



HAL
open science

Revue de la littérature : les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires

Mathilde Blanchet

► To cite this version:

Mathilde Blanchet. Revue de la littérature : les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02122265

HAL Id: dumas-02122265

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02122265v1>

Submitted on 7 May 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

UNIVERSITÉ de BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2019 N°

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DOCTORAT DE MÉDECINE

DE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Mme BLANCHET Mathilde

Né le 27 Juillet 1987, à Lorient (Morbihan)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 02 MAI 2019

**Revue de la littérature : les outils cliniques d'évaluation du risque
suicidaire chez l'adulte en soins primaires**

Président :

Le Professeur Le Reste Jean Yves

Membres du Jury :

Le Docteur Beurton-Couraud Lucas

Le Docteur Derriennic Jérémy

Le Professeur Walter Michel

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MÉDECINE ET
DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST**

DOYENS HONORAIRES:

Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN :

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMÉRITES

Professeur BARRA Jean-Aubert **Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire**
Professeur LAZARTIGUES Alain **Pédopsychiatrie**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE

Professeur BLANC Jean-Jacques **Cardiologie**
Professeur CENAC Arnaud **Médecine Interne**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

BOLES Jean-Michel **Réanimation Médicale**
FEREC Claude **Génétique**
GARRE Michel **Maladies Infectieuses - Maladies tropicales**
MOTTIER Dominique **Thérapeutique**

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

ABGRALL Jean-François **Hématologie - Transfusion**
BOSCHAT Jacques **Cardiologie & Maladies Vasculaires**
BRESSOLLETTE Luc **Médecine Vasculaire**
COCHENER - LAMARD Béatrice **Ophthalmologie**
COLLET Michel **Gynécologie - Obstétrique**
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc **Pédiatrie**
DE BRAEKELEER Marc **Génétique**
DEWITTE Jean-Dominique **Médecine & Santé au Travail**
FENOLL Bertrand **Chirurgie Infantile**
GOUNY Pierre **Chirurgie Vasculaire**
JOUQUAN Jean **Médecine Interne**
KERLAN Véronique **Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques**
LEFEVRE Christian **Anatomie**
LEHN Pierre **Biologie Cellulaire**

LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SENECAIL Bernard	Anatomie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
brûlologie	

LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
STINDEL Eric	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS des Universités – praticien Libéral

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
---------------------------	--------------------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS

LE FLOC'H Bernard	Médecine Générale
--------------------------	--------------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE

ABALAIN-COLLOC Marie Louise	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire

RATANASAVANH Damrong **Pharmacologie fondamentale**
SEBERT Philippe **Physiologie**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1^{ère} CLASSE

ABALAIN Jean-Hervé **Biochimie et Biologie moléculaire**
AMICE Jean **Cytologie et Histologie**
CHEZE-LE REST Catherine **Biophysique et Médecine nucléaire**
DOUET-GUILBERT Nathalie **Génétique**
JAMIN Christophe **Immunologie**
MIALON Philippe **Physiologie**
MOREL Frédéric **Médecine & biologie du développement**
 et de la reproduction
PERSON Hervé **Anatomie**
PLEE-GAUTIER Emmanuelle **Biochimie et Biologie Moléculaire**
UGO Valérie **Hématologie, transfusion**
VALLET Sophie **Bactériologie – Virologie ; Hygiène**
VOLANT Alain **Anatomie et Cytologie Pathologiques**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{ème} CLASSE

DELLUC Aurélien **Médecine interne**
DE VRIES Philine **Chirurgie infantile**
HILLION Sophie **Immunologie**
LE BERRE Rozenn **Maladies infectieuses-Maladies tropicales**
LE GAC Gérald **Génétique**
LODDE Brice **Médecine et santé au travail**
QUERELLOU Solène **Biophysique et Médecine nucléaire**
SEIZEUR Romuald **Anatomie-Neurochirurgie**

MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier **Physiologie**

MAITRES DE CONFERENCES

AMOUROUX Rémy	Psychologie
HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
NABBE Patrice	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale
BARAIS Marie	Médecine Générale

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Yves Le Reste,
Professeur des universités de médecine générale,

Je vous remercie de m'avoir confié ce sujet de thèse, conseillée durant l'écriture de cette thèse.

Je vous suis également reconnaissante de me faire l'honneur de votre présence en tant que président du jury de cette thèse.

A Monsieur Le Docteur Beurton-Couraud Lucas,
Maître de conférences associé de médecine générale,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse , soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur Le Docteur Derriennic Jérémy,
Maître de conférences associé de médecine générale,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse , soyez assuré de toute ma reconnaissance et de ma profonde estime.

A Monsieur Le Professeur Walter Michel,
Professeur des universités de psychiatrie adulte,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse , soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma profonde considération.

RESUME

INTRODUCTION : En France, plus de 60% des suicidants ont contacté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur tentative de suicide. Aucun outil simple et rapide n'est validé dans ce contexte. Le but de cette étude était de rechercher les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires.

METHODE : La revue de la littérature a suivi le protocole PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). La recherche a été faite en aout 2018 sur les bases de données PubMed, Cochrane, PsycINFO. Pour être inclus un article devait contenir un outil clinique, d'évaluation du risque de suicide en soins non spécialisés. Étaient exclus les outils évalués en soins psychiatriques, sur des sous populations, trop spécifiques ou non cliniques.

RESULTATS : 1199 articles ont été trouvés, 8 ont été inclus. 9 outils ont été trouvés, 5 avaient au moins un indice psychométrique. La Modified SAD Persons Scale avait une valeur prédictive négative entre 95,6 et 100%, une sensibilité entre 94 et 100%, une spécificité 69 à 71% et une valeur prédictive positive entre 62 et 64% pour un score positif supérieur à 5, non confirmé dans une seconde étude. La SAD Persons Scale avait une aire sous la courbe entre 0,72 et 0,76. La version longue de la Columbia Suicide Severity Rating Scale avait un alpha de Cronbach de 0,73. La Scale of Suicide Ideation SSI et la Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage avaient des indices psychométriques faibles. Le Patient Safety Screener 2 et 3 étaient fortement corrélés à la SSI . 3 autres outils retrouvés n'avaient pas d'analyse psychométrique.

DISCUSSION : 9 outils d'évaluation du risque suicidaire ont été trouvés. Les indices psychométriques retrouvés pour 5 d'entre eux sont décevants. Aucun outil n'a été retrouvé en médecine générale.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In France, more than 60% of suiciders contacted their general practitioner the month before their suicide. There is no brief validated tool in this context. The purpose of this study was to search for clinical tools to evaluate adult suicide risk in primary cares.

METHOD: Literature review following the PRISMA protocol (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). The research was achieved in August 2018 within PubMed, Cochrane and PsycINFO databases. To be included, an article had to contain a clinical tool for assessing suicide risk in non-specialized care.

RESULTS: 1199 screened articles, 8 included with 9 described tools. 5 had at least one data. The Modified SAD Persons Scale had a satisfactory negative predictive value and sensitivity but a low specificity and positive predictive in one survey which were not confirmed in a second study. SAD Persons Scale had an area under the curve between 0.72 and 0.76. The long version of Columbia Suicide Severity Rating Scale had a Cronbach alpha of 0.73. Scale of Suicide Ideation SSI and Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage had low psychometric measures. Patient Safety Screener 2 and 3 were highly correlated with the SSI.

DISCUSSION: 9 suicide risk assessment tools were found. The psychometric measures found for 5 of them are disappointing. No tool were found in general practice.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	12
2. METHODE.....	15
3. RESULTATS.....	19
3.1 Les résultats de la recherche.....	19
3.2 Les outils	23
3.2.1 Patient Safety Screener.....	23
3.2.2 Suicide Probability Scale.....	25
3.2.3 SAD Persons Scale.....	25
3.2.4 Modified SAD Persons Scale MSPS.....	27
3.2.5 Columbia-Suicide Severity Rating Scale.....	30
3.2.6 Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T).....	34
3.2.7 Scale of suicide ideation SSI ou Beck Scale of suicide ideation BSS.....	35
3.2.8 Module Risque suicidaire du Mini-International Neuropsychiatric Interview.....	37
3.2.9 P4 screener.....	38
4. DISCUSSION.....	40
5. CONCLUSION.....	45
6. BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXE 1 : Grille de lecture.....	52
ANNEXE 2 : Grilles d'évaluation de la qualité des articles.....	53
ANNEXE 3 : CSSRS version longue.....	54
ANNEXE 4 : The P4 screener.....	58
ANNEXE 5 : Serment d'Hippocrate.....	59

I. INTRODUCTION

Le suicide est un enjeu important en France mais également au niveau mondial. L'Organisation Mondiale de la santé (OMS) a décrété l'état d'urgence et pousse chaque pays à développer une stratégie multisectorielle globale de prévention efficace du suicide ⁽¹⁾. En 2012, le suicide concerne 804000 décès mondiaux selon l'OMS. En France métropolitaine la même année, il y a eu environ 9700 suicides (soit 27 morts par jour), les tentatives de suicide sont au nombre de 200000 ^(1,2). La Bretagne était la région comptant le plus grand nombre de suicide : ce taux dépassait de 60 % le taux moyen de la France métropolitaine⁽¹⁾. En 2017, le Baromètre de Santé publique France a interrogé plus de 25000 personnes : 4,7% des 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois, 7,2% avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,39% au cours de l'année⁽³⁾. Les chiffres sont conséquents mais ils sont également dramatiques du fait que le suicide peut se prévenir sans laisser de séquelle.

Dans le rapport 2014 de l'OMS, le terme suicide est défini par l'acte de se donner délibérément la mort. Le terme tentative de suicide est employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas ⁽¹⁾. En réalité on peut distinguer les tentatives de suicide (TS : comportement potentiellement auto-infligé associé à une certaine intention de mourir) et les automutilations non suicidaire (non-suicidal self-injury ou NSSI : comportement d'automutilation sans intention de mourir). Le NSSI consiste le plus souvent en des coupures répétitives, des abrasions, des brûlures. Les principales motivations sont de soulager la détresse, de "ressentir quelque chose", d'induire l'auto-punition, d'attirer l'attention, ou d'échapper à une situation difficile. Le terme deliberate self-harm (DSH) qu'on peut traduire par autodestruction délibérée regroupe les TS et NSSI dans une même catégorie. On peut différencier les idées suicidaires

actives (réflexions sur les mesures à prendre pour mettre fin à la vie d'une personne, y compris l'identification d'une méthode, l'établissement d'un plan ou l'intention d'agir) des idées suicidaires dites passives (réflexions portant sur la mort, ou le désir d'être mort avec un plan ou une intention quelconque) . Enfin le comportement suicidaire comprend les idées suicidaires (pensées fréquentes de mettre fin à sa vie), les tentatives de suicide (l'événement réel d'essayer de se tuer soi-même) et le suicide complet (la mort survient)⁽⁴⁾.

Il est important de connaître les facteurs de risques et de protection du suicide pour comprendre la conception des outils d'évaluation du risque de passage à l'acte. Les facteurs de risques sont composés de facteurs médicaux et de facteurs sociodémographiques. Dans les facteurs médicaux on retrouve, en premier lieu, les pathologies psychiatriques : troubles de l'humeur, troubles de l'anxiété, schizophrénie, addictions (surtout l'alcoolisme). Les antécédents de tentatives de suicide représentent un facteur de risque majeur : 30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier épisode, et 10 % décèdent par suicide dans les 10 ans (1 % par an). Par ailleurs, un antécédent familial de décès par suicide est également un élément important. En second lieu, toutes les maladies chroniques peuvent être à risque, en particulier les affections hyperalgiques, handicapantes ou réputées incurables. En ce qui concerne les facteurs socio-démographiques, il y a plus de tentatives de suicides chez les femmes mais plus de suicides complets chez les hommes. La personne âgée de plus de 65 ans et le jeune entre 15 et 30 ans représentent deux groupes à risque de suicide élevé. On sait également que l'isolement affectif (célibat, divorce, ou veuvage) ou social (chomage, précarité) est un facteur de risque, tout comme l'accès à un moyen létal ou des événements de vie stressants anciens ou récents (violences physiques, psychologiques ou sexuelles, deuil, etc...)^(5,6,7). A contrario la présence et le soutien de l'entourage, un investissement personnel

culturel ou spirituel fort, la peur du suicide, les objections morales au suicide, une aptitude à gérer le stress, à communiquer, à résoudre des problèmes et une estime de soi positive sont des facteurs de protection.

Le terme de soins primaires est la traduction du "primary care" anglais, terme apparu à la fin des années 1960. Dans sa déclaration à Alma-Ata en 1978, l'OMS définit les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables". "Les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients » explique l'American Institute of Medicine en 1996 ^(8,9,10,1). Les soins primaires peuvent être définis en France par les services de santé de première ligne (qu'on appelle parfois « soins premiers »), centrés sur le médecin généraliste ⁽¹⁰⁾. En effet, en pratique, les personnes déprimées ou les « suicidants » ont plus facilement accès à leur médecin traitant mais aussi à n'importe quel autre médecin généraliste pour une urgence. Même si les psychiatres sont d'accès direct ils sont moins disponibles de par la saturation des consultations en ville ^(11,12). L'accès aux soins médicaux ou psychiatriques en urgence, se fait par le services des urgences des hôpitaux ou cliniques les seuls à être ouvert en continu. Les urgentistes sont initialement des médecins formés en médecine générale ayant une qualification complémentaire (Capacité de médecine d'urgence CAMU ou diplôme d'études spécialisées complémentaires DESC d'urgence) jusqu'en 2017 et le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence. Sans oublier la présence d'internes en médecine générale en cours de formation dans les services d'urgences.

En France, la conférence de consensus de 2000 sur le suicide, reconnaît que les médecins généralistes sont impliqués à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des crises suicidaires. Ils adressent, à l'hôpital, 80 % des tentatives de suicide. 60 % à 70 % des suicidants ont consulté un généraliste dans le mois précédant une TS, 36 % l'ayant fait dans la semaine précédant l'acte. Elle constate un travail difficile de dépistage de par des consultations limitées dans le temps, centrées sur les symptômes somatiques et des patients souvent ambivalents pour révéler leur souffrance. Effectivement les médecins généralistes sont peu formés à reconnaître la crise suicidaire et ne disposent pas de guide de décision validé ⁽¹¹⁾. Le consensus conseille les urgentistes d'utiliser les échelles de Beck en situation de crise suicidaire : l'échelle de désespoir dans toutes les situations, l'échelle d'idéation suicidaire et l'échelle d'intention suicidaire (SIS)⁽¹¹⁾. En réalité l'Échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale ou BHS) est un outil élaboré pour évaluer l'intensité du désespoir et son utilisation n'est pas conseillée pour mener une évaluation aux urgences selon Cochrane-Brink et coll. (2000). Pour l'Échelle d'idéation suicidaire de Beck (Beck Scale for Suicide Ideation ou BSS) et l'Échelle d'intention suicidaire (Suicide Intent Scale ou SIS) les valeurs prédictives mentionnées dans la littérature sont faibles voire modérées ^(11,13).

Les outils d'évaluation de la présence ou de l'intensité des idées suicidaires, du risque de récurrence après une tentative de suicide ou du risque global de suicide sont étudiés et validés uniquement en psychiatrie ou soins secondaires (patients hospitalisés en psychiatrie ou en cours de suivi par un psychiatre, ou des outils testés par des psychiatres aux urgences).

L'objectif de cette revue de la littérature était de faire l'état des lieux des outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine de soins primaires.

II. METHODE

La revue systématique de la littérature, a été réalisée selon les critères édités par les recommandations internationales *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Le but de cette méthode était d'obtenir une revue de la littérature reproductible. Ce protocole comporte 27 items, répartis en 6 étapes qui consistent à cerner le sujet de la revue, définir les paramètres, rechercher les articles, filtrer les articles trouvés, vérifier l'éligibilité des articles trouvés et inclure les articles éligibles.

Cette recherche a eu lieu en août 2018 à l'aide de 3 bases de données Pubmed et Cochrane et PsycINFO.

Une première recherche a été effectuée sur Pubmed par mots clefs. Plusieurs association de mots clefs ont été essayées : « suicide » AND « risk assessment », et « suicide » AND « assessment » permettaient de trouver quelques milliers d'articles (entre 2500 et 7500) alors que l'équation « suicide » AND (« risk assessment » OR « scale » OR « questionnaire » OR « tool ») retrouvait énormément d'articles (>16000). Les termes « general population » ou « tool » pris isolément, étaient trop restrictifs. « primary care », « emergency », « general practitioner », « general practice » ont été ajoutés pour affiner la recherche. L'équation « suicide » AND « assessment » AND (« primary care » OR « emergency » OR « general practitioner » OR « general practice ») est celle qui a été retenue et retrouvait un nombre d'article acceptable (ni trop haut ni trop bas).

Une deuxième recherche a été menée sur Pubmed à l'aide des MeSH terms. Au cours de la recherche il a été constaté que les termes MeSH « psychological tests » et « risk assessment » ne renvoyaient pas aux mêmes articles et se complétaient donc, permettant de trouver le plus d'articles intéressants tout en restant sélectifs. Les termes « weights and measures » et « surveys

and questionnaires » n'étaient pas pertinents. Il n'y avait pas de MeSH term pour « general population ». Pour exprimer cette notion de médecine de premier recours les termes MeSH « general practitioner » « general practice » « family practice » et « primary health care » ont été tous sélectionnés et renvoyaient à des concepts complémentaires. Le terme «emergency medical services» a également été associé. L'équation retenue était donc celle-ci : («primary health care» [MeSH Terms] OR «general practice» [MeSH Terms] OR «general practitioners» [MeSH Terms] OR «emergency medical services» [MeSH Terms]) AND («psychological tests» [MeSH Terms] OR «risk assessment» [MeSH Terms] AND «suicide» [MeSH Terms] AND «adult» [MeSH Terms]).

La recherche a ensuite été menée sur Cochrane Library et PsycINFO. Les mots clefs utilisés pour la première recherche Pubmed ont également été utilisés pour ses 2 banques de données. La recherche a été effectuée sur les titres, mots clefs et résumé pour Cochrane et sur les sujets des articles pour PsycINFO afin d'avoir le meilleur nombre d'articles.

Enfin les références des articles retenus ont permis de réaliser une deuxième recherche, en fonction des mêmes critères d'inclusion et d'exclusion des articles des deux premières recherches.

Les articles recherchés sur les bases de données ont été sélectionnés à partir de leur titre, à l'aide des critères suivants : population humaine et adulte, effectué en soins primaires (médecine générale ou urgences non psychiatriques) et ayant comme sujet principal l'évaluation du risque suicidaire .

Les critères d'inclusion utilisés sur les résumés étaient la présence d'un ou plusieurs outils d'évaluation du risque de suicide dans l'objectif principal ou la méthode de l'article.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : articles écrits dans une autre langue que l'anglais ou le français ; dont le résumé n'était pas disponible ; en double ; ne portant pas sur la médecine

de soins primaires (définie dans cette étude comme la médecine générale, dans un cabinet ou en visite à domicile) ou les urgences générales avec des évaluations effectuées par des non psychiatres. De la même manière les articles portant sur des outils non cliniques ou non réalisables dans un cabinet de médecine générale ou des urgences (par exemple des outils téléphoniques ou des logiciels n'étaient pas cohérents pour des situations d'urgence) ou portant sur des outils qui n'évaluaient pas le risque global de suicide (les outils évaluant uniquement la présence ou l'intensité d'idées suicidaires ou évaluant le risque d'automutilation, pas toujours synonyme de désir de mourir) étaient exclus. Ainsi que les articles utilisant des outils trop spécifiques, qui, par exemple, évaluaient le risque de récurrence suite à une tentative de suicide (ces recherches se restreignent à des populations de patients venant de faire une tentative de suicide et excluent les populations ayant des idées suicidaires ou avec des comportements suicidaires plus variées, etc.). De plus en France des personnes ayant fait une TS seront directement orientées vers une évaluation psychiatrique.

L'inclusion ou l'exclusion définitive des articles suivait une grille de lecture (annexe 1), l'article devait suivre les critères IMRAD (introduction, méthode, résultats et discussion).

Les articles sélectionnés ont tous été trouvés via le site de la bibliothèque universitaire de l'Université de Bretagne Occidentale Ubodoc, Pubmed ou PsycINFO. La qualité des articles a été évaluée par une grille d'évaluation modifiée de la revue « exercer » (annexe 2), le score de qualité des articles pouvait aller de 0 à 18, étaient exclus les articles ayant un score inférieur à 9.

III. RESULTATS

3.1.Résultats de la recherche

La première recherche sur Pubmed par mots clefs avec équation : suicide and assessment and ("primary care" or emergency or "general practitioner" or "general practice"), retrouvait 1061 articles dont 2 doublons, 73 sans résumé disponible, 40 dans des langues étrangères donc 946 articles à analyser.

La recherche sur Pubmed par termes MeSH avec ("primary health care"[MeSH Terms] OR "general practice"[MeSH Terms] OR "general practitioners"[MeSH Terms] OR "emergency medical services"[MeSH Terms]) AND ("psychological tests"[MeSH Terms] OR "risk assessment" [MeSH Terms] AND "suicide"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]), a obtenu 222 articles dont (88 doublons pour la plupart présent dans la recherche précédentes), 19 sans résumé et 5 dans une autre langue donc 110 articles à analyser.

La recherche sur Cochrane avec équation (("primary care" or emergency or "general practitioner" or "general practice") AND suicide AND assessment):ti,ab,kw, retrouvait 121 articles dont 63 doublons, donc 58 articles à analyser.

La recherche sur PsycINFO avec l'équation (("primary care" or emergency or "general practitioner" or "general practice") AND suicide AND assessment) subject, a obtenu 218 articles dont 129 doublons, 3 dans une autre langue et 1 sans résumé donc 85 articles restant.

Lors de la deuxième recherche parmi les références des articles inclus aucun article n'a été retenu.

La figure 1 représente l'identification, la sélection, l'admissibilité et l'inclusion de l'ensemble de la recherche. Le tableau 1 montre les divers motifs d'exclusion des articles sélectionnés. Le

tableau 2 permet de voir les motifs d'exclusion des articles admis. Le tableau 3 montre les 8 articles inclus.

Figure 1 : Diagramme de flux selon PRISMA

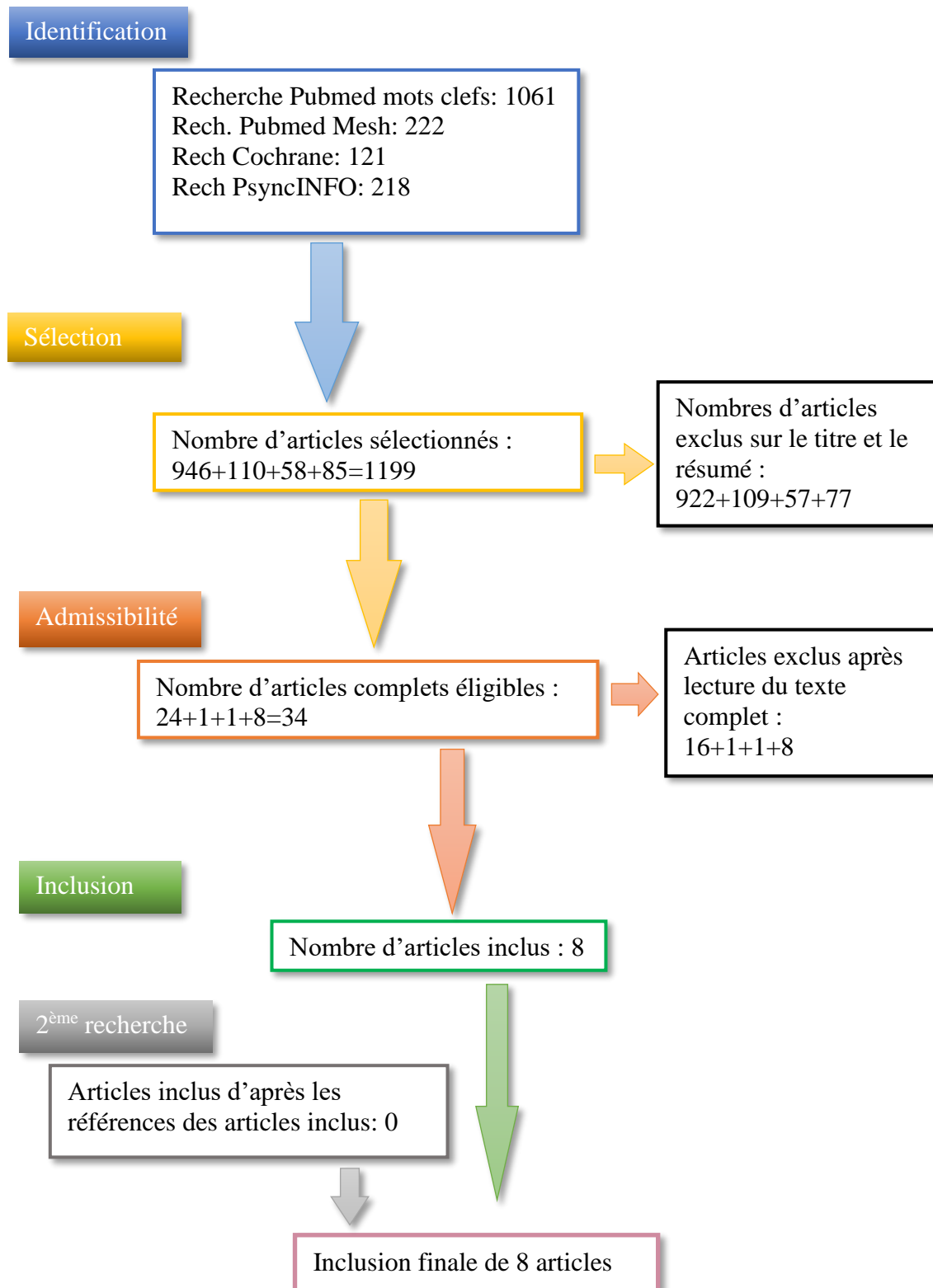


Tableau 1 : Articles sélectionnés exclus

<i>Motifs d'exclusion/ Recherches</i>	Hors sujet	Pas en médecine de soins primaires	Sous population : Enfant/ Personnes âgées	Outil ou évaluation inappropriée	Non disponible	Langues étrangères	Pas IMRAD	Pas de résumé	Doublon
Pubmed 1	825	33	32/4	38		40	6	73	2
Pubmed 2	82	12	4/4	8		5		19	88
Cochrane	46	3	4/1	3	1				63
PsycINFO	47	9	7/10	4	2	3	6	1	129

Tableau 2 : Articles admis puis exclus

<i>Motifs d'exclusion/ recherches</i>	Pas en soins primaires	Outil inapproprié	Pas d'IMRAD	Non disponible	Faible qualité
<i>Pubmed 1</i>	5	1	8	1	1
<i>Pubmed 2</i>	1				
<i>Cochrane</i>				1	
<i>PsycINFO</i>			7	1	
<i>Total</i>	6	1	15	3	1

Tableau 3 : Liste des articles inclus (8)

TITRE	AUTEURS	ANNEE	JOURNAL
The Patient Safety Screener: Validation of a Brief Suicide Risk Screener for Emergency Department Settings ⁽¹⁴⁾	Boudreaux ED, Jaques ML, Brady KM, Matson A, Allen MH.	2017	Arch Suicide Res. 2017 Jan 2;21(1):52-61
Assessment of private security guards by Suicide Probability Scale and Brief Symptom Inventory ⁽¹⁵⁾	Dogan B, Canturk G, Canturk N, Guney S, Özcan E.	2016	Riv Psichiatr. 2016 Mar-Apr;51(2):72-8
Suicide screening scales may not adequately predict disposition of suicidal patients from the emergency department ⁽¹⁶⁾	Mullinax S, Chalmers CE, Brennan J, Vilke GM, Nordstrom K, Wilson MP.	2018	Am J Emerg Med. 2018 Jan 31
Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. ⁽¹⁷⁾	Hockberger RS, Rothstein RJ.	1988	J Emerg Med. 1988 Mar-Apr;6(2):99-107
Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED ⁽¹⁸⁾	Chang BP, Tan TM.	2015	Am J Emerg Med. 2015 Nov;33(11):1680-3
The Columbia–Suicide Severity Rating Scale- Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults ⁽¹⁹⁾	Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ.	2011	Am J Psychiatry. 2011 Dec;168(12):1266-77
Suicidal risk among patients enrolled in methadone maintenance treatment: HCV status and implications for suicide prevention (ANRS Methaville) ⁽²⁰⁾	Michel L, Lions C, Maradan G, Mora M, Marcellin F, Morel A, Spire B, Roux P, Carrieri PM; Methaville Study Group.	2015	Compr Psychiatry. 2015 Oct;62:123-31
The p4 screener: evaluation of a brief measure for assessing potential suicide risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. ⁽²¹⁾	Dube P, Kurt K, Bair MJ, Theobald D, Williams LS.	2010	Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(6)

3.2.Les outils

Les indices psychométriques des outils sont reportés dans un tableau récapitulatif (tableau 11).

3.2.1. Patient Safety Screener

Le Patient Safety Screener-5 (PSS-5) a été créé par Allen et al. en 2013, il a été conçu comme un dispositif de dépistage primaire en 5 points pour les adultes aux urgences. Selon les auteurs, aucune analyse psychométrique n'a été effectuée. Il n'a donc jamais été validé par rapport à un instrument standard de référence d'évaluation du comportement suicidaire et la sensibilité, la spécificité et les taux de faux négatifs du PSS-5, n'ont pas été établis. La PSS-5 initiale comprenait deux éléments du module 9 du Patient Health Questionnaire le PHQ-9 (Kroenke et Spitzer, 2002) évaluant l'humeur dépressive et l'anhédonie et trois éléments calqués sur le Columbia-Severity Symptom Rating Scale CSSRS (cf ci dessous) évaluant les idées suicidaires passives, actives et les tentatives de suicide. Bien que le PSS-5 ait été conçu pour être bref ces créateurs ont réduit le nombre d'items afin de le rendre plus facilement accepté par les cliniciens et plus efficace (Glasgow, Kaplan, Ockene, Fisher et Emmons, 2012) . Allen et al, ont constaté que les items évaluant l'anhédonie et l'idéation passive n'identifiaient pas de nouveaux cas significatifs par rapport à la combinaison des trois autres items (dépression, idéation active, antécédents de TS). Par conséquent, pour créer le PSS-3 (tableau 4), les éléments d'anhédonie et d'idéation passive ont été supprimés. Pour créer le PSS-2, l'élément dépression a également été supprimé, ne laissant que l'idéation suicidaire active au cours des deux dernières semaines et les antécédents de tentative de suicide. Pour les deux versions de PSS , un dépistage positif a été identifié comme une réponse positive à une idéation active au cours des deux dernières

semaines ou un antécédent de tentative de suicide. ⁽¹⁴⁾

Un seul article y faisait référence et il n'y a pas d'analyse psychométrique.

Les principaux résultats de l'article sont :

- La différence dans les proportions de résultats positifs entre les 2 versions du PSS n'était pas statistiquement différente : $\chi^2(1, n=951)=2.4, p>0.05$.
- Le but de l'étude était de valider PSS2 et 3 par rapport au BSS pris comme norme de référence. Tant le PSS 2 que le PSS3 ont montré un fort accord global avec Beck Scale of Suicide Ideation BSS, chacun avec un Kappa de Cohen de 0,95. De même, l'accord pour le sous-domaine de la tentative de suicide à vie était fort, avec des Kappas de 0,98 et 0,97, respectivement. Toutefois, l'accord pour le sous-domaine de l'idéation active était plus faible, avec des Kappas de 0,34 et 0,61, respectivement.

Tableau 4: Patient Safety Screener 3 ⁽²²⁾

<u>VARIABLE</u>	<u>Item</u>	<u>Response options</u>
DEPRESSION*		
	1 Over the past two weeks have you be down, depressed or hopeless*?	No, Yes, Refused
IDEATION		
	2 Over the past two weeks have you had thoughts of killing yourself?	No, Yes, Refused
ALERT		
	3 In your lifetime, have you ever attempted to kill yourself?	No, Yes, Refused
	4 If yes to question 3, when did your last attempt occur?	Today Within 30days Within 1-6 months Greater than 6months Don't know, refused

*Depression item (only included in 3-item Patient Safety Screener)

Positive screen = Yes to 2 or 3

3.2.2. Suicide Probability Scale

L'échelle de probabilité du suicide (SPS; Cull et Gill, 1988) mesure les idées suicidaires actuelles, le désespoir, la mauvaise estime de soi et l'hostilité. La SPS est une autoévaluation en 36 questions. Les questions concernant la fréquence des émotions et des comportements sont notées sur une échelle de 4 points, allant de 1 (« Jamais ou parfois ») à 4 (« La plupart du temps ou toujours »). Ces 4 sous-échelles ont été basées sur les théories actuelles pour prédire le comportement suicidaire : (1) le désespoir (12 items), (2) les idées suicidaires (8 items), (3) l'auto-évaluation négative (9 items) et (4) l'hostilité (7 items). Le questionnaire SPS prend entre 10 et 20 minutes à remplir.^(13,23)

Un seul article y faisant référence a été retrouvé et il n'y avait pas d'analyse psychométrique.⁽¹⁵⁾

3.2.3. SAD Persons Scale

L'échelle « *SAD PERSONS* » introduit en 1983 par Patterson et al., est une simple mnémonique servant à évaluer les principaux facteurs de risque de suicide. Les lettres « *SAD PERSONS* » représentent des facteurs de risque démographiques, comportementaux et psychosociaux (tableau 5). Une réponse positive à chaque facteur vaut 1 point. Selon les recommandations de Patterson et coll. (1983), un score de 3 ou 4 devrait inciter les cliniciens à surveiller de très près l'état du patient, un score de 5 ou 6 devrait les inciter à « envisager fortement l'hospitalisation », alors qu'un score de 7 à 10 nécessite une hospitalisation pour une évaluation plus poussée. Cependant, peu de données probantes ne permettent de soutenir la validité de ce score seuil^(13, 24). Concernant SAD Persons Scale un seul article y faisait référence. Elle était utilisée aux urgences sur 50 patients adultes sélectionnés pour s'être présenté dans le service pour idées suicidaires (tel que « penser à me faire du mal » ou « je veux mourir »...). La prévalence du

suicide étant trop faible et la taille de l'échantillon étant restreinte dans cette étude, 3 autres événements sensés refléter une évolution clinique complexe à court terme ont été mesurés : la nécessité d'une admission à l'hôpital psychiatrique au décours de l'évaluation aux urgences ; un séjour prolongé dans un établissement psychiatrique (supérieur à 5 jours) ; et des événements indésirables pendant le séjour aux urgences, y compris le besoin de médicaments psychiatriques ou sédatifs non prévus, de contention physique ou d'intervention du personnel de sécurité (assimilé à de l'agitation).⁽¹⁸⁾

Les indices psychométriques sont:

- Aire sous la courbe ROC (AUC): de 0,72 (intervalle de confiance à 95 % [IC], 0,67-0,87; p= 0,009) pour prédire l'admission dans un établissement psychiatrique et 0,76 (IC à 95 %, 0,61-0,91 ;p= 0,006) pour prévoir une hospitalisation psychiatrique prolongée; ces deux associations étaient sensiblement différentes de l'AUC nulle de 0,5 à la puissance α 0,05. Toutefois, l'échelle SAD PERSONS ne permettait pas de prédire les événements indésirables durant le séjour aux urgences. L'aire sous la courbe était de 0.45 (IC à 95%; 0.28-0.62 ;p=0.58).
- Sensibilité et Spécificité : un score ≥ 7 a été choisi pour signifier un dépistage positif. Cela correspondait à une sensibilité et à une spécificité de 63 % et 29 % pour les événements indésirables durant les urgences, de 77 % et 39 % pour les admissions en psychiatrie et de 92% et 41 % pour les hospitalisations psychiatriques prolongées.
- Odds Ratio : l'OR pour le score SAD Persons et les événements indésirables durant les urgences est à 0.70(IC 95% ;0.21-2.36,p=0.57), pour SAD Persons et l'admission dans un établissement psychiatrique à 2.20(0.63-7.69,p=0.22) et pour la corrélation avec une hospitalisation psychiatrique prolongée à 8.18(0.96-69.71,p=0.055). Donc pour une puissance $\alpha=0,05$ l'échelle n'était associée de façon significative à une probabilité plus élevée de résultats à court terme.⁽¹⁸⁾

Tableau 5 : SAD Persons Scales

S = Sexe (masculin),	1 point
A = Âge (25-34 ans); (35-44 ans); (65 ans+),	1 point
D = Dépression,	1 point
P = Précédente tentative de suicide,	1 point
E = Éthylisme et toxicomanie,	1 point
R = Rationalité déficiente (psychose),	1 point
S = Seul (aucun soutien social),	1 point
O = Organisation planifiée du suicide,	1 point
N = Non marié (pour les hommes),	1 point
S = Santé précaire (maladie chronique/grave),	1 point

3.2.4. Modified SAD Persons Scale MSPS

Hockberger et Rothstein en 1985 ont modifié le SAD Persons Scale de Patterson en y ajoutant cinq caractéristiques supplémentaires à haut risque. Parmi les nouveaux critères, le sentiment de désespoir, des antécédents de soins psychiatriques, la toxicomanie, une tentative "sérieuse" et des réponses affirmatives ou ambivalentes lorsqu'on les interroge sur les intentions futures concernant le suicide. De plus, le critère « maladies chroniques » a été supprimé devant l'absence de validation dans les études examinées, selon les auteurs. La nouvelle échelle a été pondérée : les paramètres individuels qui étaient statistiquement corrélés avec une décision d'hospitalisation du patient après son évaluation aux urgences, ont reçu deux points (tableau 6). Ces paramètres étaient la présence de sentiments de dépression ou de désespoir, l'absence de processus de pensée rationnelle, un plan organisé ou une tentative de suicide grave, et un énoncé affirmatif ou ambivalent concernant l'intention future de se suicider. Utilisés indépendamment, ces seuls critères n'ont pas différencié les patients qui avaient besoin d'être hospitalisés de ceux qui avaient obtenu leur congé suite à l'évaluation du risque de suicide aux urgences. ⁽¹⁶⁾

Tableau 6 : Critères de notation MSPS.

Lettre	Critère	Points
S	Sexe (homme)	1
A	Âge (<19 ou >45 ans)	1
D	Dépression ou désespoir	2
	Réponse positive du patient à la question suivante : - "Ressentez-vous actuellement l'un des symptômes suivants : dépression, incapacité de se concentrer, incapacité de dormir, manque de libido, perte de la capacité d'éprouver du plaisir dans les activités, ou désespoir ?"	
P	Tentatives antérieures ou soins psychiatriques	1
	Une réponse affirmative du patient à au moins une des questions suivantes : - "Avez-vous déjà tenté de vous suicider ?" - "Cherchez-vous actuellement des soins psychiatriques dans un établissement médical ou privé ?" - "Dans le passé, avez-vous déjà consulté un centre médical ou dans un établissement privé ?" - "Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?"	
E	Consommation excessive d'alcool ou de drogues	1
	Au moins un des comportements suivants chez le patient : - s'être présenté plus d'une fois à un service d'urgence au cours du dernier mois pour de l'alcool ou des signes de consommation excessive d'alcool - Avoir un taux d'alcoolémie supérieur à 80 ou un résultat positif à un test de dépistage de drogues « de rue » comme la méthamphétamine, la cocaïne ou le PCP (phéncyclidine) lors de la visite d'inscription.	
R	Perte de raisonnement rationnel	2
	Accord de l'examineur(trice) avec l'énoncé suivant : - Le patient fait preuve d'une perte de pensée rationnelle (il a de la difficulté à comprendre des faits simples ou à être rationnel).	
S	Séparé(e), divorcé(e) ou veuf(ve)	1
O	Tentative organisée ou sérieuse	2
	l'examineur est d'accord avec l'énoncé suivant : - Le patient a un plan suicidaire organisé ou grave (qui pourrait mettre fin à la vie d'une personne moyenne)	
N	Pas de soutien social	1
	Réponse négative du patient à la question suivante : - "Avez-vous des sources de soutien social ?"	
S	Intention future énoncée	2
	l'examineur est d'accord avec l'énoncé suivant : - Le patient a déclaré qu'il avait l'intention de répéter sa tentative de suicide ou il est ambivalent à ce sujet	

Deux articles utilisaient la MPSP. Le premier article portait sur 100 patients adultes (groupe 1) puis 82 (groupe 2) venus aux urgences pour des idées suicidaires ou TS , évalués par des médecins non psychiatres à l'aide du MSPS en comparaison à des scores MPSPS établis à partir d'une consultation menée par un psychiatre.

- Sensibilité, Spécificité, Valeur Prédictive Positive VPP, Valeur Prédictive Négative VPN . Pour le groupe 1 un score de ≥ 6 avait une sensibilité de 94,4% % et une spécificité

de 70,7 % dans l'identification des patients à hospitaliser. La VPP a été calculée à partir des données disponibles, est de 64%. Un score de ≤ 5 avait une VPN de 95,6%.

Pour le groupe 2 un score de ≥ 6 avait une sensibilité de 100 % et une spécificité de 68,5 % dans l'identification des patients à hospitaliser. La VPP a été calculée à partir des données disponibles, est de 62%. Un score de ≤ 5 avait une VPN de 100%. Les patients ayant obtenu des scores de 6 à 8 étaient encore une fois divisés presque également entre ceux qui ont été hospitalisés et ceux qui ont reçu leur congé. Un score de ≥ 9 avait une sensibilité de 31,1 %, une spécificité de 94,4 % et une VPP de 75,0 %, VPN calculée à partir des données disponibles 72,8% ; pour identifier les patients nécessitant une hospitalisation. Un score ≥ 6 est très sensible mais peu spécifique avec une VPP moyenne. Il y a donc un nombre significatif de patients qui ne seront pas hospitalisés malgré un tel score. Un score négatif < 6 semble prédire de façon certaine la sortie d'un patient, donc cela pourrait permettre aux praticiens de laisser les patients sortir avec un tel score, en toute sécurité. La valeur p n'était pas indiquée pour ses résultats.

- Pour 89% des patients évalués les scores MSPS des psychiatres et des non psychiatres étaient identiques. L'examen des dossiers des urgences et des formulaires de la consultation psychiatrique des patients n'a révélé aucune raison évidente pour les écarts, si ce n'est l'insuffisance des données accumulées par les non-psychiatres (leur consultation durait en moyenne 5-10min contre 40-60min pour les psychiatres). En aucun cas, l'écart entre les scores des psychiatres et ceux des non-psychiatres n'a fait passer un patient du groupe à faible risque de 0 à 5 à un groupe à risque élevé.⁽¹⁷⁾

Une deuxième étude a évalué 275 adultes aux urgences exprimant des idées suicidaires, la principale mesure choisie a été la décision de congédier le patient après l'évaluation du risque suicidaire aux urgences. Le décès par suicide dans le mois ou l'année suivant l'inscription était le résultat secondaire. L'hypothèse émise était que les patients dont le score se situait sous les

seuils des outils de dépistage obtiendraient leur congé et que ces patients seraient toujours en vie à douze mois.

- Sensibilité, Spécificité, Valeur Prédictive Positive VPP, Valeur Prédictive Négative VPN, Odds ratio OR, Rapport de vraisemblance positif RL+, Rapport de vraisemblance négatif RL- et l'aire sous la courbe AUC. Dans cette étude la sensibilité était de 0.59; la VPP de 0.28, le RL+ était de 0.90 et l'odds ratio de 0.57 pour un score au MSPS \geq à 6 correspondant à la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide. Pour un score MSPS \leq 5 correspondant au congé du patient après l'évaluation la spécificité était de 0.35, VPN de 0.66, et le RL- de 1.19. L' AUC était de 0.52 pour un score au MSPS \geq à 6 correspondant à la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide. La valeur p n'était pas indiquée pour ses résultats. Ici la MSPS ne permet pas de prédire de façon satisfaisante l'hospitalisation ou la sortie des patients après leurs évaluations avec un score \geq 6 ou $<$ 6 respectivement.⁽¹⁶⁾

3.2.5.Columbia-Suicide Severity Rating Scale

L'échelle Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), dont l'étude a été initiée par Posner et al. depuis 2008, évalue une foule d'idées et de comportements suicidaires, ainsi que l'intensité de l'idéation suicidaire. Une formation est nécessaire pour utiliser le C-SSRS car c'est un entretien clinique semi-structuré composé de quatre sous-échelles différentes dans sa version longue (annexe 3). Il s'agit d'un questionnaire conçu pour servir à la recherche sur les médicaments dans le cadre d'essais cliniques, mais il peut également être utilisé en pratique clinique. Plusieurs versions de la C-SSRS sont utilisées en pratique clinique afin d'optimiser la sécurité et la prise en charge des patients, ainsi que de surveiller l'amélioration ou la détérioration du risque de suicide.

La version Évaluation du risque (Risk Assessment) CSSRSra est conçue pour les établissements de soins de courte durée puisqu'elle permet d'établir le risque de suicide immédiat de la

personne. Les idées ou comportements suicidaires de la dernière semaine et de toute la vie sont évalués au moyen d'une liste de contrôle des facteurs de risque et de protection en matière de risque de suicide.

La version Screen CSSRSs est courte avec les 5 questions portant sur les idéations suicidaires puis une 6^{ème} question pour les antécédents de comportements suicidaires. Elle comporte un point de triage c'est-à-dire que les questions 3, 4, 5 ne sont posées qu'en cas de réponses positive à la question 1 ou 2 et elle se rapporte plus particulièrement aux pensées et évènements du dernier mois (tableau 7). L'utilisation de cette version convient lors de la première entrevue avec la personne et est utilisée au service des urgences, aux centre d'appel d'urgences (911 aux États Unis). Elle est déclinée en 2 autres versions : la version *À vie/maintenant (Lifetime/Recent)* permettant de recueillir des données sur les antécédents de tentative de suicide, ainsi que sur les idées ou comportements suicidaires récents et la version *Depuis la dernière visite (Since Last Visit)* examine de manière prospective les comportements suicidaires depuis la dernière visite de la personne. Elle existe également en version Self report Screener CSSRSs qui ne nécessite pas d'examineur.^(13, 25)

La sous échelle « idéation suicidaire » est parfois utilisée seule. Chaque réponse affirmative ajoutait un point au score du patient, pour un maximum de cinq points possibles. Un score de 3 ou moins classait un patient comme étant susceptible d'obtenir son congé, alors qu'un score de 4 ou 5 classait un patient comme étant susceptible d'être hospitalisé. Posner et al. ont constaté que des scores de gravité d'idéation de 4 ou 5 étaient prédictifs des tentatives de suicide.⁽¹⁶⁾

Le CSSRS est utilisé dans 3 articles différents. La première étude évalue 3 évènements représentant une évolution complexe à court terme (cf SAD Persons Scale). Elle utilise la version self-report screener CSSRSs.⁽¹⁸⁾

- Aire sous la courbe ROC (AUC): de 0.52 (IC 95% , 0.35-0.69,p=0.81) pour prédire les évènements indésirables durant le séjour aux urgences, de 0.65 (IC 95% , 0.49-

0.81, $p=0.074$) pour la prédiction de l'admission dans un établissement psychiatrique et de 0.56 (IC 95% , 0.37-0.76, $p=0.51$) pour prévoir une hospitalisation psychiatrique prolongée. L'échelle CSSRSs ne permettait donc pas de prédire les 3 événements choisis pour refléter l'évolution à court terme suite à évaluation du risque suicidaire aux urgences de personnes ayant exprimé des idées suicidaires.

Dans une seconde étude, la sous échelle « idéation suicidaire » de la CSSRS est utilisée (CSSRSis). Dans cette étude la principale mesure choisie a été la décision de congédier le patient après l'évaluation du risque suicidaire aux urgences. (cf modified SAD Persons Scale).

- Sensibilité, Spécificité, VPP, VPN, OR, RL+ et RL-. Dans cette deuxième étude la sensibilité était de 0.60; la VPP de 0.27, le RL+ était de 0.88 et l'odds ratio de 0.71 pour un score CSSRSis ≥ 4 correspondant à la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide. Pour un score CSSRS < 4 correspondant au congé du patient après l'évaluation la spécificité était de 0.34 , VPN de 0.67, et le RL- de 1.24. La valeur p n'était pas indiquée pour ses résultats.
- L'AUC était de à 0.48 pour un score CSSRSis supérieur ou égal à 4 correspondant à la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide.

La sous échelle « idéation suicidaire » de la CSSRS ne permet pas de prédire l'hospitalisation ou la sortie des patients après leurs évaluations avec un score ≥ 4 ou < 4 respectivement. ⁽¹⁶⁾ La valeur p n'était pas indiquée pour ses résultats.

Dans une 3^{ème} étude les patients adultes se présentant pour comportements suicidaires étaient évalués par CSSRS version longue.

- Alpha de Cronbach. La sous échelle « intensité de l'idéation » avait une cohérence interne alpha de Cronbach à 0.73.

- Les sous-échelles « idéation suicidaire » et « intensité de l'idéation » étaient modestement corrélées à la Beck Scale for Suicide Ideation, respectivement, (r=0.69, p<0.001, N=211) et (r=0.34, p<0.001; N=193).⁽¹⁹⁾

Tableau 7 : COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE
Self report screen with Triage Points for Emergency Department

Ask questions that are bolded and underlined .	Past month	
	YES	NO
Ask Questions 1 and 2		
1) <u>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?</u>		
2) <u>Have you actually had any thoughts of killing yourself?</u>		
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5, and 6. If NO to 2, go directly to question 6.		
3) <u>Have you been thinking about how you might do this?</u> E.g. "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when where or how I would actually do it....and I would never go through with it."		
4) <u>Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?</u> As opposed to "I have the thoughts but I definitely will not do anything about them."		
5) <u>Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?</u>		
6) <u>Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?</u> Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc. If YES, ask: <u>Was this within the past three months?</u>		
	Lifetime	
Item 1 Behavioral Health Referral at Discharge Item 2 Behavioral Health Referral at Discharge Item 3 Behavioral Health Consult (Psychiatric Nurse/Social Worker) and consider Patient Safety Precautions Item 4 Immediate Notification of Physician and/or Behavioral Health and Patient Safety Precautions Item 5 Immediate Notification of Physician and/or Behavioral Health and Patient Safety Precautions Item 6 Over 3 months ago: Behavioral Health Consult (Psychiatric Nurse/Social Worker) and consider Patient Safety Precautions Item 6 3 months ago or less: Immediate Notification of Physician and/or Behavioral Health and Patient		

Tableau 8 : SAFE-T scoring criteria.

Risks Factors

Agreement by the RA with at least one of the following statements about a plan or intent:

- Patient has organized or serious suicidal plan (one that could end the life of an average person)
- Patient stated future intent to repeat attempted suicide or patient is ambivalent about doing so

Or a patient report of at least one of the following suicidal behaviors in the last three months:

- Actual suicide attempt
- Interrupted suicide attempt
- Aborted suicide attempt
- Preparatory behavior

Prospective factors :

An affirmative response by the patient to at least one of the following question about internal protective factors:

- “Do you have coping skills for dealing with stress?”
- “Do you have any religious affiliations?”

In addition to an affirmative response by the patient to at least one of the following questions about external protective factors:

- “Do you have any pets?”
- “Do you live with anyone?”
- “Do you have any sources of social support?”

3.2.6.Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage (SAFE-T)

Le SAFE-T conçu à l'origine par Douglas Jacob (2007) et développé en collaboration entre Screening for Mental Health, Inc. et le Suicide Prevention Resource Center aux États Unis, évalue les facteurs de risque et les facteurs de protection des patients afin d'aider les cliniciens à déterminer l'orientation des patients. Le SAFE-T suggère de donner le congé aux patients qui ont des facteurs de protection internes comme l'appartenance religieuse ou une facilité d'adaptation, ainsi que des facteurs de protection externes comme le soutien social ou les animaux domestiques, s'ils n'ont pas de plan, d'intention et des antécédents de comportement suicidaire (tableau 8). Le fait d'avoir au moins un facteur de protection interne couplé à au

moins un facteur de protection externe combiné à l'absence de tous les facteurs de risque énumérés dans le score classe un patient comme susceptible d'obtenir son congé ; tous les autres patients ont été classés comme susceptibles d'être hospitalisés.⁽²⁶⁾

Le score était présent dans un seul article. L'étude était effectuée aux urgences sur 276 adultes exprimant des idées suicidaires, la principale mesure choisie a été la décision de congédier le patient après l'évaluation du risque suicidaire aux urgences. Le décès par suicide dans le mois ou l'année suivant l'inscription était le résultat secondaire. L'hypothèse émise était que les patients dont le score se situait sous les seuils des outils de dépistage obtiendraient leur congé et que ces patients seraient toujours en vie à douze mois.(cf 2^{ème} article du MSPS et CSSRS)

Sensibilité, Spécificité, VPP, VPN, OR, RL+ et RL-. Dans cette étude la sensibilité était de 84%; la VPP de 30%, le RL+ était de 1.03 et l'odds ratio de 1.17 pour un score au SAFE-T égal à « moderate » ou « high risk » correspondant à la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide. Pour un score SAFE T évalué à « low risk » correspondant au congé du patient après l'évaluation la spécificité était de 18% , VPN de 73%, et le RL- de 0.88. Les scores « moderate » ou « high risk » de SAFE T ne permettaient pas de déterminer si le patient sera hospitalisé suite à l'évaluation aux urgences. Le score « low risk » permettait de façon modérée d'estimer les patients sortants. La valeur p n'était pas indiquée pour ses résultats.

- AUC : Dans cette étude l'AUC était de 0.51 pour un score au SAFE-T égal à « moderate » ou « high risk » correspondant à la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide. L'échelle SAFE T ne permettait donc pas de prédire la décision d'une hospitalisation du patient suite à l'évaluation du risque de suicide.⁽¹⁶⁾La valeur p n'était pas indiquée pour ses résultats.

3.2.7. Scale of suicide ideation SSI ou Beck Scale of suicide ideation BSS

L'échelle d'idéation suicidaire SSI créée par Beck et al. en 1979 mesure l'intensité actuelle et immédiate des attitudes, comportements et plans suicidaires dénotant une intention de mettre fin à leur jour chez les patients psychiatriques initialement. BSS est la version auto-questionnaire de SSI, remplie par le patient lui-même. L'échelle comprend 21 éléments qui sont notés sur une échelle d'intensité suicidaire de 3 points allant de 0 à 2. Les notes attribuées aux 19 premiers éléments sont additionnées pour obtenir une note totale allant de 0 à 38. Le SSI se compose de cinq éléments de présélection. Trois items évaluent le désir de vivre ou le désir de mourir et deux items évaluent le désir de faire une tentative de suicide. Si le ou la patiente signale un désir actif ou passif de se suicider, 14 items supplémentaires sont administrés. Les éléments individuels évaluent les facteurs de risque suicidaires tels que la durée et la fréquence de l'idéation, le sentiment de contrôle sur la tentative, le nombre de moyens de dissuasion et le degré de préparation réelle à une tentative envisagée. Deux autres questions portent sur l'incidence et la fréquence des tentatives de suicide antérieures. L'administration du SSI prend environ 10 minutes. L'utilisation de la SSI exige une formation et des qualifications professionnelles particulières. ⁽¹³⁾

2 articles y faisait référence où il est utilisé comme test référence. Dans la première étude (cf SAD Persons Scale) on retrouve un seul indice psychométrique ⁽¹⁸⁾:

- AUC : de 0.44 (IC 95% , 0.27-0.61 ,p=0.47) pour prédire les évènements indésirables durant le séjour aux urgences, de 0.43 (IC 95% , 0,25-0,60,p=0.37) pour la prédiction de l'admission dans un établissement psychiatrique et de 0.34 (IC 95% , 0.14-0.54,p=0.084) pour prévoir une hospitalisation psychiatrique prolongée.

L'échelle SSI ne permettait donc pas de prédire les 3 événements choisis pour refléter l'évolution à court terme suite à évaluation du risque suicidaire aux urgences de personnes ayant exprimé des idées suicidaires.

Dans la seconde étude BSS servait de norme de référence à laquelle était comparée les 2 nouvelles échelles testées (cf Patient Safety Screener ci-dessus). Aucun autre indice n'était évalué.

3.2.8.Module Risque suicidaire du Mini-International Neuropsychiatric Interview

(M.I.N.I.)

Le MINI est un court entretien diagnostique structuré, développé conjointement par des psychiatres et des cliniciens aux Etats-Unis et en Europe, pour les troubles psychiatriques DCM IV et CIM 10. Avec un temps d'administration d'environ 15 minutes, il a été conçu pour répondre au besoin d'une entrevue psychiatrique structurée courte pour les essais cliniques multicentriques et les études épidémiologiques et pour être utilisé comme première étape dans le suivi des résultats dans des contextes cliniques et non de recherche. Son module « risque suicidaire » très bref est parfois utilisé seul pour déterminer le niveau de risque suicidaire. Il est composé de 6 questions binaires. Le niveau de risque est établi en fonction de quelle question et du nombre de questions ayant obtenu une réponse positive (tableau 9).

Un seul article utilisait cette échelle et il n'y avait pas d'indice psychométrique ni aucune comparaison avec d'autres échelles.

Tableau 9 : MINI risque suicidaire ^(27,28)

Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1 Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON OUI
C2 Voulu vous faire du mal ?	NON OUI
C3 Pensé à vous suicider ?	NON OUI
C4 Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON OUI
C5 Fait une tentative de suicide ?	NON OUI

Au cours de votre vie,

C6 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON OUI
Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS	NON OUI

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU **RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL** COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER

C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN

C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

3.2.9.P4 screener

Le dépisteur P4 évalue les patients au moyen de quatre types de questions (4P) : les tentatives de suicide antérieures, le plan du suicide, la probabilité de se suicider et les facteurs préventifs (Dube et al., 2010). Selon les réponses des patients, les patients sont classés comme présentant un risque minimal, faible ou élevé de suicide. Cet instrument est potentiellement utile dans les services d'urgence, mais d'autres recherches sont encore nécessaires.⁽²¹⁾

Un seul article y fait référence ,aucune analyse psychométrique n'a été effectuée. Le P4 screener est présenté dans l'annexe 4.

Tableau 11 : Récapitulatif des indices psychométriques retrouvés

Scores	SAD Persons Scales	MSPS a	MSPS b	CSSRS Version longue	CSSRS Self- report screener	CSSRS Idéation suicidaire	SAFE T	SSI
AUC	d 0.72 (0.67-0.8 ; 0.009)		0.52		d 0.65(0.49- 0.81 ;0.074)	0.48	0.51	d 0.43 (0.25- 0.60 ; 0.37)
(IC, p value)	e 0.76 (0.61- 0.91; 0.006)		IC et p inconnus		e 0.56(0.37- 0.76 ;0.51)	IC et p inconnus	IC et p inconnus	e 0.34 (0.14- 0.54 ; 0.084)
	f 0.45 (0.28-0.62 ; 0.58)				f 0.52(0.35- 0.69 ;0.81)			f 0.44 (0.27- 0.61 ;0.47)
Se	<u>Pour SPS>7</u>	<u>Groupe 1</u> >6 Se 94%	<u>Pour >6</u>			Se 60%	Se 84%	
Sp	d Se 77%,Sp 39%	Sp 70.7%	Se 59%			Sp 34%	Sp 18%	
	e Se 92%, Sp 41%	<u>Groupe 2</u> ≥6 Se 100%	Sp35%					
	f Se 63%,Sp 29%	Sp 68.5%						
		≥9 Se 31.1%						
		Sp 94%						
VPP		<u>Groupe 1</u> >6 VPP 64%	<u>Pour >6</u>			VPP 27%	VPP 30%	
VPN		VPN 95.6%	VPP 28%			VPN 67%	VPN 73%	
		<u>Groupe 2</u> ≥6 :VPP62%						
		VPN 100%	VPN 66%					
		≥9 :VPP75%						
		VPN 72.8%						
OR	d 2.2(0.63-7.69, 0.22)		0.57			0.71	1.17	
(IC, p value)	e 8,18(0.96- 69.71, 0.055)		IC et p inconnus			IC et p inconnus	IC et p inconnus	
	f 0.70 (0.21-2.36, 0.57)							
RL+			RL+ 0.90			RL+ 0.88	RL+ 1.03	
RL-			RL- 1.19			RL- 1.24	RL- 0.88	
α c				0.73				

a : résultats du Modified SAD Persons Scale de la première étude ⁽¹⁷⁾

b : résultats du Modified SAD Persons Scale de la deuxième étude ⁽¹⁶⁾

c : alpha de Cronbach

d : hospitalisation en psychiatrie,

e : hospitalisation prolongée ≥5jours,

f : agitation aux urgences

IV. DISCUSSION

Le but de l'étude était de trouver des outils utilisables par un médecin généraliste ou un urgentiste pour évaluer le risque de suicide chez leurs patients potentiellement à risque.

Le résultat principal est le peu d'études effectuées dans ce domaine. A partir de 3 bases de données seulement 8 articles ont été inclus. Aucune étude effectuée en ville chez des médecins généralistes n'a été retrouvée par la revue. La prévalence du suicide explique sans doute cette absence mais quand on additionne les tentatives et les suicides la prévalence devient nettement plus importante. Devant la prévalence actuelle, la restitution ad integro en cas de succès de la prise en charge et l'augmentation de la prévalence des syndromes dépressifs⁽¹³⁾ et troubles anxieux, il apparaît surprenant que les recherches, afin d'aboutir à un outil validé pour les médecins en première ligne ne soient pas entreprises.⁽²⁹⁾ Plus d'études doivent être menées en soins primaires et avec des effectifs plus grands.

Des 9 outils répertoriés, seulement 5 et leurs différentes versions avaient au moins un indice psychométrique et dans l'ensemble ils étaient décevants. Malgré tout, deux outils présentaient des résultats supérieurs que les autres. La MSPS pourrait présenter un intérêt pour permettre aux praticiens d'autoriser le retour à domicile, avec un suivi psychologique ambulatoire, des patients ayant obtenu un score inférieur à 5, en sécurité. Cela permettrait entre 45-48% de consultations spécialisées en moins. Les autres patients nécessiteraient une évaluation psychiatrique plus poussée pour stratifier leur risque de suicide. Ces résultats ne sont cependant pas confirmés dans le deuxième article évaluant la MSPS. La SAD Persons Scale obtenait des résultats plus modestes, selon l'article le concernant : le test est d'une justesse très moyenne (AUC) en ce qui concerne la prédiction de l'hospitalisation prolongée ou non des patients évalués. Quant à elles, la SAFE T et la CSSRS n'ont pas montré de propriétés correctes. La

version longue de la CSSRS obtient néanmoins un indice de cohérence interne correcte (alpha de Cronbach à 0.73). Les PSS 2 et 3 sont très fortement corrélés à la version auto-questionnaire de la SSI (chacun avec un Kappa de Cohen de 0,95), souvent prise pour référence, bien que celle-ci n'ait obtenu qu'un très mauvais indice de justesse (AUC 0.34 à 0.44). La SPS, le module risque suicidaire du MINI et le PF4 n'avaient pas d'analyse psychométrique dans les articles sélectionnés.

Devant des validités prédictives aussi moyennes, aucun outil ne peut être particulièrement conseillé pour l'évaluation du risque de suicide chez un adulte en soins primaires. Il n'est pas conseillé de refuser une évaluation psychiatrique plus poussée même en cas de résultats rassurants si le patient le demande ou si le contexte (conflit familial pouvant précipiter l'acte en cas de retour à domicile, par exemple) ne s'y prête pas. Le seul souci résiduel dans ce cas est l'accès aux soins psychiatriques depuis les soins primaires.

Il est essentiel de souligner que la majorité des outils évaluant le risque suicidaire a été initié et testé en soins psychiatriques et quand l'évaluation est effectuée sur la population générale elle est souvent l'œuvre de psychiatres. Il y a beaucoup plus d'indices psychométriques disponibles en dehors des soins primaires. Par exemple la validité prédictive de SSI pour les suicides complets a été établie pour les patients en traitement psychiatrique ambulatoire (Beck et al., 1999 ; Brown et al., 2000). Plus précisément, les patients dont le score se situait dans la catégorie de risque la plus élevée (c'est-à-dire un score total de SSI supérieur à 2) étaient environ sept fois plus susceptibles de se suicider que ceux qui se classaient dans la catégorie de risque inférieur (Brown et al., 2000). La SPS a fait preuve, chez l'adulte, d'une grande fiabilité avec un coefficient alpha de Cronbach de $\alpha = 0,93$ (Cull et Gill, 1988, Bisconer et Gross, 2007). La SPS a également démontré une bonne validité convergente, étant bien corrélée avec d'autres

mesures du risque de suicide, du désespoir et de la dépression. La fiabilité test-retest avec une corrélation de $r = 0,92$ a été établie sur une période de trois semaines. Néanmoins la validité prédictive de l'échelle SPS n'a pas été étudiée de façon exhaustive chez les populations adultes. Pour la CSSRS il existe peu de données psychométriques chez l'adulte. Greist et al. en 2014, évalue sa validité prédictive pour les comportements suicidaires avec un OR entre 4.57 et 5.69, avec $p < 0.001$ ^(30, 3, 32). PSS 3 est recommandée par l'American College of Emergency Physicians comme l'un des outils à utiliser pour évaluer le risque de suicide aux urgences adultes, au regard de sa très forte corrélation avec SSI ⁽³¹⁾. Quelques études se sont penchées sur la validité de l'échelle « *SAD PERSONS* ». Bullard (1993) a constaté que le score peut sous-estimer le risque de suicide par rapport à l'entrevue clinique. De son côté, Herman (2006) a découvert que le score seuil de 5 n'a pas permis d'identifier 14 % des personnes considérées par les cliniciens comme activement suicidaires et donnait un taux de faux positif de 87 %. Ces outils sont aussi fréquemment utilisés pour évaluer des événements bien spécifiques tel que les automutilations, la présence d'idées suicidaires ou leur intensité, ou encore le risque de récurrence dans les suites d'une première tentative de suicide. Malgré l'intérêt de ces études, ces événements pris un à un, ne reflètent pas la complexité du risque global de suicide. Les valeurs attestant de la validité des outils pour le risque suicidaire, chez l'adulte sont donc parfois peu nombreux même en dehors des soins primaires.

Les critères recherchés pour un outil d'évaluation du risque suicidaire sont, de façon légitime, la rapidité et simplicité d'exécution (D'Onofrio et al, 2010 ; Randall, Colman, & Rowe, 2011) afin qu'il soit reproductible, facilement mémorisable par les praticiens et qu'il ait un taux optimal d'adhésion de la part des patients. Par exemple dans une des études incluses, effectuées aux urgences sur des patients ayant des idées suicidaires, dans 89% des cas les scores de la MSPS établis par les médecins non psychiatres lors d'une courte consultation (10minutes)

étaient égaux à ceux des psychiatres disposant d'un temps de consultation plus long (45minutes)⁽¹⁷⁾. Même avec beaucoup moins de temps la stratification du risque suicidaire était donc très similaire. Néanmoins dans une autre étude⁽¹⁸⁾, le personnel infirmier des urgences arrivait modestement à prédire les hospitalisations en psychiatrie quand elle était prolongée (AUC 0,71). Le résultat pourrait être justifié, selon les auteurs, par le temps passé par le personnel infirmier auprès des malades. Passer du temps auprès du patient pourrait permettre donc de repérer les situations les plus graves, même sans formation à l'évaluation du risque suicidaire. Même si l'évaluation du niveau de risque de suicide et de la prise en charge qui en découle, se doit d'être rapide, elle serait à effectuer lors d'une consultation longue durant laquelle le praticien prendra connaissance du contexte personnel du patient et s'y adaptera afin de décider de la prise en charge la plus adaptée⁽¹¹⁾.

Beaucoup d'outils négligent l'aspect impulsif du suicide. L'implication de l'impulsivité n'est pas encore clarifiée^(33,34). Selon la population, 25 à 60 % des tentatives sont considérées comme "impulsives"⁽³⁵⁻³⁷⁾ et les tentatives "impulsives" peuvent inclure l'idée et la planification préalables.⁽³³⁾ Il pourrait être intéressant d'inclure une évaluation de l'impulsivité dans les outils et l'évaluation du risque suicidaire.

Malgré l'utilisation de critères de sélection, d'inclusion et d'exclusion objectifs il pourrait y avoir un biais de sélection des articles car la revue a été effectuée par une seule personne. Le fait qu'aucune recherche n'ait été faite dans « littérature grise », c'est-à-dire les études non publiées et que la recherche n'ait porté que sur 3 bases de données PubMed , Cochrane et PsycINFO a pu créer un biais de sélection. Il existait également un biais de sélection lié à la langue, en effet seuls les articles publiés anglais et en français ont été retenus. Le biais d'information, qui entraîne une surreprésentation des études obtenant des effets positifs,

favorables ou statistiquement significatifs, a été limité par l'élimination systématique des doublons et par l'agrégation des données numériques de validité dans les tableaux de résultats. L'interprétation des résultats peut être altérée par le faible nombre d'articles retrouvés. Les résultats tirés des articles peuvent également avoir été faussés par la faible prévalence de la « maladie », par le fait que des événements « substitutifs » ont dû être évalués à la place du suicide, et par le fait que les effectifs des études étaient souvent restreints, ainsi que par le fait que la valeur p de certains résultats n'était pas toujours indiquée. Les évaluations des patients étaient la plupart du temps effectuées en journée, et les jours de semaine. Cependant les tentatives de suicide et les suicides complets ont tendance à arriver lorsque les patients sont seuls (la nuit ou le week-end).⁽³⁸⁾

V. Conclusion

Aucune étude effectuée chez des médecins généralistes n'a été retrouvée. Peu d'outils ont été évalués en soins primaires et les indices psychométriques sont peu satisfaisants. Il apparaît ainsi nécessaire d'entreprendre un travail de fabrication et de validation d'un outil de dépistage du risque suicidaire adapté aux soins primaires.

I. Bibliographie

1. Observatoire national du suicide. Suicide, Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. février 2016.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide : état d'urgence. 2014.
3. Chan-Chee C, Enguerrand du Roscoät, Léon G et al. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):38-47.
4. Brent D, Turecki G. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 19 mars 2016; 387(10024): 1227-1239.
5. Bertolote J(coordonateur). La prévention du suicide, Indications pour professionnels de anté primaire, Prise en charge des troubles mentaux et neurologiques, Département de Santé Mentale et Toxicomanies .Organisation Mondiale de la Santé. 2002; Genève.
6. Walter M. Évaluer le risque suicidaire. La revue du praticien. Juin 2003;11:1186-90
7. Lane J et al. Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec: Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux (Canada). 2010; 1-99.

8. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS). 6-12 septembre 1978; 41-79.

9. Organisation Mondiale de la Santé. Soins de santé primaires. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/. (consulté le 17 avril 2019).

10. Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. *Epidemiology and Public Health*. Elsevier Masson. 2018;66 (2):157-162.

11. Barbail A, Belmin M, Botbol M, et al. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000; Paris.

12. Bourgueil , Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*. 2010; 3: 11-20.

13. Goy M, Hirdes JP, Martin L P, Neufeld E, Perlman CM. Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé. Toronto (Ontario) : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients. 2011.

14. Allen MH, Boudreaux ED, Brady KM, Jaques ML, Matson A. The Patient Safety Screener: Validation of a Brief Suicide Risk Screener for Emergency Department Settings. *Arch Suicide Res*. 2017; 21(1):52-6.

15. Canturk G, Canturk N, Dogan B, Guney S, Özcan E. Assessment of private security guards by Suicide Probability Scale and Brief Symptom Inventory. *Riv Psichiatr.* 2016 Mar-Apr;51(2):72-8.
16. Brennan J, Chalmers CE, Mullinax S, Nordstrom K, Vilke GM, Wilson MP. Suicide screening scales may not adequately predict disposition of suicidal patients from the emergency department. *Am J Emerg Med.* 2018 Jan 31; 36(10):1779-1783.
17. Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by non-psychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med.* 1988 Mar-Apr; 6(2):99-107.
18. Chang BP, Tan TM. Suicide screening tools and their association with near-term adverse events in the ED. *Am J Emerg Med.* 2015 Nov;33(11):1680-3.
19. Brent DA, Brown GK, Currier GW, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale- Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry.* 2011 Dec; 168(12): 1266-77.
20. Carrieri PM , Lions C, Maradan G et al. Suicidal risk among patients enrolled in methadone maintenance treatment: HCV status and implications for suicide prevention (ANRS Methaville). *Compr Psychiatry.* 2015 Oct; 62: 123-31.
21. Bair MJ, Dube P, Kurt K, Theobald D, Williams LS. The p4 screener: evaluation of a brief measure for assessing potential suicide risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12(6):

22. Allen H, Arias S, Boudreaux E, et al. Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department. *American Journal of Preventive Medicine*. April 2016; 50(4): 445-453.
23. Cull J, Gill W. *Suicide probability scale (SPS) manual*. Los Angeles, California : Western Psychological Services. 1982.
24. Bird J, Dohn HH, Patterson GA, Patterson WM. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale, *Psychosomatics*. 1983 Apr;24(4): 343-5, 348-9.
25. The Columbia Lighthouse Project. *Columbia-Suicide Severity Rating Scale, Screener/Recent – Self-Report*. Disponible sur <http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-communities-and-healthcare/#filter=.general-use.english>. (consulté le 17 avril 2019).
26. Jacobs D. *A Resource Guide for Implementing the Joint Commission 2007 Patient Safety Goals on Suicide Featuring the Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T)*. Wellesley Hills: Screening for Mental Health; 2007.
27. Amorim P, Lecrubier Y, Janavs J, Sheehan KH, Sheehan DV, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33 [quiz 4-57].

28. Hergueta T, Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, et al. M.I.N.I. 5.0.0, French version, DSM-IV. Lifetime, 29 October 1999.
29. Buisson A. Évaluation de la place du médecin généraliste dans le parcours de soins des patients admis aux urgences pour tentative de suicide. *Médecine humaine et pathologie*. 2016.
30. The Columbia Lighthouse Project. Center for Suicide Risk Assessment. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C - SSRS), Supporting Evidence. 2019. disponible sur le site <http://cssrs.columbia.edu/documents/c-ssrs-supporting-evidence/>.
31. The Joint Commission Sentinel Event. A complimentary publication of The Joint Commission. February 2016; 56.
32. Brown, Ph.D Gregory K. A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults; National Institute of Mental Health.
33. Bernert RA, Joiner TE, Hollar DL, et al. “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *J Affect Disord*. 2008; 107(1-3) :107–116.
34. Klonsky ED, May A. Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2010; 40: 612–619.
35. Bayer T, Frankowski RF, Potter LB, et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*. 2002; 32 :49–59.

- 36 . De Leo D, Wyder M. Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *J Affect Disord.* 2007;104:167–173.
37. Brower KJ, Glass J, Ilgen MA, et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *J Affect Disord.* 2009; 115:131–139.
38. Deisenhammer E, Hinterhuber H, Ing C, Strauss R, Weiss E. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry.* 2009; 70(1): 19-24.

ANNEXE 1

Grille de lecture

Titre	Auteurs	Année	Revue/ ref	Language	quality of life as major topic	IMRAD format (Yes/No)	Inclusio n (Yes/No/ doutfull)	Justification for Inclusion or Non inclusion if needed
--------------	----------------	--------------	-----------------------	-----------------	---	--------------------------------------	--	---

Lien vers le fichier de la grille de lecture :
<https://www.dropbox.com/s/m8b532w5y4haebm/Grille%20d%27inclusion%20et%20d%27exclusion%20.xlsx?dl=0>

ANNEXE 2
Grilles d'évaluation de la qualité des articles

CRITERES	OUI	PARTIELLEMENT	NON
La question de recherche et/ou les objectifs sont clairs	3	1	0
La méthode est adaptée pour répondre à la question	3	1	0
Les critères d'évaluation sont cliniques	3	1	0
Le plan d'analyse statistique est correct	2	1	0
Les résultats et la discussion sont cohérents avec la question et la méthode	2	1	0
La conclusion est basée sur les résultats de cette étude	2	1	0
Les résultats sont pertinents pour la pratique, l'enseignement ou l'organisation des soins	3	1	0
TOTAL	/18		

CRITERIA	YES	PARTLY	NO
The research question and / or objectives are clear	3	1	0
The method is suitable for answering research question	3	1	0
Evaluation criteria are clinical	3	1	0
Statistical analysis plan is correct	2	1	0
Results and discussion are consistent with the research question and method	2	1	0
Conclusion is based on the results of this study	2	1	0
Results are relevant for practice, education or care's organization	3	1	0
TOTAL	/18		

Cut off =

ANNEXE 3
Version longue du CSSRS

IDÉATION SUICIDAIRE		
<i>Posez les questions 1 et 2. Si les deux réponses sont négatives, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est « oui », posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est « oui », complétez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.</i>	Depuis la naissance : moment où il/elle s'est senti(e) le plus suicidaire	Au cours des derniers mois
<p>1. Désir d'être mort(e) Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir de mourir ou de ne plus être en vie, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller. <i>Avez-vous souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>2. Pensées suicidaires actives non spécifiques Pensées d'ordre général non spécifiques autour de la volonté de mettre fin à ses jours/se suicider (par ex. « <i>J'ai pensé à me suicider</i> »), non associées à des pensées sur les manières permettant de se suicider, c'est-à-dire ni aux moyens, ni à une intention ou à un scénario, au cours de la période d'évaluation. <i>Avez-vous réellement pensé à vous suicider ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>3. Idéation suicidaire active avec définition de moyens (sans scénario), sans intention de passage à l'acte Le sujet pense au suicide et a envisagé au moins un moyen pour y parvenir au cours de la période d'évaluation. Il ne s'agit pas ici de l'élaboration d'un scénario spécifique comprenant le moment, le lieu ou le moyen (par ex. le sujet a pensé à un moyen pour se suicider, mais ne dispose pas d'un scénario précis). Il s'agit par exemple d'une personne déclarant : « <i>J'ai pensé à avaler des médicaments, mais je n'ai pas de scénario précis sur le moment, le lieu ou la manière dont je le ferais... et je n'irais jamais jusque là</i> ». <i>Avez-vous pensé à la manière dont vous vous y prendriez ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis Pensées suicidaires actives, le sujet exprime <u>une intention plus ou moins forte de passer à l'acte</u> et ne se contente pas de déclarer : « <i>J'ai des pensées suicidaires, mais je ne ferai jamais rien pour les mettre en œuvre</i> ». <i>Avez-vous eu des pensées de ce genre et l'intention de passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte Pensées suicidaires associées à l'élaboration complète ou partielle d'un scénario détaillé ; le sujet exprime une intention plus ou moins forte de mettre ce scénario à exécution. <i>Avez-vous commencé ou fini d'élaborer un scénario détaillé sur la manière dont vous voulez vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce scénario à exécution ?</i> Si oui, décrivez :</p>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

(Cochez toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)

Tentative avérée :

Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir *suite à cet acte*. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté *quelconque* de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. *La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire*, mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative.

Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel.

Avez-vous fait une tentative de suicide ?

Avez-vous cherché à vous faire du mal ?

Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ?

Qu'avez-vous fait ?

Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ?

Vouliez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ?

Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ?

Où avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ?

Où l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ?

(Comportement auto-agressif sans intention de suicide)

Si oui, décrivez :

Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ?

Tentative interrompue :

Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (*sinon, une tentative avérée aurait eu lieu*).

Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un, ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendaison : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche.

Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ?

Si oui, décrivez :

Tentative avortée :

La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur.

Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ?

Si oui, décrivez :

Préparatifs

Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'un moyen spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu).

<p><i>Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ?</i></p> <p>Si oui, décrivez :</p>	
	<p>Tentative la plus récente</p> <p>Date :</p>
<p>Létalité/lésions médicales observées :</p> <p>0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures).</p> <p>1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses).</p> <p>2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important).</p> <p>3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes).</p> <p>4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital).</p> <p>5. Décès</p>	<p><i>Inscrire le code correspondant</i></p> <p>_____</p>
<p>Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0</p> <p>Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée).</p> <p>0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures</p> <p>1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort</p> <p>2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles</p>	<p><i>Inscrire le code correspondant</i></p> <p>_____</p>

ANNEXE 4

P4 SCREENER

Have you had thoughts of actually hurting yourself?

NO

YES

4 Screening Questions

1. Have you ever attempted to harm yourself in the past?

NO

YES

2. Have you thought about how you might actually hurt yourself?

NO

YES → [How? _____]

3. There's a big difference between having a thought and acting on a thought. How likely do you think it is that you will act on these thoughts about hurting yourself or ending your life some time over the next month?

a. Not at all likely _____

b. Somewhat likely _____

c. Very likely _____

4. Is there anything that would prevent or keep you from harming yourself?

NO

YES → [What? _____]

Risk Category	Shaded ("Risk") Response	
	Items 1 and 2	Items 3 and 4
Minimal	Neither is shaded	Neither is shaded
Lower	At least 1 item is shaded	Neither is shaded
Higher		At least 1 item is shaded

ANNEXE 5

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères et consœurs ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les femmes, les hommes, mes confrères et mes consœurs m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

IMPRIME 4 – AUTORISATION D'IMPRIMER
THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame Blanchet Mathilde
Inscrit-e en DES de Médecine Générale

Titre définitif de la thèse soutenue :

**Revue de la littérature : les outils cliniques d'évaluation du risque
suicidaire chez l'adulte en soins primaires**

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 18 avril 2019

Le président du jury de thèse

Le Reste Jean Yves



Dr. Jean Yves Le Reste
N° de diplôme 29480
N° de carte 1 08348 G

Le directeur de l'UFR de médecine et des
sciences de la santé de Brest

C. BERTHOU



Blanchet Mathilde – Revue de la littérature : les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires

Th. : Méd. : Brest 2019

Abstract

Background: In France, more than 60% of suiciders contacted their general practitioner the month before their suicide. There is no brief validated tool in this context. The purpose of this study was to search for clinical tools to evaluate adult suicide risk in primary cares.

Method: Literature review following the PRISMA protocol (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). The research was achieved in August 2018 within PubMed, Cochrane and PsycINFO databases. To be included, an article had to contain a clinical tool for assessing suicide risk in non-specialized care.

Result : 1199 screened articles, 8 included with 9 described tools. 5 had at least one data. The Modified SAD Persons Scale had a satisfactory negative predictive value and sensitivity but a low specificity and positive predictive in one survey which were not confirmed in a second study. SAD Persons Scale had an area under the curve between 0.72 and 0.76. The long version of Columbia Suicide Severity Rating Scale had a Cronbach alpha of 0.73. Scale of Suicide Ideation SSI and Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage had low psychometric measures. Patient Safety Screener 2 and 3 were highly correlated with the SSI. **Discussion:** 9 suicide risk assessment tools were found. The psychometric measures found for 5 of them are disappointing. No tool were found in general practice.

RESUME:

Introduction : En France, plus de 60% des suicidants ont contacté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur tentative de suicide. Aucun outil simple et rapide n'est validé dans ce contexte. Le but de cette étude était de rechercher les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en soins primaires.

Méthode : La revue de la littérature a suivi le protocole PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). La recherche a été faite en aout 2018 sur les bases de données PubMed, Cochrane, PsycINFO. Pour être inclus un article devait contenir un outil clinique, d'évaluation du risque de suicide en soins non spécialisés. Étaient exclus les outils évalués en soins psychiatriques, sur des sous populations, trop spécifiques ou non cliniques.

Résultats : 1199 articles ont été trouvés, 8 ont été inclus. 9 outils ont été trouvés, 5 avaient au moins un indice psychométrique. La Modified SAD Persons Scale avait une valeur prédictive négative entre 95,6 et 100%, une sensibilité entre 94 et 100%, une spécificité 69 à 71% et une valeur prédictive positive entre 62 et 64% pour un score positif supérieur à 5, non confirmé dans une seconde étude. La SAD Persons Scale avait une aire sous la courbe entre 0,72 et 0,76. La version longue de la Columbia Suicide Severity Rating Scale avait un alpha de Cronbach de 0,73. La Scale of Suicide Ideation SSI et la Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage avaient des indices psychométriques faibles. Le Patient Safety Screener 2 et 3 étaient fortement corrélés à la SSI . 3 autres outils retrouvés n'avaient pas d'analyse psychométrique.

Discussion : 9 outils d'évaluation du risque suicidaire ont été trouvés. Les indices psychométriques retrouvés pour 5 d'entre eux sont décevants. Aucun outil n'a été retrouvé en médecine générale.

KEY WORDS :

SUICIDE ; RISK ASSESSMENT ; PRIMARY HEALTH CARE

MOTS CLEFS :

SUICIDE; EVALUATION DU RISQUE; SOINS DE SANTE PRIMAIRES

JURY : Président : Professeur Le Reste Jean Yves

Membres : Docteur Beurton-Couraud Lucas, Docteur Deriennic Jeremy,
Professeur Walter Michel

DATE DE SOUTENANCE : Jeudi 02 mai 2019