manifestations symptomatiques associées (adapté de Azorin) (Llorca, Charpeaud, & Samalin, 2012).

	Humeur	Cognition	Psychomotricité
Manie anxieuse dépressive	D	M	M
Manie avec pauvreté du discours	M	D	M
Manie inhibé	M	M	D
Manie stuporeuse	M	D	D
Dépression avec fuite des idées	D	M	D
Dépression agitée	D	D	M

D = symptômes de la lignée dépressive

Humeur : tristesse

Cognition : bradypsychie, pauvreté de la pensée

Activité motrice : ralentissement moteur, diminution des activités

M = symptômes de la lignée maniaque et hypomaniaque

Humeur : exalté

Cognition : fuite des idées

Activité motrice : agitation, hyperactivité

Selon la Classification internationale des Maladies dans sa 10e édition (CIM-10) *(Annexe 2)*, l'état mixte se caractérise par la présence de symptômes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs, intriqués ou alternants rapidement sur une durée de deux semaines. Le DSM-IV diffère par la durée qui est limitée à une semaine au minimum, mais qui nécessite la présence simultanée des critères cliniques complets d'un épisode dépressif et d'un épisode maniaque.

Plusieurs auteurs ont proposé des définitions plus larges de l'état mixte. Cassidy F. et al. (Cassidy et al., 2000) proposent de définir la manie mixte par la présence chez un sujet d'un tableau maniaque associé à deux des six symptômes suivants : humeur dépressive, anhédonie, anxiété, culpabilité, suicidalité, fatigue (Llorca, Charpeaud, & Samalin, 2012). Koukopoulos A. en 1999, définit la dépression mixte par l'association d'un syndrome dépressif et la présence d'au moins deux des symptômes suivants : agitation motrice, tension interne, tachypsychie (Koukopoulos, 1999).

Aubry J.M. et al. (Aubry et al., 2014) définissaient la dépression mixte : « Cet état mixte à dominante dépressive ou dépression mixte se présentant d'abord comme une dépression avec les éléments classiques de tristesse, de perte de gout et d'intérêt, de pessimisme concernant soi-même, les autres, de désespoir, d'idées suicidaires, de trouble du sommeil à type d'insomnie de début, milieu et/ou fin de nuit, d'anorexie et des difficultés de concentration souvent très importantes. Dans ce tableau clinique, les éléments hypomanes peuvent se repérer sous deux perspectives : en tant que symptômes hypomanes classiques ou en tant que modificateurs des symptômes dépressifs. C'est en général cette seconde perspective sémiologique qui est la plus visible cliniquement. Elle correspond à l'infiltration de la détresse dépressive par l'excitation maniaque psychique et psychomotrice. La tristesse devient un état particulier de souffrance : non seulement il y a une irritabilité mais aussi une tension intérieure, une hyperesthésie, une vulnérabilité psychique. Tout blesse, tout heurte, tout est amplifié. Dans les relations interpersonnelles, l'agressivité verbale, voire physique, jaillit facilement ou est réprimée par le patient au prix de grands efforts et d'un sentiment égodystonique profond qui nourrira la honte qui empêchera d'en parler spontanément. Une note persécutive peut même être présente et d'ailleurs les dépressions mixtes sont plus souvent associées à des caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur que les dépressions pures. Le terme dysphorie de l'humeur a été proposé pour qualifier l'ensemble de ses éléments. Ce syndrome dysphorique constitue un bon marqueur clinique de l'association syndrome dépressif – symptômes hypomanes, même lorsque ceux-ci se limitent à un ou deux symptômes en dehors de l'irritabilité. »
Cette dysphorie est perçue comme « la résultante de l'association entre baisse de l'humeur et excitation psychique ». L'absence d'inhibition psychomotrice peut rendre l'expression de la souffrance très dramatisée, le discours est douloureux, plaintif, presque hyperalgique. Pour Aubry J.M. et al. « L'intensité de l'ensemble de ces éléments, la forte tension présente dans la relation avec l'évaluateur, peuvent provoquer des mouvements contre-transférentiels forts :

ces patients ne sollicitent pas notre empathie comme des mélancoliques ralentis, tellement plus sobres. » (Aubry et al., 2014). Les idées suicidaires et les tentatives de suicides seraient marquées par la dramatisation et la théâtralisation ce qui pourra nuire à la crédibilité de l'intension suicidaire.

La manie mixte se caractérise par la présence d'éléments maniaques comme l'agitation psychomotrice, une logorrhée et une diminution du besoin de sommeil. Selon Aubry J.M. et al. (Aubry et al., 2014), on peut distinguer deux formes de manies mixtes : la manie dysphorique et la manie dépressive, par opposition à la manie pure euphorique.

Dans la manie dysphorique, s'ajoute aux symptômes cliniques de la manie mixte, l'impatience, l'irritabilité marquée, l'hostilité et l'agressivité verbale et/ou physique. Des idées de persécution peuvent être présentes et nécessitent une prise en charge en urgence, en raison du risque de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif (Aubry et al., 2014).

La manie dépressive se caractérise par la présence de symptômes d'exaltation pouvant alterner rapidement avec l'apparition d'idées suicidaires. Des idées de culpabilité, de dévalorisation associées à l'agitation psychomotrice aboutissent à un tableau de détresse anxieuse (Aubry et al., 2014).

La fréquence des états mixtes varie dans la littérature en fonction des critères diagnostiques utilisés. Vieta E. et Morralla C. en 2010, retrouvaient, parmi les patients hospitalisés pour un épisode aigu, 13% d'état mixte selon les critères du DSM-IV (Vieta & Morralla, 2010). Selon Cassidy F. et al. (Cassidy et al., 2008), la prévalence de l'état mixte varierait de 7% à 66%, avec une prévalence moyenne estimée à 31% selon Maurel M. et al. (Maurel et al., 2013). Aubry J.M et al. (Aubry et al., 2014), retenaient qu'environ 50 % des patients bipolaires souffrant d'un état dépressif présenteraient plusieurs symptômes maniaques, et d'après Weibel S. et Bertschy C. (Weibel & Bertschy, 2016), les études retrouveraient, parmi les dépressions bipolaires, 40% à 75% de dépressions mixtes.

Plusieurs changements apparaissent dans le DSM-5. Pour les critères définissant l'épisode maniaque et hypomaniaque, le DSM-5 propose de compléter le critère A par la présence, à côté d'une humeur élevée de façon anormale et persistante, celle d'une augmentation persistante de l'activité ou de l'énergie *(Annexe 3).* Un épisode maniaque qui survient sous traitement antidépresseur mais qui persiste au-delà des effets physiologiques du

traitement devient suffisant pour poser le diagnostic d'épisode maniaque et donc de trouble bipolaire de type I. La forme « mixte » est éliminée dans le DSM-5 au profit d'une spécification « avec caractéristiques mixtes », s'appliquant à la fois aux épisodes maniaques, hypomaniaques ou aux épisodes dépressifs majeurs (*annexe 4*). Le DSM-5 reconnait la dépression mixte comme une spécification de la dépression, mais en exigeant trois symptômes hypomanes à l'exclusion de symptômes qui peuvent appartenir à la dépression comme à l'hypomanie tels que l'irritabilité et l'agitation comme le souligne First M.B (First, 2011), ainsi que la distractibilité comme le précise Weibel S. et al. (Weibel & Bertschy, 2016).

D'après l'étude rétrospective de Shim I.H. et al. (Shim et al., 2015), incluant 334 patients bipolaires hospitalisés pour un épisode aigü, le taux d'état mixte passerait de 6% avec les critères du DSM-IV, à 19,6% avec les critères du DSM-5, dont 15,7% de manie-hypomanie avec caractéristiques mixtes et 3,9% de dépression avec caractéristiques mixtes.

Episode dépressif, avec caractéristiques mixtes selon le DSM-5

A. Les critères complets sont réunis pour un épisode dépressif caractérisé et au moins trois des symptômes maniaques/hypomaniaques suivants sont présents la plupart des jours au cours de l'épisode dépressif actuel ou le plus récent :
   1. Humeur élevée ou expansive.
   2. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
   3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
   4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
   5. Augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel).
   6. Engagement augmenté ou excessif dans les activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquents ou des investissements commerciaux déraisonnable).
   7. Réduction du besoin de sommeil (p.ex. le sujet se sent reposé en dépit d'une réduction du temps de sommeil par rapport à la durée habituelle ; à distinguer d'une insomnie).

B. Les symptômes mixtes sont manifestes pour les autres et représentent un changement par rapport au comportement habituel de la personne.

C. Pour les personnes dont les symptômes répondent simultanément aux critères d'un épisode maniaque et dépressif, le diagnostic est celui d'un épisode maniaque avec caractéristiques mixtes.

D. Les symptômes mixtes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, substance donnant lieu à l'abus, médicament ou autre traitement).

Episode maniaque ou hypomaniaque, avec caractéristiques mixtes (DSM-5)

A. Les critères complets sont réunis pour un épisode maniaque ou hypomaniaque et au moins trois des symptômes suivants sont présents pendant la plupart des jours au cours de l'épisode maniaque ou hypomaniaque actuel ou le plus récent :
   1. Dysphorie ou humeur dépressive au premier plan, signalée par la personne (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleure).
   2. Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités (signalée par la personne ou observée par les autres).
   3. Ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de ralentissement intérieur).
   4. Fatigue ou perte d'énergie.
   5. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
   6. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes mixtes sont manifestes pour les autres et représentent un changement par rapport au comportement habituel de la personne.

C. Pour les personnes dont les symptômes répondent simultanément aux critères d'un épisode maniaque et dépressif, le diagnostic est celui d'épisode maniaque avec caractéristiques mixtes, compte tenu de l'impact sur le fonctionnement et de la sévérité clinique d'un épisode maniaque.

D. Les symptômes mixtes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

2.2. Trouble bipolaire et comorbidités psychiatriques

2.2.1. Prévalence du trouble bipolaire

Il existe une importante variation des taux de prévalence des troubles bipolaires en fonction des études épidémiologiques de 1 à 5% de la population générale. Les études épidémiologiques en population générale se focalisent généralement sur les troubles bipolaires de type I. Le diagnostic de trouble bipolaire de type II peut être sous-évalué du fait de la difficulté pour certains patients à reconnaitre comme pathologiques les épisodes

hypomaniaques. La prise en compte du trouble bipolaire de type II et du trouble cyclothymique aboutit à des taux de 3,1% selon Garrabé J. (Garrabé, 2014) et les études de Angst J. et al. (Angst et al., 2003) (Angst et al., 2002). Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvé par plusieurs études, celle de Hirschfeld et al. en 2003 avec une valeur médiane de 1 à 1,5% (Hirschfeld et al., 2003), ainsi que celle de Kessler R. et al. en 1994 (Kessler et al., 1994), et Regier D.A et al. en 1995 (Regier et al., 1995).

2.2.2. Données épidémiologiques du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes avec un sex-ratio proche de 1. Une légère prédominance féminine a été retrouvée pour les troubles bipolaires de type II selon Scott J. et Henry C. (Scott & Henry, 2014) et l'étude de Diflorio A. et Jones I. (Diflorio & Jones, 2010).

Chez les femmes, la survenue du trouble bipolaire serait souvent plus tardive, avec une polarité dépressive prédominante. Selon plusieurs études, dont celles publiées en 2011 par Nivoli A.M. et al. (Nivoli et al., 2011) et Vega P. et al. (Vega et al. 2011), le sexe féminin serait plus à risque de présenter des dépressions délirantes, des épisodes mixtes, une saisonnalité des épisodes ainsi qu'une évolution vers des cycles rapides. Le sexe féminin présenterait également plus de comorbidités somatiques, de trouble du comportement alimentaire et de troubles de la personnalité que le sexe masculin. Tandis que les hommes présenteraient davantage de troubles addictifs.

Le trouble bipolaire apparaitrait chez l'adulte jeune vers l'âge de 20ans. Merikangas K.R. et al. (Merikangas et al., 2011), retrouvaient un âge de début moyen pour le trouble bipolaire de type I de 18 ans ; pour le type II de 20 ans et de 22 ans pour les formes subsyndromiques.

2.2.3. Comorbidités psychiatriques du trouble bipolaire

L'étude TEMPPO publiée en 2012 par De Carvalho W. et al. (De Carvalho et al. 2012), portant sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de patients souffrant de troubles bipolaires suivis en ambulatoire en France métropolitaine, concluaient que 45% présentaient des comorbidités psychiatriques. Pour Merikangas K.R. et al. (Merikangas et al., 2007), 90% des patients atteints de troubles bipolaires présenteraient un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie.

2.2.3.1. Comorbidités anxieuses

Le DSM-5 propose de définir les critères diagnostiques de phobie sociale *(annexe 5),* trouble anxieux généralisé *(annexe 6),* trouble panique *(annexe 7),* état de stress post-traumatique *(annexe 8)* et trouble obsessionnel compulsif *(annexe 9).*

Pour Slama F. et al. en 2014, les patients bipolaires rapporteraient des manifestations anxieuses très anciennes pouvant précéder les épisodes thymiques en raison de divers facteurs tels que le climat familial et les événements de vie dans l'enfance (Slama et al., 2014). Les comorbidités anxieuses se caractérisent par leur fréquence importante dans le trouble bipolaire, avec toutefois des résultats très hétérogènes selon les études, allant de 30% à 90% (Kessler et al., 1994) (Cazard & Ferreri, 2013) (Kaladjian et al., 2014). Ces résultats sont bien supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale de 28,8% (Kessler et al., 2005).

D'après l'étude STEP-BD de Simon N.M et al. (Simon et al., 2004), la prévalence vie entière des comorbidités anxieuses serait de 51,2%, quelque soit le type de trouble bipolaire (type I ou II), soit la moitié des patients atteints d'un trouble bipolaire ; tandis que l'étude de Otto M.W. et al., réalisée sur un plus grand échantillon retrouve une prévalence à 31,9% (Otto et al., 2006). Les comorbidités anxieuses augmenteraient la sévérité de la maladie et son évolution. Elles prolongeraient la durée des épisodes dépressifs, diminueraient les périodes d'euthymie selon Otto M.W. et al. (Otto et al., 2006), et favoriseraient les rechutes selon Simon N.M. et al. (Simon et al., 2004).

2.2.3.2. Trouble de la personnalité borderline

Le diagnostic différentiel avec le trouble bipolaire peut parfois s'avérer difficile. Le DSM-5 propose de donner une définition du trouble de la personnalité borderline *(Annexe10).* Dans le trouble bipolaire, l'humeur oscille entre tristesse et exaltation maniaque ou hypomaniaque, tandis que dans la personnalité borderline, elle oscille de manière réactionnelle entre euthymie et colère selon l'environnement (Bourgeois et al., 2014).

Dans une étude portant sur 52 patients bipolaires (George et al.,2003), 4% des patients bipolaires avaient une comorbidité borderline associée. De nombreuses études retrouvent des chiffres beaucoup plus élevés. La méta-analyse de Friborg O. et al. (Friborg et al., 2014), incluant 122 études de 1988 à 2010, retrouvait 16% de troubles de la personnalité borderline

comorbide ; tandis que celle de Fornaro M. et al. (Fornaro et al., 2016) regroupant 42 articles, concluait qu'un patient bipolaire sur cinq aurait une personnalité borderline comorbide.

2.2.3.3. Trouble de l'usage d'une substance

Le DSM-5 propose de définir les troubles de l'usage d'une substance, troubles de l'usage de l'alcool (*annexe 11*) et troubles de l'usage du cannabis (*annexe 12*).

Regier D.A. et al. (Regier et al., 1990) dans une étude publiée en 1990 nommée epidemiological catchment area (ECA) retrouvaient 44% de patients bipolaires avec un trouble de l'usage de l'alcool (28% de dépendance et 16% d'abus), tandis que 13,5% de la population générale étaient concernées (7,9% de dépendance et 5,6% d'abus). Les patients bipolaires présenteraient 3 à 4 fois plus d'addiction à l'alcool (Kessler et al., 1997), et présenteraient 2 à 3 fois plus addiction au tabac que la population générale (Blandin & Gorwood, 2014).

Leweke F.M. et Koethe D. en 2008, observaient que 64% des patients bipolaires auraient déjà consommé du cannabis (34% en population générale), et 22% en consommeraient régulièrement (Leweke & Koethe, 2008).

Il existerait une comorbidité massive d'environ 40% entre le trouble bipolaire et l'addiction selon Gorwood P. et al. (Gorwood et al., 2008), et concernerait davantage les patients bipolaires de type I que de type II. La prévalence vie entière d'un trouble dû à l'usage de substances serait de 43% chez les patients bipolaires et de 60,3% dans le trouble bipolaire de type I selon Adida M. et al. (Adida et al., 2014).

3. CONDUITES SUICIDAIRES DANS LE TROUBLE BIPOLAIRE

3.1. Définitions et évaluation du risque suicidaire

3.1.1. Définitions

3.1.1.1. Suicide

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) définit en 2014 le suicide comme « l'acte de se donner délibérément la mort. Il s'agit du décès obtenu par une action personnelle volontaire dirigé contre soi.» (Organisation Mondiale de la Santé, 2014). Plusieurs définitions du suicide sont proposées par différents auteurs mais tous s'accordent sur quatre points importants :

1. le résultat du comportement : la mort ;
2. l'auteur de l'acte : auto-infligé ;
3. l'intention de mourir ;
4. la conscience du résultat.

3.1.1.2. Idées suicidaires et tentatives de suicide

Les idées suicidaires apparaissent comme le moyen de mettre un terme à une souffrance. Ces idées peuvent soit disparaitre, soit persister et devenir envahissantes jusqu'à aboutir à un passage à l'acte. L'OMS définit la tentative de suicide comme tout comportement suicidaire non mortel, il s'agit d'un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas. On parle alors de sujets suicidaires pour les personnes présentant des idées suicidaires et de sujets suicidants pour ceux qui réalisent une tentative de suicide.

3.1.1.3. Crise suicidaire

La conférence de consensus de la Fédération Française de psychiatrie de 2000 (HAS, 2000) définit la crise suicidaire « comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus

prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. »

Walter M. et Tokpanou I. en 2003 définissait la crise suicidaire comme « une crise psychique temporaire et réversible dont le risque majeur est le suicide. Comme toute crise, il s'agit d'une période de déséquilibre intense se caractérisant par trois grandes étapes : une période de désorganisation qui culmine en une phase aigüe avant de se conclure par une période de récupération. La phase aigüe se manifeste par un ensemble de réactions variant en intensité et allant jusqu'au passage à l'acte. » (Walter & Tokpanou, 2003).

3.1.1.4. Conduites suicidaires

Le comportement suicidaire selon l'OMS en 2014, se réfère à un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide (Organisation Mondiale de la Santé, 2014).

3.1.2. Evaluation du risque suicidaire

Selon Kédia M. et al. en 2012, certains facteurs de risque de conduites suicidaires sont communs à ceux rencontrés dans la population générale comme les antécédents personnels ou familiaux de conduites suicidaires (Kédia, Fliou, & Bellivier, 2012). Jaussent I. et Perroud N., en 2010, proposent de définir les facteurs de risque hiérarchisés par Rhimer Z. en 1996 (Rihmer, 1996), visant non pas expliquer mais plutôt à prévoir (Jaussent & Perroud, 2010). Ces facteurs de risque sont présentés selon trois niveaux : les facteurs de risque primaires, secondaires, et tertiaires.

1. <u>Les facteurs de risque primaires</u> :
    - les troubles psychiatriques,
    - les antécédents familiaux et personnels de suicide et de tentative de suicide,
    - la communication à autrui d'une intention suicidaire,
    - l'existence d'une impulsivité, favorisant le passage à l'acte.

Ces facteurs peuvent être fortement influencés par les thérapeutiques et possèdent une valeur d'alerte importante au niveau individuel.

2. Les facteurs de risque secondaires :
    - les pertes parentales précoces,
    - l'isolement social : séparation, divorce, veuvage…
    - le chômage et les problèmes financiers,
    - les événements de vie négatifs sévères.

Ces facteurs psychosociaux ne sont que faiblement influencés par les thérapeutiques. Ils sont observables dans la population générale. Seul, ils représentent un faible risque de conduites suicidaires, cependant il devient élevé s'il est associé aux facteurs de risque primaire.

3. Les facteurs de risques tertiaires :
    - le sexe masculin
    - l'âge (adolescence et sénescence)
    - certaines périodes de vulnérabilité : phase prémenstruelle chez la femme

Ces facteurs ne sont pas modifiables et, seules, en l'absence des facteurs de risque primaires et secondaires, ils constituent un risque très faible de conduites suicidaires.

Comme le précisent Jaussent I. et Perroud N. (Jaussent & Perroud, 2010), il s'agit de facteurs de risques, c'est-à-dire statistiquement associés aux risques suicidaires et non des facteurs prédictifs.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation du risque suicidaire permettant d'aider le clinicien à identifier un patient à risque de suicide immédiat. On peut citer :

- L'échelle d'idéation suicidaire de Beck mesure l'intentionnalité suicidaire (Beck, Kovacs, & Weissman, 1979). Cette échelle a été construite afin de quantifier différents aspects de l'idéation suicidaire : la durée, la fréquence, l'intensité et le caractère éventuellement envahissant (Misson & Bellivier, 2010)). Comme le précise Misson H. et al. en 2010 « Ses dix-neuf items évaluent l'extension des idées suicidaires, l'attitude du patient envers elles, l'importance du désir de mourir et de passer à l'acte suicidaire (avec plannification ou pas), l'existence de principes moraux ou religieux pouvant dissuader le sujet, et les impressions subjectives du sujet concernant ces capacités de contrôle ou son « courage » vis-à-vis du passage à l'acte. ».

- La triple évaluation du risque, de l'urgence et du danger (selon Seguin et Terra).
- L'évaluation chronologique des événements suicidaires (méthode ECES) de Shea, qui se concentre sur la recherche d'évènement suicidaires éventuels (idées ou conduites), précédent la consultation (Ducher, De Chazeron, & Llorca, 2016).
- L'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher (RSD), qui apprécie le risque potentiel de passage à l'acte. Elle évalue, avec 11 items, la volonté éventuelle de mourir (Charles, Ducher, & Renoux, 1990).

La Haute Autorité de Santé (HAS) en 2000, préconise d'évaluer le risque suicidaire selon trois composantes : les facteurs de risque, l'urgence, et la dangerosité du scénario suicidaire. Ces trois composantes doivent être évaluées et cotées selon l'intensité : faible, moyen ou élevé (HAS, 2000).

1. Les facteurs de risque suicidaire.
2. L'urgence.

   Deux éléments doivent alerter, d'un part l'existence d'un scénario suicidaire et d'autre part, l'absence pour le patient d'une autre alternative possible.

   L'urgence est dite « faible » en l'absence de scénario ;
   L'urgence est dite « moyenne » lorsqu'il existe un scénario mais en l'absence de date ou date imprécise ;
   L'urgence est dite « élevée » lorsqu'il existe un scénario planifié avec date précise.

3. La dangerosité du scénario suicidaire.

   Le moyen suicidaire doit être évalué d'une part par son caractère létal et d'autre part par son accessibilité. Si l'accès au moyen suicidaire est facile ou immédiat, la dangerosité est alors considérée comme élevée.

Le diagnostic et l'évaluation du risque suicidaire sont avant tout cliniques, les outils spécifiques existent pour aider au diagnostic. Evaluer l'implication des proches et la qualité de leur soutien, est également important dans l'évaluation du risque suicidaire. Pour Ducher J.L. (Ducher, 2016), l'inventaire des raisons de vivre, (traduction française de Labelle et al. en

1996 de l'autoquestionnaire Reasons for living Inventory (RFL) de Linehan et al.), permettrait d'évaluer les facteurs protecteurs possibles chez les patients présentant des idées suicidaires. Les sous-échelles de cet inventaire se rattachent à six principaux points : « survie et croyances d'adaptation », « responsabilité familiale », « préoccupation des enfants », « peur du suicide », « peur de la désapprobation sociale », « objections morales » *(Annexe 13).*

Le fait de ne pas avoir d'affiliation religieuse augmenterait le risque de passage à l'acte suicidaire dans la population générale, mais également dans le trouble bipolaire selon Kédia M. et al. (Kédia et al. en 2012). D'après Jaussent I. et Perroud N. (Jaussent & Perroud, 2010), Durkheim avait pu observer que la religion et la famille protégeraient du suicide. Pour Rhimer, les facteurs psychosociaux comme un bon étayage familial et social, le fait d'avoir des enfants et des relations amicales diversifiées représenteraient un facteur protecteur.

3.2. Aspect épidémiologique des conduites suicidaires dans le trouble bipolaire

3.2.1. Suicide

Les troubles psychiatriques, particulièrement les troubles bipolaires, sont un des facteurs de risque majeur dans l'apparition de conduites suicidaires, avec des taux de suicide aboutis 15 à 30 fois supérieurs à ceux de la population générale d'après Kédia M. et al. (Kédia et al., 2012), Pompili M. et al. (Pompili et al., 2013). Angst J. et al. (Angst et al., 2005) retrouvaient un taux à 11,1%.

10 à 15% des patients bipolaires décèderaient par suicide selon Hawton K. et al. (Hawton et al., 2005). Isometsa E. (Isometsa, 2014), dans sa méta analyse constataient que 7,77% des hommes bipolaires et 4,78% des femmes bipolaires décéderaient par suicide.

La létalité des tentatives de suicide serait beaucoup plus élevée, avec un rapport de tentative de suicide sur le nombre de suicides aboutis de 3,9 chez les patients bipolaires et de 20 à 40 dans la population générale selon Baldessarini R.J. et al. (Baldessarini et al., 2006), ce qui illustrerait probablement un désir de mort important ainsi que des moyens de passage à l'acte plus létaux (Courtet & Guillaume, 2010).

3.2.2. Tentative de suicide

D'après les résultats de plusieurs études, la prévalence des tentatives de suicide chez les patients bipolaires serait majeure, de l'ordre de 30% à 40%, parfois pouvant atteindre 50% selon Kédia M. et al. (Kédia et al., 2012) et Hawton K. et al. (Hawton et al., 2005). Pour Guillaume S. et al. (Guillaume et al., 2010) et Hantouche E. et al. (Hantouche, Angst, & Azorin, 2010), les antécédents personnels de conduites suicidaires fréquentes ou graves (pendaison, arme à feu, hospitalisation dans un service de réanimation) seraient des éléments en faveur d'un diagnostic de bipolarité.

3.3. Caractéristiques des troubles bipolaires avec conduites suicidaires

3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

La différence hommes femmes concernant le comportement suicidaire serait moins franche que dans la population générale (Hawton et al.,2005). Schaffer A. et al., dans une méta-analyse de 2014, retrouvaient un risque de conduites suicidaires plus élevé chez les femmes que chez les hommes de 1,54 ; tandis que les hommes étaient plus à risque de décès par suicide, avec un risque de 1,83 (Schaffer et al.,2014).

Azorin J.M. et al. (Azorin et al., 2009), dans une étude sur 1090 patients bipolaires, observaient moins de patients mariés parmi les suicidants par rapport au non suicidants (35,7% versus 38,9%). Les résultats de l'étude de Antypa N. et al. (Antypa et al.,2013), allaient dans le même sens, retrouvant parmi les patients bipolaires avec antécédents de tentatives de suicide davantage de patientes, séparées, divorcées ou veuves.

Tandis que d'autres études ne retrouvaient pas cette différence, on peut citer l'étude rétrospective de Seo H.J. et al. (Seo et al., 2016) portant sur 334 patients bipolaires hospitalisés de 2005 à 2014, qui ne retrouvaient pas de différence significative concernant le sexe, le statut marital, le statut socioéconomique et la présence ou non d'un emploi. Goffin K.C. et al. (Goffin et al., 2016), ne retrouvaient également pas de risque de tentative de suicide selon le statut marital (41,4% des patients suicidants versus 34%), et la présence d'un emploi (31% des patients dans les deux groupes).

En 2013, l'étude de Park S. et al. (Park et al., 2013) portant sur les comportements suicidaires des patients atteints d'un trouble psychiatrique, retrouvaient que les patients âgés de 15 à 24 ans avaient plus de comportements suicidaires que les patients plus âgés.

3.3.2. Antécédents familiaux de suicide et de tentatives de suicide

3.3.2.1. Antécédents familiaux de suicide

Leverich G.S. et al., en 2003 (Leverich et al., 2003), dans une étude portant sur 648 patients bipolaires remarquaient que les patients bipolaires suicidants étaient plus nombreux à avoir des antécédents familiaux de décès par suicide que les non suicidants (44% vs 32%). Les résultats de Antypa N. et al. (Antypa et al., 2013) vont dans le même sens avec 31,3% versus 21,1%. Le risque de comportements suicidaires en présence d'antécédents familiaux de décès par suicide varie selon les études : 1,7 pour Hawton K. et al. (Hawton et al., 2005) ; 3,19 pour Romero S. et al. (Romero et al., 2007). La méta-analyse de Schaffer A. et al. de 2014, comportant 34 études publiées entre le 01 janvier 1980 et 30 juin 2013 avec au total 50.004 patients, retrouvait une augmentation du risque de tentatives de suicide multiplié par 1,69 en présence d'antécédents familiaux du premier degré de décès par suicide, ainsi qu'un risque de décès par suicide multiplié par 3 (Schaffer et al., 2014). Tandis que Seo H.J. et al. (Seo et al., 2016), ne retrouvait pas de différence significative concernant les antécédents familiaux de suicide (11,4% versus 5,8%, p=0,95).

3.3.2.2. Antécédents familiaux de tentatives de suicide

La plupart des études ne retrouve pas de différence significative concernant les antécédents familiaux de tentative suicide. On peut citer l'étude de Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012), qui constatait 26,9% d'antécédents familiaux de tentatives de suicide parmi les patients bipolaires suicidants et 27,3% parmi les non suicidants.

3.3.3. Antécédents personnels de tentatives de suicide

Valtonen H.M. et al. (Valtonen et al., 2006), sur un suivi de 18 mois de 176 patients bipolaires retrouvaient 20% de patients qui avaient fait une tentative de suicide. Parmi ces patients suicidants, 90% avaient des antécédents de tentatives de suicide. Dans cette étude, la présence d'antécédents de tentatives de suicide était le facteur prédictif le plus élevé de conduites suicidaires, avec un risque de 3,8. Cette observation fut retrouvée dans de nombreuses études, on peut citer celle de Antypa N. et al. (Antypa et al., 2013) portant sur 3083 patients bipolaires avec risque de 2,60 ; celle de Tidemalm D. et al. (Tidemalm et al.,

2014), portant sur 6086 patients bipolaires avec un risque multiplié par 3,93 pour les hommes, et 4,24 pour les femmes.

3.3.4. Evénements de vie stressants

Ritchie K. et Villebrun D. définissent en 2010, un événement de vie comme « un changement extérieur du sujet suffisamment rapide et important pour entrainer une discontinuité dans la vie de celui-ci. Les événements de vie peuvent à la fois constituer une cause directe ou un facteur déclenchant mais aussi interagir avec d'autres causes. » (Ritchie & Villebrun, 2010).

Les facteurs de stress psycho-sociaux sont presque constants lors du passage à l'acte suicidaire et c'est souvent la raison avancée par les patients pour expliquer leurs conduites suicidaires. Les patients bipolaires sont particulièrement exposés à ces stress. Ils rencontreraient plus de difficultés d'insertion sociale, professionnelle et familiale. Ces stress psycho-sociaux favoriseraient et aggraveraient les épisodes dépressifs avec pour conséquence une augmentation du risque de conduites suicidaires. Owen R. et al. (Owen et al., 2015) soulignaient que le rôle des facteurs psychosociaux dans l'apparition et l'aggravation des idées suicidaires a largement été reconnue et devraient donc être recherché systématiquement pour prévenir les conduites suicidaires. Ruengorn C. et al. en 2012, observaient dans leur étude sur 489 patients que l'absence d'enfant était un risque de tentative de suicide (Ruengorn et al., 2012). Parallèlement, les facteurs protecteurs doivent être recherchés.

Il existe plusieurs échelles pour aider les cliniciens à évaluer les événements de vie stressants. Paykel E.S et al. en 1971 proposaient une échelle d'événements de vie « L'inventaire d'événements de vie de Paykel » (*Annexe 14*) qui évalue le stress et le dérangement provoqué par des événements de vie désirables ou non, ainsi que leur incidence sur la maladie. On peut également citer l'échelle de Holmes et Rahé en 1967.

3.3.5. Traumatisme et maltraitance dans l'enfance

On retrouve fréquemment des antécédents de violence dans l'enfance chez les patients atteints de trouble bipolaire. Selon Garno J.L. et al. (Garno et al., 2005), on observe par ordre de fréquence, les abus émotionnels dans 37%, les abus physiques dans 24%, la négligence émotionnelle dans 24%, les abus sexuels dans 21%, et la négligence physique dans 12%.

Chez les patients bipolaires avec antécédents de traumatismes affectifs, l'âge de début serait plus précoce. D'après Etain B. (Etain, 2013), dans une étude sur 587 patients bipolaires, les patients bipolaires avec traumatisme et maltraitance dans l'enfance, présenteraient plus de comorbidités toxiques et anxieuses, et auraient davantage de conduites suicidaires, avec un risque de tentatives de suicide multiplié par 1,6. Bellivier F. en 2009 (Bellivier, 2009), avait déjà remarqué que l'existence d'un traumatisme dans l'enfance modifiait la présentation de la maladie avec une fréquence plus élevée des symptômes psychotiques, des cycles rapides et des conduites suicidaires.

La moitié des personnes présentant des antécédents tentatives de suicide auraient été victimes dans leur enfance d'un traumatisme affectif selon Álvarez M.J. et al. en 2011 (Álvarez et al., 2011). De nombreuses études vont dans le même sens, retrouvant cette association : présence de maltraitance dans l'enfance et conduites suicidaires (Grunebaum et al., 2006) (Leverich et al., 2003) (Oquendo et al., 2004) (Aaltonen et al., 2016).

3.3.6. Caractéristiques cliniques de la maladie

3.3.6.1. Age de début précoce

Plusieurs études montrent une association entre l'âge précoce d'entrée dans la maladie et la présence de tentatives de suicide. Le risque de tentatives de suicide serait 2,85 fois plus élevé chez les patients bipolaires qui auraient présenté un premier épisode thymique avant l'âge de 13 ans, comparativement à ceux qui auraient présenté leur premier épisode thymique après 18 ans selon Perlis R.H. et al. (Perlis et al., 2004).

Il existerait une différence significative de la prévalence des tentatives de suicide en fonction de l'âge du premier épisode selon les résultats de plusieurs études. En 2004, Perlis R.H. et al. observaient que 49,8% des patients présentaient des tentatives de suicide lorsque le premier épisode survenait avant 13 ans, 37% lorsqu'il survenait entre 13 et 18 ans, et 24,6% lorsqu'il survenait après l'âge de 18 ans (Perlis et al., 2004).

Les résultats de la méta-analyse menée par Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014) retrouvaient une entrée dans la maladie de 2,99 ans plus tôt chez les patients bipolaires ayant fait une tentative de suicide que chez ceux sans tentative de suicide.

La plupart des études s'accordent à dire qu'un âge d'entrée plus précoce dans la maladie constitue un facteur de risque de tentatives de suicide, avec toutefois un âge d'entrée dans la

maladie qui varie selon les études. Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012) retrouvaient un âge d'entrée dans la maladie de 23 ans chez les suicidants et de 27 ans chez les patients non suicidants. Leverich G.S. et al. (Leverich et al., 2003), dans une étude comprenant 648 patients bipolaires, retrouvaient un âge d'entrée dans la maladie de 17,2 ans versus 20,6 ans. Bellivier F. et al. (Bellivier et al. 2011), dans une étude sur 2219 patients bipolaires, retrouvait un âge de 27,4 ans chez les patients suicidants et 31 ans chez les patients non suicidants.

3.3.6.2. Type de trouble bipolaire

Plusieurs études se sont proposées pour étudier un éventuel lien entre les conduites suicidaires et le type de trouble bipolaire (type I ou II). Les résultats restent controversés. Pour Valtonen H.M. et al. (Valtonen et al., 2008), il y aurait davantage de troubles bipolaires de type II présentant des tentatives de suicide que de type I. Tandis que d'autres études, dont celle de Isometsa E. (Isometsa, 2014), et les méta-analyses de Novick D.M. et al. (Novick et al., 2010), Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014), ne retrouvaient pas de différence significative concernant le type de trouble bipolaire.

Pour Novick D.M. et al. (Novick et al.,2010), le passage à l'acte serait plus violent dans les troubles bipolaires de type II que de type I. Ces résultats n'étaient pas retrouvés par l'étude de Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012).

3.3.6.3. Polarité du premier épisode

Un premier épisode thymique qui serait de polarité dépressive constituerait un facteur de risque de tentative de suicide. Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014) retrouvaient deux fois plus de tentatives de suicide chez les patients bipolaires qui ont présenté un épisode dépressif comme premier épisode thymique. Pour Chaudhury S.R. et al. en 2007, dans une étude portant sur 113 patients bipolaires, le risque de tentatives de suicide serait huit fois plus élevé (Chaudhury et al., 2007).

3.3.6.4. Polarité prédominante

Le concept de polarité prédominante dans le trouble bipolaire a été introduit par Colom F. et al. en 2006 (Colom et al., 2006). Pour Maron M. et Vaiva G. (Maron & Vaiva, 2012)

« La définition proposée de la polarité prédominante demande qu'au moins deux tiers des épisodes précédemment présentés par un patient remplissent les critères d'un épisode dépressif majeur (polarité dépressive) ou d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (polarité maniaque). » Elle repose sur un dénombrement des épisodes sur la vie entière et fixe la prédominance au seuil des deux tiers ou plus des épisodes thymiques sur un même pôle. La notion de polarité prédominante n'a pas été incorporée dans le DSM-5.

L'étude de Colom F. et al. (Colom et al., 2006), retrouvait qu'un peu plus de la moitié des patients bipolaires présentaient les critères de polarité prédominante (224 patients sur 400). Parmi ces 224 patients bipolaires répondant aux critères de polarité prédominante, 135 patients présentaient une polarité prédominante dépressive soit 60,3%, et 89 patients répondaient aux critères de polarité prédominante maniaque soit 39,7%. Dans cette étude, les antécédents de tentative de suicide étaient plus fréquemment associés à la polarité prédominante dépressive (35%) qu'à la polarité prédominante maniaque (18%) ; avec également un nombre de tentative de suicide plus élevé chez les patients à polarité dépressive prédominante (9 versus 5). Cette association entre tentative de suicide et polarité dépressive prédominante fut observé par plusieurs études (Rosa et al., 2008), (Carvalho et al., 2014), (Baldessarini et al., 2012). Baldessarini R.J. et al. (Baldessarini et al., 2012), dans une étude réalisée sur 978 patients, rapportait 28% de tentative de suicide chez les patients bipolaires avec une polarité prédominante dépressive et 10% dans le groupe à prédominance maniaque, avec un risque de tentative de suicide 2,4 fois plus élevé en présence d'une polarité prédominante dépressive et pouvant aller jusqu'à 4,6 fois lorsque l'état mixte était combiné avec la dépression.

La polarité dépressive prédominante serait associée au trouble bipolaire de type II et à un taux élevé de tentative de suicide d'après Carvalho A.F. et al. (Carvalho et al., 2014), et la polarité maniaque, associée à un âge précoce d'entrée dans la maladie, à un premier épisode de polarité maniaque ou psychotique et à un taux élevé d'addiction à une substance.

3.3.6.5. Episode thymique actuel

- Episode dépressif

De nombreuses études ont montré que le risque de tentative de suicide était élevé au cours d'un épisode dépressif. En 2007, Rihmer Z. et al. (Rihmer et al., 2007) retrouvaient que

le risque de passage à l'acte suicidaire concernait, dans 90% des cas, des épisodes dépressifs. La polarité dépressive de l'épisode augmenterait par six le risque de conduites suicidaires, selon la méta-analyse de Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014).

- Etat mixte

Nous avons vu dans le chapitre « historique des états mixtes », que la fréquence des dépressions mixtes dans le trouble bipolaire est très variable en fonction des critères diagnostiques retenus et du nombre de symptômes maniaques subsyndromiques, pouvant aller de 40 à 75% dans les dépressions bipolaires (Weibel & Bertschy, 2016). Toutefois la plupart des études constatent que l'état mixte est plus fréquent chez les patients bipolaires suicidants et avec comportements suicidaires (Balázs et al., 2006), (Rhimer, 2007) (Gonda et al., 2012) (González-Pinto, A. et al. 2011).

En 1994, Disalver S.C. et al. avaient déjà observé que la suicidalité des patients bipolaires avec état mixte était nettement supérieure à celle de l'épisode maniaque « pur » (54% versus 2%) (Disalver et al., 1994). L'instabilité constante dans les états mixtes, la coexistence d'une dépression et d'une agitation psychomotrice faciliterait le passage à l'acte suicidaire.

Balazs J. et al. (Balázs et al., 2006), dans une étude de 100 patients âgés de 18 à 65 ans, évalués dans les 24 heures qui suivaient une tentative de suicide, notaient 63% de dépression mixte. La dépression mixte était définie par la présence d'un épisode dépressif majeur associé à au moins 3 symptômes d'hypomanie. Parmi ces patients présentant une dépression mixte, l'irritabilité était retrouvée dans 95,1% des cas (contre 16,2% sans dépression mixte), la distractibilité dans 91,9% (contre 0%), l'agitation psychomotrice dans 95,1% (contre 24,3%).

Valtonen H.M. et al. (Valtonen et al., 2007) constataient que les tentatives de suicide concernaient 23% des épisodes dépressifs, 21% des dépressions mixtes, 20% des épisodes mixtes, et aucun des épisodes hypomaniaques ou maniaques.

L'étude rétrospective de Seo H.J. et al. de 2016 (Seo et al., 2016), portant sur 334 patients bipolaires, s'est intéressée à l'état mixte selon la définition donnée par le DSM-5. Elle montrait que la spécification « avec caractéristiques mixtes » était significativement plus élevée chez les patients présentant un comportement suicidaires (23,6% versus 9,0%). Dans cette étude, parmi les patients présentant un comportement suicidaire, on notait 10,1% de dépression avec caractéristiques mixtes, 9% de manie avec caractéristiques mixtes, 4,5%

d'hypomanie avec caractéristiques mixte. La présence d'un état mixte augmentait par 3,39 le risque de comportement suicidaire.

3.3.6.6. Cycles rapides

Pour de nombreuses études, la présence de cycles rapides serait propice aux risques de conduites suicidaires. Seo H.J. et al. (Seo et al. en 2016), retrouvaient davantage de cycles rapides chez les patients présentant des comportements suicidaires (10,1%) que chez les patients sans comportement suicidaire (4,1%). On peut également citer les études de Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012) (16% versus 8%), et Bellivier F. et al. (Bellivier et al., 2011) (21,2% versus 14,1%).

Gao K. et al. en 2009, dans une étude de 387 patients bipolaires avec cycles rapides, constataient que 41% avaient un antécédent de tentatives de suicide (Gao et al., 2009). Ces résultats sont également retrouvés par Valenti M. et al. (Valenti et al., 2015), dans une étude portant sur 289 patients bipolaires suivis sur 14 ans. Ils notaient 48 patients présentant un cycle rapide soit 16,60%, et remarquaient que la présence de tentatives de suicide concernait davantage les patients bipolaires à cycles rapides (43,8% versus 14,9%). Dans cette étude, le nombre de tentatives de suicide était également plus élevé en présence de cycles rapides. Selon Coryell W. et al. en 2003, la présence de cycles rapides serait associée à des tentatives de suicide sévère (Coryell et al., 2003).

3.3.6.7. Durée d'évolution dans la maladie

La durée d'évolution dans la maladie semble également être un facteur de risque de tentatives de suicide d'après les données de la littérature, avec une durée variant selon les études. Cependant la plupart s'accordent à dire que les patients présentant des tentatives de suicide auraient un temps plus long dans la maladie que ceux qui ne présenteraient pas de tentatives de suicide : 21 ans d'évolution versus 16 ans pour Goffin K.C. et al. (Goffin et al., 2016), 17 ans versus 13,6 ans selon pour Bellivier F. et al. (Bellivier et al., 2011).

3.3.7. Comorbidités psychiatriques

3.3.7.1. Comorbidités alcooliques et toxiques

L'abus de substances, d'alcool, de cannabis et autres toxiques serait un facteur de risque majeur de passage à l'acte suicidaire. L'alcool augmenterait par 1,6 le risque de conduites suicidaires chez les patients bipolaires, le cannabis de 1,29, la consommation de substances illicites de 1,7 selon la méta-analyse de Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014). Ces chiffres sont proches de ceux retrouvé par Carrà G. et al. en 2015 (Carrà et al., 2015), et sa méta-analyse de 2014 (Carrà et al., 2014). Le risque de tentatives de suicide serait multiplié par 2,25 en présence d'une comorbidité alcoolique (25% versus 15%) selon Oquendo M.A. et al. (Oquendo et al., 2010) dans une étude sur 1641 patients bipolaires.

Bellivier F. et al. en 2011 (Bellivier et al., 2011), dans une étude sur 2219 patients bipolaires retrouvaient chez les patients bipolaires avec antécédents de tentatives de suicide, davantage de troubles de l'usage de l'alcool (34,5% versus 20,8%), de cannabis (17,3% versus 10,7%) et autres toxiques (11,5% versus 4,8%). En 2012, Finseth P.I. et al. (Finseth et al. 2012) retrouvaient également l'abus de substances comme facteur de risque de tentatives de suicide, avec 37,6% de comorbidité alcoolique chez les patients avec antécédents de tentatives de suicide, et 18,6% parmi les patients sans antécédents de tentatives de suicide.

3.3.7.2. Personnalité borderline

La présence d'un trouble de la personnalité borderline comorbide augmenterait le risque de tentatives de suicide selon les résultats de plusieurs études. On peut citer celle de Popovic D. et al. (Popovic et al., 2015), qui retrouvaient un risque multiplié par 5 ; celle de de Neves F.S. et al. (Neves et al., 2009), qui concluaient à un risque multiplié par 6 de tentatives de suicide en présence de trouble de la personnalité borderline comorbide ; tandis que la méta-analyse de Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014) retrouvait un risque plus faible de 2,5. Cette étude retrouvait également un risque de passage à l'acte violent significativement plus élevé en cas de trouble de la personnalité borderline comorbide (avec un OR de 12,5) et d'addiction à l'alcool (avec un OR de 3,1). Neves F.S. et al. en 2009 (Neves et al., 2009) concluaient que le trouble de la personnalité borderline et la comorbidité alcoolique seraient associés à des tentatives de suicide plus violente.

3.3.7.3. Comorbidité anxieuse

Selon plusieurs auteurs (Kaladjian, 2014) (Coryell et al., 2009) (Okan Ibiloglu & Caykoylu, 2011), les comorbidités anxieuses augmenteraient le risque de consommation de toxiques et augmenteraient le risque de suicide et de conduite suicidaire. Simon, G.E. et al. concluaient que la présence d'une comorbidité anxieuse augmenterait par 1,40 le risque de tentatives de suicide et de 1,81 le risque de décès par suicide (Simon G.E. et al., 2007). La méta-analyse de Schaffer A. et al. va dans le même sens, avec une comorbidité anxieuse qui augmenterait par 1,81 le risque de comportement suicidaire (Schaffer et al., 2014).

72,4% des patients bipolaires présentant des antécédents de tentative de suicide auraient une comorbidité anxieuse associée, versus 62,6% des patients sans antécédents de tentatives de suicide, selon les résultats de l'étude de Goffin K.C. et al. (Goffin et al., 2016), portant sur 494 patients bipolaires. En 2007, Simon N.M. et al. dans une étude sur 258 patients bipolaires, constataient que les patients bipolaires avec une comorbidité anxieuse présentaient davantage d'antécédents de tentatives de suicide (46,7%) que ceux qui n'avaient pas de comorbidité anxieuse associée (24,4%) (Simon N.M. et al., 2007). Ils se sont ensuite intéressés à la fréquence des différents troubles anxieux chez les patients bipolaires avec et sans antécédents de tentatives de suicide. Quelque soit le trouble anxieux associé, la fréquence était plus élevée chez les patients présentant des tentatives de suicide : Trouble panique (51,9% versus 34,4%), Phobie sociale (57,6% versus 31%), Etat de stress post-traumatique (51,5% versus 33,3%), Trouble anxieux généralisé (51,4% versus 32,5%).

3.3.8. Retard au diagnostic

Le retard de diagnostic et donc l'absence de traitement approprié précipiterait des états mixtes, des épisodes thymiques plus fréquents, et augmenterait le risque de conduites suicidaires selon Courtet P. et al. (Courtet et al., 2014).

60% des patients recevraient un à quatre diagnostics avant celui de trouble bipolaire selon Morselli P.L. et Elgie R. (Morselli & Elgie, 2003), avec un délai de 6 ans entre le premier symptôme de la maladie et le diagnostic de trouble bipolaire. Baldessarini R.J. et al. (Baldessarini et al., 2007), dans une étude sur 764 patients bipolaires, notaient que 20% des patients avaient un diagnostic initial d'épisode dépressif majeur. Dans cette étude, ils constataient un délai de 5 à 10 ans entre le premier épisode thymique et le diagnostic. Une

longue période sans diagnostic était associée au trouble bipolaire de type II, ainsi qu'à de nombreux épisodes dépressifs.

Nery-Fernandes F. et al. (Nery-Fernandes et al., 2012), dans une étude sur 268 patients bipolaires de type I, constatait que 8 ans s'écoulaient entre le premier épisode thymique et le diagnostic de trouble bipolaire, avec un temps moyen sans diagnostic de trouble bipolaire posé plus élevé chez les patients présentant des tentatives de suicide (9,9 ans versus 6,7 ans), ainsi qu'un délai moyen entre le premier épisode thymique et l'initiation d'un traitement thymorégulateur plus élevé (10,4 ans versus 7 ans).

En 2006, Stang P.E et al. à partir de données informatiques concernant 1084 patients bipolaires, constataient un temps médian de 21 mois qui s'écoulait entre la première prise en charge et le diagnostic de trouble bipolaire posé, avec toutefois de grande variation. 31% des patients recevaient un traitement dans les 6 premiers mois de prise en charge et 33% après 4 ans de prise en charge (Stang et al., 2006).

Altamura A.C. et al. en 2010, dans une étude sur 320 patients bipolaires de type I et II, constataient que les patients qui ne bénéficiaient pas de traitement durant les deux premières années d'évolution de la maladie étaient non seulement plus nombreux à présenter des tentatives de suicide, mais présentaient également un nombre de tentatives de suicide plus élevé (0,40 ± 0,86 versus 0,15± 0,44) (Altamura et al., 2010).

4. ETUDE

4.1. Objectif

Selon les données de la littérature, l'état mixte est un facteur de risque de tentative de suicide dans le trouble bipolaire, avec cependant une fréquence qui varie beaucoup en fonction des critères diagnostiques utilisés. Le Centre Hospitalier du Rouvray a mis en place un système d'information permettant de faciliter et d'informatiser les prescriptions médicales, et les données diagnostiques des patients. D'après ce logiciel nommé CORTEXTE, sur l'année 2015 au Centre Hospitalier du Rouvray, le diagnostic d'état mixte était plus fréquent chez les patients non suicidants (5,5%) que chez les patients suicidants (3,5%). Ces résultats pourraient laisser supposer que l'état mixte serait un facteur protecteur de tentatives de suicide.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la fréquence des états mixtes, selon les critères diagnostiques du DSM-5, chez les patients bipolaires hospitalisés au Centre Hospitalier du Rouvray dans les suites d'une tentative de suicide. L'objectifs secondaire était d'étudier leurs caractéristiques cliniques, sociodémographiques, les événements de vie stressant, les traumatismes et maltraitances dans l'enfance ainsi que le soutien de l'entourage.

4.2. Matériel et méthode

4.2.1. Critères d'inclusion

Groupe 1 et 2 :

- Patients bipolaires hospitalisés au Centre Hospitalier du Rouvray. Les patients devaient donc répondre à un critère diagnostique de la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies : F31 Trouble bipolaire.
- Les patients étaient évalués dans les 72 premières heures d'hospitalisation.
- Les patients devaient être majeurs.

Groupe 1 :

- Les patients devaient répondre à un critère diagnostique secondaire allant de X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées.

4.2.2. Critères d'exclusions

Groupe 1 et 2 :

- Patients mineurs.
- Refus du patient.
- Entretien non réalisable du fait des conséquences somatiques liées à la tentative de suicide.
- Trouble schizoaffectif.
- Syndrome démentiel.

Groupe 2 :

- Episode actuel hypomaniaque et maniaque.
- Présence d'une tentative de suicide au moment de l'admission, allant de X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées selon les critères diagnostiques de la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies.

4.2.3. Evaluation

Les patients bipolaires étaient recrutés au sein du Centre Hospitalier du Rouvray, dans les 72 premières heures d'hospitalisation. Comme nous le verrons dans les résultats, nous ne retrouvions pas de patients bipolaires hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide, présentant un épisode hypomaniaque ou maniaque. Pour obtenir un groupe contrôle, nous avons donc choisi de recruter les patients bipolaires hospitalisés sans tentative de suicide à l'exception de ceux qui présentaient une hypomanie ou une manie. L'évaluation était effectuée par moi-même au cours d'un entretien semi-structuré à l'aide d'un questionnaire, et après information et consentement du patient. L'étude a été réalisée de février 2016 à juin 2016.

4.2.4. Analyses statistiques

En raison du petit effectif de notre échantillon, nous avons utilisé le test exact de Fisher pour les variables qualitatives. Le test t de Student a été utilisé pour les variables quantitatives. Nous avons choisi de rapporter les odds ratio (OR) lorsqu'une variable était

significativement associée aux tentatives de suicide chez les patients bipolaires. Le niveau de significativité fut porté à 0,05.

4.3. Résultats

Au total, 40 patients ont été inclus entre février 2016 et juin 2016. La moitié de l'échantillon de patients était hospitalisé suite à une tentative de suicide, soit 20 patients.

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques

La comparaison des données sociodémographiques de nos deux échantillons de patients est présentée dans le tableau 1.

Dans les deux groupes de patients, avec et sans tentative de suicide, on retrouvait davantage de femmes que d'hommes ; environ deux tiers parmi les patients suicidants (13 patients sur 20, soit 65%) et un peu plus de la moitié chez les patients non suicidants (11 patients sur 20, soit 55%). L'âge médian était de 41,5 ans pour les patients suicidants et de 40,5 ans pour les non suicidants.

Les patients bipolaires suicidants étaient un peu plus nombreux à être de sexe féminin (13 patients sur 20, soit 65% ; versus 11 patients sur 20, soit 55%), célibataires, séparés ou veufs (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 9 patients sur 20, soit 45%), à avoir des enfants (17 patients sur 20, soit 85% ; versus 13 patients sur 20, soit 65%), non actifs (8 patients sur 20, soit 40% ; versus 7 patients sur 20, soit 35%) et en retraite (3 patients sur 20, soit 15% ; versus 2 patients sur 20, soit 10%). La différence entre les deux groupes de patients n'était pas significative concernant le sexe ($p = 0,74$), l'âge ($p = 0,83$), le statut marital ($p = 0,75$), la situation professionnelle ($p = 0,67$), et la présence d'enfant ($p=0,27$).

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des patients avec et sans tentative de suicide.

Caractéristiques sociodémographiques	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n = 20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n = 20	**p**
Sexe, n (%)			
Femme	13 (65%)	11 (55%)	0,74*
Homme	7 (35%)	9 (45%)	
Age, en années			
Moyenne	43,5	42,45	0,83**
Ecart type	17,8	13,8	
Médiane	41,5	40,5	
Etendu	20 - 76	18 - 65	
Statut marital, n (%)			
Marié, concubinage	9 (45%)	11 (55%)	0,75*
Célibataire, séparé, veuf	11 (55%)	9 (45%)	
Enfant(s), n (%)	17(85%)	13 (65%)	0,27*
Situation professionnelle, n (%)			
Non actif	8 (40%)	7 (35%)	0,67*
Actif	9 (45%)	11 (55%)	
Retraité	3 (15%)	2 (10%)	

*p= test exact de Fisher pour des variables qualitatives
**p= test de Student pour des variables quantitatives

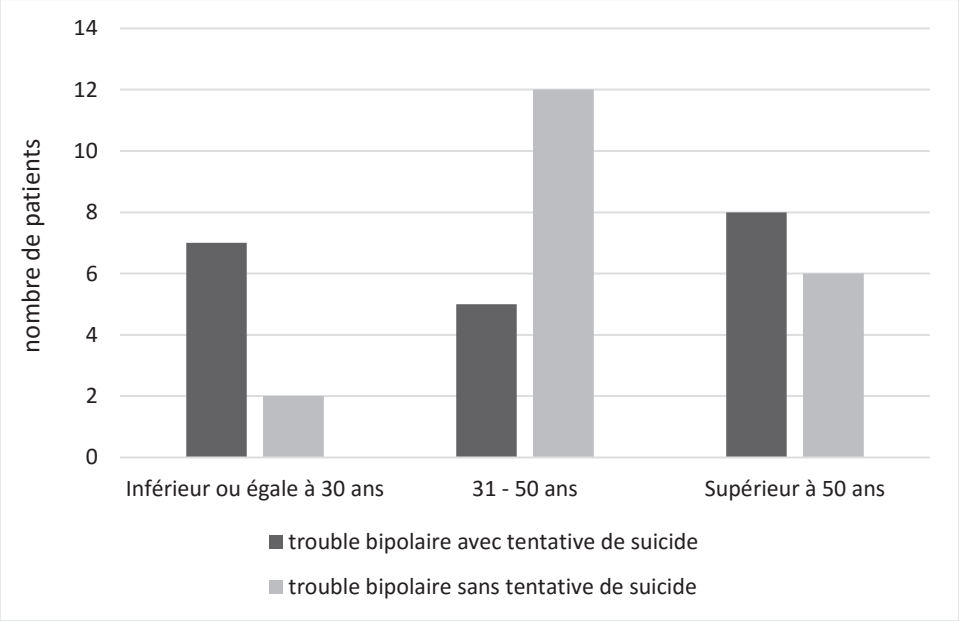
La comparaison entre les deux groupes de patients, avec et sans tentative de suicide, appartenant à chacune des classes d'âge est présentée dans le graphique 1.

Les patients suicidants étaient plus nombreux à être âgés de plus de 50 ans (8 patients sur 20), tandis que les non suicidants avaient majoritairement un âge compris entre 31 et 50 ans (12 patients sur 20).

On pouvait observer que les patients bipolaires suicidants était trois fois plus nombreux que les non suicidants à être âgés de 30 ans et moins (7 patients sur 20, versus 2 patients sur 20), deux fois moins nombreux à avoir un âge compris entre 31 ans à 50 ans (5 patients sur 20, versus 12 patients sur 20), et légèrement plus nombreux à être âgés de plus de 50 ans (8 patients sur 20, versus 6 patients sur 20). La différence entre les deux groupes de patients

n'était pas significative concernant la répartition en fonction des classes d'âge (test exact de Fisher, p = 0,052).

Graphique 1 : Comparaison du nombre de patients, avec et sans tentative de suicide, appartenant à chacune des classes d'âge exprimé en année



4.3.2. Entourage

La comparaison de l'entourage familial, amical et professionnel des deux groupes de patients, avec et sans tentative de suicide, est présentée dans le tableau 2.

Les patients bipolaires suicidants étaient moins nombreux à décrire leur entourage comme soutenant que les patients non suicidants, et plus nombreux à le décrire comme néfaste et délétère.

L'entourage familial était décrit comme soutenant pour la moitié des patients suicidants (10 patients sur 20, soit 50%) et un peu moins des deux tiers des patients non suicidants (12 patients sur 20, soit 60%,). Les patients bipolaires suicidants étaient également moins nombreux à décrire leur entourage amical comme soutenant (7 patients sur 20, soit 35% ; versus et 8 patients sur 20, soit 40%), tandis qu'ils étaient plus nombreux à décrire leur entourage professionnel comme soutenant (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 1 patient sur 20, soit 5%).

Les patients suicidants étaient plus nombreux que les non suicidants à décrire comme néfaste et délétère leur entourage, que ce soit l'entourage familial (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 1 patient sur 20, soit 5%), amical (1 patient sur 20, soit 5% ; versus 0%), et professionnel (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 0%).

Tableau 2 : Comparaison de l'entourage familial, amical et professionnel des patients bipolaires avec et sans tentative de suicide

Entourage	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20
Entourage familial, n (%)		
Soutenant	10 (50%)	12 (60%)
Délétère	2 (10%)	1 (5%)
Entourage amical, n (%)		
Soutenant	7 (35%)	8 (40%)
Délétère	1 (5%)	0 (0%)
Entourage professionnel, n(%)		
Soutenant	2 (10%)	1 (5%)
Délétère	2 (10%)	0 (0%)

4.3.3. Evénements de vie stressants

La comparaison des événements de vie stressants entre les deux groupes est présentée dans le tableau 3.

On pouvait constater que les suicidants étaient moins nombreux à travailler (9 patients sur 20, soit 45%, versus 11 patients sur 20, soit 55%), un peu plus nombreux à évoquer des conflits avec leur employeur ou collègues de travail (6 patients sur 20, soit 30% ; versus 5 patients sur 20, soit 25%), et à avoir récemment changé de travail (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 0%). Ils étaient également un peu plus nombreux à être retraités (3 patients sur 20, soit 15% ; versus 2 patients sur 20, soit 10%), et à avoir récemment déménagé (4 patients sur 20, soit 20% ; versus 3 patients soit 15%).

On retrouvait deux fois plus de décès dans l'entourage des patients suicidants (conjoint, proche, famille) (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 5 patients sur 20, soit 25%), et ils étaient également plus nombreux à vivre des événements socio-familiaux (14 patients sur 20, soit 70%, versus 10 patients sur 20, soit 50%). Dans les deux groupes il s'agissait principalement d'un conflit avec un membre de la famille (13 patients suicidants, soit 65%, versus 10 patients non suicidants soit 50%).

Dans les deux groupes de patients, la moitié alléguait des difficultés financières (11 patients parmi les suicidants soit 55%, et 10 patients parmi les non suicidants soit 50%).

Un seul patient avait débuté un enseignement et appartenait au groupe de patients non suicidants.

Notre étude ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les événements de vie stressants, que ce soit le travail ($p= 0,75$), l'arrêt ou le début d'un enseignement ($p=1$), les difficultés financières ($p=1$), un décès ($p=0,10$), un déménagement ($p=1$) et un évènement socio-familial ($p=0,33$).

Tableau 3 : Comparaison des événements de vie stressants entre les deux groupes, avec et sans tentative de suicide

Evénements de vie stressants	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20	**p***
Travail, n (%) Changement de travail Conflit avec l'employeur ou collègues Sans emploi depuis 1 mois ou plus Retraite	9 (45%) 2 (10%) 6 (30%) 8 (40%) 3 (15%)	11 (55%) 0 (0%) 5 (25%) 7 (35%) 2 (10%)	0,75
Arrêt ou début d'un enseignement, n (%)	0 (0%)	1 (5%)	1
Difficultés financières, n (%)	11 (55%)	10 (50%)	1
Décès, n (%) Conjoint Membre de la famille Proche Enfant	11 (55%) 3(15%) 8 (40%) 1 (5%) 0 (0%)	5 (25%) 0 (0%) 3 (15%) 2 (10%) 0 (0%)	0,10
Déménagement, n (%)	4 (20%)	3 (15%)	1
Evénement socio-familial, n (%) Mariage d'un enfant Enfant quittant le domicile Dispute avec un membre de la famille	14 (70%) 0 (0%) 1 (5%) 13 (65%)	10 (50%) 0 (0%) 0 (0%) 10 (50%)	0,33

*p= Test exact de fisher

4.3.4. Traumatisme et maltraitance dans l'enfance

La comparaison des événements dans l'enfance entre les deux groupes de patients est présentée dans le tableau 4.

Dans notre étude, les patients bipolaires suicidants étaient plus nombreux que les patients bipolaires non suicidants, à avoir un des deux parents décédé dans leur l'enfance (4 patients sur 20, soit 20% ; versus 2 patients sur 20, soit 10%), à avoir subi un traumatisme affectif dans l'enfance (15 patients sur 20, soit 75% ; versus 12 patients sur 20, soit 60%), une maltraitance physique (5 patients sur 20, soit 25% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%) ainsi qu'une maltraitance psychologique dans l'enfance (6 patients sur 20, soit 30% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%). La différence n'était pas significative entre les deux groupes concernant les événements dans l'enfance, que ce soit le décès de l'un des deux parents dans l'enfance (p=0,66), un traumatisme affectif dans l'enfance (p=0,50), une maltraitance physique (p=1) ou psychologique (p=0,71).

Tableau 4 : Comparaison des événements dans l'enfance entre les patients avec et sans tentative de suicide

Evénements dans l'enfance	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20	**p***
Décès de l'un des 2 parents dans l'enfance, n (%)	4 (20%)	2 (10%)	0,66
Traumatisme affectif dans l'enfance, n (%)	15 (75%)	12 (60%)	0,50
Maltraitance physique, n (%)	5 (25%)	4 (20%)	1
Maltraitance psychologique, n (%)	6 (30%)	4 (20%)	0,71

*p Test exact de fisher

4.3.5. Antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicide

La comparaison des antécédents familiaux de suicide et de tentatives de suicide entre les deux groupes de patients, avec et sans tentative de suicide, est présentée dans le tableau 5.

Les patients bipolaires hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide étaient plus nombreux à avoir des antécédents familiaux de tentative de suicide (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 6 patients sur 20, soit 30%) et de suicide (10 patients sur 20, soit 50% ; versus 8 patients sur 20, soit 40%) que les patients bipolaires non suicidants. Toutefois notre étude ne retrouvait pas de différence significative entre ces deux groupes, que ce soit pour les antécédents familiaux de tentatives de suicide (p=0,20) ou pour les antécédents familiaux de décès par suicide (p=0,75).

4.3.5.1. Antécédents familiaux de tentatives de suicide

Concernant les antécédents familiaux de tentatives de suicide, plus de la moitié des patients suicidants avait des antécédents familiaux de tentatives de suicide (11 patients sur 20, soit 55%) pour un peu moins d'un tiers des non suicidants (6 patients sur 20, soit 30%). Il s'agissait principalement chez les patients suicidants d'antécédents familiaux du premier degré (8 patients sur 20, soit 40%, avec un nombre moyen de tentatives de suicide de 1,25 ± 0,7). Les patients non suicidants, quant à eux, avaient autant d'antécédents familiaux de tentatives de suicide du premier degré que du second degré (3 patients sur 20, soit 15% au premier et au second degré, avec un nombre moyen de tentatives de suicide de 1 ± 0 au premier degré et 1,33 ± 0,57 au deuxième degré).

4.3.5.2. Antécédents familiaux de suicide

La moitié des patients suicidants avait dans antécédents familiaux de décès par suicide (10 patients sur 20, soit 50%), tandis que ceux-ci représentaient 40% (8 patients sur 20) des non suicidants. On avait davantage d'antécédents familiaux de décès par suicide au premier degré chez les patients suicidants comparativement aux patients non suicidants (7 patients sur 20, soit 35% versus 4 patients sur 20, soit 20%), avec un nombre moyen de décès par suicide de 1,14 ± 0,37 chez les suicidants et de 1 ± 0 chez les non suicidants. Inversement, on retrouvait moins d'antécédents familiaux de décès par suicide au deuxième degré chez les patients bipolaires suicidants (5 patients sur 20, soit 25%) avec un nombre moyen de suicides de 1,4 ± 0,89, comparativement aux patients non suicidants (7 patients sur 20, soit 35%), avec un nombre moyen de suicides de 1,28 ± 0,48 chez les non suicidants.

Tableau 5 : Comparaison des antécédents familiaux de suicide et de tentatives de suicide entre les patients bipolaires avec et sans tentative de suicide

Antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicide	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n = 20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n =20	**p***
Antécédents familiaux de tentatives de suicide, n (%)	11 (55%)	6 (30%)	0,20
Premier degré, n (%) Nombre de tentatives de suicide Médiane (étendu) Moyenne (écart type)	8 (40%) 1 (1-3) 1,25 (0,7)	3 (15%) 1 (1-1) 1 (0)	
Second degré, n (%) Nombre de tentatives de suicide Médiane (étendu) Moyenne (écart type)	5 (25%) 1 (1-1) 1 (0)	3 (15%) 1 (1-2) 1,33 (0,57)	
Antécédents familiaux de décès par suicide, n (%)	10 (50%)	8 (40%)	0,75
Premier degré, n (%) Nombre de décès par suicide Médiane (étendu) Moyenne (écart type)	7 (35%) 1 (1-2) 1,14 (0,37)	4 (20%) 1 (1-1) 1 (0)	
Second degré, n (%) Nombre de décès par suicide Médiane (étendu) Moyenne (écart type)	5 (25%) 1 (1-3) 1,4 (0,89)	7 (35%) 1 (1-2) 1,28 (0,48)	

*p test exact de Fischer

4.3.6. Antécédents personnels de tentatives de suicide

La comparaison des antécédents personnels de tentatives de suicide entre les deux groupes de patients bipolaires hospitalisés est présentée dans le tableau 6.

16 des 20 patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide, soit 80%, avaient des antécédents personnels de tentatives de suicide, avec un nombre moyen de

tentatives de suicide de 3,25 ± 1,6. Les patients non suicidants étaient moins nombreux à avoir des antécédents personnels de tentatives de suicide : 10 patients sur 20, soit 50% avec un nombre moyen de tentatives de suicide de 2,9 ± 2.

On observait également davantage de tentatives de suicide graves chez les patients suicidants comparativement aux non suicidants (9 patients sur 20, soit 45% ; versus 5 patients sur 20, soit 25%) avec un nombre moyen de tentatives de suicide grave semblable dans les deux groupes de 1,6 ± 0,5. Nous avons considéré une tentative de suicide comme grave, lorsqu'elle avait nécessité une hospitalisation en service de réanimation, une intervention chirurgicale, ou lorsque le moyen utilisé était la pendaison, la noyade, l'immolation, l'utilisation d'arme à feu, ou utilisation d'objet tranchant avec mise en jeu du pronostic vital.

Notre étude ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les antécédents de tentatives de suicide (p=0,45), et les antécédents de tentatives de suicide grave (p=0,32).

Tableau 6 : Comparaison des antécédents personnels de tentatives de suicide entre les deux groupes

Antécédents personnels de tentatives de suicide	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide n= 20**	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide n=20**	**p**
Antécédents de tentatives de suicide, n (%)	16 (80%)	10 (50%)	0,45
Nombre de tentatives de suicide			
Médiane (étendu)	3,5 (1-7)	3 (1-7)	
Moyenne (écart type)	3,25 (1,6)	2,9 (2)	
Antécédents de tentatives de suicide grave, n (%)	9 (45%)	5 (25%)	0,32
Nombre de tentatives de suicide grave			
Médiane (étendu)	2 (1-2)	2 (1-2)	
Moyenne (écart type)	1,6 (0,5)	1,6 (0,5)	

*p= test exacte de Fischer

4.3.7. Episode thymique actuel et caractéristiques de la tentative de suicide

4.3.7.1. Episode thymique actuel

La comparaison de l'épisode thymique actuel entre les deux groupes de patients bipolaires, suicidants et non suicidants, est présentée dans le tableau 7.

Dans notre étude, la moitié des patients bipolaires suicidants présentait un épisode dépressif majeur et l'autre moitié un état mixte. On comptait parmi eux, 7 patients sur 20, soit 35% de dépressions avec caractéristiques mixtes ; et 3 patients sur 20, soit 15% de manies-hypomanies avec caractéristiques mixtes. Aucun patient suicidant ne fut hospitalisé avec un épisode hypomaniaque ou maniaque.

60% des patients bipolaires non suicidants présentaient un épisode dépressif (12 patients sur 20, soit 60%) et 40% un état mixte (8 patients sur 20, soit 40%). Parmi eux, on comptait autant de dépressions avec caractéristiques mixtes que de manies-hypomanies avec caractéristiques mixtes (4 patients sur 20, soit 20% de dépressions avec caractéristiques mixtes et 4 patients sur 20, soit 20% de manies-hypomanies avec caractéristiques mixtes).

On avait donc plus de patients présentant un épisode mixte dans le groupe de patients bipolaires suicidants que dans le groupe de patients non suicidants (50% versus 40%), avec davantage de dépressions avec caractéristiques mixtes (35% versus 20%) et moins d'hypomanies-manies avec caractéristiques mixtes (15% versus 20%). Concernant la répartition entre épisode dépressif majeur et état mixte (p=0,75), ainsi que la répartition des dépressions avec caractéristiques mixtes et des manies-hypomanies avec caractéristiques mixtes (p=0,63), la différence n'était pas statistiquement significative entre les deux groupes de patients.

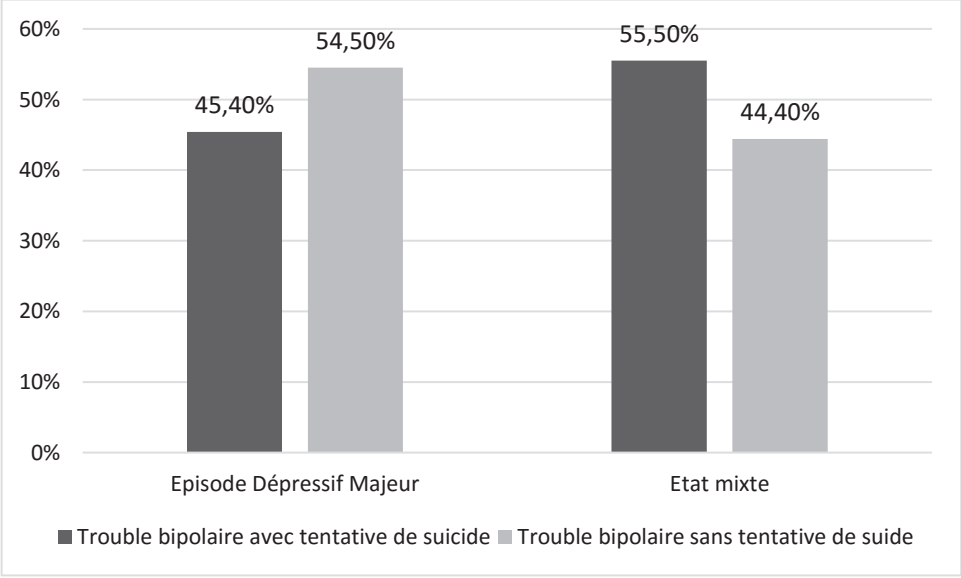
Tableau 7 : Comparaison entre les deux groupes de patients bipolaires, suicidants et non suicidants, de l'épisode thymique actuel

Episode thymique actuel	**Trouble bipolaire avec tentative de suicide** n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20	**p***
Episode dépressif majeur, n (%)	10 (50%)	12 (60%)	0,75
Etat mixte, n (%)	10 (50%)	8 (40%)	
Dépression avec caractéristiques mixtes, n (%)	7 (35%)	4 (20%)	0,63
Manie-hypomanie avec caractéristiques mixtes, n (%)	3 (15%)	4 (20%)	

*p = test exact de Fischer

La fréquence des tentatives de suicide en fonction de l'épisode thymique est représentée dans le graphique 2. On retrouvait parmi les 22 patients bipolaires présentant un épisode dépressif majeur, 10 patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide soit 45,4% ; tandis que la fréquence des tentatives de suicide chez les patients présentant un état mixte était plus élevée, atteignant 55,5% (10 patients sur 18).

Graphique 2 : Fréquence des tentatives de suicide en fonction de l'épisode thymique, en pourcentage



4.3.7.2. Caractéristiques de la tentative de suicide en fonction de l'épisode thymique

Les caractéristiques de la tentative de suicide en fonction de l'épisode thymique sont présentées dans le tableau 8.

Dans notre étude, on observait que la tentative de suicide était dans 85% des cas réalisée de manière impulsive et dans seulement 15% des cas préparée (17 patients sur 20, soit 85% ; versus 3 patients sur 20, soit 15%). On notait que le caractère impulsif de la tentative de suicide variait selon l'épisode thymique présenté. Elle concernait par ordre décroissant, les patients présentant une manie-hypomanie avec caractéristiques mixtes (3 patients sur 3, soit 100%), puis une dépression avec caractéristiques mixtes (6 patients sur 7, soit 85,7%), et enfin un épisode dépressif majeur (8 patients sur 10, soit 80%).

La tentative de suicide était non grave dans un peu plus des trois quarts des cas (16 patients sur 20, soit 80%) et considéré comme grave dans moins d'un tiers des cas (4 patients sur 20, soit 20%). Les tentatives de suicide non graves étaient toutes réalisés par Intoxication Médicamenteuse Volontaire, n'ayant pas nécessité d'hospitalisation en réanimation.

On pouvait constater que la fréquence des tentatives de suicide grave variait selon l'épisode thymique présenté. Par ordre de fréquence décroissante :

- 33,3% des hypomanies-manies avec caractéristiques mixtes (1 patient sur 3 soit 33,3%). Il s'agissait d'une tentative de précipitation d'une falaise. Le geste avait été arrêté par un passant.
- 28,6% des dépressions avec caractéristiques mixtes (2 patients sur 7, soit 28,6%). Il s'agissait d'une tentative de suicide par pendaison pour l'un, et d'une tentative de section de l'artère carotide pour l'autre.
- 10% des épisodes dépressifs majeurs (1 patient sur 10, soit 10%). Il s'agissait d'une tentative de suicide par pendaison.

70% des patients ont réalisé leur geste avec l'intention de se donner la mort (14 patients sur 20, soit 70%). L'intention de mourir au moment du geste concernait 71,4% des patients présentant une dépression avec caractéristiques mixtes (5 patients sur 7), 70% des patients présentant un épisode dépressif majeur (7 patients sur 10) et 66,7% des patients présentant une hypomanie ou manie avec caractéristiques mixtes (2 patients sur 3).

Tableau 8 : Caractéristiques de la tentative de suicide en fonction de l'épisode thymique

Caractéristiques du geste	**Episode dépressif majeur** n = 10	**Dépression avec caractéristiques mixtes** n = 7	**Hypomanie-Manie avec caractéristiques mixtes** n = 3	**Total**
Geste préparé, n (%) **Geste impulsif**, n (%)	2 (20%) 8 (80%)	1 (14,3%) 6 (85,7%)	0 (0%) 3 (100%)	3 (15%) 17 (85%)
Tentative de suicide non grave, n(%) **Tentative de suicide grave**, n (%)	9 (90%) 1 (10%)	5 (71,4%) 2 (28,6%)	2 (66,7%) 1 (33,3%)	16 (80%) 4 (20%)
Intention de mourir, n (%) **Sans intention de mourir**, n (%)	7 (70%) 3 (30%)	5 (71,4%) 2 (28,6%)	2 (66,7) 1 (33,3%)	14 (70%) 6 (30%)

4.3.8. Caractéristiques cliniques de la maladie

La comparaison des caractéristiques cliniques entre les patients bipolaires suicidants et non suicidants, est présentée dans le tableau 9.

4.3.8.1. Type de trouble bipolaire

On retrouvait légèrement plus de patients bipolaires de type II que de type I parmi les suicidants (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 9 patients sur 20, soit 45%). A l'inverse, parmi les patients non suicidants, les patients bipolaires de type II étaient moins nombreux que les patients bipolaires de type I (8 patients sur 20, soit 40% ; versus 12 patients sur 20, soit 60%). La différence entre les deux groupes n'était pas significative (p=0,52).

4.3.8.2. Polarité dépressive du premier épisode

Les patients bipolaires hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide étaient plus nombreux à présenter un premier épisode thymique de polarité dépressive que les patients non

suicidants (16 patients sur 20, soit 80% ; versus 12 patients sur 20, soit 60%). Cette différence n'était pas significative entre les deux groupes (p=0,30).

4.3.8.3. Polarité dépressive prédominante

Les patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide étaient plus nombreux à présenter une polarité dépressive prédominante (8 patients sur 20, soit 40% ; versus 5 patients sur 20, soit 25%). Cependant nous ne retrouvions pas différence significative entre les deux groupes (p=0,50).

4.3.8.4. Cycles rapides

On ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes de patients concernant la présence de cycles rapides (p=1). On comptait 3 patients parmi les suicidants, soit 15%, versus 2 patients parmi les non suicidants soit 10%.

4.3.8.5. Age du premier épisode thymique

Nous nous sommes ensuite intéressés à l'âge de survenue du premier épisode thymique. On pouvait observer que le premier épisode thymique survenait avant l'âge de 25 ans pour plus des trois quarts des suicidants, et pour la moitié des non suicidants (17 patients sur 20, soit 85% ; versus 10 patients sur 20, soit 50%), avec une différence significative entre les deux groupes (p = 0,04). La présence du premier épisode thymique avant l'âge de 25 ans augmentait le risque de tentative de suicide de 5,4 dans notre étude.

On pouvait observer que le premier épisode thymique survenait plus tôt chez les patients suicidants que chez les patients non suicidants, avec un âge moyen de survenue du premier épisode de 18,35 ± 7,10 ans versus 23,4 ± 7,93 ans. La différence était significative entre les deux groupes concernant l'âge du premier épisode thymique (p=0,04).

4.3.8.6. Age de la première prise en charge et âge du diagnostic

On ne retrouvait pas de différence significative concernant l'âge de la première prise en charge entre les deux groupes (p=0,91), avec un âge moyen de 29,9 ± 12,66 ans pour les patients bipolaires suicidants et de 30,3 ± 11,16 ans pour les patients non suicidants.

L'âge du diagnostic entre les deux groupes n'était pas significativement différent (p=0,80). On retrouvait un âge moyen du diagnostic de 35,7 ±13,83 ans pour les patients bipolaires suicidants et de 34,7 ± 11,94 ans pour les patients non suicidants.

Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques cliniques entre les 2 groupes de patients

Caractéristiques cliniques	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20	**p***
Type de trouble bipolaire, n (%) Type I Type II	 9 (45%) 11 (55%)	 12 (60%) 8 (40%)	0,52
Polarité dépressive du premier épisode, n (%)	16 (80%)	12 (60%)	0,30
Polarité dépressive prédominante, n (%)	8 (40%)	5 (25%)	0,50
Cycle rapide, n (%)	3 (15%)	2 (10%)	1
Age du premier épisode thymique, n (%) Avant 25 ans Après 25 ans	 17 (85%) 3 (15%)	 10 (50%) 10 (50%)	**0,04**[a]
Age du premier épisode thymique, en années Moyenne (écart type) Médiane (étendu)	 18,35 (7,10) 16 (10-40)	 23,4 (7,93) 24 (12-35)	**0,04**[b]
Age de la première prise en charge, en années Moyenne (écart type) Médiane (étendu)	 29,9 (12,66) 30 (15-61)	 30,3 (11,16) 28,5 (12-55)	0,91
Age du diagnostique, en années Moyenne (écart type) Médiane (étendu)	 35,7 (13,83) 35 (18-65)	 34,7 (11,94) 32 (15-63)	0,80

*p = test exact de Fisher pour des variables qualitatives et test de student pour des variables quantitatives

[a] = test exact de Fisher p = 0,04 OR= 5,4 Intervalle de confiance à 95% [1,0587 ;37,9829]

[b] = test de Student p = 0,04 Intervalle de confiance à 95% [-9,8732 ; -0,2268]

4.3.9. Comorbidités psychiatriques

La comparaison des comorbidités psychiatriques entre les deux groupes de patients, suicidants et non suicidants, est présentée dans le tableau 10.

Les patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide étaient plus nombreux à présenter une comorbidité anxieuse. On observait en effet, qu'environ deux tiers des suicidants (13 patients sur 20, soit 65%) présentaient une comorbidité anxieuse et moins de la moitié des patients non suicidants (9 patients sur 20, soit 45%), avec une différence non significative entre les deux groupes de patients (p=0,34). Dans les deux groupes de patients la comorbidité anxieuse la plus fréquente était le trouble panique (6 patients sur 20, soit 30% des suicidants, versus 4 patients sur 20, soit 20% des non suicidants) puis le trouble anxieux généralisé (4 patients sur 20, soit 20%, versus 3 patients sur 20, soit 15%), et enfin le trouble obsessionnel compulsif (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 1 patient sur 20, soit 5%) et la phobie sociale (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 1 patient sur 20, soit 5%). La comparaison des différentes comorbidités anxieuses entre les patients bipolaires suicidants et non suicidants est présentée dans le graphique 3.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux troubles de l'usage d'une substance. On pouvait remarquer que les suicidants étaient presque deux fois plus nombreux à présenter un trouble de l'usage d'une substance que les non suicidants (7 patients sur 20, soit 35% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%) avec une différence non significative (p=0,48). Dans les deux groupes, il s'agissait principalement de l'alcool (6 patients sur 20, soit 30% des suicidants, versus 4 patients sur 20, soit 20% des non suicidants), puis le cannabis (4 patients sur 20, soit 20% des suicidants, versus 1 patient sur 20, soit 5% des non suicidants). On retrouvait parmi les suicidants un patient qui présentait une addiction aux amphétamines. La comparaison d'un trouble de l'usage d'une substance entre les deux groupes est présentée dans le graphique 4.

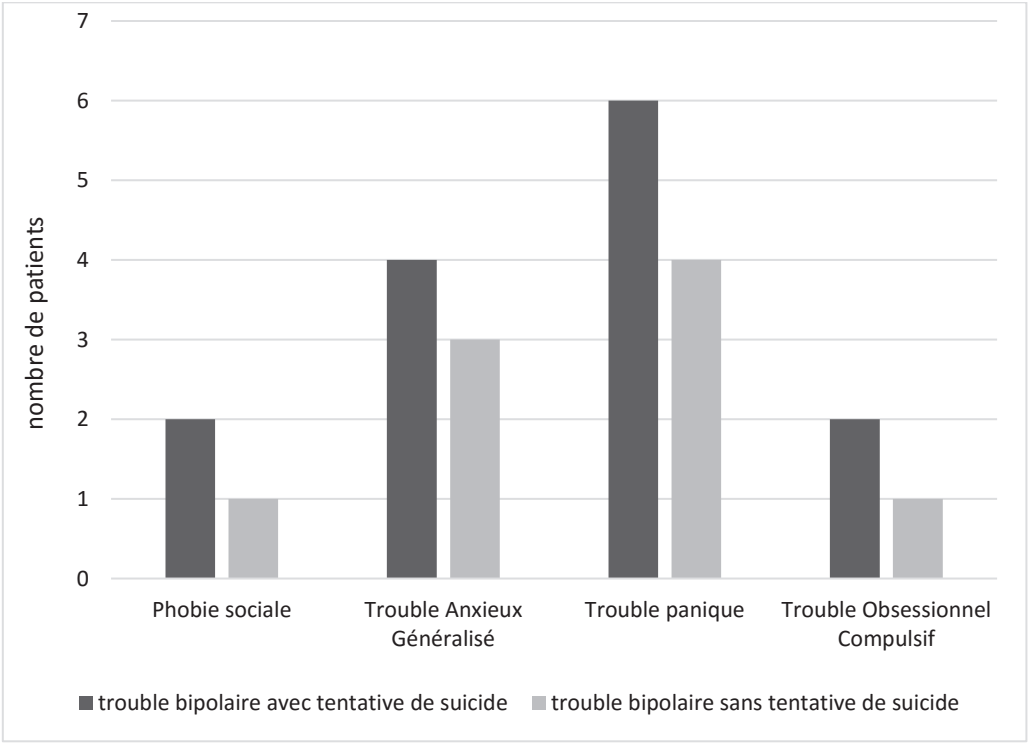
Le trouble de la personnalité borderline associé au trouble bipolaire était plus fréquent chez les patients hospitalisés pour tentative de suicide (12 patients sur 20, soit 60% ; versus 7 patients sur 20, soit 35%) avec une différence non significative (p=0,20).

Tableau 10 : Comparaison des comorbidités psychiatriques entre les patients bipolaires hospitalisés avec et sans tentative de suicide

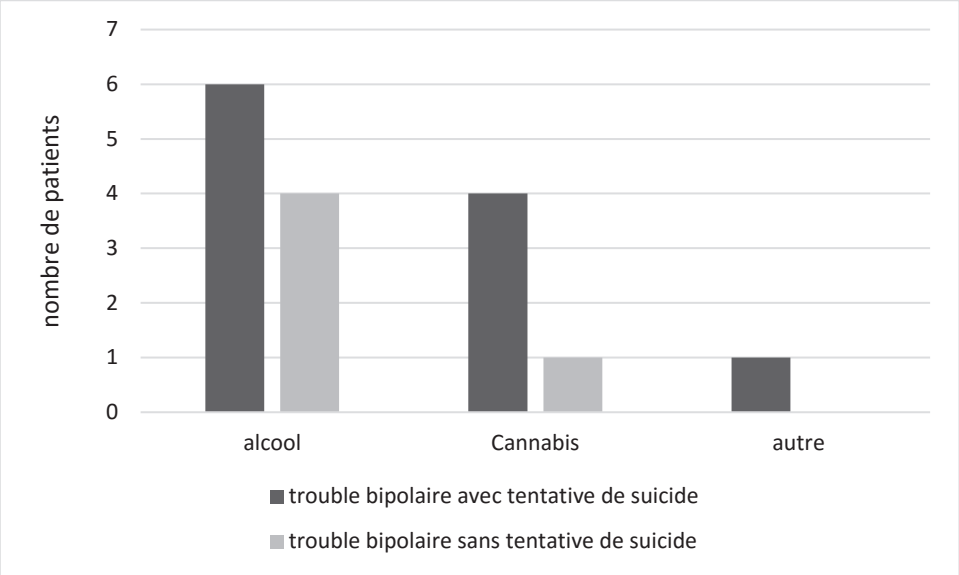
Comorbidités psychiatriques	**Trouble bipolaire avec tentatives de suicide** n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20	**p***
Comorbidité anxieuse, n (%)	13 (65%)	9 (45%)	0,34
Phobie sociale	2 (10%)	1 (5%)	
Trouble Anxieux généralisé	4 (20%)	3 (15%)	
Trouble panique	6 (30%)	4 (20%)	
Trouble obsessionnel compulsif	2 (10%)	1 (5%)	
Trouble de l'usage d'une substance, n (%)	7 (35%)	4 (20%)	0,48
Alcool	6 (30%)	4 (20%)	
Cannabis	4 (20%)	1 (5%)	
Autre	1 (5%)	0 (0%)	

*p = test exacte de Fischer

Graphique 3 : Comparaison des différentes comorbidités anxieuses entre les patients bipolaires hospitalisés avec et sans tentative de suicide



Graphique 4 : Comparaison des troubles de l'usage d'une substance entre les patients hospitalisés avec et sans tentative de suicide



4.3.10. Retard diagnostique et durée d'évolution dans la maladie

La comparaison entre les deux groupes concernant le délai entre le premier épisode thymique et le diagnostic, le délai entre la première prise en charge et le diagnostic, ainsi que la durée d'évolution dans la maladie sont présentées dans le tableau 11.

4.3.10.1. Délai entre le premier épisode thymique et le diagnostic

On observait que le délai moyen écoulé entre le premier épisode thymique et le diagnostic était plus élevé chez les bipolaires suicidants que chez les non suicidants (17,35 ± 12,85 ans versus 11,3 ± 10,84 ans). Cependant dans notre étude la différence entre les deux groupes n'était pas significative (p=0,11).

4.3.10.2. Délai entre la première prise en charge et le diagnostic

Nous nous sommes ensuite intéressés au temps écoulé entre la première prise en charge et le diagnostic de trouble bipolaire posé. On constatait que les bipolaires suicidants passaient plus de temps pris en charge sans diagnostic de trouble bipolaire que les non suicidants. Le délai moyen entre la première prise en charge et le diagnostic de trouble bipolaire était de 5,8

± 8,01 ans pour les suicidants et de 4,4 ± 4,12 ans pour les non suicidants, avec toutefois une différence non significative entre les deux groupes (p=0,49).

4.3.10.3. Durée d'évolution de la maladie

On observait chez les patients bipolaires suicidants une évolution plus longue dans la maladie que chez les patients non suicidants avec une moyenne de 25,15 ± 16,4 ans dans la maladie pour les suicidants et de 19,05 ± 12,60 ans pour les non suicidants ; avec cependant une différence qui n'était pas significative entre les deux groupes de patients (p=0,19).

Tableau 11 : Comparaison des délais 1er épisode thymique-diagnostic et 1ère prise en charge-diagnostic entre les patients hospitalisés avec et sans tentative de suicide

	Trouble bipolaire avec tentative de suicide n=20	**Trouble bipolaire sans tentative de suicide** n=20	**p***
Délai entre le 1er épisode thymique et le diagnostic, en années Moyenne (écart type) Médiane (étendu)	 17,35 (12,85) 15 (1-51)	 11,3 (10,84) 8,5 (2-48)	0,11
Délai entre la 1ère prise en charge et le diagnostic, en années Moyenne (écart type) Médiane (étendu)	 5,8 (8,01) 2,5 (0-30)	 4,4 (4,12) 3,5 (0-16)	0,49
Durée dans la maladie, en années Moyenne (écart type) Médiane (étendu)	 25,15 (16,4) 21,5 (1-64)	 19,05 (12,60) 16,5 (3-50)	0,19

* p = test de Student

5. DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer la fréquence des états mixtes chez les patients bipolaires hospitalisés suite à une tentative de suicide. Dans notre étude, le diagnostic d'état mixte s'est avéré nettement supérieur à ceux retrouvés dans les données de 2015 du Centre Hospitalier du Rouvray, que ce soit chez les patients bipolaires suicidants (10 patients sur 20 soit 50%, versus 4 admissions sur 113, soit 3,5%), mais également chez les bipolaires non suicidants (8 patients sur 20, soit 40%, versus 48 admissions sur 870, soit 5,5%).

5.1. Caractéristiques sociodémographiques

Notre étude retrouvait plus de femmes que d'hommes hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide (13 patients sur 20, soit 65% ; versus 7 patients sur 20, soit 35%), avec toutefois une différence de répartition selon le sexe, qui n'était pas significativement différente de celle des patients bipolaires non suicidants (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 9 patients sur 20, 45%) (p=0,74). Nos résultats se rapprochent de ceux de la littérature. Goffin K.C. et al. (Goffin et al., 2016) dans une étude sur 494 patients bipolaires, retrouvaient 67,8% de femmes dans le groupe de patients présentant des tentatives de suicide et 54,1% dans le groupe de patients sans tentative de suicide. Schaffer A. et al. dans sa méta-analyse de 2014 retrouvaient que les femmes avaient un risque de conduites suicidaires plus élevé que les hommes de 1,54 (Schaffer et al., 2014).

On n'observait pas de différence significative concernant l'âge médian des deux groupes de patients : 41,5 ans dans le groupes de patients suicidants et de 40,5 ans chez les non suicidants (p=0,83). Cependant, on pouvait constater que les patients suicidants étaient principalement âgés de 30 ans et moins ou plus de 50 ans ; tandis que les patients non suicidants avaient pour la plupart un âge compris entre 31 et 50 ans. La différence entre les deux groupes de patients n'était pas significative (test exact de Fisher, p = 0,052). Ces résultats ne sont pas en accord avec ceux retrouvés dans la littérature, notamment l'étude de 2013 de Park S. et al. (Park et al., 2013) portant sur les comportements suicidaires des patients atteints d'un trouble psychiatrique, qui constataient que les patients âgés de 15 à 24 ans avaient plus de comportements suicidaires que les patients plus âgés. Mais cette étude portait sur un ensemble de troubles psychiatriques, et n'était donc pas spécifiques au trouble bipolaire.

Nous nous sommes ensuite intéressés à leur situation maritale et professionnelle. Les patients suicidants étaient un peu plus nombreux que les non suicidants à être célibataires, séparés ou veufs (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 9 patients sur 20, soit 45%), non actifs (8 patients sur 20, soit 40% ; versus 7 patients sur 20, soit 35%), et à la retraite (3 patients sur 20, soit 15% ; versus 2 patients sur 20, soit 10%). Ces résultats sont en accord avec ceux retrouvés par Azorin J.M. et al. en 2009 (Azorin et al., 2009), dans une étude sur 1090 patients bipolaires, qui retrouvaient moins de patients mariés parmi les suicidants que chez les non suicidants (35,7% versus 38,9%), ou encore ceux de Antypa N. et al. en 2013 (Antypa et al., 2013), qui retrouvaient parmi les patients bipolaires avec antécédents de tentatives de suicide davantage de patients séparés, divorcés ou veufs. Tandis que d'autres études ne retrouvaient pas cette différence, comme l'étude rétrospective de Seo H.J. et al. en 2016 (Seo et al., 2016) portant sur 334 patients bipolaires hospitalisés, qui ne retrouvaient pas de différence significative concernant le sexe, le statut marital, le statut socioéconomique et la présence ou non d'un emploi.

Dans notre étude, la différence entre les deux groupes n'était pas significative concernant le statut marital ($p = 0,75$) et la situation professionnelle ($p = 0,67$). Cette absence de différence significative pourrait être expliquée par la petite taille de notre échantillon. Une étude de plus grande taille permettrait probablement de mettre cette différence en évidence.

Nous nous attendions à retrouver comme facteur protecteur la présence d'enfant comme le décrivaient Jaussent I. et Perroud N. en 2010 (I. Jaussent & N. Perroud, 2010), ainsi que Ruengorn C. et al. en 2012 (Ruengorn et al., 2012), qui observaient dans leur étude sur 489 patients, que l'absence d'enfant était un facteur de risque de tentative de suicide. Contrairement aux résultats de la littérature, nous avons observé dans notre étude davantage de patients suicidants que de patients non suicidants à avoir des enfants (17 patients sur 20, soit 85% ; versus 13 patients sur 20, soit 65%), avec une différence qui n'était pas significative entre les deux groupes ($p=0,27$). Parmi les suicidants, 4 patients décrivaient, soit des rapports conflictuels avec au moins un de leurs enfants, soit la présence d'une garde alternée concernant leurs enfants, et qui était vécu par les patients comme un facteur de stress.

Les patients bipolaires suicidants étaient moins nombreux à décrire leur entourage comme soutenant que les patients non suicidants, que ce soit l'entourage familial (10 patients sur 20, soit 50% ; versus 12 patients sur 20, soit 60%), amical (7 patients sur 20, soit 35% ;

versus 8 patients sur 20, soit 40%) ou professionnel (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 1 patient sur 20 soit 5%) ; mais également comme plus « délétère » et « néfaste » leur entourage familial (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 1 patient sur 20, soit 5%), amical (1 patient sur 20, soit 5% ; versus 0%), et professionnel (2 patients sur 20, soit 10% ; versus 0%). Nos résultats rejoignent les observations de Rhimer, pour qui les facteurs psychosociaux comme un bon étayage familial et social et des relations amicales diversifiées représenteraient un facteur protecteur.

5.2. Evènements de vie stressants

Nous nous sommes ensuite intéressés aux évènements de vie stressants entre les deux groupes de patients. Malgré le fait que l'on ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes de patients concernant les événements de vie stressants, on pouvait remarquer que les patients qui étaient hospitalisés suite à une tentative de suicide ont été plus exposés à des décès (11 patients sur 20, soit 55% ; versus 5 patients sur 20, soit 25%), ainsi qu'à un événement socio-familial (14 patients sur 20, soit 70% ; versus 10 patients sur 20, soit 50%), et notamment des disputes avec un membre de la famille. Les données de la littérature vont dans le même sens, comme celle de Leverich G.S. en 2003 (Leverich et al., 2003). Dans la plupart des cas, les patients expliquaient les raisons de leur tentative de suicide par la présence de facteur de stress psycho-sociaux.

5.3. Traumatisme et maltraitance dans l'enfance

Dans notre étude, on observait davantage d'événements traumatiques dans l'enfance chez les patients bipolaires suicidants, que ce soit le décès d'un des deux parents dans l'enfance (4 patients sur 20, soit 20% ; versus 2 patients sur 20, soit 10%), un traumatisme affectif dans l'enfance (15 patients sur 20, soit 75% ; versus 12 patients sur 20, soit 60%), une maltraitance physique (5 patients sur 20, soit 25% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%) et une maltraitance psychologique dans l'enfance (6 patients sur 20, soit 30% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%).

La différence n'était pas significative entre les deux groupes concernant les événements dans l'enfance, que ce soit le décès d'un des deux parents dans l'enfance ($p=0,66$), un traumatisme affectif dans l'enfance ($p=0,50$), une maltraitance physique ($p=1$) ou psychologique ($p=0,71$).

Ces résultats présentent plusieurs biais, le premier biais peut être une sous-évaluation. Il pouvait être difficile pour les patients d'évoquer des traumatismes et des maltraitances vécues dans leur enfance au cours d'un premier entretien. Le second biais est lié à l'absence d'utilisation d'échelle et de questionnaires spécifiques concernant le traumatisme dans l'enfance. Une étude utilisant un questionnaire comme par exemple le « questionnaire des traumatismes dans l'enfance. C.T.Q. » *(annexe 15)* permettrait une évaluation plus précise.

5.4. Antécédents familiaux de tentatives de suicide et de suicide

Nous nous sommes ensuite intéressés aux antécédents familiaux de suicide et de tentatives de suicide. Comme mentionnés dans la littérature, nous retrouvions davantage d'antécédents familiaux de décès par suicide chez les patients bipolaires suicidants (10 patients sur 20, soit 50% ; versus 8 patients sur 20, soit 40%), et notamment d'antécédents familiaux de suicide au premier degré (7 patients sur 20, soit 35% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%) avec un nombre moyen de suicide de 1,14 ± 0,37 chez les suicidants et de 1 ± 0 chez les non suicidants. Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature, avec toutefois des taux légèrement inférieurs aux nôtres, comme ceux retrouvé dans l'étude de Leverich G.S. et al. en 2003 (Leverich et al., 2003) portant sur 648 patients bipolaires, retrouvant 44% d'antécédents familiaux de décès par suicide parmi les patients avec comportements suicidaires, et 32% chez les patients sans comportement suicidaire. On peut citer également l'étude de Antypa N. et al. en 2013 (Antypa et al., 2013) qui retrouvaient des résultats allant dans le même sens (31,3% versus 21,1). Selon Hawton K. et al. en 2005 (Hawton et al., 2005), les antécédents familiaux de décès par suicide augmenteraient le risque de comportements suicidaires de 1,7 ; et de 3,19 selon Romero S. et al. en 2007 (Romero et al., 2007). Dans notre étude, la différence entre les deux groupes n'était pas significative pour les antécédents familiaux de décès par suicide (p=0,75), ce qui pourrait être expliqué par la petite taille de notre échantillon. Une étude avec un échantillon de plus grande taille permettrait sans doute de mettre en évidence cette différence.

Concernant les antécédents familiaux de tentatives de suicide, plus de la moitié des patients suicidants avaient des antécédents familiaux de tentatives de suicide (11 patients sur 20, soit 55%) et un peu moins d'un tiers des non suicidants (6 patients sur 20, soit 30%). Il s'agissait principalement chez les patients suicidants d'antécédents familiaux du premier degré (8 patients sur 20, soit 40%, avec un nombre moyen de tentative de suicide de 1,25 ±

0,7). Les patients non suicidants quant à eux avaient autant d'antécédents familiaux de tentatives de suicide du premier degré que du second degré (3 patients sur 20, soit 15% au premier et au second degré, avec un nombre moyen de tentatives de suicide de 1 ± 0 au premier degré et 1,33 ± 0,57 au deuxième degré). Nos résultats sont bien plus élevés que ceux de Parmentier C. (Parmentier et al., 2012), qui retrouvait la présence d'antécédents familiaux de tentatives de suicide chez 26,9% des patients bipolaires suicidants et 27,3% des patients non suicidants. Nous ne retrouvons pas, dans notre étude, de différence significative entre les deux groupes de patients, suicidants et non suicidants, concernant la présence d'antécédent familiaux de tentative de suicide (p=0,20), ce qui est en accord avec les résultats de Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012).

5.5. Antécédents personnels de tentatives de suicide et de tentatives de suicide grave

Nous avons ensuite étudié les antécédents personnels de tentatives de suicide entre nos deux groupes de patients. Nous observions dans notre étude que 80% des patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide avaient des antécédents personnels de tentatives de suicide avec un nombre moyen de tentatives de suicide de 3,25 ± 1,6 tandis que les patients non suicidants étaient moins nombreux (10 patients soit 50%) avec un nombre moyen de tentatives de suicide de 2,9 ±2. Valtonen H.M. et al. retrouvaient des chiffres proches des nôtres, il constatait que 90% des patients qui présentaient une tentative de suicide avaient des antécédents de tentatives de suicide (Valtonen et al., 2006). Ils concluaient dans cette étude que la présence d'antécédents de tentatives de suicide était le facteur prédictif le plus élevé de conduites suicidaires, avec un risque de 3,8. Cette observation fut retrouvée dans de nombreuses études : Antypa N. et al. (Antypa et al., 2013), avec un risque de 2,60 ; Tidemalm D. et al. (Tidemalm et al., 2014), avec un risque de 3,93 pour les hommes et 4,24 pour les femmes.

On observait également davantage de tentatives de suicide graves chez les patients bipolaires hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide que chez ceux sans tentative de suicide (9 patients soit 45%, versus 5 patients soit 25%) avec un nombre moyen de tentatives de suicide grave de 1,6 ± 0,5 dans les deux groupes.

Dans notre étude, la différence n'était pas significative entre les deux groupes concernant les antécédents de tentatives de suicide (p= 0,45) et les antécédents de tentatives de suicide grave (p=0,32). Le nombre de patients n'étant pas suffisamment grand, les résultats de notre

étude n'étaient pas significatifs. Il peut également exister un biais de remémoration dans l'étude, puisque le nombre de tentatives de suicide non grave et non médicalisé au Centre Hospitalier du Rouvray reposait sur le souvenir des patients.

5.6. Episode thymique actuel et caractéristiques de la tentative de suicide

5.6.1. Episode thymique actuel

Nous avons observé, dans notre échantillon, parmi les patients hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide, 7 patients soit 35% qui présentaient une dépression avec caractéristiques mixtes et 3 patients soit 15% une hypomanie ou manie avec caractéristiques mixtes, selon les critères du DSM-5. En regroupant ces diagnostics en une entité, l'état mixte, on observait donc que la moitié des patients hospitalisés pour tentative de suicide présentaient un état mixte. L'autre moitié correspondait à des épisodes dépressifs majeurs et aucun patient hypomane ou maniaque ne fut hospitalisé dans les suites d'une tentative de suicide. Pour obtenir un groupe contrôle, nous avons donc choisi de recruter les patients bipolaires hospitalisés sans tentative de suicide à l'exception de ceux qui présentaient une hypomanie ou une manie. On retrouvait dans le groupe contrôle 8 patients présentant un épisode mixte, soit 40%, dont 4 patients présentant une dépression avec caractéristiques mixtes, soit 20% et 4 patients présentant une hypomanie ou manie avec caractéristiques mixtes, soit 20%.

Comme nous l'avons vu, les données de la littérature concernant le taux d'état mixte sont très variables selon les critères choisis pour définir l'état mixte, mais la plupart des études s'accordent à dire que l'état mixte constitue un facteur de risque de tentatives de suicide dans le trouble bipolaire. Ce qui correspond aux résultats retrouvés dans notre étude. On retrouvait davantage d'état mixte parmi les suicidants (10 patients sur 20, soit 50%) que parmi les non suicidants (8 patients sur 20, soit 40%). Nos résultats sont plus élevés que ceux des études se basant sur les critères diagnostics du DSM-IV, ce qui était attendu étant donné le caractère très restrictif que le DSM-IV donne à l'état mixte. L'étude rétrospective de Shim I.H. et al. de 2014, incluant 334 patients bipolaires hospitalisés pour épisode aigü, retrouvait 19,6% d'état mixte selon les critères du DSM-5, dont 15,7% de manie/hypomanie avec caractéristiques mixtes et 3,9% de dépression avec caractéristiques mixtes (Shim et al., 2014). Ces chiffres ne peuvent pas être comparés à ceux de notre étude puisque nous avons choisi d'exclure de notre échantillon contrôle les épisodes hypomaniaques et maniaques.

Disalver S.C. et al. en 1994, retrouvaient que la suicidalité des patients bipolaires en phase de manie mixte pouvait attendre 50% contre 2% en cas d'épisode maniaque (Disalver et al., 1994).

On pouvait observer que le nombre de dépressions avec caractéristiques mixtes était plus important chez les suicidants (7 patients sur 20, soit 35% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%), et celui de la manie-hypomanie avec caractéristiques mixtes moins importants (3 patients sur 20, soit 15% ; versus 4 patients sur 20, soit 20%). Balázs J. et al. (Balázs et al., 2006), dans son étude qui portait sur un échantillon de 100 patients âgés de 18 à 65 ans, évalués dans les 24 heures qui suivaient une tentative de suicide, retrouvaient des chiffres beaucoup plus élevés de dépressions mixtes, atteignant 63%.

Certains auteurs regroupaient dans leurs études les états mixtes avec, soit les épisodes dépressifs, soit les épisodes maniaques, ce qui rend plus difficile la comparaison des résultats entre ces études. Goffin K.C. et al. (Goffin et al., 2016), regroupaient les états mixtes avec les épisodes dépressifs, et ne retrouvaient pas de différence entre les patients suicidants et non suicidants, (36,9% versus 36,2) avec la définition du DSM-IV.

L'étude de González-Pinto A. et al. retrouvaient que le comportement suicidaire était plus fortement associé au groupe de patients bipolaires avec états mixtes (30%) comparativement au groupe sans état mixte (13%), avec un risque multiplié par 2,84 (González-Pinto et al., 2011). Les résultats de notre étude vont dans le même sens mais avec des taux beaucoup plus élevés (55,5% versus 45,4%), et une différence qui n'est pas significative (p=0,78).

Une étude avec un échantillon de plus grande taille donnerait des résultats plus précis que les nôtres concernant la fréquence des dépressions avec caractéristiques mixtes et la fréquence des hypomanies-manies avec caractéristiques mixtes.

5.6.2. Caractéristiques de la tentative de suicide

Dans notre étude, on observait parmi les patients bipolaires suicidants, que 70% avaient l'intention de se donner la mort au moment du geste (14 patients sur 20, soit 70%), 20% ont réalisé une tentative de suicide grave (4 patients sur 20, soit 20%), et 85% décrivaient leur geste comme impulsif (17 patients sur 20, soit 85%). Le caractère impulsif des tentatives de

suicide dans le trouble bipolaire a déjà été décrit dans la littérature. Swann A.C. et al. (Swann et al., 2005), constataient que l'impulsivité dans le trouble bipolaire était associée aux antécédents de tentatives de suicide graves.

On constatait que la fréquence des tentatives de suicide impulsives et la fréquence des tentatives de suicide graves concernaient davantage les patients présentant un état mixte (hypomanie-manie avec caractéristique mixte et dépression avec caractéristique mixte) que ceux présentant un épisode dépressif majeur. On notait que les tentatives de suicide impulsives concernaient 100% des patients présentant une hypomanie-manie avec caractéristiques mixtes (3 patients sur 3 soit 100%), 85,7% de ceux qui présentaient une dépression avec caractéristiques mixtes (6 patients sur 7 soit 85,7%), et 80% des épisodes dépressifs majeurs (8 patients sur 10 soit 80%). Quant aux tentatives de suicide graves, elles concernaient 33,3% des hypomanies-manies avec caractéristiques mixtes (1 patient sur 3 soit 33,3%) ; 28,6% des dépressions avec caractéristiques mixtes (2 patients sur 7, soit 28,6%), 10% des épisodes dépressifs majeurs (1 patient sur 10, soit 10%).

Tandis que l'intention de se donner la mort concernait davantage les patients présentant une dépression avec caractéristiques mixtes (5 patients sur 7, soit 71,4%) et un épisode dépressif majeur (7 patients sur 10, soit 70%) qu'une hypomanie-manie avec caractéristiques mixtes (2 patients sur 3, soit 66,7%).

5.7. Caractéristiques cliniques de la maladie

5.7.1. Age de début précoce

On observait dans notre étude une différence significative (p=0,04) concernant l'âge du premier épisode thymique, avec un premier épisode thymique survenant avant l'âge de 25 ans pour 85% des suicidants (17 patients sur 20, soit 85%) et 50% des patients bipolaires non suicidants (10 patients sur 20, soit 50%). La survenue du premier épisode thymique avant l'âge de 25 ans augmentait le risque de tentative de suicide de 5,4 dans notre étude.

On retrouvait un âge moyen d'entrée dans la maladie de 18,35 ± 7,10 ans dans le premier groupe et de 23,4 ± 7,93 ans dans le second groupe, avec une différence significative (p=0,04). De nombreuse études ont démontré que les patients bipolaires présentant des tentatives de suicide ont un âge d'entrée dans la maladie plus précoce que ceux qui n'ont pas de conduite suicidaire. Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012) dans une étude portant sur 652 patients bipolaires euthymiques, retrouvaient un âge moyen d'entrée dans la maladie de

23 ans chez les patients bipolaires avec antécédents de tentatives de suicide et de 27 ans chez les patients sans antécédents de tentative de suicide. Pour Goffin K.C. et al. (Goffin et al., 2016), 30,9% des patients bipolaires avec tentatives de suicide ont présenté leur premier épisode thymique avant l'âge de 13 ans, alors qu'ils représentaient 17,3% dans le groupe de patients sans tentative de suicide.

Notre étude retrouvait une entrée dans la maladie de 5 ans plus tôt chez les patients bipolaires suicidants, tandis que la méta-analyse de Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014) retrouvait un chiffre légèrement plus bas de 2,99 ans.

Dans notre étude, il peut exister un biais de remémoration, l'année du premier épisode thymique reposant sur la mémoire du patient. On peut également souligner que nos résultats ne peuvent pas être pris en compte, puisque nous n'avons pas comparé la présence ou l'absence d'antécédents de tentatives de suicide mais la présence ou l'absence d'une tentative de suicide au décours de leur admission au Centre Hospitalier du Rouvray.

5.7.2. Type de trouble bipolaire

On observait légèrement plus de patients bipolaires de type II que de type I dans le groupe de patients bipolaires admis dans les suites d'une tentative de suicide (11 patients soit 55% et 9 patients soit 45%). A l'inverse, parmi les patients non suicidants, les patients bipolaires de type II étaient moins nombreux que les patients bipolaires de type I (8 patients sur 20, soit 40% ; versus 12 patients sur 20, soit 60%). La différence entre les deux groupes n'était pas significative (p=0,52). La plupart des études vont dans le même sens, on peut citer celle de Isometsa E. et al. (Isometsa, 2014), et les méta-analyses de Novick D.M. et al. (Novick DM et al., 2010), Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014).

5.7.3. Polarité dépressive du premier épisode

Dans notre échantillon, les suicidants étaient plus nombreux à présenter un premier épisode thymique de polarité dépressive comparativement aux non suicidants. Ils représentaient plus des trois quarts des suicidants (16 patients sur 20, soit 80%) et un peu plus de la moitié des non suicidants (12 patients sur 20, soit 60%). La différence n'était pas significative (p=0,30) contrairement aux données de la littérature qui retrouvaient un risque de tentative de suicide 2 fois plus élevé selon la méta-analyse de Schaffer A. et al. (Schaffer et

al., 2014), voire même multiplié par 8 pour Chaudhury S.R. et al. (Chaudhury et al., 2007) dans une étude sur 113 patients bipolaires.

5.7.4. Polarité dépressive prédominante

Nous nous sommes ensuite intéressé aux liens existant entre tentative de suicide et polarité prédominante dépressive. Dans notre échantillon, on observait que 32,5% des patients répondaient aux critères de polarité prédominante dépressive. Un peu moins de la moitié des suicidants (8 patients sur 20, soit 40%), et un quart des non suicidants (5 patients sur 20, soit 25%) étaient concernés avec toutefois une différence entre les deux groupes qui n'était pas significative (p=0,50). Colom F. et al. (Colom et al., 2006), retrouvaient des taux similaires, avec 35% qui présentaient une polarité dépressive prédominante parmi les patients bipolaires avec des antécédents de tentatives de suicide. Tandis que l'étude de Baldessarini R.J. et al. (Baldessarini et al., 2012) retrouvaient des taux légèrement plus faibles que les nôtres, avec 21,4% des patients présentant une polarité dépressive prédominante (32,5% dans notre étude).

5.7.5. Cycles rapides

Nous retrouvons dans notre étude plus de patients suicidants présentant un cycle rapide (3 patients sur 20, soit 15%) que parmi les non suicidants (2 patients sur 20, soit 10%). Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature, avec 10,1% versus 4,1% dans l'étude de Seo H.J. et al. portant sur 334 patients bipolaires (Seo et al., 2016) et 16% versus 8% pour Parmentier C. et al. (Parmentier et al., 2012). Nos résultats, contrairement aux données de la littérature, ne mettent pas en évidence de différence significative entre les deux groupes de patients (p=1). Un échantillon de plus grande taille permettrait probablement de mettre en évidence une différence significative.

5.7.6. Durée d'évolution de la maladie

On pouvait constater chez les patients suicidants une durée dans la maladie plus longue que chez les patients non suicidants avec une moyenne de 25,15 ± 16,4 ans dans la maladie versus 19,05 ± 12,60 ans, avec cependant une différence qui n'était pas significative entre les deux groupes de patients (p=0,19). L'étude récente de Goffin K.C. et al. en 2016 (Goffin et

al., 2016) allait dans le même sens avec des durées dans la maladie légèrement moins élevées que les nôtres (21 ans versus 16 ans), comme celle de Bellivier F., 17 ans versus 13,6 ans (Bellivier et al., 2011).

Contrairement aux données de la littérature, nos résultats n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes concernant la durée dans la maladie, et ceci, probablement liés à la petite taille de notre échantillon. Une étude de plus grande taille permettrait probablement de mettre en évidence cette différence. Dans notre étude, il peut exister un biais de remémoration, l'année du premier épisode thymique reposant sur la mémoire du patient.

5.8. Comorbidités psychiatriques

5.8.1. Trouble de l'usage d'une substance

Quant à un trouble de l'usage d'une substance, on observait dans notre étude que les patients bipolaires suicidants étaient plus nombreux que les non suicidants à présenter cette comorbidité (7 patients sur 20, soit 35% versus 4 patients sur 20, soit 20%). On retrouvait davantage chez les patients suicidants une comorbidité alcoolique (30% versus 20%) et une consommation de cannabis (20% versus 5%). On retrouvait également chez les suicidants un patient qui présentait une addiction aux amphétamines. Les données de la littérature vont dans le même sens, retrouvant comme facteur de risque suicidaire la comorbidité alcoolique. On peut citer l'étude de Finseth P.I.et al. en 2012 (37,6% versus 18,6%)(Finseth et al., 2012). Oquendo M.A. et al., dans son étude sur 1641 patients bipolaires, constataient que la comorbidité alcoolique augmentait le risque de tentative de suicide par 2,25 (25% versus 15%) (Oquendo et al., 2010).

Contrairement aux données de la littérature, nous ne retrouvions pas de différences significatives entre les deux groupes (p=0,48). On peut citer la méta analyse de Schaffer A. et al. (Schaffer et al., 2014) qui retrouvait que l'alcool augmentait de 1,6 le risque de conduites suicidaires chez les patients bipolaires, le cannabis de 1,29, la consommation de substance illicites de 1,7. Une étude avec un échantillon de plus grande taille permettrait de confirmer cette différence.

5.8.2. Trouble de la personnalité borderline

Les troubles de la personnalité borderline n'ont pas été mentionnés dans le tableau des résultats de l'étude. Il était difficile d'évaluer au cours d'un seul entretien, et qui plus est, lors d'un épisode de décompensation thymique, l'impulsivité lors des phases d'euthymie, l'instabilité affective, et les modes de relations interpersonnels. Le diagnostic différentiel peut être difficile à établir compte-tenu de la labilité émotionnelle, de l'irritabilité et de l'impulsivité dans le trouble de la personnalité borderline. Les taux sont très variables en fonction des études. Le risque de tentative de suicide en présence d'un trouble de la personnalité borderline comorbide varie selon les études, de 2,5 selon la méta-analyse de Schaffer et al. (Schaffer A. et al. 2014), à 6 selon Neves F.S. et al. (Neves et al., 2009).

Nous avons donc essayé de comparer le taux de trouble de la personnalité borderline comorbide dans les deux groupes. On retrouvait parmi les suicidants 12 patients, soit 60%, et 7 patients, soit 35%, parmi les non suicidants. Une étude prospective avec un échantillon de plus grande taille serait intéressante, afin d'avoir une validité du diagnostic de trouble de la personnalité borderline.

5.8.3. Comorbidité anxieuse

La fréquence des comorbidités anxieuses dans le trouble bipolaire varie selon les études, avec des résultats très hétérogènes allant de 30% jusqu'à 90% selon Kessler R.C. et al. (Kessler et al., 1994), Cazard F. et al. (Cazard & Ferreri, 2013) et Kaladjian A. et al. (Kaladjian et al., 2014). Cependant la plupart des études s'accordent à dire qu'en présence de cette comorbidité, le risque de tentative de suicide chez les patients bipolaires se trouve augmenté. Pour Schaffer et al. (Schaffer et al., 2014), le risque augmenterait par 1,81 le risque de comportement suicidaire et selon Simon G.E. et al. (Simon et al., 2007), le risque de tentatives de suicide serait multiplié par 1,40 et le risque de décès par suicide par 1,81. Nos résultats vont dans le même sens que les données de la littérature, avec davantage de patients suicidants qui présentaient une comorbidité anxieuse (13 patients sur 20, soit 65% ; versus 9 patients sur 20, soit 45%), avec toutefois des taux légèrement plus faibles que ceux retrouvé par l'étude de Goffin K.C. et al. (2016) portant sur 494 patients bipolaires (72,4% versus 62,6%).

Dans notre étude nous retrouvions dans nos deux groupes de patients, par ordre décroissant, la présence d'un trouble panique (30% versus 20%), d'un trouble anxieux généralisé (20% versus 15%). Puis un trouble obsessionnel compulsif (10% versus 5%) et une phobie social (10% versus 5%). Simon N.M. et al. (Simon, N.M. et al., 2007) dans une étude sur 258 patients bipolaires retrouvent des chiffres bien plus élevés que les nôtres, avec en présence, un trouble panique (51,9% versus 34,4%), une phobie sociale (57,6% versus 31%), un trouble anxieux généralisé (51,4% versus 32,5%).

Notre étude ne retrouvait pas de différence significative (p=0,34) entre les deux groupes de patients, ceci probablement liée au faible nombre de patients dans notre échantillon.

5.9. Retard diagnostique et retard de prise en charge

Dans notre étude, les patients suicidants avaient une période sans diagnostic de trouble bipolaire plus longue que les non suicidants. On retrouvait une moyenne de 17,35 ±12,85 ans entre le premier épisode thymique et le diagnostic chez les suicidants et 11,3 ±10,84 ans chez les non suicidants. Ces données vont dans le même sens que ceux de la littérature, avec toutefois dans la littérature des délais moins longs que les notre. On peut citer l'étude de Nery-Fernandes F. sur 268 patients bipolaires de type I qui retrouvaient un délai de 10 ans chez les suicidants, 7 ans chez les non suicidants (Nery-Fernandes et al., 2012).

Nous nous sommes ensuite intéressé au temps de prise en charge sans diagnostic de trouble bipolaire posé. Nous avons pu constater que les suicidants passaient également plus de temps pris en charge sans diagnostic de trouble bipolaire que les non suicidants, 5,8 ± 8,01 ans versus 4,4 ± 4,12 ans. La littérature va dans le même sens que nos résultats. Stang P.E. et al. (Stang et al., 2006), à partir de données informatiques concernant 1084 patients bipolaires, constataient un temps médian de 21 mois écoulé entre la première prise en charge et le diagnostic de trouble bipolaire posé. Ils soulignaient également qu'ils retrouvaient de grandes variations, avec 31% des patients qui recevaient un traitement au cours des 6 premiers mois de prise en charge et 33% après 4 ans.

Contrairement aux données de la littérature, nos résultats n'ont pas montré de différence significative entre les deux groupes, concernant le délai entre le premier épisode thymique et le diagnostic de trouble bipolaire (p=0,11), et le délai entre la première prise en charge et le diagnostic de trouble bipolaire (p=0,49), ceci, probablement liés à la petite taille de notre

échantillon. Une étude de plus grande taille permettrait probablement de mettre en évidence cette différence. Il peut exister dans notre étude un biais de remémoration. L'année du premier épisode thymique, de la première prise en charge et du diagnostic reposaient la mémoire du patient.

6. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif de décrire les caractéristiques cliniques des patients bipolaires hospitalisés au Centre Hospitalier du Rouvray dans les suites d'une tentative de suicide et d'évaluer la fréquence des états mixtes dans le passage à l'acte. Dans notre étude, les patients suicidants étaient plus nombreux que les non suicidants à présenter un état mixte (50% versus 40%) et notamment une dépression avec caractéristiques mixes (35% versus 20%). Dans notre étude, la présence d'un état mixte (manie-hypomanie avec caractéristiques mixtes et épisode dépressif avec caractéristiques mixtes) avait donc tendance à augmenter le risque de tentative de suicide. Ces résultats ne sont pas en accord avec ceux retrouvés dans les données du Centre Hospitalier du Rouvray sur l'année 2015, qui retrouvaient davantage d'état mixte chez les patients bipolaires non suicidants que parmi les patients bipolaires suicidants (5,5% versus 3,5%). On pouvait également constater que les tentatives de suicide graves et les tentatives de suicide impulsives concernaient davantage les états mixtes (manies-hypomanies avec caractéristiques mixtes et épisodes dépressifs avec caractéristiques mixtes) que les épisodes dépressifs majeurs et que l'intention de se donner la mort concernait davantage les dépressions avec caractéristiques mixtes. On peut également souligner dans notre étude que la durée dans la maladie était plus longue chez les patients bipolaires hospitalisés suite à une tentative de suicide, ainsi que le temps dans la maladie avant la première prise en charge, mais également la durée de prise en charge sans diagnostic de trouble bipolaire.

On observait également que les patients bipolaires suicidants, comparativement aux patients non suicidants, étaient majoritairement de sexe féminin, âgés de 30 ans et moins, ou de plus de 50 ans, célibataires, séparés ou veufs, ayant des enfants, et non actifs. Ils étaient également plus nombreux à décrire leur entourage familial et amical comme moins soutenant voire délétère, à avoir vécu des traumatismes et des maltraitances psychologiques ou physiques dans l'enfance. On remarquait qu'ils étaient plus nombreux à présenter des antécédents familiaux au premier degré et au second degré de tentative de suicide, ainsi que des antécédents familiaux au premier degré de décès par suicides. On retrouvait également chez les patients bipolaires hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide, davantage de trouble bipolaire de type II, une polarité dépressive du premier épisode ainsi qu'une polarité dépressive prédominante.

La seule différence significative dans notre étude concernait l'âge du premier épisode thymique, avec un âge d'entrée dans la maladie plus précoce chez les patients suicidants. La

survenue du premier épisode thymique avant l'âge de 25 ans augmentait de manière significative le risque de tentative de suicide de 5,4.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques du trouble bipolaire selon le DSM-5

- Trouble bipolaire de type I
- Trouble bipolaire de type II
- Trouble cyclothymique
- Trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/un médicament
- Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale
- Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié
- Trouble bipolaire ou apparenté non spécifié

Trouble bipolaire de type I (DSM-5)

A. A répondu aux critères d'au moins un épisode maniaque.
B. La survenue de l'épisode ou des épisodes maniaques ou dépressifs n'est pas mieux expliquée par un trouble schizotypique, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique spécifié ou non spécifié.

Trouble bipolaire de type II (DSM-5)

A. Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque et au moins pour un épisode dépressif caractérisé.
B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.
C. L'apparition de(s) l'épisode(s) hypomaniaque(s) et de(s) l'épisode(s) dépressif(s) n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.
D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causés par l'alternance fréquente entre des périodes de dépression et d'hypomanie entrainent une souffrance importante ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Trouble cyclothymique (DSM-5)

A. Existence pendant au moins 2 ans (au moins 1 chez les enfants et les adolescents) de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé.
B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus, les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes.
C. Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis.
D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique.
E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou à une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
F. Les symptômes entrainent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Annexe 2 : Classification du trouble bipolaire selon la CIM-10

F30 Episode maniaque	
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie sans symptômes psychotiques
F30.2	Manie avec symptômes psychotiques
F30.8	Autres épisodes maniaques
F30.9	Episode maniaque, sans précision

F31 Trouble affectif bipolaire		
F31.0	Trouble affection bipolaire, épisode actuel hypomaniaque	
F31.1	Trouble affectif bipolaire épisode actuel maniaque sans symptôme psychotiques	
F31.2	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques	
F31.3	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne	
	.30	sans syndrome somatique
	.31	avec syndrome somatique
F31.4	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, sans symptôme psychotique	
F31.5	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques	
F31.6	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte	
F31.7	Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission	
F31.8	Autres troubles affectifs bipolaires	
F31.9	Trouble affectif bipolaire, sans précision	

Etat mixte selon la CIM-10

F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
A. L'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée, soit par une alternance rapide (en l'espace de quelques heures), de symptômes hypomaniaques, maniaques et dépressifs. B. Des symptômes maniaques et dépressifs doivent être conjointement au premier plan, la plupart du temps, pendant une période d'au moins deux semaines. C. Présence, dans le passé, d'au moins un épisode affectif répondant aux critères d'un épisode hypomaniaque ou maniaque (F30.), ou d'un épisode affectif mixte (F38.00).

Annexe 3 : épisode maniaque et hypomaniaque selon le DSM-5

Critères diagnostiques d'un épisode maniaque selon le DSM-5

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
   1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
   2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
   3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
   4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
   1- Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
   2- Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but).
   3- Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnable).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entrainer une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale.

NB : Un épisode maniaque complet qui apparait au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, sismothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire de type 1.

Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque selon le DSM-5

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivant (4 si humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
   1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
   2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
   3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
   4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
   5. Distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
   6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
   7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entrainer une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement)

NB : Un épisode hypomaniaque complet qui apparait au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, sismothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être diagnostiqué comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, la prudence s'impose car un ou deux symptômes (en particulier une augmentation de l'irritabilité, de la nervosité ou l'agitation après la prise d'un traitement antidépresseur) ne sont pas suffisants pour un diagnostic d'épisode hypomaniaque, et ne sont pas obligatoirement indicatifs d'une diathèse bipolaire.

Annexe 4 : Episode dépressif majeur DSM-5

Selon les critères du DSM-5 qui correspond à la définition américaine, un épisode dépressif caractérisé se caractérise par :

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5% en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
   (NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante), presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autre domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale

NB : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, un manque d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés compte tenu de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Annexe 5 : La phobie sociale selon le DSM-5

A. Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p. ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

B. La personne craint d'agir ou de monter des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

C. Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

D. Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense.

E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entrainent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables ou effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ni à une autre affection médicale.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme.

J. Si une autre affection médicale est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

Annexe 6 : Le trouble anxieux généralisé selon le DSM-5

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telle que le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés a trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :
   1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
   2. Fatigabilité.
   3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
   4. Tension musculaire.
   5. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entrainent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnelle ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

Annexe 7 : Le trouble panique selon le DSM-5

A. Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de craintes intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

NB : La montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

1. Palpitations, battements de cœur sensible ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

NB : Des symptômes en lien avec la culture (p. ex. acouphènes, douleur au cou, céphalées, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être observés. De tels symptômes ne peuvent pas compter pour un des quatre symptômes requis.

B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes suivants :
   1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences (p. ex. perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
   2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques (p. ex. comportements en lien avec l'évitement du déclanchement d'une attaque de panique, tels que l'évitement d'exercices ou de situations non familières).

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie, affection cardiopulmonaire).

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

Annexe 8 : L'état de stress post-traumatique selon le DSM-5

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
   1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
   2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
   3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
   4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
      NB : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévisions, films, ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnel.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
   1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
   2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
   3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)
   4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
   5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
   1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des événements suivants :
   1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
   2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux »).
   3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer d'autres personnes.
   4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
   5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
   6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
   7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenu du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
   1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
   2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
   3. Hypervigilance.
   4. Réaction de sursaut exagérée.
   5. Problème de concentration.
   6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraine une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

L'état de stress post-traumatique ou PTSD survient à la suite d'un événement traumatisant. Ce diagnostic nécessite la présence durable de manifestations évocatrice de la pathologie post-traumatique.

Le syndrome de répétition : Après une période de latence de quelques semaines voire quelques mois ou années, le sujet va revivre à travers des cauchemars ou des flash-back éveillés, l'évènement traumatisant.

L'hypervigilance : Le sujet est en alerte permanent réagissant de manière disproportionnée aux stimuli lui faisant évoquer l'événement traumatisant. Cette hypervigilance accroit elle-même l'hyperréactivité neurovégétative expliquant ainsi les réactions de sursaut, majorant l'irritabilité et les crises de colère.

L'évitement : pour éviter les reviviscences pénibles et douloureuses, le sujet va éviter tous indices pouvant lui faire évoquer l'événement traumatique : images, pensées, activités, lieu. Cet évitement va s'étendre progressivement donnant au sujet une impression de détachement, d'émoussement pouvant aboutir à un retrait social.

Annexe 9 : Le trouble obsessionnel compulsif selon le DSM-5

A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux :
   Obsessions définies par (1) et (2) :
   1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entrainent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
   2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c.-à-d. en faisant une compulsion).

   Compulsions définies par (1) et (2) :
   1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussée à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
   2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un évènement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental.

Annexe 10 : Les troubles de la personnalité borderline selon le DSM-5

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparait au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (NB : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérées dans le critère 5.)
2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduites automobile dangereuse, crises de boulimie). (NB : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
7. Sentiments chroniques de vide.
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétés).
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Annexe 11 : Trouble de l'usage de l'alcool selon le DSM-5

A. Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
   1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévue.
   2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou controler la consommation d'alcool.
   3. Beaucoup de temps est passée à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
   4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
   5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
   6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
   7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
   8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
   9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
   10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
      a. Besoin de quantité notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
      b. Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
   11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
      a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool.
      b. L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Annexe 12 : Trouble de l'usage du cannabis selon le DSM-5

A. Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
   1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
   2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
   3. Beaucoup de temps est passée à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
   4. Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
   5. Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
   6. Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
   7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
   8. Usage répété de cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
   9. L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
   10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
      a) Besoin de quantité notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
      b) Effet notablement diminué en cas de l'usage continu d'une même quantité de cannabis.
   11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
      a) Syndrome de sevrage caractéristique du cannabis.
      b) Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Annexe 13 : Inventaire des raisons de vivre

IRV-48

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : _____

Consignes : Voici une liste de raisons que les gens donnent parfois pour ne pas commettre un suicide. Même si vous n'avez jamais envisagé ou que vous croyez fermement que vous n'envisagerez jamais sérieusement de vous suicider, lisez chaque énoncé puis évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces raisons pour ne pas vous suicider à ce moment de votre vie. Assurez-vous d'indiquer un nombre correspondant à votre perception pour chaque énoncé. Souvenez-vous, il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses.

1- Pas du tout importante (ou ne s'applique pas)
2- Très peu importante
3- Peu importante
4- Importante
5- Très importante
6- Tout à fait importante

____ 1- Vous avez des responsabilités et des obligations envers votre famille

____ 2- Vous croyez que vous pouvez vous ajuster et apprendre à composer avec vos problèmes

____ 3- Vous croyez avoir le contrôle de votre vie et de votre destinée

____ 4- Vous avez le désir de vivre

____ 5- Vous croyez que Dieu seul a le droit de mettre fin à une vie

____ 6- Vous avez peur de la mort

____ 7- Votre famille pourrait croire que vous ne l'aimiez pas

____ 8- Vous ne croyez pas que les choses sont suffisamment misérables et désespérantes pour désirer mourir

____ 9- Votre famille dépend et a besoin de vous

____ 10- Vous ne voulez pas mourir

____ 11- Vous voulez voir vos enfants grandir

____ 12- Votre vie est la seule chose que vous possédez et c'est mieux que rien

____ 13- Vous avez des plans futurs que vous aimeriez réaliser

- Peu importe si vous vous sentez mal, vous savez que ça ne durera pas ____ 14.
- Vous avez peur de l'inconnu ____ 15.
- Vous aimez et appréciez trop votre famille pour la quitter ____ 16.
- Vous voulez expérimenter tout ce que la vie peut vous offrir et il y a plusieurs choses que vous n'avez pas encore faites et que vous désirez faire ____ 17.
- Vous avez peur que la méthode pour vous tuer échoue ____ 18.
- Vous tenez suffisamment à vous-même pour vivre ____ 19.
- Votre vie est trop belle et précieuse pour y mettre fin ____ 20.

1- Il ne serait pas juste de laisser vos enfants aux autres pour qu'ils en prennent soin ____ 21
2- Vous croyez que vous pouvez trouver d'autres solutions à vos problèmes ____ 22
3- Vous avez peur d'aller en enfer ____ 23
4- Vous aimez la vie ____ 24
5- Vous êtes trop équilibré pour vous tuer ____ 25
6- Vous êtes un lâche et vous n'avez pas le courage de vous tuer ____ 26
7- Vos croyances religieuses vous interdisent de vous tuer ____ 27
8- Votre suicide aurait un effet nuisible sur vos enfants ____ 28
9- Vous êtes curieux de voir ce que l'avenir vous réserve ____ 29
0- Votre suicide blessera trop votre famille et vous ne voulez pas qu'elle en souffre ____ 30
- Vous êtes préoccupé par ce que les autres penseraient de vous ____ 31
- Vous croyez que chaque chose peut bien tourner ____ 32
- Vous ne pouvez décider où, quand et comment vous tuer ____ 33
- Vous considérez le fait de vous tuer comme moralement mauvais ____ 34
- Vous avez encore plusieurs choses à réaliser ____ 35
- Vous avez le courage d'affronter la vie ____ 36
- Vous êtes heureux et content de votre vie ____ 37
- Vous avez peur du « geste » de vous tuer (la douleur, le sang, la violence) ____ 38.

____ 39- Vous croyez que ce n'est pas en vous donnant la mort que vous réglerez vos problèmes

____ 40- Vous avez l'espoir que les choses vont s'améliorer et que l'avenir sera meilleur

____ 41- Les autres penseraient que vous êtes un faible et un égoïste

____ 42- Vous avez une tendance innée à survivre

____ 43- Vous ne voulez pas que les autres pensent que vous n'avez pas le contrôle de votre vie

____ 44- Vous croyez que vous pouvez trouver une raison pour vivre

____ 45- Vous n'avez aucune raison de précipiter votre mort

____ 46- Vous êtes peu doué pour que votre méthode de vous tuer soit efficace

____ 47- Vous ne voulez pas que votre famille se sente coupable par la suite

____ 48- Vous ne voulez pas que votre famille pense que vous étiez un égoïste et un lâche

Annexe 14 : Inventaires d'événements de vie de Paykel

L'INVENTAIRE D'EVENEMENTS DE VIE DE PAYKEL

E.S. PAYKEL ET S.P. MANGEN
Traduction française: J.M. BASTYNS et J.MENDLEWICZ

NOM: _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PRENOM: _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SEXE: |_| AGE: _|_| DATE: _|_|_|_|_|_|

EXAMINATEUR: _|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

---

TRAVAIL

01 Changement de type de travail : par exemple, commencer à travailler pour la première fois après un laps de temps **substantiel**, ou changer de type de travail avec un nouvel employeur.

"**Substantiel**" concerne le statut occupationnel préalable.

Pour des hommes économiquement actifs et pour des femmes célibataires : **six mois**. Pour les autres (y compris des ménagères reprenant une activité professionnelle) : **trois ans**.

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

03 Changement substantiel dans les heures de travail (y compris prendre un deuxième travail).

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

05 Promotion - changement spécifique dans le grade avec changement concomitant du salaire ou réévaluation salariale. Non pas une simple augmentation des responsabilités, ce qui serait coché 02

06 Régression professionnelle - Même critère qu'en 05.

07 Renvoi professionnel. (Licenciement ou mise en chômage technique).

08 Mise à la retraite. Cocher, même si la personne prend un travail partiel immédiatement après sa retraite.

09 Sans emploi depuis un mois ou plus (y compris ceux qui arrêtent ou sont renvoyés et ne trouvent pas un autre travail). Ne pas cocher s'il était prévu que le travail serait temporaire. Inclure ceux qui arrêtent le travail, en restant volontairement sans emploi.

10 Faillite (cocher seulement pour les propriétaires et la direction. Pour l'épouse et les cohabitants, cocher 17, si cela entraîne des difficultés financières).

ENSEIGNEMENT

11 Début d'un enseignement partiel ou plein temps (y compris un programme de formation ne pas inclure des cours par correspondance, qui ne mèneraient pas à une qualification formelle, ni un programme léger de cours du soir).

12 Changement d'école.

13 Arrêt d'un enseignement plein temps, par exemple, obtention d'un diplôme ou abandon.

14 Important échec scolaire.

15 Préparation au passage d'un examen important (y compris une thèse importante). Ne pas inclure d'examens de routine ou de fin de semestre, excepté :

a) première série d'examens dans un collège (première candidature) ;

b) après un échec, continuer des études incertaines. Inclure également un accroissement de tâches (recueil de données, rédaction d'une thèse) nécessitant de prendre au maximum sur son temps de loisirs ou son temps d'étude, ou de prendre congé du travail pour étudier.

FINANCES

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

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

honorer un prêt hypothécaire.

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

SANTE

19 Maladie physique importante, blessure ou accident du (de la) patient(e), hospitalisation, intervention chirurgicale ou maladie nécessitant un mois d'absence professionnelle.

20 Maladie physique ou psychique, importante, touchant la famille proche (parents, épouse, tante favorite, fratrie) n'entraînant pas de décès. Définition de maladie : mêmes critères qu'en 19.

21 Grossesse désirée (cocher également pour le père). Coter le moment de la découverte.

22 Grossesse indésirée (cocher aussi pour le père). Coter le moment de la découverte.

23 Fausse couche, avortement, mort-né.

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

25 Ménopause (cocher seulement le début ou le changement important de la menstruation : irrégularité du cycle, espacement, etc.).

DEUIL

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

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

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

29 Décès de l'épouse.

30 Perte ou vol d'un objet ayant une valeur personnelle ou réelle (par exemple, bague de mariage, bijou, objet sentimental, somme représentant au moins le revenu salarial net hebdomadaire, animal de la famille).

DEMENAGEMENT

31 Dans la même ville.

32 Dans une autre ville (pour les étudiants, cocher uniquement un déménagement initial ou final ; ne pas tenir compte de déplacements de vacances).

33 Dans un autre pays.

RELATION AMOUREUSE ET COHABITATION

34 Fiançailles.

35 Rupture de fiançailles.

36 Fin d'une relation sérieuse en cours depuis trois mois au plus (y compris une relation homosexuelle).

37 **Dispute sérieuse**, difficultés avec fiancé(e) ou avec un partenaire de longue date, homo ou hétérosexuel, (y compris des difficultés sexuelles importantes). Une **"dispute sérieuse"** implique une modification du comportement, de l'un ou des deux partenaires, pendant un minimum de cinq jours.

LEGALITE

(Si sentence pénale, coder le moment de la sentence.)

38 Délit mineur sans passage devant un tribunal, par exemple, une contravention de roulage : parking, excès de vitesse (y compris les étudiants qui ont des problèmes disciplinaires avec les autorités de l'école).

39 Délit plus important avec passage devant le tribunal, y compris les peines avec sursis et la probation. Y inclure la suspension du permis de conduire.

40 Peine de prison (condamnation).

41 Problèmes juridiques particulièrement complexes et inhabituels.

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

EVENEMENT SOCIO-FAMILIAL

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

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

45 **Nouvelle personne** (autre que 43 et 44) **arrivant dans le ménage**, par exemple, un pensionnaire, un parent, un locataire partageant la pièce de séjour et prenant les repas avec la famille. Inclure des orphelins pris en charge pour des périodes brèves. Par **"personne arrivant dans le ménage"**, on entend un séjour de trois mois au moins, s'il s'agit d'un individu, deux mois au moins s'il s'agit de deux ou plusieurs personnes.

46 Fiançailles d'un enfant.

47 Mariage d'un enfant (avec consentement).

48 Mariage d'un enfant (sans consentement).

49 Enfant quittant le domicile pour d'autres raisons (par exemple, collège, institution, ou service militaire).

50 **Dispute sérieuse** ou problèmes avec un membre de la famille résident. (Inclure les problèmes comportementaux des enfants. Ne pas cocher s'il s'agit d'un conflit typiquement parents-enfant, par exemple, la rébellion modérée de l'adolescent. Cocher comme maladie psychique s'il en résulte une hospitalisation ou une institutionnalisation.)

Une "dispute sérieuse" implique une modification du comportement d'un, de deux, ou de tous les membres du ménage pendant un minimum de cinq jours. Coter aussi les troubles de comportement d'un enfant, si cela peut entraîner des sanctions légales (vol) ou si l'enfant est référé à un organisme professionnel.

51 **Dispute sérieuse** avec un non-résident : membre de la famille proche (parents, beaux-parents, fratrie), voisin ou ami intime.

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

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

Ceci s'applique à :

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

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

53 Séparation d'une personne importante (par exemple, le départ d'un ami proche ou d'un

thérapeute qu'on avait l'habitude de voir, en moyenne, au moins toutes les deux semaines).

54 Problèmes conjugaux chez des membres de la famille proche, par exemple le divorce des parents, un enfant séparé du conjoint, début de conflits majeurs pouvant mener à une séparation.

EVENEMENT CONJUGAL

55 Mariage.

56 **Dispute sérieuse** avec le conjoint.

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

57 Séparation conjugale pendant un mois, non due à une dispute. Ne pas cocher si un contact était maintenu, ou si le conjoint travaillant dehors passait ses week-ends au domicile, ou si le conjoint hospitalisé recevait des visites régulières.

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

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

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

61 Amélioration marquée de la relation avec le partenaire.

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

63 Divorce (en cours ou prononcé).

DIVERS

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

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

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

Annexe 15 : Questionnaire des traumatismes dans l'enfance C.T.Q.

C.T.Q.

(Questionnaire des traumatismes de l'enfance)

2 mars 1993

Traduction et adaptation :
P. Baud et A. Malafosse : 16.10.2003

Code: .....

Date: .....

Sexe: .....

Age: .....

Instructions: Ce questionnaire porte sur certaines expériences que vous auriez pu vivre **au cours de votre enfance ou de votre adolescence.**
Pour chaque affirmation, cochez la case qui convient le mieux. Bien que certaines questions concernent des sujets intimes et personnels, il est important de répondre complètement et aussi honnêtement que possible.

Au cours de mon enfance et/ou de mon adolescence :

	Jamais	Rare-ment	Quel-quefois	Souvent	Très souvent
1. Il m'est arrivé de ne pas avoir assez à manger	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger	☐	☐	☐	☐	☐
3. Des membres de ma famille me disaient que j'étais « stupide » ou « paresseux » ou « laid »	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mes parents étaient trop saouls ou « pétés » pour s'occuper de la famille	☐	☐	☐	☐	☐
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou particulier	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je devais porter des vêtements sales	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je me sentais aimé(e)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je pensais que mes parents n'avaient pas souhaité ma naissance	☐	☐	☐	☐	☐
9. J'ai été frappé(e) si fort par un membre de ma famille que j'ai dû consulter un docteur ou aller à l'hôpital	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je n'aurais rien voulu changer à ma famille	☐	☐	☐	☐	☐
11. Un membre de ma famille m'a frappé(e) si fort que j'ai eu des bleus ou des marques	☐	☐	☐	☐	☐

	Jamais	Rare-ment	Quel-quefois	Souvent	Très souvent
12. J'étais puni(e) au moyen d'une ceinture, d'un bâton, d'une corde ou de quelque autre objet dur	☐	☐	☐	☐	☐
13. Les membres de ma famille étaient attentifs les uns aux autres	☐	☐	☐	☐	☐
14. Les membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je pense que j'ai été physiquement maltraité(e)	☐	☐	☐	☐	☐
16. J'ai eu une enfance parfaite	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'ai été frappé(e) ou battu(e) si fort que quelqu'un l'a remarqué (par ex. un professeur, un voisin ou un docteur)	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'avais le sentiment que quelqu'un dans ma famille me détestait	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres	☐	☐	☐	☐	☐
20. Quelqu'un a essayé de me faire des attouchements sexuels ou de m'en faire faire	☐	☐	☐	☐	☐
21. Quelqu'un a menacé de me blesser ou de raconter des mensonges à mon sujet, si je ne faisais pas quelque chose de nature sexuelle avec lui	☐	☐	☐	☐	☐
22. J'avais la meilleure famille du monde	☐	☐	☐	☐	☐
23. Quelqu'un a essayé de me faire faire des actes sexuels ou de me faire regarder de tels actes	☐	☐	☐	☐	☐
24. J'ai été victime d'abus sexuels	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je pense que j'ai été maltraité affectivement	☐	☐	☐	☐	☐
26. Il y avait quelqu'un pour m'emmener chez le docteur si j'en avais besoin	☐	☐	☐	☐	☐
27. Je pense qu'on a abusé de moi sexuellement	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ma famille était une source de force et de soutien	☐	☐	☐	☐	☐

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Aaltonen, K., Näätänen, P., Heikkinen, M., Koivisto, M., Baryshnikov, I., Karpov, B. et al. (2016). Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, *193*, 318-330. http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.033

Adida, M., Kaladjian, A., Fakra, E., Belzeaux, R., & Azorin, J. M. (2014). Troubles affectifs et comorbidités addictives en dehors de l'alcool. *L'Encéphale*, *40*, S8-S13. http://doi.org/10.1016/S0013-7006(14)70124-1

Altamura, A. C., Dell'Osso, B., Berlin, H. A., Buoli, M., Bassetti, R., & Mundo, E. (2010). Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *260*(5), 385-391. http://doi.org/10.1007/s00406-009-0085-2

Álvarez, M.-J., Roura, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J., & Arrufat, F.-X. (2011). Prevalence and Clinical Impact of Childhood Trauma in Patients With Severe Mental Disorders: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(3), 156-161. http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c751c

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th éd (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association,2. Traduction française : JD Guelfi et al. Paris, Masson, 2003.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.

Angst, J., Angst, F., Gerber-Werder, R., & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *9*(3), 279-300. http://doi.org/10.1080/13811110590929488

Angst, J., & Gamma, A. (2002). A new bipolar spectrum concept: a brief review. *Bipolar Disorders*, *4*(s1), 11-14. http://doi.org/10.1034/j.1399-5618.4.s1.1.x

Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, *73*(1-2), 133-146. http://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00322-1

Antypa, N., Antonioli, M., & Serretti, A. (2013). Clinical, psychological and environmental predictors of prospective suicide events in patients with Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *47*(11), 1800-1808. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.08.005

Aubry, J.-M., Weibel, S., & Bertschy, G., (2014). Etats mixtes: De la dépression mixte à la manie dysphorique. In *Les troubles bipolaires* (p. 43-49). Lavoisier.

Azorin, J.-M., Kaladjian, A., Adida, M., Hantouche, E., Hameg, A., Lancrenon, S., & Akiskal, H. S. (2009). Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(2), 115-120. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.07.004

Balázs, J., Benazzi, F., Rihmer, Z., Rihmer, A., Akiskal, K. K., & Akiskal, H. S. (2006). The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: Implications for suicide prevention. *Journal of Affective Disorders*, *91*(2-3), 133-138. http://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.049

Baldessarini, R. J., Pompili, M., & Tondo, L. (2006). Suicide in bipolar disorder: Risks and management. *CNS Spectrums*, *11*(6), 465-471.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Baethge, C. J., Lepri, B., & Bratti, I. M. (2007). Effects of treatment latency on response to maintenance treatment in manic-depressive disorders. *Bipolar Disorders*, *9*(4), 386-393. http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00385.x

Baldessarini, R. J., Undurraga, J., Vázquez, G. H., Tondo, L., Salvatore, P., Ha, K., et al. (2012). Predominant recurrence polarity among 928 adult international bipolar I disorder patients: Predominant polarity in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(4), 293-302. http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01818.x

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343-352. http://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343

Bellivier, F. (2009). Facteurs de vulnérabilité génétique des troubles bipolaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *167*(10), 796-802. http://doi.org/10.1016/j.amp.2009.09.007

Bellivier, F., Yon, L., Luquiens, A., Azorin, J.-M., Bertsch, J., Gerard, S., et al. (2011). Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM): Suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, *13*(4), 377-386. http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2011.00926.x

Blandin, E. & Gorwood, P. (2014). Troubles bipolaires et co-morbidités addictives. In *Les troubles bipolaires*. Lavoisier.

Bourgeois, M.L., Gay, C., Henry, C., & Masson, M. (2014). *Les troubles bipolaires* (lavoisier).

Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 125-135. http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.066

Carrà, G., Bartoli, F., Crocamo, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2015). Cannabis use disorder as a correlate of suicide attempts among people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *17*(1), 113-114. http://doi.org/10.1111/bdi.12282

Carvalho, A. F., McIntyre, R. S., Dimelis, D., Gonda, X., Berk, M., Nunes-Neto, P. R., et al. (2014). Predominant polarity as a course specifier for bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *163*, 56-64. http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.035

Cassidy, F., Ahearn, E., Murry, E., Forest, K., & Carroll, B. J. (2000). Diagnostic depressive symptoms of the mixed bipolar episode. *Psychological Medicine*, *30*(2), 403-411. http://doi.org/10.1017/S0033291799001312

Cassidy, F., Yatham, L. N., Berk, M., & Grof, P. (2008). Pure and mixed manic subtypes: a review of diagnostic classification and validation. *Bipolar Disorders*, *10*(1 Pt 2), 131-143. http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00558.x

Cazard, F., & Ferreri, F. (2013). Troubles bipolaires et troubles anxieux comorbides : impact pronostique et enjeux therapeutiques. *L'Encéphale*, *39*(1), 66-74. http://doi.org/10.1016/j.encep.2012.04.005

Charles S, Ducher JL, Renoux M. Échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher (RSD). Actual Psychiatr 1990 ; 7 : 59.

Chaudhury, S. R., Grunebaum, M. F., Galfalvy, H. C., Burke, A. K., Sher, L., Parsey, R. V., et al. (2007). Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, *104*(1-3), 245-250. http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.02.022

Colom, F., Vieta, E., Daban, C., Pacchiarotti, I., & Sánchez-Moreno, J. (2006). Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *93*(1-3), 13-17. http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.032

Coryell, W., Solomon, D. A., Fiedorowicz, J. G., Endicott, J., Schettler, P. J., & Judd, L. L. (2009). Anxiety and outcome in bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(11), 1238-1243. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020218

Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A. C., Endicott, J., et al. (2003). The Long-term Course of Rapid-Cycling Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*(9), 914. http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.914

Courtet, P. & Guillaume, S. (2010). Troubles bipolaires et risque suicidaire. In *Suicide et tentatives de suicide* (p. 124-127). Flammarion.

Courtet P., & Guillaume S.Olié E. (2014). Troubles bipolaires et risque suicidaire. In *Les troubles bipolaires* (p. 214-219). Lavoisier.

De Carvalho, W., Nuss, P., Blin, P., Arnaud, R., Filipovics, A., Loze, J.-Y., & Dillenschneider, A. (2012). Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de patients souffrant de troubles bipolaires suivis en ambulatoire en France

métropolitaine. *L'Encéphale*, *38*(3), 211-223. http://doi.org/10.1016/j.encep.2012.04.007

Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, *22*(5), 437-452. http://doi.org/10.3109/09540261.2010.514601

Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, & Krajewski KJ. (1994). Suicidality in patients with pure and depressive mania. *American Journal of Psychiatry*, *151*(9), 1312-1315. http://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1312

Ducher, J.-L., de Chazeron, I., & Llorca, P.-M. (2016). Suicide et évaluation. Revue des outils disponibles en français : approche non dimensionnelle et autoquestionnaires. *L'Encéphale*. http://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.004

Ernoult, E. (2012, octobre 22). *De la psychose maniaco-dépressive au spectre bipolaire: considèration critique à propos de l'élargissement de la bipolarité*. Thèse (université d'Angers)

Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., et al. (2013). Childhood Trauma Is Associated With Severe Clinical Characteristics of Bipolar Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(10), 991-998. http://doi.org/10.4088/JCP.13m08353

Etain, B. (2014). Traumatisme affectif dans l'enfance et troubles bipolaires. In *Les troubles bipolaires*. Lavoisier.

Finseth, P. I., Morken, G., Andreassen, O. A., Malt, U. F., & Vaaler, A. E. (2012). Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar Disorders*, *14*(7), 727-734. http://doi.org/10.1111/bdi.12004

First, M. B. (2011). DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*(1), 1-9. http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328340b594

Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., et al. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders

comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *195*, 105-118. http://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.040

Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 1-11. http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023

Gao, K., Tolliver, B. K., Kemp, D. E., Ganocy, S. J., Bilali, S., Brady, K. L., et al. (2009). Correlates of historical suicide attempt in rapid-cycling bipolar disorder: a cross-sectional assessment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(7), 1032-1040.

Garno, J. L., Goldberg, J. F., Ramirez, P. M., & Ritzler, B. A. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *186*, 121-125. http://doi.org/10.1192/bjp.186.2.121

Garrabé, J. (2014). Remarques historiques sur la nosographie des troubles thymiques : de la psychose maniaco-dépressive à la bipolarité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *172*(8), 642-651. http://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.003

George, E. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Taylor, D. O. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders*, *5*(2), 115-122. http://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2003.00028.x

Goffin, K. C., Dell'Osso, B., Miller, S., Wang, P. W., Holtzman, J. N., Hooshmand, F., & Ketter, T. A. (2016). Different characteristics associated with suicide attempts among bipolar I versus bipolar II disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, *76*, 94-100. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.006

Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Montebovi, F., Campi, S., Dome, P., et al. (2012). Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *Journal of Affective Disorders*, *143*(1-3), 16-26. http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.041

González-Pinto, A., Barbeito, S., Alonso, M., Alberich, S., Haidar, M. K., Vieta, E., et al. (2011). Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the

Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(5), 671-676. http://doi.org/10.4088/JCP.09m05483yel

Gorwood, P., LeStrat, Y., & Wohl, M. (2008). Comorbidité addictive des troubles bipolaires. *L'Encéphale*, *34*, S138–S142.

Grunebaum, M.F., Ramsay, S.R., Galfalvy, H.C., Ellis, S.P., Burke, A.K., Sher, L., Printz, D.J., Kahn, D.A., J.J., Oquendo, M.A., 2006. Correlates of suicide attempt history in bipolar disorder: a stress-diathesis perspective. Bipolar disorder 8, 551-557. (s. d.).

Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., Rihmer, Z., Malafosse, A., & Courtet, P. (2010). Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, *122*(1-2), 53-59. http://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.006

Hantouche, E., Angst, J., & Azorin, J.-M. (2010). Explained factors of suicide attempts in major depression. *Journal of Affective Disorders*, *127*(1-3), 305-308. http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.032

HAS. (2000, octobre). Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaitre est prendre en charge. Consulté 31 mars 2015, à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(6), 693-704.

Hirschfeld, R. M. A., Holzer, C., Calabrese, J. R., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., et al. (2003). Validity of the Mood Disorder Questionnaire: A General Population Study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 178-180. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.178

Isometsa, E. (2014, mars). Suicidal Behaviour in Mood Disorders-Who,When, and Why? *La Revue canadienne de psychiatrie*.

Jaussent, I., & Perroud, N., (2010). Evaluation du risque suicidaire dans la pratique. In *Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier.

Kaladjian, A., Adida, M., Belzeaux, R., & Azorin, J. M. (2014). Troubles affectifs et comorbidités anxieuses. *L'Encéphale*, *40*, S18-S22. http://doi.org/10.1016/S0013-7006(14)70126-5

Kédia, M., Fliou, Y., & Bellivier, F. (2012). Conduites suicidaires et troubles bipolaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *170*(1), 62-65. http://doi.org/10.1016/j.amp.2011.11.005

Kessler, R. C. (1997). Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *54*(4), 313. http://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160031005

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*(1), 8-19.

Koukopoulos, A., & Koukopoulos, A. (1999). Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *The Psychiatric Clinics of North America*, *22*(3), 547-564.

Leverich, G. S., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Suppes, T., Keck, P. E., McElroy, S. L., et al. (2003). Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(5), 506-515.

Leweke, F. M., & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*, *13*(2), 264-275. http://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00106.x

Llorca, P.-M., Charpeaud, T., & Samalin, L. (2012). États mixtes. *L'Encéphale*, *38*, S179-S185. http://doi.org/10.1016/S0013-7006(12)70097-0

Maron, M., & Vaiva, G. (2012). Polarité prédominante, mixité et suicide. *L'Encéphale*, *38*, S155-S159. http://doi.org/10.1016/S0013-7006(12)70093-3

Maurel, M., Belzeaux, R., Fakra, E., Cermolacce, M., Dassa, D., Dubois, M., et al. (2013). Clinique des manies mixtes. *L'Encéphale*, *39*, 145-148. http://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70113-1

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *64*(5), 543. http://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., et al. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, *68*(3), 241. http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12

Misson, H., & Bellivier, F. (2010). Le risque face aux idées de suicide. In *Suicides et tentatives de suicide* (p. 110-114). Flammarion.

Morselli, P. L., & Elgie, R. (2003). GAMIAN-Europe*/BEAM survey I - global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disorders*, *5*(4), 265-278. http://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2003.00037.x

Nery-Fernandes, F., Quarantini, L. C., Guimarães, J. L., de Oliveira, I. R., Koenen, K. C., Kapczinski, F., & Miranda-Scippa, Â. (2012). Is there an association between suicide attempt and delay of initiation of mood stabilizers in bipolar I disorder? *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 1082-1087. http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.046

Neves, F. S., Malloy-Diniz, L. F., & Corrêa, H. (2009). Suicidal behavior in bipolar disorder: what is the influence of psychiatric comorbidities? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(1), 13-18.

Nivoli, A. M. A., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., et al. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of

predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, *133*(3), 443-449. http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.055

Novick DM, Swatz HA, & Frank E. (2010). Suicide attempts in bipolar 1 et bipolar 2 disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, (12), 1-9.

Okan Ibiloglu, A., & Caykoylu, A. (2011). The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I and bipolar II patients among Turkish population. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(5), 661-667. http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.02.008

Oquendo, M. A., Currier, D., Liu, S.-M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2010). Increased Risk for Suicidal Behavior in Comorbid Bipolar Disorder and Alcohol Use Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(7), 902-909. http://doi.org/10.4088/JCP.09m05198gry

Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S P., Grunebaum, M.F, Burke, A., Mann, J.J., 2004. Prospective Study of Clinical Predictors of Suicidal Acts After a Major Depressive Episode in Patients With Major Depressive Disorder or Bipolar Disorder. American Journal of psychiatry 161 , 1433-1441.

Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Prévention du suicide l'état d'urgence mondial.

Otto, M. W., Simon, N. M., Wisniewski, S. R., Miklowitz, D. J., Kogan, J. N., Reilly-Harrington, N. A., … STEP-BD Investigators. (2006). Prospective 12-month course of bipolar disorder in out-patients with and without comorbid anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *189*, 20-25. http://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007773

Owen, R., Gooding, P., Dempsey, R., & Jones, S. (2015). A qualitative Investigation into the Relationships between social Factors and suicidal Thoughts and Acts experienced by people with A bipolar disorder diagnosis. *Journal of Affective Disorders*. http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.002

Park, S., Choi, J. W., Kyoung Yi, K., & Hong, J. P. (2013). Suicide mortality and risk factors in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care in Korea: 1989–2006. *Psychiatry Research*, *208*(2), 145-150. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.039

Parmentier, C., Etain, B., Yon, L., Misson, H., Mathieu, F., Lajnef, M., et al. (2012). Clinical and dimensional characteristics of euthymic bipolar patients with or without suicidal behavior. *European Psychiatry*, *27*(8), 570-576. http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.05.005

Perlis, R. H., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., et al. (2004). Long-Term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, *55*(9), 875-881. http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022

Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., et al. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disorders*, *15*(5), 457-490. http://doi.org/10.1111/bdi.12087

Popovic, D., Vieta, E., Azorin, J.-M., Angst, J., Bowden, C. L., Mosolov, S., … the BRIDGE-II-Mix Study Group. (2015). Suicide attempts in major depressive episode: evidence from the BRIDGE-II-Mix study. *Bipolar Disorders*, *17*(7), 795-803. http://doi.org/10.1111/bdi.12338

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, *264*(19), 2511-2518.

Regier D.A, Kaelber C.T The epidemiologic Catchment Area (ECA) program studying the prevalence and incidence of psychopathology M.T. Tsuang, M. Tohen, Zahner Ge (Eds.), Text book in Psychiatric Epidemiology, Wiley-Liss, New-York (1995), pp. P135–P156.

Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, *39*(2), 83-91.

Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(1), 17-22. http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280106868

Ritchie, K., & Villebrun, D., (2010). Le sujet dans son environnement. In *Suicides et tentatives de suicide*.

Romero, S., Colom, F., Iosif, A.-M., Cruz, N., Pacchiarotti, I., Pacchiaroti, I., et al. (2007). Relevance of family history of suicide in the long-term outcome of bipolar disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(10), 1517-1521.

Rosa, A. R., Andreazza, A. C., Kunz, M., Gomes, F., Santin, A., Sanchez-Moreno, J., et al. (2008). Predominant polarity in bipolar disorder: diagnostic implications. *Journal of Affective Disorders*, *107*(1-3), 45-51. http://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.021

Ruengorn, C., Sanichwankul, K., Niwatananun, W., Mahatnirunkul, S., Pumpaisalchai, W., & Patumanond, J. (2012). A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. *Psychology Research and Behavior Management*, *5*, 37-45. http://doi.org/10.2147/PRBM.S30878

Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., H Moreno, D., Turecki, G., Reis, C., et al. (2014). International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, n/a-n/a. http://doi.org/10.1111/bdi.12271

Scott, J., & Henry, C., (2014). Trouble bipolaire de type 2. In *Les troubles bipolaires* (p. 52). Lavoisier.

Seo, H.-J., Wang, H.-R., Jun, T.-Y., Woo, Y. S., & Bahk, W.-M. (2016). Factors related to suicidal behavior in patients with bipolar disorder: the effect of mixed features on suicidality. *General Hospital Psychiatry*, *39*, 91-96. http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.12.005

Shim, I.H., Woo, Y.S., and Bahk, W.M. (2015). Prevalence rates and clinical implications of bipolar disorder “with mixed features” as defined by DSM-5. Journal of Affective Disorders *173*, 120–125.

Simon, G. E., Hunkeler, E., Fireman, B., Lee, J. Y., & Savarino, J. (2007). Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *9*(5), 526-530. http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00408.x

Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., et al. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2222-2229. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2222

Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. W., Ostacher, M. J., Fischmann, D., Chow, C. W., et al. (2007). The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *41*(3-4), 255-264. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.08.004

Slama, F., Etain, B., Desage, A., & Leduc, A., (2014). Anxiété, troubles anxieux et troubles bipolaires. In *Les troubles bipolaires* (p. 263-270). Lavoisier.

Stang, P. E., Frank, C., Kalsekar, A., Yood, M. U., Wells, K., & Burch, S. (2006). The clinical history and costs associated with delayed diagnosis of bipolar disorder. *MedGenMed: Medscape General Medicine*, *8*(2), 18.

Swann, A.C., Dougherty, D.M., Pazzaglia, P.J., Pham, M., Steinberg, J.L., and Moeller, F.G. (2005). Increased Impulsivity Associated With Severity of Suicide Attempt History in Patients With Bipolar Disorder. American Journal of Psychiatry *162*, 1680–1687.

Tidemalm, D., Haglund, A., Karanti, A., Landén, M., & Runeson, B. (2014). Attempted Suicide in Bipolar Disorder: Risk Factors in a Cohort of 6086 Patients. *PLoS ONE*, *9*(4), e94097. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0094097

Valentí, M., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Bonnín, C. M., Popovic, D., Goikolea, J. M., et al. (2015). Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *17*(5), 549-559. http://doi.org/10.1111/bdi.12288

Valtonen, H. M., Suominen, K., Haukka, J., Mantere, O., Leppmki, S., Arvilommi, P., & Isomets, E. T. (2008). Differences in incidence of suicide attempts during phases of bipolar I and II disorders. *Bipolar Disorders*, *10*(5), 588-596. http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00553.x

Valtonen, H. M., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E. (2007). Suicidal behaviour during different phases of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *97*(1-3), 101-107. http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.033

Valtonen, H. M., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Arvilommi, P., & Isometsä, E. T. (2006). Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *8*(5 Pt 2), 576-585. http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00341.x

Vega, P., Barbeito, S., Ruiz de Azúa, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., González-Ortega, I., Saenz, M., & González-Pinto, A. (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health (London, England)*, *7*(6), 663-674-676. http://doi.org/10.2217/whe.11.71

Vieta, E., and Morralla, C. (2010). Prevalence of mixed mania using 3 definitions. Journal of Affective Disorders *125*, 61–73.

Walter, M., & Tokpanou, I. (2003). Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *161*(2), 173-178. http://doi.org/10.1016/S0003-4487(03)00026-X

Weibel, S., & Bertschy, G. (2016). Dépression mixte et DSM-5 : mise au point critique. *L'Encéphale*, *42*(1), 90-98. http://doi.org/10.1016/j.encep.2015.08.006

RESUME

OBJECTIF : Selon les données de la littérature, l'état mixte est un facteur de risque de tentative de suicide dans le trouble bipolaire, avec cependant une fréquence qui varie beaucoup en fonction des critères diagnostiques utilisés. Le Centre Hospitalier du Rouvray a mis en place un système d'information permettant de faciliter et d'informatiser les prescriptions médicales, et les données diagnostiques des patients. D'après ce logiciel nommé CORTEXTE, sur l'année 2015 au Centre Hospitalier du Rouvray, le diagnostic d'état mixte était plus fréquent chez les patients non suicidants (5,5%) que chez les patients suicidants (3,5%). Ces résultats pourraient laisser supposer que l'état mixte serait un facteur protecteur de tentatives de suicide. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la fréquence des états mixtes, selon les critères diagnostiques du DSM-5, chez les patients bipolaires hospitalisés au Centre Hospitalier du Rouvray dans les suites d'une tentative de suicide.

METHODE : Les patients bipolaires étaient recrutés au sein du Centre Hospitalier du Rouvray, dans les 72 premières heures d'hospitalisation.

RESULTATS : Au total, 40 patients bipolaires ont été recrutés, et parmi eux, la moitié était hospitalisée dans les suites d'une tentative de suicide, soit 20 patients. Dans notre étude, les patients bipolaires hospitalisés suite à une tentative de suicide étaient plus nombreux que les non suicidants à présenter un état mixte (50% versus 40%) et notamment une dépression mixte (35% versus 20%). On pouvait également constater que les tentatives de suicide graves et les tentatives de suicide impulsives concernaient davantage les états mixtes que les épisodes dépressifs majeurs, et que l'intention de se donner la mort concernait davantage les dépressions avec caractéristiques mixtes. La seule différence significative entre les patients bipolaires suicidants et non suicidants, concernait l'âge du premier épisode thymique, avec un âge d'entrée dans la maladie plus précoce chez les patients suicidants. La survenue du premier épisode thymique avant l'âge de 25 ans augmentait de manière significative le risque de tentative de suicide de 5,4.

CONCLUSION : Les patients bipolaires hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide étaient plus nombreux à présenter un état mixte que les patients bipolaires non suicidants.

MOTS-CLES : Trouble bipolaire, état mixte, tentative de suicide