



HAL
open science

Styles d'attachement et conduites suicidaires chez les patients souffrant de troubles de l'humeur : revue de la littérature et résultats d'une étude

Madeleine Rebattu

► **To cite this version:**

Madeleine Rebattu. Styles d'attachement et conduites suicidaires chez les patients souffrant de troubles de l'humeur : revue de la littérature et résultats d'une étude. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02174448

HAL Id: dumas-02174448

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02174448v1>

Submitted on 5 Jul 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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Styles d'attachement et conduites suicidaires chez les patients souffrant
de troubles de l'humeur : revue de la littérature et résultats d'une étude.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Avril 2019

Par Madame Madeleine REBATTU

Née le 22 juillet 1988 à Marseille 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Président

Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul

Directeur

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

Styles d'attachement et conduites suicidaires chez les patients souffrant de troubles de l'humeur : revue de la littérature et résultats d'une étude

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 30 Avril 2019

Par Madame Madeleine REBATTU

Née le 22 juillet 1988 à Marseille 08^{ème} (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DA FONSECA David

Président

Monsieur le Docteur BELZEAUX Raoul

Directeur

Monsieur le Professeur POINSO François

Assesseur

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

A Monsieur le Professeur David DA FONSECA,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je garde un excellent souvenir de mon passage dans votre service et de vos cours qui m'ont énormément apportés.

A Monsieur le Professeur François POINSO,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Merci pour votre enseignement, votre générosité au service de la transmission, pour le temps consacré aux internes et pour votre implication auprès de nous.

A Monsieur le Professeur Jean NAUDIN,

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse.

J'ai toujours apprécié de travailler dans votre service. D'ailleurs, j'y suis souvent revenue.

Merci de me faire confiance en m'accueillant dans votre équipe.

A Monsieur le Docteur Raoul BELZEAUX,

Je te remercie pour ton investissement dans ma formation et le temps passé à partager ton expérience.

Je te remercie pour ton aide précieuse dans ce travail de thèse, pour ta confiance, tes encouragements et ta grande disponibilité.

Je te remercie d'avoir respecté les moments de pause quand ma vie me demandait de pauser.

Je te remercie pour ta souplesse et ton pragmatisme, pour ton écoute, ton aide et ton humanité.

Je te remercie d'avoir largement contribué à ce que je continue à travailler dans le service.

A Nadia, j'ai vraiment apprécié de travailler avec toi, dans le service puis pour la thèse. Je te remercie sincèrement pour ton aide précieuse, ta bonne humeur, merci pour les bouquins que tu m'as prêtés, et tant d'autres gestes qui facilitent la vie.

A Stéphane Richard Devantoy, merci pour votre aide dans ce travail de thèse et les analyses statistiques qui m'ont grandement aidée.

A Marc-Antoine, Murièle et Marie, vous qui avez été mes premiers modèles ! Et ce n'est pas rien !

A Céline, qui a contribué à ma formation avec une telle bonne humeur... A Mélanie, Ingrid, Nathalie et Sylvain, au Chambourcy et aux tom-mettes !

A Laure, Marion, Charlotte, Nolven et Isabelle merci pour la super ambiance à la liaison. J'ai adoré ces moments passés avec vous qui ont été très enrichissants. Cherchez l'erreur !

A Valérie et Maxence, les indissociables. Je garde vraiment un très bon souvenir de mon stage avec vous deux. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

A Julie, merci pour ta gentillesse et pour tes imitations inoubliables « Allo Julie ».

A Isabelle, Florence, Lauriane et Nathalie. A nos parties de rires. J'ai passé 6 mois super avec vous !

A l'équipe d'Antares au complet, merci de m'avoir si bien accueillie. Marie-Clémence, Fabien, Christophe, Virginie, Faustine, Audrey, Camille, Franck, Clément, Mathilde, Diane, Laurence, je suis heureuse de continuer à travailler avec vous dans la bonne ambiance. A toi aussi Jessica, beaucoup de bonheur pour la suite.

Aux patients rencontrés pendant mon internat.

A la patiente qui a accepté que je présente son histoire dans cette thèse.

A Julie et Laetitia, mes amies de toujours, les amies de mon enfance, qui ont traversé avec moi les années collège et lycée...

A Olivia et Toulis, à nos week-ends ski à Guillestre et à Réallon, à la raclette, mais surtout à nos fous rires et à notre amitié. A la tour infernale que je ne ferai jamais, Toulis ! A ton canapé rouge, Olivia, sur lequel on n'a vraiment, mais alors, vraiment pas démerité et surtout à ton joli mur blanc qui ne l'a plus été après qu'Edouard ait ouvert la bouteille de cidre. Je suis tellement heureuse de vous avoir !

A Catherine, une fille « mythique » ! A toutes nos discussions interminables, à nos innombrables fous rires, à notre complicité, à notre amitié.

A Lola, à notre connivence instantanée. Je suis vraiment heureuse de te connaître ! A notre belle amitié.

A Marie. Tu m'as accompagnée pour le jour le plus important de ma vie, je te remercie tellement pour ça ! A Silvio qui n'était pas là mais pas très loin quand même !

A la clique, à votre bonne humeur, à votre gentillesse, aux repas du jour de l'an à la montagne et bien sûr au Cluedo !

A Mathilde, Vincent et à la belle robe de chambre de ma voisine « c'est le plombier ? »

A Sheldon et à ses grosses joues.

A Dam To avec qui je me suis bien marrée, à notre été au centre expert, à nos comptes rendus « Tu le fais toi ?! »

A Anna, Cécilia, Céline et Victoire, des filles formidables.

A la team Poinso, pleins de bons souvenirs avec vous.

A Natacha et Caroline, mes supers dernières co-internes !!! Merci à vous deux pour les bons moments ces cinq derniers mois. J'espère que je vous manquerai « un peu un peu » mais quand même « pas trop pas trop ».

A mes grands-parents, mes grands-parents chéris que je n'oublierai jamais. Vous êtes si importants pour moi ! Vous avez rempli notre enfance de joie, à Sophie et à moi. Il y a tant de choses pour lesquelles je veux vous remercier ! Merci pour le goût de la vie, les soupes de poissons, les soupes au pistou, les farcis, la financière, les jus de pomme le matin... Merci pour les vacances au cabanon, au chalet. Merci de nous avoir accompagnées tous les jours sur le chemin de l'école, à la danse, en colonie, voir les copains à la montagne... Merci pour l'apprentissage de la conduite (et vos voitures s'en souviennent encore !). Merci pour nous avoir accompagnées tout court, toujours, toujours et jusqu'au bout. Merci pour vos rires et votre solidité. Merci de nous avoir consolées et encouragées à persévérer quand la route était difficile et de nous avoir félicitées quand on réussissait. Merci pour tout l'amour que vous nous avez donné et les repères de stabilité que vous avez été. Et merci, ô merci, pour votre si précieuse légèreté ! Vous êtes et vous serez toujours à mes côtés !

A mes parents. Je vous remercie de nous avoir toujours fait passer en premier Sophie et moi. Merci pour votre soutien sans faille, chacun à votre façon, à chaque étape de ma vie. Je n'en serai pas ici aujourd'hui sans vous, sans que vous n'ayez cru en moi, sans que vous m'ayez encouragée à faire ses longues études, sans que vous vous soyez occupés de Victor pour que je puisse me consacrer à la rédaction de ma thèse, sans que vous m'ayez appris à être combative. Merci de m'avoir permis de faire ce que je voulais et de m'en avoir donné les moyens. Merci de nous avoir laissées libres Sophie et moi tout en étant toujours là dès qu'on en avait besoin. Merci de nous avoir rendu la vie belle. Merci surtout pour le temps et l'amour que vous donnez à Marin et Victor.

A ma co-sœur, Fifon, ma complice de toujours, celle avec qui j'ai tout partagé depuis que je suis née... enfin depuis que j'ai un an et demi, celle qui me comprend le mieux. « Sophie est appelée à l'accueil, je répète Sophie est appelée à l'accueil ».

A Julien, je suis heureuse que tu sois mon beau-frère.

A Laurène et Benjamin avec qui on a fait les 400 coups tous les quatre. A notre royaume interdit des combles, à notre cabane, au crocodile gonflable de la Pointe Rouge qui a chaviré plus d'une fois, au coton dans les chaussures de ski, aux ampoules du sapin de Noël à Guillestre qui disparaissaient les unes après les autres.

A Adrien, Laure et à la petite Noélie, la dernière petite Travi.

A Philou, Caroline, Guy, Christine et tonton Yves, merci d'être là pour Sophie et moi.

A mes beaux-parents, à Sabrina et Benjamin, merci de m'avoir si bien accueillie et intégrer à votre famille. Merci de l'amour que vous donnez à Victor et merci de nous faciliter le quotidien. A Olivier et Sophie, c'est toujours agréable de vous retrouver. A Baptiste, Valentin et Mathys, mes petits neveux.

A Edouard, qui partage ma vie depuis 11 ans. Merci pour ton soutien pendant ces longues études et plus particulièrement ces derniers temps. Merci d'être le père que tu es pour Victor. A tous les magnifiques moments qu'on a vécus ensemble et à tous ceux qui nous attendent.

A Marin, mon petit Marinou, à toi que Victor a voulu attendre pour pointer le bout de son nez. Je suis heureuse de vous voir grandir ensemble tous les deux et devenir complices jour après jour. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

A Victor, mon fils, mon amour. Tu as complètement bouleversé ma vie dès le premier instant. Tu me remplis de bonheur chaque jour, avec tes gazouillis et ton regard que j'aime tant. A notre lien indéfectible. Je serai toujours là pour toi. Je t'aime.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : ATTACHEMENT ET SUICIDE DANS LES TROUBLES DE L'HUMEUR.....	4
I. Théorie de l'Attachement	4
II. Trouble de l'humeur et suicide	21
DEUXIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	31
I. Objectif	31
II. Méthodologie.....	31
III. Résultats	34
IV. Discussion	48
V. Méta-analyse	53
VI. Conclusion.....	56
TROISIEME PARTIE : CAS CLINIQUE.....	57
I. Présentation du cas clinique	57
II. Les apports de la théorie de l'attachement	73
III. Discussion	79
QUATRIEME PARTIE : L'ETUDE CLINIQUE	85
I. Introduction	85
II. Méthodologie.....	86
III. Description de la population d'étude	90
CONCLUSION.....	92
ANNEXES	94
BIBLIOGRAPHIE	107

INTRODUCTION

Le suicide représente un enjeu majeur de santé publique. En effet, chaque année, dans le monde, plus de 800 000 personnes se suicident dont plus de 90% souffrent d'un trouble psychiatrique. Le trouble de l'humeur est la principale pathologie associée au suicide, aggravant le pronostic de ce trouble. Il y a donc pour les professionnels de santé prenant en charge des patients souffrant de troubles de l'humeur, un enjeu majeur à améliorer la prévention suicidaire.

Cependant, le risque suicidaire est difficile à appréhender, en particulier car de nombreux facteurs de risque entrent en jeu. Une meilleure connaissance des différents facteurs de risque suicidaires ainsi que l'identification de facteurs modifiables permettraient une meilleure prévention du risque suicidaire. Le manque de soutien social est reconnu par l'OMS comme un facteur de risque suicidaire, classé dans la catégorie des « facteurs de risque liés à la communauté et aux relations ».

Or la capacité d'une personne à pouvoir solliciter l'aide auprès de son entourage ou auprès des services de soins est en grande partie déterminée par son style d'attachement. La notion d'attachement a été théorisée, au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, par John Bowlby, psychiatre britannique. Cette théorie adopte un point de vue évolutionniste. Le comportement d'attachement est conçu comme remplissant une fonction biologique, celle d'assurer la survie de l'individu par la recherche et le maintien de proximité sociale.

C'est pourquoi, dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés à la relation entre le type d'attachement et le suicide.

Ce travail s'organise en 4 parties.

Dans une première partie, nous aborderons la théorie de l'attachement et le suicide dans les troubles de l'humeur.

Une deuxième partie sera dédiée à la présentation de la revue de la littérature sur l'attachement et le suicide.

Dans une troisième partie, nous proposerons un cas clinique afin d'illustrer les implications cliniques de la théorie de l'attachement.

Enfin, dans une quatrième partie, nous introduirons le contexte et la méthodologie d'une étude dont l'analyse des données est encore en cours.

PREMIERE PARTIE : ATTACHEMENT ET SUICIDE DANS LES TROUBLES DE L'HUMEUR

I. Théorie de l'Attachement

1. Définitions

Suivant la théorie de l'attachement, un attachement est un lien entre deux individus, plus précisément entre un individu et sa figure d'attachement. Ce lien repose sur le besoin de sécurité et de protection (1). La figure d'attachement est d'abord la personne à laquelle l'enfant adresse son besoin de sécurité (2). La figure d'attachement est également appelée « caregiver », que l'on peut traduire comme « donneur de soin ». Le soin, est ici défini comme l'apport de protection et de réconfort (1). Le lien d'attachement est asymétrique. Il est dirigé de l'enfant vers sa figure d'attachement. Réciproquement, le « caregiving bond » ou « lien du soignant » émane de la figure d'attachement et se dirige vers l'enfant (1). Le comportement d'attachement et le comportement de caregiving partagent donc la même fonction : apporter un sentiment de sécurité à l'enfant.

Pour John Bowlby, dans « *A secure base* », publié en 1988, ce lien d'attachement est actif tout au long de la vie « *from the cradle to the grave* » (3).

La théorie de l'attachement est formalisée pour la première fois en 1958, dans une publication de John Bowlby intitulée "*The nature of child's tie to his mother*" et elle connaît, depuis, de nombreux développements. Bowlby, dans le sillage de plusieurs courants que nous évoquerons, élabore une théorie intégrative du lien affectif « *qui unit deux personnes à travers le temps et l'espace* » selon la formule de Mary Ainsworth (4).

Il semble important de resituer, dans une démarche chronologique, les différentes influences qui, d'une façon ou d'une autre, ont inspiré Bowlby.

2. Les sources d'influences de la théorie de l'attachement

La première des influences nous ramène au milieu du dix-neuvième siècle. En effet, la théorie de l'attachement s'inscrit dans la continuité de la théorie de l'évolution de Darwin, exposée en 1859 dans *"De l'origine des espèces"*.

Selon Bowlby lui-même, *"aucune caractéristique (...) du comportement de l'espèce ne peut être comprise (...) si ce n'est en relation avec l'environnement d'adaptation évolutionniste de l'espèce"* (1). La théorie de l'évolution de Darwin apparaît donc comme une source importante. Darwin avance que l'hérédité confère aux organismes une caractéristique qui, dans un environnement donné, procure un avantage sélectif permettant la survie de l'individu et sa reproduction (5). Pour Bowlby, les comportements d'attachement constituent un avantage sélectif (6). Ils sont *"dans une certaine mesure préprogrammés"*. Le comportement d'attachement ayant une fonction vitale, ce serait *"une folie biologique"* de laisser son développement aux seuls *"caprices de l'apprentissage individuel"* (3).

Selon les propos de Pierrehumbert, *« chez l'humain comme chez l'animal, l'attachement est un besoin primaire, inné, biologiquement déterminé de la même façon que tous les autres besoins fondamentaux liés à la survie »*. (7)

Certains aspects de la psychanalyse, également, influenceront Bowlby (2). En psychanalyse, le symptôme est considéré comme l'expression d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet (8).

En 1923, Freud publie *"Introduction à la psychanalyse"*, texte traduit en français par Samuel Jankélévitch, dont les vingt-huit chapitres sont la reproduction de ses leçons de 1915 à 1917 (9). Selon les termes de S. Jankélévitch dans la préface, Freud voulait trouver *"une cure radicale"* en allant à *"la racine du mal"*, introduisant ainsi une approche diachronique, un lien présent-passé du symptôme à la racine.

Bowlby gardera la prise en compte de la temporalité puisqu'il établit un lien entre les interactions sociales précoces et le développement ultérieur de l'individu.

Il questionnera, en revanche, l'idée que la relation de l'enfant à sa mère naît de la fonction nourricière de la mère qui satisfait sa faim, l'enfant associant ainsi la présence de la mère au plaisir de la satisfaction (10).

De plus, l'éthologie fournira un cadre méthodologique à Bowlby. Il formule clairement l'idée que son approche pour comprendre la relation parents-enfant est d'inspiration éthologique par l'observation des comportements des enfants. (3)

C'est, en effet, l'observation du vivant dans son milieu qui caractérise l'éthologie. Son champ de prédilection, à ses débuts, est le monde animal, bien qu'en 1872 déjà, Darwin ait dans un même ouvrage relaté des observations d'émotions chez les animaux et chez les humains dont les enfants. (11)

En 1936, Lorenz introduit la notion de "*phénomène d'empreinte*" en observant les oies cendrées (12). Il remarque que les oisillons suivent le tout premier objet en mouvement, y compris d'une autre espèce, qu'ils aperçoivent à une période précoce définie, après l'éclosion. Cela s'apparente à un comportement d'attachement par une recherche de proximité.

Bowlby innove en intégrant l'éthologie au domaine de la psychologie et à l'étude des comportements humains. Freud, dès les années 1920, avait eu une intuition. Dans une autocritique, citée par Boris Cyrulnik, il écrivait à sa fiancée que sa soif de savoir concernant les relations humaines "*n'avait pas encore reconnu la valeur de l'observation*" (13). C'est Bowlby qui adoptera cette méthode dans sa pratique.

3. Le contexte historique et les étapes de l'élaboration de la théorie de l'attachement

Parmi les étapes marquantes de l'élaboration de la théorie de Bowlby, sa première expérience professionnelle représente un jalon significatif. En 1929, il travaille dans une institution du type de Summerhill (2) dans le Norfolk à Priory Gate. Il s'agit d'une école pionnière en matière d'éducation libertaire. L'école assure l'instruction des enfants mais aussi leur éducation au sens plus large. Les enfants y jouent un rôle actif, participent par exemple à l'élaboration des règles de la communauté. (14)

John Bowlby s'y occupe d'enfants dont l'un attire plus particulièrement son attention. Il a commis des faits de vol et Bowlby le décrit comme étant à la fois "*intelligent*", "*austère*" et "*distant*". (15)

Bowlby et ses collègues analysent alors ce comportement et cette personnalité comme résultant d'une éducation trop rigide sans réelle figure maternelle. Ce n'est que plus tard, en travaillant au Child Guidance Center/Clinics Canonbury à Londres, entre 1936 et 1939 que le comportement et la personnalité d'autres jeunes, voleurs, fait écho à l'épisode de Priory Gate. Fort de ce constat, il s'interroge sur d'éventuelles analogies dans la construction de leurs histoires et il oriente ses observations de façon à faire émerger une relation de causalité entre des privations relationnelles précoces et des comportements délinquants ultérieurs (15). Ces études cliniques renforcent son intuition initiale de l'existence d'un lien entre les deux phénomènes.

Son travail donne lieu à la rédaction de "*Forty-Four Juvenile Thieves*", travail plus ou moins achevé en 1939, qui ne sera publié qu'à la fin de la guerre en 1944 (16). Cependant, il est conscient des limites auxquelles il va se heurter. Il se demande, en effet, comment évaluer l'éducation (15) et décide de se focaliser sur ce qui peut être montré de façon plus objective donc plus rigoureuse, sur la séparation précoce mère-enfant. D'autant que le contexte de la guerre va lui fournir un contexte naturel pour étudier les conséquences de ces séparations.

En effet, à partir de septembre 1939, puis pendant le Blitz de Londres (1940/41), les premières évacuations de civils commencent en Grande-Bretagne, dont celles de très nombreux enfants qui sont envoyés loin des zones urbaines et de leurs foyers. (17)

Au début de la guerre, les enfants hospitalisés à Canonbury où travaille encore Bowlby sont évacués vers Cambridge, et il continuera pendant six mois à suivre ces enfants. (16)

L'époque est alors propice à une prise de conscience du phénomène de la séparation. Anna Freud émet l'idée de "*besoin d'attachement*" (2) suggérant même dans « *War and children* » publié en 1943 avec Dorothy Burlingham qu'il aurait fallu laisser les jeunes enfants à Londres avec leurs mères malgré les risques des bombardements, plutôt que de prendre le risque des conséquences de la séparation (18). Aux Etats-Unis, on considère également le lien mère-enfant. René Spitz introduit, en 1946, la notion de "*dépression anaclitique*" chez le nourrisson totalement privé de sa mère sur une période durable. Ses travaux reposent sur l'observation d'enfants élevés dans des pouponnières en institutions. (19)

Mais la guerre a aussi amené des personnes issues de formations diverses et cloisonnées à se rencontrer et à travailler ensemble dans le Groupe de Psychiatrie de l'Armée. Bowlby a notamment côtoyé des psychiatres de la Tavistock Clinic où il commencera à travailler en 1946 dans le "Children's Department of the Tavistock", en développant, suite à l'expérience de la guerre, "une perspective intégrée». (16)

La guerre a été une période de grands bouleversements. L'après-guerre est une période de reconstruction : bâtiments, services sociaux, mentalité, société...

En 1948, le National Health Service (NHS) est créé en Grande-Bretagne, donnant l'accès aux soins gratuits pour tous les citoyens britanniques, dans le cadre plus large de la création du Welfare State proposé dans le Rapport Beveridge. En 1942, le rapport Beveridge, qui s'était attaqué aux grandes questions sociales de l'époque -pauvreté, santé, éducation, logement, emploi- avait décrit un système de sécurité sociale pour tous les citoyens indépendamment de leurs revenus, offrant une couverture "du berceau au tombeau" ("*from cradle-to-grave*"), s'accompagnant aussi d'une réflexion sur la maternité et sur les personnes âgées (20). Ainsi les questions de santé sont prises en compte non seulement dans une temporalité mais aussi dans une perspective élargie intégrant les questions sociales et liant dans les esprits les notions de santé, éducation, sécurité. Beveridge s'intéresse aux conditions matérielles permettant d'élever correctement les enfants. On peut lire dans son rapport ce que je peux traduire ainsi: "*les fondations d'une vie en bonne santé doivent être posées dès l'enfance. Les allocations pour enfants devraient être considérées à la fois comme une aide aux parents pour remplir leurs responsabilités et comme l'acceptation par la communauté, d'une nouvelle responsabilité.*" (21)

Bowlby se penche, lui aussi, sur les conditions de la petite enfance, notamment sur l'effet des séparations parents-enfants, et sur les fondements nécessaires pour permettre à l'enfant de se construire, en étant en bonne santé psychique.

La guerre ayant fait de nombreuses victimes, des enfants se retrouvent orphelins. En 1950, Bowlby est alors commissionné par l'Organisation Mondiale de la Santé pour établir un rapport contributif au programme des Nations Unies concernant le bien-être des enfants sans foyer. Cela donne lieu, en 1951, à la publication de "*Maternal Care and Mental Health*" qui constitue le volet traitant de l'aspect de santé mentale du problème de la séparation (22). Dans le cadre de sa mission, il voyage

dans de nombreux pays pour savoir si le lien entre les soins maternels et la santé mentale a un caractère universel. A cette occasion, il se rend en France. En 1950, il y rencontre Myriam David, au foyer de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, à Parent-de-Rozan, dans une pouponnière pour enfants de moins de trois ans. Myriam David, pédo-psychiatre, est l'une des figures françaises pionnières qui, avec Genevieve Appell et Jenny Aubry-Roudinesco, travaillent sur les soins et traitements des enfants placés en institution, séparés de leurs parents. Les conditions de vie et les traitements prodigués aux tout-petits sont déplorables. Geneviève Appell décrit "*un univers dantesque*". Myriam David y perçoit des similitudes avec l'univers concentrationnaire. Elle y retrouve un "*processus de déshumanisation*" qu'elle a connu à Birkenau pendant la guerre. (23)

En 1952, Bowlby poursuit sa réflexion et, avec James Robertson qui est travailleur social et deviendra plus tard psychanalyste, à la Tavistock Clinic, ils travaillent sur la réponse immédiate de l'enfant à la séparation de sa mère. Ils observent que les enfants séparés expriment une détresse intense malgré les soins et la nourriture qu'ils reçoivent. Dans la lignée de ces travaux, James Robertson réalise un documentaire "*A two-year-old goes to hospital*", pour montrer le chagrin qu'éprouve une enfant à être séparée de ses parents. Ces travaux influenceront la politique des hôpitaux à l'égard des enfants hospitalisés en prônant la présence des parents à l'hôpital. (24)

Parallèlement, d'autres travaux sont menés par Mary Ainsworth, psychologue du développement américano-canadienne. Marie Ainsworth s'est inscrite dans les travaux de Bowlby tout en apportant une contribution significative à sa théorie. On trouve dans une sorte d'autobiographie professionnelle, les grandes lignes de sa carrière et la progression de ses travaux sur l'attachement (25). En 1954, au cours d'un séjour de deux ans en Ouganda, elle procède à une étude sur la relation mère-enfant. Cette étude longitudinale, naturaliste, de court terme se déroule dans un milieu naturel qui contraste avec l'environnement occidental anglo-saxon. Elle adopte une méthode d'observation qui se veut sans *a priori*, sans grille préconçue, mais au contraire ouverte et «*descriptive*» par l'absence de caractérisation préalable. Dans «*Mary D. Salter Ainsworth* », (25) elle déclare: «*je laissais les données d'observation brutes me suggérer quelles sont les variables pertinentes*» tout en sachant qu'elle aurait besoin par la suite de procéder à des études d'une

manière plus «rigide». On reconnaît l'approche éthologique de l'observation première.

A l'époque, elle n'adhère pas encore à l'idée bowlbienne du caractère primaire de l'attachement. Pourtant à la fin de l'étude, elle se rallie à sa thèse. Elle déclare qu'avec cette expérience, elle perçoit l'existence d'un socle commun transculturel de «*préoccupations des parents pour le bien-être de leurs enfants*» (25)

Mary Ainsworth avait rencontré Bowlby en 1950 à la Tavistock Clinic où elle avait été recrutée sur un poste de recherche pour des travaux dirigés par Bowlby à propos des effets de la séparation d'avec la mère dans la petite enfance sur le développement de la personnalité. Le projet de Bowlby était en droite ligne de ses propres travaux de thèse, entrepris à la fin des années 1930 et dirigé par Blatz.

Blatz, à la fin des années 30 avait déjà corrélié les notions de «*sécurité*», d'«*exploration*» et de «*coping*» (25). La thèse de Mary Ainsworth est réalisée dans le cadre de la «*théorie de la sécurité*» de Blatz. A la fin des années 1940, début des années 50, elle poursuit ses recherches visant à élaborer des échelles d'évaluation de la «*sécurité*» dans les relations interpersonnelles.

Elle est donc à la fois une des légataires de Bowlby mais aussi une pourvoyeuse qui apporte sa pierre à l'édifice. Ses travaux se continueront de façon plus aboutie avec une étude, menée à Baltimore en 1962, abordée dans le chapitre suivant sur l'évaluation de l'attachement, étude qui combinera tous les aspects des recherches qu'elle avait jusqu'alors entreprises (25)

En 1958, dans son article "*The Nature of Love*", Harlow présente des expériences réalisées avec des bébés singes rhésus. Ceux-ci sont isolés en cage, séparés de leurs congénères. Deux substituts maternels leur sont présentés : une "*mère de tissus*" et une "*mère de fils de fer*". La mère de tissus est constituée d'un bloc de bois recouvert de mousse de caoutchouc et enveloppée dans un tissu de coton. Son contact est doux et tendre. L'autre est faite de treillis métallique et munie d'un biberon plein (26) . Les différences résident dans le fait que l'une (mère de tissus) apporte la qualité du confort de contact et l'autre (métallique) apporte la nourriture. Harlow observe que les bébés singes passent plus de temps avec le substitut maternel sans nourriture mais munie d'un tissu doux. Cette expérience corrobore l'hypothèse de Bowlby concernant la nature primaire de l'attachement.

La même année, en 1958, Bowlby introduit les bases de la théorie de l'attachement dans l'article "*The nature of the child's tie to his mother*" (18). Il précise la terminologie et insiste sur la distinction entre l'« attachement » et la « dépendance », le premier étant d'ordre psychologique et le second d'ordre physiologique. Ce sont pour lui des phénomènes fondamentalement différents et indépendants l'un de l'autre. Pour Bowlby, l'attachement est une fonction à part entière qui ne découle pas de la nécessité de satisfaire des besoins physiologiques, contrairement à la dépendance.

Au cours de la décennie des années 70, Bowlby développe sa théorie dans trois volumes publiés en 1969, 1973 et 1980, (10) constituant un ouvrage abouti « Attachment and Loss ».

Au début des années 1960, en France, Myriam David et Geneviève Appell mènent un projet de recherche commun avec Bowlby sur les effets de la séparation précoce prolongée chez les jeunes enfants. Egalement, pendant trois ans, elles participent à des colloques à l'invitation de Bowlby, qui aide à l'obtention de fonds de l'OMS pour leurs travaux de recherches (27).

Dans les années 1970, la littérature anglo-saxonne est peu lue en France et très peu de psychiatres de l'enfant ont connaissance de la théorie de l'attachement (28)

La trilogie de Bowlby ne sera d'ailleurs traduite en français que dans les années 80. (29)

En 1973, Karl Von Frisch (zoologiste), Konrad Lorenz (biologiste et zoologiste) et Nikolaas Tinbergen (biologiste et ornithologue) reçoivent conjointement le Prix Nobel de Physiologie ou de Médecine pour leurs découvertes sur l'organisation et l'incitation des comportements individuels et sociaux (30). L'éthologie acquiert alors une reconnaissance internationale.

Un an après, à Paris, en 1974, René Zazzo réunit des éthologues, psychanalystes et psychiatres, dans le « colloque imaginaire » sur l'attachement, qui sera une véritable caisse de résonance pour la théorie de l'attachement. Les échanges du colloque sont publiés la même année permettant la diffusion de la théorie en France (31).

En résumé, la théorie de l'attachement a été introduite par John Bowlby, psychiatre britannique, après la seconde Guerre Mondiale. Elle intègre les apports de la théorie de l'évolution, de la psychanalyse et de l'éthologie. Elle repose sur des observations cliniques et sur des travaux de recherche dont ceux de Marie Ainsworth en Ouganda puis à Baltimore ont eu une importance majeure.

4. Le concept de système comportemental d'attachement

Le lien d'attachement s'exprime aux travers de comportements d'attachement. Ces comportements d'attachement sont multiples, différents en fonction du niveau de développement, mais ils ont tous le même but, celui d'obtenir la proximité avec la figure d'attachement, afin de recevoir sa protection et d'éprouver un sentiment de sécurité appelé « *felt security* » par Sroufe et Waters (29). On parle d'équivalence fonctionnelle entre les comportements d'attachements (2). Ces comportements sont réunis et s'organisent au sein de ce qu'on appelle un système comportemental d'attachement (1) . Ce concept de système comportemental est emprunté à l'éthologie (32). Un système comportemental est un système programmé biologiquement qui « gouverne les règles et les comportements associés avec un but proximal spécifique » (2) afin d'augmenter les chances de survie (32).

Le système comportemental d'attachement d'un individu va être fortement activé lorsque celui-ci perçoit des signaux de danger. Ces signaux peuvent être internes à l'individu ou externes c'est-à-dire environnementaux (2). L'individu exprime alors des comportements d'attachement, adressés à sa figure d'attachement. Une fois la proximité avec la figure d'attachement obtenue, et l'apparition d'un sentiment de sécurité, l'intensité de l'activation du système comportemental d'attachement diminue. Le système d'attachement se met alors « en veille » et les comportements d'attachement cessent.

Cela permet alors au système exploratoire de s'activer. L'enfant, une fois réconforté va pouvoir se tourner vers son environnement et s'éloigner de sa figure d'attachement. Le système d'attachement et le système exploratoire fonctionnent de façon antagoniste (1). La figure d'attachement est utilisée comme une base de sécurité à partir de laquelle l'enfant va explorer. La notion de base de sécurité est

introduite par Mary Ainsworth dans le livre « *Infancy in Uganda* » publié en 1967 (2). Elle est illustrée par une citation de Bowlby tirée de « *A Secure Base* » que l'on peut traduire ainsi : « *Chacun d'entre nous, du berceau au tombeau, est le plus heureux, quand la vie s'organise comme une série d'excursions, courtes ou longues, à partir de la base de sécurité fournie par nos figures d'attachement* ».

La réponse de la figure d'attachement au besoin de sécurité de l'enfant favorise donc l'exploration et l'autonomie de l'enfant. (1)

5. Le développement du lien d'attachement

Comme nous l'avons vu précédemment, l'enfant présente, dès sa naissance, de façon innée, des comportements d'attachement. Cependant, la relation d'attachement se construit progressivement en différentes étapes, au grès du développement de l'enfant, et en particulier au cours des trois premières années de vie (1). Les expériences précoces de l'enfant dans ses interactions sociales avec sa ou ses figures d'attachement vont être internalisées sous forme de représentations cognitives. Ces représentations cognitives, dynamiques, sont ce que Bowlby appelle des modèles internes opérants. Il existe deux sortes de modèles internes opérants :

- la représentation des autres, de leur disponibilité, de leur réactivité et de leur sensibilité en cas de détresse.
- la représentation de soi, comme digne de valeur et d'intérêt, comme capable ou incapable de mobiliser le support des figures d'attachement. (2)

Lorsque le système d'attachement est sollicité, les modèles internes opérants servent alors à anticiper, interpréter et guider les interactions avec les partenaires. (10)

6. Différences individuelles dans la qualité des relations d'attachement

Les différences individuelles dans les relations d'attachement reflètent les différences de soins de la part des figures d'attachement dans la petite enfance (10). Lorsque l'enfant présente un attachement sécurisé, il est capable, en cas de besoin, de s'appuyer sur sa figure d'attachement, perçue comme une source de confort et de protection. Les enfants avec un attachement sécurisé sont sûrs de la sensibilité et de la disponibilité de leur *caregiver* et de leur propre capacité à interagir avec le monde. « Une relation d'attachement sécurisé favorise l'exploration de l'environnement par l'enfant et développe sa maîtrise de l'environnement car si l'exploration s'avère déstabilisante, il sait qu'il peut compter sur le fait que son *caregiver* sera là pour atténuer ses peurs »¹. (10).

Ces différences individuelles d'attachement ont pu être mises en évidence et décrites grâce à la combinaison d'observations d'enfants et de leurs mères à leurs domiciles et également en situation expérimentale de laboratoire, au cours d'une étude menée par Mary Ainsworth à Baltimore. (33)

Le protocole expérimental est celui de la « Strange Situation ». Le comportement d'enfants entre 12 et 18 mois (2) est observé dans des situations de séparations courtes avec leurs mères et de mise en présence d'un adulte non familier qui va interagir avec eux (10). Il s'agit de la première méthode d'évaluation des relations d'attachement (2). La situation étrange permet de « décrire la capacité de l'enfant à utiliser sa figure d'attachement comme base de sécurité ». (2)

Dans un article publié en 1978, intitulé, « *patterns of attachment : a psychological study on the strange situation* », Mary Ainsworth décrit 3 catégories d'organisation de l'attachement :

- Catégorie « secure » aussi appelée « pattern B » : les enfants expriment facilement leur détresse lorsque la mère quitte la pièce. Puis, ils établissent activement le contact lorsqu'elle revient avant de retourner explorer leur environnement.

¹ Traduction personnelle

- Catégorie insecure « ambivalent/resistant » aussi appelée « pattern C » : lors de la séparation, on remarque chez l'enfant une préoccupation exagérée et plus aucun intérêt n'est porté à l'environnement. Cette catégorie est aussi caractérisée par une persistance de l'anxiété et parfois des manifestations de colère au retour de la mère.
- Catégorie insecure « avoidant » aussi appelé « pattern A » : tout le long de la procédure, l'enfant se focalise sur l'exploration, y compris en l'absence de sa mère. De plus, il n'y a pas d'expression de colère, d'anxiété ni d'affection envers la mère, à son retour. (33)

En plus des 3 catégories précédentes, Mary Ainsworth propose un référentiel dimensionnel avec 2 dimensions « anxiété » et « évitement » (32)

Plus tard, en 1990, Main et Solomon décrivent une quatrième catégorie (18) appelée « disorganized /disoriented » qui correspond à un comportement étrange et maladroit caractérisé par des fluctuations entre les catégories « ambivalent/resistant » et « avoidant ». (32)

7. Evaluation et classification de l'attachement chez l'adulte

Dans le sillage de la situation étrange, les outils d'évaluation de l'attachement chez l'adulte, émergent en 2 courants (2) :

- Le courant développemental dont l'outil emblématique est l'Adult Attachment Interview.

Cet outil a été proposé par Mary Main, Nancy Kaplan et Jude Cassidy. Il se propose d'appréhender les différences individuelles des relations d'attachement en évaluant les modèles internes opérants. Cet outil se base donc sur les représentations des relations d'attachement à la différence des outils précédent qui se basaient sur l'observation du comportement (34). L'Adult Attachment Interview est un entretien semi structuré qui se focalise sur les expériences précoces d'attachement et leurs effets. On demande aux sujets de donner des adjectifs pour qualifier chaque parent puis de donner des souvenirs en lien avec chaque adjectif. On demande également aux sujets comment leurs expériences précoces ont pu affecter le développement

de leur personnalité. Enfin, on aborde les expériences de perte. L'analyse de la forme du discours et de sa cohérence permet de déterminer 4 catégories appelées « états d'esprit » d'attachement (2) :

- Libre autonome « secure autonomous » qui se caractérisent par un récit cohérent des expériences d'attachement. (2)
- Détachés « dismissing » qui se caractérise par un discours non cohérent, bref, qui évite les expériences reliées à l'attachement
- Préoccupé « preoccupied » avec un discours incohérent, long, préoccupé par les relations d'attachement passées. Le sujet semble en colère.
- Non résolu/désorganisé « unresolved/disorganized » où le discours est désorganisé lorsqu'on aborde les expériences traumatiques d'abus ou de perte. Les sujets de cette catégorie peuvent également être classés dans l'une des 3 catégories précédentes.

- Le deuxième courant est le courant psychosocial.

Les outils de ce courant sont essentiellement représentés par des auto-questionnaires. Ils abordent les expériences actuelles liées à l'attachement notamment les expériences amoureuses. (2)

Ce sont Hazan et Shaver qui vers la fin des années 1980 ont appliqué la théorie de l'attachement à l'étude des relations amoureuses chez les adultes et les adolescents. (10) Ils proposent l'idée que les relations de couples puissent être comprises comme des relations d'attachement (10). Ils ont introduit le concept de « style d'attachement adulte » (10), défini par Shaver et Mikulincer comme des « patterns caractéristiques d'une personne concernant ses attentes, besoins, émotions et comportements dans les relations sociales et intimes ». Ils décrivent 3 catégories d'attachement, basées sur les 3 catégories définies par Ainsworth chez l'enfant.

En 1991, Bartholomew et Horowitz proposent 4 catégories d'attachement à partir des 2 dimensions correspondant au modèle interne opérant de soi et modèle interne opérant des autres proposés par Bowlby (10). Les 4 catégories sont : « sécuritaire », correspondant à un modèle de soi et des autres positifs, « préoccupé » combinant

un modèle de soi négatif et un modèle des autres positif, « détaché » combinant un modèle de soi positif et un modèle des autres négatif, « craintif » avec des modèles de soi et des autres négatifs. (2)

En 1998, Brennan, Clark et Shaver mettent au point l'Experiences in Close Relationships. Cet autoquestionnaire reprend les 2 dimensions définies par Ainsworth, (10) « anxiété » et « évitement ». Il a été construit en prenant en compte l'ensemble des questionnaires antérieurs de l'attachement adulte. Il se compose de 2 échelles, correspondant à chacune des 2 dimensions. Il y a 18 items pour chaque échelle donc 36 items au total. « Les items correspondant au facteur « anxiété » (...) soulignent la peur de l'abandon et la colère vis-à-vis de la séparation ». « Les items du facteur « évitant » (...) mettent l'accent sur l'absence de proximité et la répression des émotions » (2). Ce questionnaire est traduit et validé en français. (35)

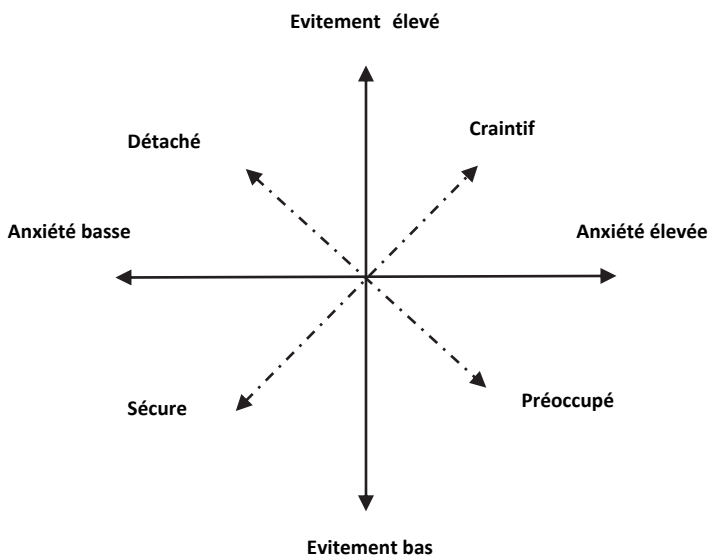


Figure 1 a : Diagramme des deux dimensions spatiales définies par l'anxiété et l'évitement montrant les quatre catégories suggérées par Bartholomew (1990). Reproduit avec permission

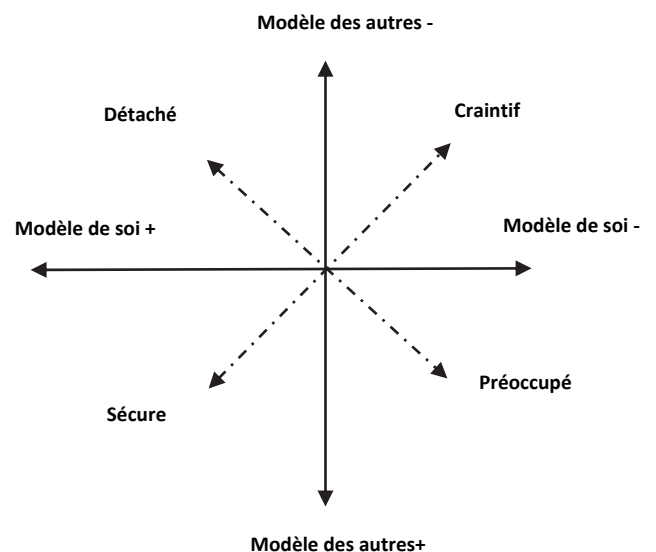


Figure 1 b : Diagramme des deux dimensions spatiales définies par le modèle interne opérant de soi et le modèle interne opérant des autres montrant les quatre catégories suggérées par Bartholomew (1990). Reproduit avec permission

Source (10)

8. Déterminants de l'attachement

La nature des soins est le principal facteur influençant l'organisation de l'attachement (1) .

Dans l'étude de « Baltimore », menée par Mary Ainsworth, elle observe des différences significatives de comportements maternels entre les différents groupes d'attachement des enfants. Ainsworth identifie en particulier, la sensibilité maternelle aux signaux de l'enfant, comme l'aspect le plus important du comportement maternel en lien avec la sécurité d'attachement (10). La sensibilité maternelle reflète la capacité « d'une mère particulière (...) à gérer ses interactions avec un bébé particulier en accordage avec les signaux comportementaux qu'il donne de ses états, de ses besoins » (1).

Les traumatismes infantiles sont associés à la qualité de l'attachement. D'après la méta-analyse de Van Ijzendoorn réalisée en 1999, 48% d'enfants maltraités ont un attachement désorganisé (1). Selon l'étude rétrospective de Carlson, l'attachement désorganisé est associé à la maltraitance et à la négligence dans la première année de vie (1). De plus, Zietlow et al, (36) retrouvent chez des femmes adultes ayant vécu des traumatismes infantiles des scores significativement plus haut à la fois sur les dimensions anxiété et évitement de l'attachement en comparaison aux femmes sans antécédent de traumatisme.

D'après Sroufe, le tempérament de l'enfant a peu d'impact sur l'organisation de l'attachement. (37)

Le facteur génétique est débattu. (1)

9. Conséquences de l'attachement

- Personnalité et demande d'aide et de support social

Les représentations et les comportements liés à l'attachement participent au développement de la personnalité.

Les adultes sécures, souhaitent des relations proches tout en voulant être autonomes. Ils « font face aux problèmes avec un équilibre flexible entre leurs

compétences propres et l'aisance à demander de l'aide quand ils n'y arrivent pas par leurs propres moyens ». (2)

Les adultes détachés privilégient l'indépendance, « ont tendance à se retirer en cas de détresse » et à ne compter que sur eux-mêmes. (2)

Les adultes préoccupés priorisent la proximité au détriment de l'autonomie, « ils recherchent immédiatement et constamment du soutien de la part de leur entourage ». (2)

Les adultes craintifs craignent à la fois l'intimité et la solitude. Ils ne « montrent leurs besoins de soutien qu'indirectement ou dans des situations extrêmes ». (2)

- Gestion du stress et régulation émotionnelle

La recherche sur le stress met en évidence des stratégies de régulation émotionnelle impliquant la recherche de support social et émotionnel pour faire face aux événements stressants. Les styles d'attachement modèrent le choix de la recherche de proximité et de support comme une stratégie de régulation émotionnelle. (10)

En effet, les adultes sécures utilisent une stratégie centrée sur le problème « problem focused strategie ». Ils utilisent l'aspect fonctionnel et adaptatif des émotions.

Les adultes détachés ont recours à une stratégie de distanciation « distancing coping ». Ils suppriment les pensées qui suscitent des émotions et inhibent l'expression verbale et non verbale des émotions.

Les adultes préoccupés utilisent une stratégie focalisée sur les émotions « emotion focused coping ». Ils intensifient les états émotionnels qui jouent un rôle dans le système d'attachement comme par exemple la tristesse, l'anxiété, la honte ou la culpabilité.

- Santé mentale

L'implication de la qualité des soins précoces que reçoit l'enfant sur sa santé mentale ultérieure est mise en évidence dès 1951, dans le titre du rapport rédigé par

Bowlby sur la santé des enfants sans foyer intitulé « *Maternal care and mental health* ». (22)

Dans un entretien avec Bowlby, Mary Ainsworth déclare « A mon avis, le concept d'attachement a une incidence sur la bonne ou la mauvaise santé ». (33)

Une série d'études longitudinales, prospectives, initiées par Egeland et Sroufe, (38) en 1975, dans le cadre du Minnesota Parent Child Project, avaient inclus 276 femmes enceintes, issues de milieux défavorisés et isolées socialement (1). Parmi ces études, celle de Carlson et al, 1998, propose une évaluation de l'attachement des enfants de ces femmes, réalisée à l'aide de la situation étrange, entre 1 an et 18 mois. Puis à 17 ans et demi, les enfants étaient à nouveau évalués au cours d'un entretien avec le Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia à la recherche de troubles psychiatriques. L'attachement évitant et l'attachement désorganisé entre 12 et 18 mois rendent compte de 16% de la variance en utilisant cet index de psychopathologie. (10)

D'après Dozier, les troubles psychiatriques sont fortement associés avec les attachements insécures. L'attachement non résolu est le plus représenté parmi les populations de personnes souffrant de troubles psychiatriques (10).

L'attachement insécure est ainsi considéré comme un facteur de vulnérabilité au développement de troubles mentaux. (39)

II. Trouble de l'humeur et suicide

1. Trouble de l'humeur

Le DSM 5, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un ouvrage de référence international publié en Mai 2013 aux Etats Unis par l'American Psychiatric Association (40) . Il propose une classification des troubles mentaux ainsi que des critères diagnostiques pour chaque trouble afin d'aider les cliniciens au diagnostic. Cet ouvrage distingue deux types de trouble de l'humeur : les troubles dépressifs et les troubles bipolaires et apparentés.

1.1 Troubles dépressifs

1.1.1 Définition

Sous la dénomination « troubles dépressifs » sont regroupés, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant ou dysthymie, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, les autres troubles dépressifs spécifiés et le trouble dépressif non spécifié.

Le trouble dépressif caractérisé est défini par les critères suivants dans le DSM 5:

- A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

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

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

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC. NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif.

Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

1.1.2 Données épidémiologiques

D'après une étude internationale menée par *Lepine et al*, dans plusieurs pays européens, (41) la prévalence du trouble dépressif au cours des douze derniers mois et au cours de la vie entière est respectivement de 6,0 % et de 21,4 %. Les troubles dépressifs sont significativement plus fréquents chez les femmes, chez les sujets vivants en milieu urbain, ainsi que chez les sujets vivant sans conjoint et n'ayant pas d'emploi rémunéré. La prévalence diminue avec l'âge. Ce trouble est souvent associé à des comorbidités. En effet, 38 % des sujets présentant un trouble dépressif avaient également un trouble anxieux ou un trouble lié à l'alcool.

1.1.3 Evolution/ Pronostic

D'après *Rush et al*, le taux de rémission d'un épisode dépressif caractérisé après un premier traitement antidépresseur bien conduit est seulement de 36.8%. Ce taux passe à 67% au bout de la quatrième ligne thérapeutique d'antidépresseurs (42) .

L'épisode dépressif majeur s'inscrit dans 75% des cas dans un processus récurrent et le trouble dépressif récurrent se chronicise dans 20% des cas (43).

La complication la plus grave à laquelle expose le trouble de l'humeur est le suicide. D'après *Osby et al*, (44) dans une population de personnes souffrant de trouble dépressif, le nombre de décès par suicide est multiplié par 20.9 chez les hommes et par 27 chez les femmes, par rapport à la population générale.

1.2 Troubles bipolaires et apparentés

1.2.1 Définitions

Sous la dénomination « troubles bipolaires et apparentés » (40) sont regroupés, le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance/ un médicament, le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, les autres troubles bipolaires ou apparentés spécifiques, le trouble bipolaire ou apparenté non spécifié.

Le trouble bipolaire de type I se caractérise par la survenue d'au moins un épisode maniaque. Cet épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes dépressifs caractérisés.

L'épisode maniaque est défini par les critères suivants dans le DSM 5:

A. Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
2. Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
5. Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).

7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p.ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres), ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).

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

Le trouble bipolaire de type II se caractérise par la survenue d'au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif caractérisé. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.

L'épisode hypomaniaque est défini par les critères suivants dans le DSM 5:

- A. Une période nettement délimitée, d'au moins 4 jours consécutifs, d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie, de persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté, ont représenté un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents à un niveau significatif :

1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
2. Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.

5. Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p.ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.
- D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il y a des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.
- F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament, ou autre traitement).

1.2.2 Données d'épidémiologie

La prévalence chez l'adulte du trouble bipolaire de type I est d'environ 0,6 p. 100 et celle du trouble bipolaire de type II est d'environ 0,4 p. 100 (45). Le taux d'incidence se situe entre 10 et 40 pour 100 000 habitants. Le sex ratio est proche de 1. Le trouble bipolaire débute chez l'adulte jeune, avec un âge de début moyen de 20 ans (43) . Les femmes présentent plutôt une polarité dépressive prédominante tandis que les hommes présentent plutôt une prédominance maniaque. Chez la femme, les périodes de la grossesse et du *post-partum* sont des périodes particulièrement à risque de rechute. (45)

1.2.3 Evolution/ Pronostic

Le trouble bipolaire est un trouble chronique de l'humeur. Il y a une récurrence des épisodes thymique chez plus de 90 % des patients (45).

Le trouble bipolaire est également associé à une morbidité élevée. Les épisodes thymiques occuperaient 20% de la durée totale de la vie des patients bipolaires (45). De plus, les comorbidités psychiatriques sont fréquentes. 75% des patients souffrant d'un trouble du spectre bipolaire présentent au moins une comorbidité psychiatrique et parmi ceux-là, plus d'un sur deux présente au moins trois comorbidités. Les troubles anxieux représentent la première comorbidité psychiatrique. Les comorbidités addictives sont également très représentées. (46)

Les troubles bipolaires ont été classés parmi les dix pathologies les plus invalidantes selon l'Organisation mondiale de la santé (47) .

De plus, le trouble bipolaire est associé à une surmortalité importante. Le suicide fait partie des trois principales causes de décès dans le trouble bipolaire. D'après la méta-analyse de Novick *et al*, (47) entre 25 et 60 p.100 des patients bipolaires réalisent au moins une tentative de suicide sur la vie entière et entre 4 et 19 p.100 des patients décèdent suite à une tentative de suicide.

Le suicide apparait donc comme un élément majeur du pronostic à la fois dans les troubles dépressifs et dans les troubles bipolaires.

2. Suicide dans les troubles de l'humeur

Le suicide est défini comme « l'acte de se donner délibérément la mort » par l'OMS. (48)

Chaque année, dans le monde, plus de 800 000 personnes se suicident. En 2012, le taux de suicide a été évalué à 11.4 pour 100 000 habitants par l'OMS.

Dans son troisième rapport de Février 2018, l'Observatoire national du suicide, qui dépend du Ministère des Solidarités et de la Santé, rapporte 8 885 décès par suicide en France métropolitaine sur l'année 2014. Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux de décès par

suicide augmente fortement avec l'âge. Le taux de décès par suicide a diminué entre 2003 et 2014 avec une baisse de 26%. Malgré cette baisse, la France présente un des taux de suicide les plus élevés au sein de l'Europe.

Le suicide est donc un problème majeur de santé publique.

Une très grande majorité des personnes qui se suicident souffrent de troubles psychiatriques. D'après l'étude d'Eli Robins *et al*, (48) parmi les 134 personnes suicidées de l'échantillon, 94% souffraient de troubles psychiatriques. Les principaux troubles psychiatriques associés au suicide sont les troubles de l'humeur. Arsenault-Lapierre *et al* (49) ont effectué une méta analyse regroupant 27 études et 3275 personnes suicidées. D'après les autopsies psychologiques, le diagnostic le plus représenté est celui de trouble de l'humeur (retenu chez 43% des suicidés). Le suicide, qui a été appréhendé par différents courants notamment sociologique et philosophique, apparaît donc central en psychiatrie.

Dans ce contexte, les troubles conduites suicidaires bénéficient d'une reconnaissance officielle dans le DSM 5, (50) en tant que catégorie à l'étude. Ce trouble est défini par l'existence d'une tentative de suicide dans les 2 ans. (51)

John Mann propose un modèle explicatif et prédictif des comportements suicidaires. Il s'agit d'un modèle stress-diathèse. Le comportement suicidaire est perçu comme le résultat de l'interaction entre plusieurs facteurs de risque suicidaires, certains distaux (éloignés dans le temps du comportement suicidaire), d'autres proximaux (proches dans le temps du comportement suicidaire). La diathèse correspond aux facteurs distaux c'est à dire aux facteurs de vulnérabilité suicidaire et le stressor correspond aux facteurs proximaux, c'est-à-dire aux facteurs précipitants (52). Parmi les facteurs considérés comme des composantes de la diathèse on retrouve par exemple, le pessimisme, l'impulsivité, les antécédents familiaux de conduites suicidaires et les expériences de traumatismes infantiles. Parmi les facteurs de stress, on retrouve notamment l'aggravation ou l'apparition d'un trouble psychiatrique comme par exemple un épisode dépressif majeur. (52)

Isometsa *et al*, (53) propose une revue de la littérature, sur les facteurs de risque des comportements suicidaires dans une population spécifique de personnes souffrant d'un épisode dépressif dans le cadre de troubles dépressifs ou bipolaires. Les facteurs de risques de tentative de suicide chez les patients souffrant d'un trouble dépressif sont présentés sous forme de tableau.

Facteurs sociodémographiques et sociaux	Femme Age jeune Soutien social faible qualité
Comportements suicidaires	Antécédent personnel de tentative de suicide Présence d'idées suicidaires scénarisées Antécédents familiaux de conduites suicidaires
Facteurs reliés à la maladie	Age de début de la maladie précoce Symptomatologie dépressive sévère/ symptômes psychotiques/caractéristiques mélancoliques Symptomatologie dépressive récurrente
Comorbidités psychiatriques	Abus de substance Trouble anxieux Trouble de la personnalité (borderline)
Comorbidités somatiques	Maladie somatique chronique Tabagisme
Cognitions	Niveau élevé de désespoir
Traits	Impulsivité, agressivité
Spécifiques au trouble bipolaire	Etats mixtes Tempérament affectif cyclothymique

Tableau 1 : facteurs de risques des comportements suicidaires chez les patients dépressifs d'après l'étude d'Isometsa et al

D'après cette étude, un soutien social de faible qualité représente un facteur de risque de tentative de suicide chez les patients déprimés. Le manque de soutien social est également reconnu par l'OMS comme un facteur de risque suicidaire, classés dans la catégorie des « facteurs de risque liés à la communauté et aux relations » (54)

Si l'on emprunte le modèle de Mann, l'épisode dépressif correspond ici au stresser et le manque de soutien social correspond à une composante de la diathèse.

Or comme nous avons pu voir plus haut, d'après Mario Mikulincer et Phillip R Shaver (10) les styles d'attachement influencent le choix de la recherche de proximité et de support comme une stratégie de régulation émotionnelle. Du point de vue de la théorie de l'attachement, lors de l'apparition de l'épisode dépressif caractérisé chez un individu, celui-ci se trouve en détresse, ce qui sollicite son système d'attachement. Le style d'attachement de l'individu, en particulier ses représentations mentales, vont alors guider les stratégies face au stress, impliquant une recherche ou pas de support social et de proximité avec la ou les figures d'attachement. Soit la stratégie d'attachement est efficace et permet de diminuer la détresse psychologique, soit elle est inefficace ce qui maintient la détresse psychologique et prédispose au comportement suicidaire.

Donc nous pouvons nous demander si les styles d'attachements ont une implication sur les comportements suicidaires et peuvent être considérés comme des facteurs de risque distaux (composants de la diathèse) de tentative de suicide.

Afin de répondre à cette question, nous avons mené une revue de la littérature sur les relations entre style d'attachement et comportements suicidaires.

Il nous semble particulièrement important, compte tenu de l'enjeu majeur de santé publique et de l'impact des comportements suicidaires sur le pronostic des troubles de l'humeur, d'essayer d'identifier de nouveaux facteurs de risque suicidaires modifiables. Cela pourrait permettre une meilleure évaluation du risque suicidaire en déterminants des groupes particuliers à risque suicidaire élevé et une prise en charge spécifique axée sur la modification du style d'attachement.

DEUXIEME PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. Objectif

Parmi les différents facteurs de risque des conduites suicidaires, certains sont liés aux relations interpersonnelles. Plus particulièrement, d'après Isometsa *et al*, (53) le manque de soutien social constitue un facteur de risque de tentative de suicide chez les patients qui souffrent de troubles de l'humeur. Or, la capacité à rechercher du soutien social est en partie déterminée par l'organisation de l'attachement (10). On peut donc se demander s'il existe un lien entre l'attachement et risque suicidaire chez les personnes qui souffrent de troubles de l'humeur.

C'est pourquoi, afin de préciser l'état actuel des connaissances sur le lien entre style d'attachement et suicide, nous avons réalisé une revue de la littérature.

Pour commencer, nous présenterons la méthode utilisée. Puis, une première partie sera consacrée à la description des différentes études retenues par notre revue de la littérature. Enfin, nous discuterons dans une seconde partie des apports de cette revue de la littérature.

Une méta-analyse sera réalisée si plusieurs études présentent des critères de design comparables.

II. Méthodologie

J'ai consulté les bases de données informatiques PubMed et PsycInfo auxquelles on peut accéder respectivement via les liens suivants : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> et <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

Les mots clefs utilisés sont « attachment » AND « suicide ».

On retient les articles :

- publiés entre Janvier 1992 et Janvier 2018,
- en français ou en anglais,

- comprenant une évaluation standardisée de l'attachement, c'est-à-dire réalisée à l'aide d'un outil de mesure validé qui permet de distinguer différents types d'attachement,
- et s'intéressant à la relation entre style d'attachement d'une part, et les idées suicidaires ou tentatives de suicide ou suicide d'autre part.

Selon Miniatti *et al* (55), il n'y a pas d'article antérieur à 1992 sur ce sujet. De fait, en remontant au début de l'indexation des deux bases de données, je ne retrouve aucune publication avant cette date.

Les articles issus de la revue de la littérature effectuée par Miniati *et al.* publiée en 2017, et qui n'étaient pas déjà inclus, sont également pris en compte.

En utilisant le moteur de recherche PubMed, 416 articles sont recueillis dont 21 répondent aux critères définis ci-dessus.

En utilisant le moteur de recherche PsycInfo, 527 articles regroupant revues universitaires et mémoires sont réunis dont 500 sont rédigés en français ou anglais. Parmi ceux qui cherchent à établir un lien entre style d'attachement et suicidabilité, 19 articles sont communs avec PubMed et 3 articles supplémentaires sont retrouvés, ce qui fait un total de 24 articles retenus.

Par ailleurs, on a ajouté deux articles cités par Miniatti *et al.* dont un répertorié dans PsycInfo et l'autre accessible via Google Scholar. De plus, trois articles mentionnés par Miniatti *et al* n'étaient pas accessibles via les différents moteurs de recherche. J'ai pu me procurer deux articles en contactant directement les auteurs. L'auteur du troisième article ne m'a pas répondu.

Cette recherche systématique a été complétée par une recherche complémentaire sur les bases Science Direct, Wiley Licence Nationale et la base de données en ligne Aix Marseille Université. Cela a permis de retenir trois articles supplémentaires.

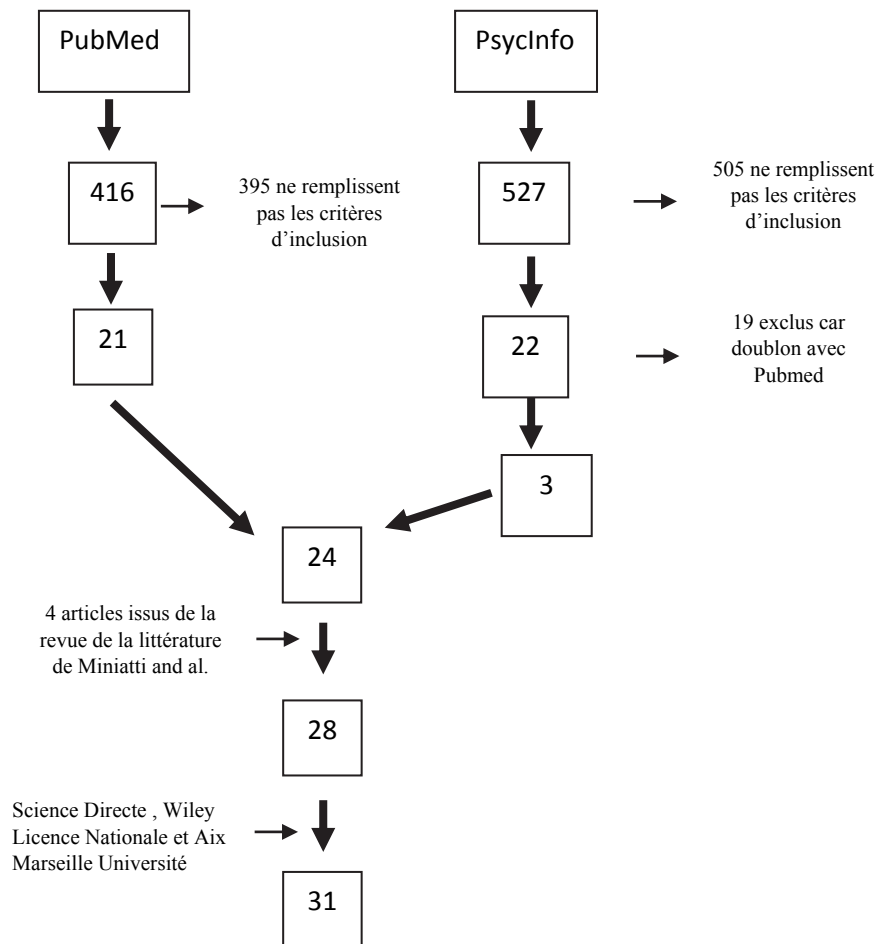


Figure 2 : Flowchart

III. Résultats

Au total, 31 articles sont inclus.

Nous ferons dans un premier temps une description générale de l'ensemble des études incluses dans la revue de la littérature, en s'intéressant aux types d'évaluation de l'attachement utilisés, aux populations d'étude et aux schémas d'étude. Dans un deuxième temps, nous décrirons les résultats de chaque étude, d'abord celles avec une évaluation dimensionnelle puis celle avec une évaluation catégorielle.

1. Description générale

1.1 Evaluation de l'attachement

Concernant le type d'évaluation de l'attachement, 12 articles utilisent une évaluation dimensionnelle comprenant les dimensions « évitement » et « anxiété » et 13 articles ont recours à une évaluation catégorielle. La plupart des articles avec évaluation catégorielle de l'attachement prennent en compte 4 catégories : « sécurisée », « préoccupé » ou « ambivalent/résistant », « détaché » ou « évitant » et « craintif ». Deux études catégorielles distinguent uniquement les 3 catégories : « sécurisée », « ambivalent/résistant » et « évitant » car elles se rapportent toutes les deux au modèle de Hazan et Shaver, l'une utilisant l' « Adult Attachment Scale Questionnaire » et l'autre l' « Attachment Style Questionnaire ». Une troisième étude catégorielle, qui évalue l'attachement avec l' « Adolescent Attachment Questionnaire », propose 3 catégories : « disponibilité de la figure d'attachement perçue élevée » « détresse agressive élevée » et « partenariat corrigé quant au but faible » pouvant respectivement s'apparenter aux catégories « sécurisée », « ambivalent/résistant » et « évitant » de l'Adult Attachment Interview.

Nous notons qu'un article a recours à la fois à une évaluation dimensionnelle et catégorielle, cette double évaluation étant permise par l'utilisation de l' « Experience in Close Relationship scale ».

Quatre études évaluant l'attachement grâce à l'outil « Inventory of Parent and Peer Attachment » évoquent des « indices de sécurité » et des « indices d'insécurité » ne correspondant à aucun des 2 types d'évaluation, catégoriel ou dimensionnel.

Enfin, la dernière étude évoque le « niveau d'attachement familial », là aussi ne pouvant être rattaché à aucun des 2 types d'évaluation classique.

1.2 Population d'étude

S'agissant de la population d'étude, 8 articles concernent la population générale et 23 autres ciblent une population souffrant de troubles psychiatriques dont seulement 6 s'intéressent à une population souffrant spécifiquement de troubles de l'humeur. On distingue aussi 10 travaux s'intéressant à une population psychiatrique avec des diagnostics variés incluant, entre autres, les troubles de l'humeur mais aussi des troubles psychotiques et 7 autres visant une population ayant recours à des soins psychiatriques sans description des diagnostics.

On note que sur les 31 articles au total, seuls 22 intéressent une population adulte. Les 9 autres articles se reportent à une population pédiatrique.

1.3 Schéma d'étude

A propos du schéma d'étude, 3 études sont longitudinales prospectives. Les 28 restantes sont transversales.

1.4 Description des études

Nous présentons d'abord les études qui appréhendent l'attachement d'un point de vue dimensionnel puis d'un point de vue catégoriel.

1.4.1 Evaluation dimensionnelle

Avec une évaluation dimensionnelle de l'attachement, on retrouve une seule étude prospective concernant des patients présentant un trouble de l'humeur.

Elle a été publiée par Grunebaum *et al*, (56) en 2009 dans « Journal of Affective Disorder ». 136 personnes souffrant de trouble dépressif unipolaire, avec un diagnostic d'épisode dépressif majeur en cours, dont l'intensité correspond à un score d'au moins 16 sur l'échelle de dépression d'Hamilton 17-items c'est-à-dire au moins légère à modérée, sont incluses dans l'étude et suivies sur une année. A l'inclusion, l'attachement est évalué grâce à l' « Adult Attachment Scale » et l'intensité de la symptomatologie dépressive grâce à l'autoquestionnaire « Beck Depression Inventory » et à l'hétéroquestionnaire « Hamilton Rating Scale for Depression ». Les idées suicidaires sont évaluées à 3 mois et 1 an de suivi et les tentatives de suicides sont évaluées à 1 an de suivi. Les résultats mettent en évidence que la dimension « évitement » prédit un risque accru de tentative de suicide sur l'année de suivi (HR=1,16 ; p=0,003). Si on divise l'échantillon en 2 groupes par rapport à la valeur médiane du score obtenu sur la dimension « évitement » de l'attachement, le groupe avec un haut niveau d'évitement a un risque multiplié par 5 de tentative de suicide sur 1 an de suivi par rapport au groupe avec un faible niveau d'évitement ($\chi^2 = 4.63$, $df = 1$, $HR = 5.29$, $95\% CI = 1.16-24.19$, $p = 0.031$). L'association entre la dimension « évitement » et les tentatives de suicide ultérieures reste statistiquement significative après ajustement sur les antécédents de tentatives de suicide (HR : 1,15, p=0,003) mais aussi après ajustement sur l'intensité objective de la symptomatologie dépressive à l'inclusion (p<0.01). En revanche, dans le modèle ajusté sur l'intensité subjective de la dépression à l'inclusion (Beck Depression Inventory), on retrouve toujours une association significative mais avec une valeur de p supérieure au seuil déterminé par les auteurs (0.025). Après ajustement sur l'existence d'une récurrence d'épisode dépressif majeur au cours d'un an de suivi, à l'aide d'un modèle de Cox, l'association entre la dimension « évitement » de l'attachement et tentatives de suicide reste statistiquement significative (HR : 1.13, p<0.001). Par conséquent, l'effet de la dimension « évitement » de l'attachement sur les tentatives de suicide ultérieures n'est pas médiée par la présence d'une récurrence d'un épisode dépressif majeur. De plus, la dimension « évitement » prédit également la présence

d'idées suicidaires à 3 mois de suivi mais pas à 1 an. Par contre, la dimension « anxiété » n'est pas corrélée aux idées suicidaires ni aux tentatives de suicides sur la période de suivi. On notera que les auteurs de cet étude n'ont pas pris en compte la dimension anxiété n'ayant constaté aucune association entre la dimension anxiété et le risque suicidaire.

Toujours pour une population de trouble de l'humeur, on retrouve 5 études transversales.

Celle de Lizardi *et al.* (2011), (57) menée par la même équipe que l'étude précédente, cherche à explorer les relations entre, d'un côté le style d'attachement et l'ajustement social, et de l'autre, les antécédents de tentatives de suicide. On entend par ajustement social, la capacité d'un individu à gérer les relations interpersonnelles définies par les différents rôles qu'il doit endosser comme par exemple les rôles de travailleur, ami, époux ou parent. Cette étude concerne un échantillon de 524 patients présentant un épisode dépressif majeur actuel s'intégrant dans un trouble de l'humeur unipolaire ou bipolaire. Elle fait ressortir que seule la dimension « anxiété » est associée avec les antécédents de tentatives de suicide ($p=0.019$), y compris lorsqu'on prend en compte dans le modèle, l'ajustement social global (OR = 1.33 ; 95% CI = 1.016-1.728 ; $p = 0.038$). L'hypothèse des auteurs est que la dimension « anxiété » de l'attachement implique des difficultés d'ajustement professionnel notamment des difficultés relationnelles, conduisant à une humeur dépressive et à une majoration du risque suicidaire. Cependant, la corrélation entre la dimension « anxiété » de l'attachement et les antécédents de tentatives de suicide n'est plus significative après ajustement sur l'ajustement social dans le domaine professionnel. On notera que dans cette étude, les auteurs ont pris en compte la dimension évitement dans l'analyse multivariée.

Aaltonen *et al* (2015), (58) qui étudient différents facteurs de risque de comportements suicidaires, retrouvent dans une population de 221 personnes présentant un trouble dépressif majeur ou un trouble bipolaire, que seule la dimension « anxiété » de l'attachement est en rapport avec les antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide ($p<0.001$). Cependant cette corrélation ne se maintient pas en analyse multivariée. La dimension « anxiété » n'apparaît donc pas comme liée aux idées suicidaires ni aux tentatives de suicide indépendamment des

autres facteurs de risques suicidaires parmi lesquels on trouve l'âge, le sexe, la nature du trouble de l'humeur (trouble dépressif, trouble bipolaire de type II/nos), les comorbidités comme un trouble lié à l'usage de l'alcool et le trouble de la personnalité borderline et enfin les antécédents d'abus physique dans l'enfance.

L'étude de MacGregor *et al.* (2014), (59) conduite par la même équipe qui a mené les 2 premiers articles exposés (Grunebaum *et al.* ; Lizardi *et al.*), porte sur 244 personnes avec un épisode dépressif majeur actuel s'intégrant dans un trouble de l'humeur unipolaire ou bipolaire. Les antécédents de tentatives de suicide sont associés à des scores élevés sur les deux dimensions de l'attachement « anxiété » et « évitement » (respectivement $p=0.002$ et $p=0.026$) en analyse univariée.

Nous précisons que ces trois études, menées par la même équipe de recherche sont bien des études différentes. La population d'étude n'a pas été sélectionnée selon les mêmes critères d'inclusion.

L'étude menée par Ozer *et al.* (2014), (60) concerne une population de 62 personnes souffrant d'épisode dépressif majeur d'intensité au moins légère (score au moins égal à 16 sur l'échelle Hamilton Depression Rating Scale 17), s'intégrant uniquement dans le cadre d'un trouble dépressif majeur. Les patients sont divisés en 2 groupes en fonction de la présence ou pas d'un antécédent de tentative de suicide. Il n'y a pas de différence significative concernant l'intensité de la symptomatologie dépressive explorée par l'HDRS entre les 2 groupes. Aucune des 2 dimensions de l'attachement n'est corrélée aux antécédents de tentatives de suicide chez les patients déprimés ($p>0.05$). Par contre, la dimension « anxiété » est significativement liée aux antécédents d'idée suicidaires ($p<0.05$).

La dernière étude transversale, publiée par Smith *et al.* (2016), (61) concerne 106 femmes présentant un épisode dépressif majeur actuel dans le cadre d'un trouble dépressif unipolaire et avec des antécédents d'abus sexuel. Les résultats mettent en évidence qu'aucune des 2 dimensions de l'attachement n'est associée avec les idées suicidaires. Il est précisé que les femmes qui ont des difficultés d'ajustement dans le domaine professionnel présentent de façon statistiquement significative plus d'idées suicidaires si elles ont un niveau élevé sur la dimension « évitement » de l'attachement (OR : 2.052, $p = 0.02$). L'étude ne se penche pas sur les tentatives de suicide.

Si on considère une population plus large, souffrant de troubles psychiatriques mais ne comprenant pas uniquement des troubles de l'humeur, le travail de Levi Belz *et al.* (2013) (61) attire particulièrement l'attention car il prend en compte le phénotype suicidaire. Cette étude transversale concerne une population de 102 patients avec antécédent récent de tentative de suicide, dont 60 souffrent de trouble de l'humeur et 30 souffrent de trouble psychotique sans composante thymique (le diagnostic des autres patients n'est pas mentionné). La population d'étude est divisée en 2 groupes, sans différence significative concernant les diagnostics cliniques et l'intensité de la symptomatologie dépressive subjective. Le premier groupe réunit les patients avec antécédent de tentatives de suicide graves (hospitalisation de plus d'une journée dans une unité de soins intensifs ou nécessité d'une chirurgie sous anesthésie générale) et le second regroupe ceux avec antécédent de tentatives de suicide non graves. La létalité de la méthode et l'intentionnalité de la tentative de suicide sont mesurées à l'aide de la passation d'échelles. Les résultats montrent que le score sur la dimension « anxiété » est significativement plus élevé dans le groupe « tentatives de suicide graves » (OR : 2.17, $p < 0.05$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes pour la dimension « évitement ». Les 2 dimensions sont associées avec la létalité médicale de la tentative de suicide (OR : 0.30, $p < 0.004$ pour dimension « anxiété » et OR : 0.21, $p < 0.039$ pour dimension « évitement »). Seule la dimension « évitement » est corrélée positivement à une intentionnalité suicidaire élevée (OR : 0.025, $p < 0.05$).

L'étude de Gormley *et al* (2010), (62) transversale et unicentrique, a été conduite sur une population de 109 patients hospitalisés en psychiatrie (sans que soient précisés les motifs d'hospitalisations). La population d'étude est hétérogène. Il y a 20% de l'échantillon qui souffre de schizophrénie, 13% d'autres troubles psychotiques, 11% ont un trouble bipolaire, 43% ont un trouble dépressif majeur, 37% présentent un trouble lié à l'usage d'une substance, 13% ont un trouble de la personnalité, 11% ont un trouble de l'adaptation et 7% souffrent d'autres troubles. Les auteurs retrouvent une corrélation positive entre la dimension « anxiété » et les antécédents de tentatives de suicide (OR : 1.09, $p : 0.037$). Cette corrélation n'est plus significative après ajustement sur la symptomatologie dépressive.

L'étude de Stepp *et al* (2008), (63) qui s'intéresse à une population très hétérogène regroupant des patients souffrant de différents troubles psychiatriques mais aussi

des personnes non suivies en psychiatrie, met en évidence que seule la dimension « anxiété » est corrélée positivement aux antécédents de tentatives de suicide (OR : 2.03, $p < 0.01$).

Pour Sheftall *et al* (2013), (64) sur une population intéressant 236 adolescents ayant été hospitalisés en service de pédopsychiatrie, un niveau d'attachement parental bas est associé positivement aux antécédents de tentatives de suicide ($t = 2.23$; $p : 0.03$ pour l'attachement maternel et $t = 2.52$; $p : 0.01$ pour l'attachement paternel). Il n'y a pas de corrélation significative entre l'attachement aux pairs et les antécédents de tentatives de suicide.

D'après DiFilippo et Overholser (2000), (65) au sein d'une population d'adolescents hospitalisés en service de psychiatrie, l'attachement perçu à la mère et aux pairs rend compte d'une variance significative concernant les idées suicidaires dans la semaine précédant l'hospitalisation (respectivement $\Delta R^2 = 0.15$, $p < 0.01$ et $\Delta R^2 = 0.12$, $p < 0.01$). Après ajustement sur la symptomatologie dépressive, ces résultats ne sont plus significatifs.

Les 3 études transversales que nous allons maintenant aborder visent une population de patients ayant recours aux soins psychiatriques sans précision sur le diagnostic de trouble mental.

Les travaux de Sheftall *et al* (2014) (66) portent sur 80 adolescents ayant reçu des soins pour des problèmes d'ordre psychiatrique au sein d'une clinique (de santé comportementale) ou dans un service d'urgence d'un hôpital pédiatrique général. Ils sont répartis en 2 groupes. Le premier comprend les adolescents avec un antécédent de tentative de suicide dans l'année précédant l'étude et le second ceux n'ayant aucun antécédent de tentatives de suicide ou d'idée suicidaire sur la vie entière. Les résultats montrent une corrélation positive entre les 2 dimensions de l'attachement et les antécédents de tentatives de suicide ($t = 3.39$; 95% CI = 0.30-1.20 ; $p = 0.002$ pour la dimension « évitement » et $t = 2.79$; 95% CI = 0.20-1.23 ; $p = 0.008$ pour la dimension « anxiété »). On note cependant qu'après ajustement sur la symptomatologie dépressive et la cohésion familiale qui sont toutes deux corrélées au statut suicidaire, seule la dimension « évitement » reste en lien avec les antécédents de tentatives de suicide (OR = 2.05 ; 95% CI = 1.04-4.04 ; $p < 0.05$).

Yoo *et al* (2011), (67) met en évidence, dans une population de 229 Coréens, regroupant des Coréens de Corée du sud qui utilisent les services sociaux et de soins mentaux, et des Coréens immigrés aux Etats Unis, que les 2 dimensions de l'attachement sont en lien avec les idées suicidaires (RR : 0.47, $p < 0.001$ pour la dimension anxiété et RR : 0.28, $p < 0.001$ pour la dimension évitement).

Plus récemment, Boyda *et al* (2018), (68) regroupent 5692 personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique, issues d'une étude nationale sur la santé mentale menée aux Etats Unis. On note que la méthode utilisée pour évaluer l'attachement est explicitée sans nommer l'outil utilisé. Cet article souligne une relation significative entre les 2 dimensions de l'attachement et la présence d'idées suicidaires sur les 12 derniers mois (OR : 2.9, $p < 0.001$ pour la dimension « anxiété » et OR : 2.2, $p < 0.001$ pour la dimension « évitement »). De plus, seule la dimension « évitement » est corrélée positivement aux idées suicidaires scénarisées sur les 12 derniers mois (OR : 5.7, $p < 0.001$).

En population générale, on retrouve 4 études.

Celle, prospective, de Fergusson *et al* (2000), (69) suit 965 adolescents jusqu'au début de l'âge adulte (21 ans). Elle met en évidence une corrélation négative entre l'attachement secure à l'âge de 15 ans et à la fois les idées suicidaires ($B = -0.04$; $p < 0.0001$) et les tentatives de suicide ultérieures ($B = -0.07$; $p < 0.0001$) entre 15 et 21 ans.

Une deuxième étude, menée par Maimon *et al* (2010) (70) portant sur une cohorte de 990 adolescents vivant à Chicago, retrouve qu'un niveau d'attachement familial élevé est corrélé négativement aux tentatives de suicide futures (OR : 0.648, $p < 0.01$). La méthode d'évaluation de l'attachement est explicitée mais le nom de l'outil n'est pas donné par les auteurs.

L'étude de De Jong *et al* (1992) (71) montre dans une population d'étudiants universitaires que ceux avec antécédent soit de tentative de suicide soit d'idées suicidaires ont un niveau de sécurité plus faible envers leurs parents par rapport aux sujets sains ($p < 0.05$). On ne retrouve pas de différence significative entre les 2 groupes concernant l'attachement aux pairs. On note cependant qu'il n'y a pas de différence significative concernant l'attachement aux parents entre les sujets avec

antécédent de tentative de suicide ou d'idées suicidaires sévères et les sujets déprimés sans antécédents de tentatives de suicide ni d' idées suicidaires sévères.

Pour finir, l'étude de Buelow *et al* (2000), (72) regroupe 163 étudiants universitaires et met en évidence que l'attachement « sécuritaire » est négativement corrélé aux idées suicidaires (-0.35, $p < 0.05$). Le facteur « attachement sécuritaire » représente 3.3% de la variance de la variable « idée suicidaire » ($F(2,158) = 30.88, p < 0.001$).

1.4.2 Evaluation catégorielle

Avec une évaluation catégorielle de l'attachement, il n'y a, à notre connaissance, aucune étude prospective, concernant une population de patients souffrant de trouble de l'humeur et s'intéressant aux intrications entre attachement et suicidalité. On ne relève qu'une seule étude se rapportant à une population de trouble de l'humeur restreinte seulement aux patients souffrant d'un trouble dépressif caractérisé. Cette étude transversale, menée par Ozer *et al*, (2014) (60) a déjà été évoquée plus haut car elle propose une évaluation à la fois dimensionnelle et catégorielle de l'attachement en utilisant l' « Experiences in Close Relationships Scale ». Si avec une évaluation dimensionnelle de l'attachement, les auteurs ne retrouvaient pas de lien entre attachement et statut suicidaire chez des adultes avec épisode dépressif majeur, il y a par contre, en évaluation catégorielle, une association significative entre le style d'attachement et les antécédents de tentatives de suicide ($p < 0.01$). Malheureusement, les auteurs ont utilisé un seul test du chi-2 incluant les 4 styles d'attachements et les 3 groupes (déprimés avec antécédent de tentative de suicide/ déprimés sans antécédent de tentative de suicide/ groupe contrôle de volontaires sains)), ce qui ne permet pas de vérifier la significativité de l'association entre attachement craintif et antécédent de tentatives de suicide.

Puis parmi les études qui visent une population souffrant de troubles psychiatriques divers, pas spécifiquement de troubles de l'humeur, celle de Shuang Li *et al* (2017), (73) prospective, menée sur 85 patients hospitalisés pour un risque suicidaire élevé, retrouve des résultats concordant avec l'étude précédente. Elle fait ressortir un lien entre le style d'attachement « craintif » et les tentatives de suicide dans les 2 mois suivant la sortie d'hospitalisation ($p = 0.04$). Pour chaque point de plus sur le score d'attachement craintif, le risque de tentative de suicide augmente de 20 % dans les

deux mois suivant la sortie d'hospitalisation ($p = 0.047$). Cette étude ne retrouve pas de relation entre les autres styles d'attachement et les comportements suicidaires. On remarque que les antécédents de tentatives de suicide antérieures ne sont pas pris en compte dans cette analyse.

Cohen *et al* (2017), (74) examinent la relation entre plusieurs facteurs de risque suicidaires distaux (incluant l'abus chronique de substance, les traumatismes infantiles, l'attachement insécuré, le manque de support social, le perfectionnisme et l'impulsivité), la crise suicidaire et les comportements suicidaires. Ils choisissent de ne s'intéresser qu'au style d'attachement craintif en ayant recours au « Relationship Scales Questionnaire, fearful attachment subscale » dans une population de 207 patients hospitalisés en service de psychiatrie. De même que les études précédentes, il ressort une corrélation positive entre le style d'attachement « craintif » et les antécédents d'idées suicidaires sur la vie entière ($F = 19.8$; $p \leq 0.01$) mais aussi les antécédents de tentatives de suicide sur la vie entière ($F = 5.2$; $p \leq 0.05$). Par contre, il n'y a pas de corrélation significative entre le style d'attachement « craintif » et les antécédents récents (immédiatement avant l'hospitalisation) de tentatives de suicide ce qui renforce l'idée que le style d'attachement est un facteur prédisposant qui agit bien en amont sur le risque suicidaire. On note cependant qu'il y a seulement 30 patients inclus dans l'étude qui ont réalisé une tentative de suicide en pré admission hospitalière. En complément, les auteurs évaluent si la crise suicidaire joue un rôle de médiateur entre les facteurs de risque suicidaire à long terme et les phénomènes suicidaires. La médiation est totale pour tous les facteurs de risque étudiés sauf pour les traumatismes infantiles et l'attachement craintif où la médiation est partielle. Il apparaît donc que ces deux facteurs ont un effet sur les comportements suicidaires indépendamment de la crise suicidaire. Sur le plan clinique, cela peut impliquer un intérêt particulier à évaluer la présence d'éventuels traumatismes infantiles ainsi que le style d'attachement pour mieux apprécier le risque suicidaire. Les auteurs réalisent aussi une analyse de médiation inverse où l'attachement craintif apparaît comme un médiateur entre la crise suicidaire et les comportements suicidaires. Il semble exister une relation réciproque entre la crise suicidaire et le style d'attachement craintif, l'un et l'autre se renforçant réciproquement.

D'autres travaux retrouvent des résultats divergents. C'est le cas de l'étude conduite par Yaseen *et al* (2014), (74) qui évalue spécifiquement l'attachement « craintif » via le « Relationship Scales Questionnaire the fearful subscale » chez 135 patients hospitalisés pour risque suicidaire élevé. Les résultats ne montrent pas de lien significatif entre l'attachement « craintif » et les antécédents de tentatives de suicide sur la vie entière ($p > 0.01$) ni entre l'attachement « craintif » et les idées suicidaires sur le mois précédent ($r = 0.09$; $p = 0.32$).

Venta *et al* (2014) (75) considère une population de 194 adolescents hospitalisés en psychiatrie. Après ajustement sur le diagnostic clinique (trouble externalisé, trouble internalisé), les auteurs ne décrivent pas de corrélation entre les différents styles d'attachement et les antécédents de tentative de suicide sur la vie entière ni entre les styles d'attachement et les idées suicidaires sur l'année précédente.

L'étude de Nagra *et al* (2016), (76) se rapporte à une population de 323 personnes d'au moins 16 ans, avec un antécédent de geste auto agressif, indépendamment de l'intentionnalité suicidaire. Elles étaient recrutées via des forums et site web d'aide pour les personnes ayant réalisé un geste auto agressif. Cette étude montre une corrélation positive entre les attachements « évitant » ($r : 0.09$, $p < 0.04$) et « craintif » ($r : 0.12$, $p < 0.01$) d'une part et les antécédents de tentatives de suicide ou d'idées suicidaires confondus d'autres part. A l'inverse, il existe une corrélation négative entre attachement « secure » et idées suicidaires et tentatives de suicides ($r : -0.21$, $p < 0.001$). Seul l'attachement « évitant » reste significativement corrélé aux idées suicidaires et tentatives de suicide en analyse multivariée, après ajustement sur les autres facteurs liés aux comportements suicidaires comme par exemple l'existence d'une pathologie psychiatrique, la gestion des émotions, le support social, l'auto compassion.

A propos des travaux qui se penchent sur une population ayant recours aux soins psychiatriques, sans définir les pathologies psychiques nécessitant les soins, on décrira 4 études, toutes transversales.

Onen *et al* (2017), (77) incluent 76 personnes qui consultent aux urgences psychiatriques suite à une tentative de suicide et 84 témoins. Ils s'intéressent précisément aux tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire et retrouvent une corrélation entre le style d'attachement « craintif » et les

antécédents de tentatives de suicide ($F = 0.678$; $p < 0.001$). Il n'y a pas de corrélation entre les autres styles d'attachement et les antécédents suicidaires. De plus, aucune des différentes catégories d'attachement n'est corrélée avec les antécédents de tentatives de suicides multiples.

L'étude cas témoins dirigée par Adam *et al* (1996), (78) regroupe 69 adolescents avec antécédents d'idées suicidaires sévères ou de tentatives de suicide et 64 adolescents sans antécédent d'idée suicidaire ni de tentatives de suicide, tous suivis en service de psychiatrie, en ambulatoire ou en hospitalisation. L'état d'esprit « non résolu/désorganisé » est corrélé aux antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide confondus ($\chi^2 (1, N=133) = 10.38$, $p = 0.0013$). Parmi tous les participants, l'attachement « préoccupé », en association avec l'attachement « non résolu/désorganisé », augmente le risque d'appartenir au groupe avec antécédents de comportements suicidaires (Relative risk = 4.34, 95%IC = 1.72, 10.99).

Chez des adolescents suivis en psychiatrie, Lessard *et al* (1998) (79) mettent en évidence une relation entre les styles « craintif » et « préoccupé » et les idées suicidaires sur les 6 derniers mois. Plus précisément, les adolescents « craintifs » ont 6.5 fois plus de risque que les adolescents « sécures » ou « détachés » de présenter des idées suicidaires sur les 6 derniers mois ($\chi^2 (1, n = 77) = 13.93$, $p < 0.0002$). De la même façon, les adolescents « préoccupés » ont un risque 3.8 fois plus grand que ceux « sécures » ou « détachés » d'avoir des antécédents récents d'idées suicidaires ($\chi^2 (1, n = 58) = 5.81$, $p < 0.02$). Par ailleurs, le style d'attachement « craintif » est corrélé positivement à l'intensité des idées suicidaires (coefficient de corrélation Pearson = 0.28, $p < 0.05$) tandis que le style « détaché » est corrélé négativement à l'intensité des idées suicidaires (coefficient de corrélation Pearson = -0.25, $p < 0.05$). Enfin, la létalité des scénarii suicidaires envisagés est significativement corrélée avec le style « préoccupé » ($r : 0.59$, $p < 0.03$).

Dans l'étude cas témoins menée par West *et al* (1999) (80) sur des adolescents suivis en psychiatrie, la population d'étude est répartie en 2 groupes. L'un avec antécédent d'idée suicidaire ou de tentative de suicide et l'autre sans aucun antécédent suicidaire. L'attachement est évalué par l' « Adolescent Attachment Questionnaire » distinguant 3 catégories : « disponibilité de la figure d'attachement perçue élevée » « détresse agressive élevée » et « partenariat corrigé quant au

but faible » qui, selon les auteurs, correspondent respectivement aux catégories « sécure », « ambivalent ou résistant » et « évitant » de l'Adult Attachment Interview. En analyse multivariée, en incluant la symptomatologie dépressive dans le modèle, les résultats montrent que le fait de percevoir sa figure d'attachement comme non disponible, autrement dit un attachement peu sécure, est corrélé positivement aux antécédents d'idée ou tentative de suicide confondus (Coefficient de régression = 0.21, $p < 0.001$). De même, l'interaction entre l'âge et la « détresse agressive élevée » est corrélée positivement aux antécédents suicidaires (Coefficient de régression = 0.11, $p = 0.022$). Pour des scores bas de « détresse agressive », il n'y a pas de différence concernant le statut suicidaire, en fonction de l'âge des adolescents. Par contre il existe une association positive entre le fait d'être un adolescent âgé avec un score élevé de détresse agressive, autrement dit avec un attachement « ambivalent ou résistant » et l'existence d'antécédents suicidaires.

En population générale, l'étude d'Ozouni-Davaji *et al* (2010) (81) met en évidence, auprès de 125 étudiants iraniens d'origine turque, une corrélation positive entre les styles d'attachement « détaché » et « préoccupé » d'une part et les antécédents d'idées suicidaires d'autre part (respectivement coefficient de corrélation = 0.45, $p < 0.001$ et coefficient de corrélation = 0.66, $p < 0.001$). Une corrélation négative est retrouvée entre l'attachement « sécure » et les antécédents d'idées suicidaires (coefficient de corrélation = -0.58, $p < 0.001$). Précisons que cette étude ne considère que 3 catégories d'attachement, sans prendre en compte l'attachement « craintif ».

Riggs *et al* (2002), (82) examinent les liens entre les états d'esprit quant à l'attachement et la santé mentale de couples (233 participants) attendant leur premier enfant. Si l'on considère les 4 catégories d'attachement de l'Adult Attachment Interview, il ressort une association significative entre les idées suicidaires et le statut vis-à-vis de l'attachement ($X^2(3, N = 233) = 11.98, p < 0.01$). Les adultes dans la catégorie « non résolu/désorganisé » sont significativement plus à risque que les autres groupes de reporter des antécédents d'idées suicidaires. Si l'on considère maintenant uniquement les 3 catégories primaires d'attachement de l'AAI, à savoir, « détaché », « préoccupé » et « autonome », il y a à nouveau un lien statistiquement significatif entre statut vis-à-vis de l'attachement et antécédents

d'idées suicidaires ($X^2 (2, N = 226) = 0.71, p < 0.001$). En effet, les adultes « préoccupés » rapportent plus souvent des antécédents d'idées suicidaires que les adultes « autonomes » ou « détachés ».

Les travaux de Palitsky *et al* (2013) (83) s'inscrivent dans le « National Comorbidity Survey Replication », étude représentative des foyers américains sur la prévalence des troubles mentaux aux Etats Unis. L'échantillon comprend 5692 adultes, comprenant tous ceux qui ont été initialement inclus et qui présentent un trouble mental actuel ou dans leurs antécédents et un sous échantillon de ceux initialement inclus qui n'ont pas de trouble psychique actuel ou passé. Dans un modèle d'analyse multivariée prenant en compte les variables socio démographiques, le diagnostic clinique de trouble mental, les traumatismes dans l'enfance et l'ensemble des styles d'attachement, l'attachement sécure est associé avec une probabilité plus faible de tentative de suicide (AOR = 0.81 (0.72-0.91), $p < 0.001$). Les attachements « évitant » et « préoccupé » sont corrélés positivement à la fois aux idées suicidaires (respectivement AOR = 1.35 (1.21-1.51), $p < 0.001$ et AOR = 1.13 (1.03-1.24), $p < 0.05$) et aux tentatives de suicide (respectivement AOR = 1.17 (1.07-1.28), $p < 0.01$ et AOR = 1.20 (1.04-1.38), $p < 0.05$). Seulement 3 catégories d'attachement sont évaluées dans cette étude.

Enfin, pour Zeyrek *et al* (2009) (84) qui ciblent une population universitaire turque de 180 étudiants à Ankara, les styles « préoccupé » et « craintif » sont associés positivement avec le risque suicidaire (respectivement $r = 0.29, p < 0.001$ et $r = 0.16, p < 0.05$) alors que le style « sécure » est associé négativement avec le risque suicidaire ($r = -0.39, p < 0.001$). L'évaluation du risque suicidaire est réalisée à l'aide de l'échelle Suicide Probability Scale (Cull et Gill, 1982) qui prend en compte les 4 composantes suivantes : antécédent d'idée suicidaire, désespoir, autodépréciation et hostilité.

Après avoir pris connaissance de ces différents travaux sur la relation entre l'attachement et le suicide, plusieurs observations émergent.

IV. Discussion

Nous suivrons le même plan que précédemment, en discutant dans une première partie, le type d'évaluation de l'attachement, les populations d'étude et les schémas d'étude, puis dans une deuxième partie les résultats des études.

1. Généralités

1.1 Evaluation de l'attachement

Tout d'abord, en ce qui concerne l'évaluation de l'attachement, on s'aperçoit qu'il existe une grande variété d'outils, différents d'une étude à l'autre. Certains travaux ont eu recours à des entretiens semi structurés, comme l'Adult Attachment Interview ou le Children Attachment Interview, d'autres à des auto-questionnaires. De plus, parmi les différents outils, certains se reportent à une approche catégorielle, d'autres à une approche dimensionnelle. Pour l'approche catégorielle, la plupart des instruments distinguent quatre catégories mais certains n'en comptent que trois. Il y a aussi des outils qui ne se rattachent ni à une évaluation dimensionnelle ni à une évaluation catégorielle. C'est le cas de l'Inventory of Parent and Peer Attachment qui permet davantage une mesure générale de l'insécurité. Cette hétérogénéité des méthodes d'évaluation de l'attachement entre les différentes études rend difficilement comparable leurs résultats.

1.2 Population d'étude

Si l'on considère la population d'étude, les travaux sont relativement peu nombreux concernant spécifiquement les personnes souffrant de trouble de l'humeur. Il nous semble pertinent de s'intéresser à cette population en particulier car le taux de tentatives de suicide sur la vie entière chez les patients souffrant de trouble de l'humeur est plus élevé que pour les autres troubles psychiatriques. (85)

De plus, il s'agit du trouble le plus fréquent chez les victimes de suicide. En effet, d'après une étude menée par Henriksson *et al* (86) sur l'ensemble des suicides

recensés en Finlande entre Avril 1987 et Mars 1988, 59% des victimes de suicide présentaient un trouble de l'humeur (trouble dépressif majeur, trouble dépressif non spécifié, trouble bipolaire, dysthymie). Parmi les études sur attachement et suicide qui visent une population de trouble de l'humeur, deux d'entre elles ciblent exclusivement le trouble dépressif caractérisé sans prendre en compte le trouble bipolaire. Pourtant, « le trouble bipolaire est l'une des maladies les plus à risque de suicide abouti » (45). Dans le trouble bipolaire, le suicide est l'une des principales causes de décès, avec les pathologies cardiovasculaires et cancéreuses. Dans cette population, le nombre de décès par suicide est multiplié par 15 chez les hommes et 22.4 chez les femmes (44). Pour finir, les études qui incluent à la fois des patients unipolaires et bipolaires ne distinguent pas les résultats obtenus concernant la relation entre attachement et suicide en fonction du type de trouble de l'humeur.

1.3 Schéma d'étude

A propos du schéma d'étude, on constate qu'il y a très peu d'études prospectives. Une seule étude prospective s'intéresse aux patients souffrant de trouble de l'humeur. Or seule une étude longitudinale peut permettre de considérer l'attachement comme un facteur de vulnérabilité ou au contraire de protection vis-à-vis du risque suicidaire. En effet, un facteur de vulnérabilité ou de protection doit précéder le résultat dans le temps et seule l'étude longitudinale prospective permet d'établir une chronologie de façon claire. (87)

1.4 Résultats des études

Si l'on se penche sur les résultats des études, on peut faire plusieurs constats.

D'abord, à notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée sur le lien entre l'attachement et le suicide abouti. En effet, l'ensemble des travaux de la littérature concerne les liens entre l'attachement et les idées suicidaires ou entre l'attachement et les tentatives de suicide.

Puis, concernant le lien entre attachement d'une part et idées suicidaires et tentatives de suicide d'autre part, les résultats des différentes études sont peu concordants entre eux.

Pour rappel, les résultats retrouvés en évaluation dimensionnelle sont les suivants :

-D'après l'étude de Grunebaum *et al*, (56) qui présente le meilleur niveau de preuve, seule la dimension « évitement » de l'attachement prédit un risque accru de tentative de suicide à 1 an. La dimension « évitement » prédit également la présence d'idées suicidaires à 3 mois de suivi mais pas à 1 an.

-Deux ans après, la même équipe réalise une nouvelle étude, transversale, qui montre un résultat discordant avec le précédent puisque c'est la dimension « anxiété » qui apparaît corrélée positivement aux antécédents de tentatives de suicide.

-Quelques années plus tard, à nouveau la même équipe retrouve une corrélation positive entre les 2 dimensions de l'attachement et les antécédents de tentatives de suicide.

-Parmi les autres études transversales intéressant une population souffrant de trouble de l'humeur, celle réalisée par Aaltonen *et al* (58) établit une relation entre dimension « anxiété » et antécédents de tentatives de suicide et les idées suicidaires en analyse univariée mais aucune des deux dimensions n'est corrélée aux tentatives de suicide ni aux idées suicidaires en analyse multivariée. L'étude menée par Ozer *et al* (60) , ne met en évidence aucun lien entre les 2 dimensions de l'attachement et les antécédents de tentatives de suicide mais la dimension « anxiété » est significativement liée aux antécédents d'idée suicidaires. Enfin, la dernière étude, conduite par Smith *et al* (88) montre qu'aucune des 2 dimensions n'est associée avec les idées suicidaires.

Les résultats restent contradictoires lorsqu'on s'intéresse aux études concernant les personnes suivies en psychiatrie, souffrant de troubles psychiques divers.

Cette hétérogénéité des résultats est probablement en partie liée à la variabilité inter étude des outils d'évaluation de l'attachement. De plus, le modèle dimensionnel ne considère qu'une seule dimension la plupart du temps. En effet, les corrélations entre l'une des deux dimensions de l'attachement et le comportement suicidaire sont

rarement corrigées sur la deuxième dimension. A la variabilité des outils d'évaluation de l'attachement, on peut ajouter la variabilité de l'échantillon d'étude et celle des facteurs de confusion pris en compte d'une étude à l'autre. On remarque notamment que les antécédents de traumatismes dans l'enfance sont peu pris en compte. Parmi les études concernant des patients souffrant de trouble de l'humeur, seules deux en tiennent compte. L'étude d'Aaltonen *et al* (58) ne retrouve plus d'association statistiquement significative entre la dimension « anxiété » de l'attachement et les conduites suicidaires une fois les antécédents de traumatismes infantiles inclus dans l'analyse. On précise que ce sont uniquement les abus physiques qui sont pris en compte. La deuxième étude, menée par Smith *et al* (88) prend en compte les antécédents de traumatisme mais comme dans la précédente étude elle se restreint à une catégorie d'abus, ici les abus sexuels. Aucune des deux dimensions de l'attachement n'est associée avec les idées suicidaires et l'étude ne s'intéresse pas aux tentatives de suicide.

En évaluation catégorielle, la relation entre attachement et comportement suicidaire (idées et tentatives de suicide) apparaît moins hétérogène entre les différentes études. Cependant on note que les études réalisées d'après le modèle catégoriel ont un moins bon niveau de preuve. L'attachement craintif est celui qui apparaît le plus fortement associé aux antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicides.

Ensuite, on remarque qu'une seule étude, celle menée par Levy Belz *et al* (61), tient compte du phénotype suicidaire et s'intéresse spécifiquement aux tentatives de suicide graves. D'après Beautrais *et al*, (89) 7% des personnes qui ont déjà réalisé une tentative de suicide grave décèdent par suicide au bout de 5 ans. En comparaison, selon Gibb *et al*, (90) 4.6% des personnes qui ont fait une tentative de suicide, graves ou non grave, décèdent par suicide au bout de 10 ans de suivi. De plus, cette étude montre qu'un antécédent de tentative de suicide grave (léthalité élevée de la méthode) augmente significativement le risque ultérieur de décès par suicide comparativement à un antécédent de tentative de suicide avec une méthode de faible léthalité ($p < 0.0005$) ($\chi^2 = 1 : 16.58$). D'après Beautrais *et al*, (91) « Les personnes décédées par suicide et celles qui ont réalisé une tentative de suicide grave forment deux populations se chevauchant, bien plus semblables que

différentes ». Cependant, dans le même article, les auteurs relèvent que certains facteurs de risque diffèrent entre les deux populations. Le sexe masculin, un âge plus élevé, une relation parentale pauvre durant l'enfance sont des facteurs associés au suicide et pas aux tentatives de suicide graves d'où l'intérêt de travaux concernant une population de patients décédés par suicide. Pour en revenir au lien attachement et comportement suicidaire, l'étude de Levy Belz *et al* (61) montre qu'un attachement insécuré (à la fois la dimension anxiété et évitement) est associé à la gravité des antécédents de tentatives de suicide. On peut également citer l'article de Lessard *et al* (79) qui retrouve une corrélation positive entre la létalité des scénarii envisagés dans une population d'adolescents présentant des idées suicidaires et la catégorie d'attachement préoccupé. Cependant, d'après Lessard *et al* (79), l'intensité des idées suicidaires n'est pas corrélée à la létalité de la méthode. En effet, ce ne sont pas les adolescents qui ont les scénarii suicidaires les plus létaux qui présentent les idées suicidaires les plus intenses.

Si l'étude de Levy Belz *et al* (61) se penche sur les tentatives de suicide graves, en revanche, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur l'attachement et les tentatives de suicide violentes. D'après Giner *et al* (92), les personnes qui ont réalisé une tentative de suicide violente ont plus de risque de faire des tentatives de suicide répétées (OR = 3.27 [95% CI, 1.39-7.70]) et la létalité médicale de ces tentatives de suicide est plus élevée (OR = 6.66 [95% CI, 4.74-9.38]). Cette population partage certaines caractéristiques avec les personnes décédées par suicide : le genre masculin OR = 6.79; 95% CI, 3.59-12.82), une histoire familiale de comportement suicidaires OR = 6.96; 95% CI, 2.82-17.20 et une haute létalité des antécédents de tentatives de suicide.

En ce qui concerne l'intentionnalité suicidaire, il est intéressant de voir que seule la dimension évitement est corrélée positivement à l'évaluation objective de l'intentionnalité suicidaire dans l'étude de Levi Belz *et al* (61) et qu'elle est également la seule dimension à être corrélée à l'existence de scénario suicidaire dans l'étude de Boyda *et al* (68). L'étude de Lessard *et al* (79) fait ressortir que le style d'attachement craintif est celui qui est corrélé à l'intensité des idées suicidaires.

Deux études s'intéressent au caractère répété des tentatives de suicide. Celle menée par Onen *et al* (77) ne retrouve pas de corrélation entre le style d'attachement et les tentatives de suicide multiples. D'après Aaltonen *et al* (58) , en analyse multivariée, on retrouve une tendance positive entre la dimension anxiété de l'attachement et les tentatives de suicide multiples mais la corrélation n'est pas significative.

V. Méta-analyse ²

Parmi les études sélectionnées pour la revue, nous avons utilisé celles qui réunissaient le critère supplémentaire de comparer au moins deux groupes de patients : 1) avec une histoire de tentative de suicide et 2) sans histoire personnelle d'actes suicidaires.

Sur les 31 études incluses dans la revue systématique de la littérature, 4 études répondaient à ce critère.

1. Dimension « anxiété » de l'attachement

Quatre études, comprenant 505 participants, parmi lesquels 253 étaient des suicidants et 252 des témoins. Les données d'âge et de sexe par groupe ne sont pas disponibles dans les 4 articles. Elles sont en cours d'acquisition auprès des auteurs. Les échelles d'évaluation de l'attachement suivantes correspondent à celles utilisées dans les différentes études incluses :

- L'Adult Attachment Scale pour l'étude menée par Lizardi *et al* (2011) (57)
- Experiences in Close Relationships Scale pour les études menées par Sheftall *et al* (2014) (66) et Ozer *et al* (2015) (60)
- Une échelle élaborée par les auteurs en se basant sur le Relationship Questionnaire pour l'étude de Gormley *et al* (2010) (62)

² Réalisée et rédigée avec l'aide du Docteur RICHARD DEVANTOY Stéphane, psychiatre, M.D, PhD, Mc Gill University Department of Psychiatry, Montreal, Canada

L'ensemble des tailles d'effet g de Hedge entre patients avec versus sans antécédents de tentative(s) était de $-0,34$ (95% CI $[-0.515 - -0.164]$; $z = -3,79$; $p < 0,001$) (Figure 3), représentant une taille d'effet modérée significative, et indiquant que les patients avec antécédent de tentative(s) avaient significativement des scores d'attachement anxieux plus élevés que les témoins.

L'hétérogénéité n'excédait pas celle attendue par hasard, impliquant que la variance parmi les tailles d'effet n'était pas supérieure à celle attendue par erreur d'échantillonnage. Selon la méthode de Rosenthal, le nombre de résultats négatifs non publiés ou manquant nécessaires pour rendre ces résultats non significatifs, était de 12. Le graphique en entonnoir était raisonnablement symétrique, suggérant un risque faible de biais de publication. De plus, le test de Egge, plus conservateur, ne suggérait pas non plus de biais de publication.

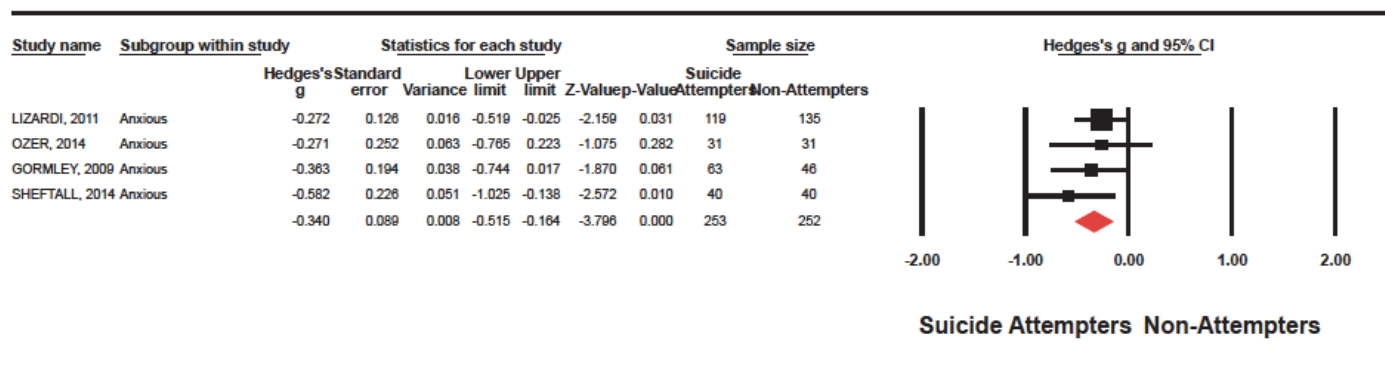


Figure 3 : résultats de la méta-analyse pour la dimension « anxiété » de l'attachement

2. Dimension « évitement » de l'attachement

Quatre études, comprenant 505 participants, parmi lesquels 253 étaient des suicidants et 252 des témoins. Les données d'âge et de sexe par groupe ne sont pas disponibles dans les 4 articles. Elles sont en cours d'acquisition auprès des auteurs. Les échelles d'évaluation de l'attachement suivantes correspondent à celles utilisées dans les différentes études incluses :

- L'Adult Attachment Scale pour l'étude menée par Lizardi et al (2011)
- Experiences in Close Relationships Scale pour les études menées par Sheftall et al (2014) et Ozer et al (2015)
- Une échelle élaborée par les auteurs en se basant sur le Relationship Questionnaire pour l'étude de Gormley et al (2010)

L'ensemble des tailles d'effet g de Hedge entre patients avec versus sans antécédents de tentative(s) était de $-0,28$ (95% CI $[-0.523 - -0.042]$; $z = -2,30$; $p < 0,021$) (Figure 4), représentant une taille d'effet significative, mais faible et indiquant que les patients avec antécédent de tentative(s) avaient significativement des scores d'attachement anxieux plus élevés que les témoins.

L'hétérogénéité n'excédait pas celle attendue par hasard, impliquant que la variance parmi les tailles d'effet n'était pas supérieure à celle attendue par erreur d'échantillonnage. Selon la méthode de Rosenthal, le nombre de résultats négatifs non publiés ou manquant nécessaires pour rendre ces résultats non significatifs, était de 6. Le graphique en entonnoir était raisonnablement symétrique, suggérant un risque faible de biais de publication. De plus, le test de Egge, plus conservateur, ne suggérait pas non plus de biais de publication.

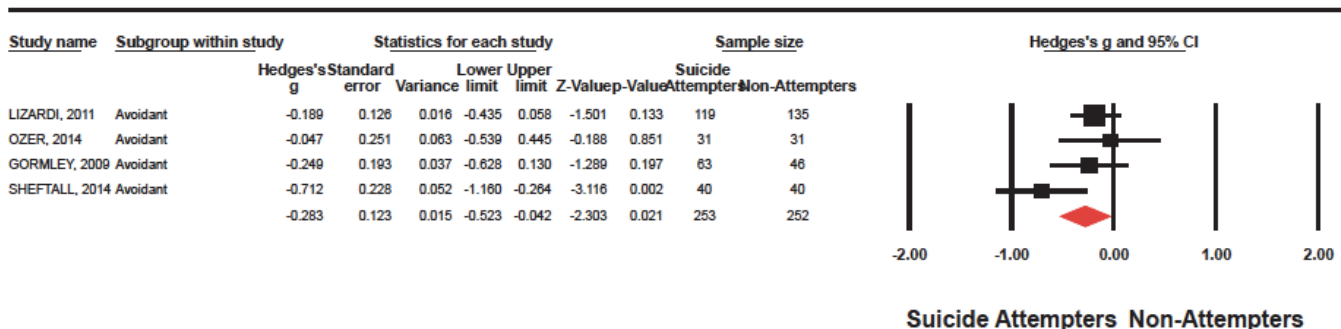


Figure 4 : résultats de la méta analyse pour la dimension « évitement » de l'attachement

VI. Conclusion

A l'issue de cette revue de la littérature, on constate que la grande majorité des études retrouvent un lien entre l'organisation de l'attachement et les comportements suicidaires, englobant les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Un attachement sécure est corrélé négativement aux comportements suicidaires tandis qu'un attachement insécure est, au contraire, corrélé positivement aux comportements suicidaires. Cependant, il apparaît plus compliqué de déterminer quel type d'attachement insécure en particulier est associé aux comportements suicidaires. En effet, les résultats de la littérature sont divergents. Néanmoins, l'étude qui présente le meilleur niveau de preuve met en évidence une corrélation entre la dimension « évitement » de l'attachement et les tentatives de suicide ultérieures sur une année. D'après la méta analyse que nous avons menée, les patients avec antécédent de tentatives de suicide avaient significativement des scores plus élevés que les témoins, à la fois sur la dimension « anxiété » et sur la dimension « évitement » de l'attachement.

Enfin, les antécédents de traumatismes infantiles sont rarement pris en compte dans le lien entre l'organisation de l'attachement et les comportements suicidaires. Pourtant la relation est bien établie entre les traumatismes infantiles, y compris les abus et négligences émotionnelles, et les tentatives de suicide(93).

Dans ce contexte, il paraît opportun de réaliser une étude qui se focalisera sur le lien entre la dimension « évitement » de l'attachement et les antécédents de tentatives de suicide, en prenant en compte les antécédents de traumatismes infantiles.

TROISIEME PARTIE : CAS CLINIQUE

Le cas clinique est organisé en deux parties. D'abord, nous présenterons la situation clinique de Madame D, puis nous proposerons une relecture du cas clinique à la lumière de la théorie de l'attachement.

I. Présentation du cas clinique

Madame D, âgée de 22 ans, souffre d'un trouble de l'humeur bipolaire de type II. Je la rencontre alors qu'elle est hospitalisée pour un épisode dépressif caractérisé. Depuis environ 2 mois, Madame D présente un fléchissement de l'humeur, d'apparition progressive, en réaction à des facteurs de stress environnementaux. En effet, elle évoque des difficultés relationnelles dans la sphère professionnelle et dans son voisinage.

1. Description clinique initiale

A l'entretien d'entrée, la patiente a une présentation peu soignée. Elle présente des lésions dermatologiques caractéristiques d'eczéma au niveau des paupières, du cou et des membres supérieurs. Le contact est réticent, son regard est fuyant.

On observe un ralentissement psychomoteur. La patiente s'exprime de façon laconique, avec une bradyphémie et un ton monocorde. Son visage est hypomimique et il n'y a pas de communication gestuelle.

En ce qui concerne le contenu du discours, on retrouve des ruminations anxieuses envahissantes, présentes tout au long de la journée, avec des cognitions négatives. La patiente se remémore des événements relationnels parfois très anciens où elle s'est sentie agressée verbalement et les situations d'échec concernant sa formation. Les ruminations concernent également des moments douloureux de perte comme le décès de son grand père lorsqu'elle avait 10 ans. De plus, elle exprime une autodépréciation,

un sentiment d'impuissance en lien avec son « *incapacité à aller jusqu' au bout de ses formations* » et à mener à bien les activités courantes même les plus anodines comme prendre un rendez-vous téléphonique ou se rendre chez l'opticien. Ces situations sont d'ailleurs évitées car source d'une anxiété majeure en lien avec un sentiment de honte et une crainte du jugement d'autrui.

Au niveau des affects, on retrouve une hyperesthésie émotionnelle avec une douleur morale importante. Elle présente également une aboulie et une anhédonie partielles. La patiente évoque un sentiment « *de vide* », « *une absence de sens* » lorsqu'elle parle de sa vie. Elle se projette dans le futur de façon passive « *attendre que ça passe* », sans élaborer des projets d'avenir et n'entrevoit pas d'amélioration future concernant sa capacité à agir. Elle a le sentiment de « *stagner* » contrairement aux « *autres qui avancent dans leurs vies* ».

Sur le plan des fonctions instinctuelles, il y a une insomnie du fait d'un retard à l'endormissement important secondaire aux ruminations anxieuses, sans compensation matinale. L'appétit est légèrement diminué depuis quelques semaines, sans retentissement pondéral. .

La patiente rapporte un passage à l'acte auto agressif la veille, par brûlure de cigarette au niveau des mains à visée anxiolytique. Il y avait des idées suicidaires fluctuantes, non scénarisées les jours précédents mais celles-ci sont apaisées du fait de l'hospitalisation.

Il n'y a pas de symptôme de mixité ni de caractéristique psychotique.

2. Prise en charge habituelle avant l'hospitalisation

Madame D est suivie sur son secteur psychiatrique de prise en charge depuis 2014, à la fois sur le plan psychiatrique de façon mensuelle et sur le plan psychothérapeutique en groupe de méditation de façon hebdomadaire. Elle bénéficie également d'évaluations semestrielles en hôpital de jour, assuré par le centre expert des troubles bipolaire depuis 2014. Sur le plan endocrinologique, elle est suivie pour une hypothyroïdie dans le cadre d'une thyroïdite de Hashimoto, mais de façon erratique.

A l'entrée, le traitement comprend :

-TERALITHE LI 250 mg : 1 comprimé le matin et 1.5 comprimé le soir

-PHENELZINE 15 mg : 2 comprimés le matin

-LEVOTHYROXINE 50 mcg : 1 comprimé le matin

-IMOVANE 7.5 mg : 1 comprimé au coucher si besoin

-Dispositif intra utérin au cuivre

L'observance au traitement est médiocre avec des oublis de prise et des horaires de prise irréguliers. Le score à la Medication Adherence Report Scale est de 4 sur 10.

3. Mode de vie

Madame D. est en couple depuis 6 mois. Elle n'a pas d'enfant. Elle est installée à Marseille avec son compagnon depuis Mai 2018.

La patiente a une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé et travaille depuis deux mois, en tant qu'auxiliaire de vie scolaire en école primaire où elle a trois élèves à charge. Elle travaille à cheval sur deux établissements. Les relations avec les enseignantes sont difficiles. La patiente décrit un investissement important dans ce travail pourtant elle n'a pas le sentiment d'être considérée par ses collègues enseignantes. Elle décrit certaines institutrices comme peu accueillantes, ne se sent pas intégrée au sein de l'équipe pédagogique et a l'« *impression d'être l'intrus* ». Une des institutrices lui adresse de nombreux reproches et sous-entendus et la patiente est en grande difficulté pour s'affirmer.

La patiente se décrit comme isolée sur le plan social. Ses parents vivent à une centaine de kilomètres d'elle mais se rendent disponibles. De plus, elle va régulièrement chez eux le week end. Elle est peu entourée au niveau amical. Elle a deux amis d'enfance avec qui elle a gardé de bons liens mais qu'elle ne voit pas régulièrement. Elle dit avoir tendance à « *vivre dans le passé, regrettant les amitiés anciennes* ».

La patiente aimait pratiquer la course à pied mais elle a interrompu cette activité depuis environ deux ans. Elle n'a pas d'autre loisir.

Il n'y a pas de mesure de protection juridique.

4. Eléments biographiques

La patiente est née en région parisienne. Elle est la deuxième enfant d'une fratrie de quatre. Elle décrit une bonne entente familiale.

Elle a le souvenir d'avoir été une enfant « *solitaire* », « *mélancolique* », aimant rédiger des « *poèmes noirs* ». Ses parents la décrivent comme une enfant « *discrète, très secrète, qui parlait peu* ».

Dès l'entrée en maternelle, l'intégration avec les autres enfants est difficile. La patiente éprouve une difficulté à entrer en contact avec ses camarades. Elle est régulièrement décrite comme « *dans son monde* », « *dans la lune* ». En cours de récréation, elle reste seule et « *tourne autour des arbres* ».

Elle dit avoir toujours eu « *cette idée que mes parents voulaient m'abandonner sans savoir d'où ça vient* ». Elle se rappelle plusieurs épisodes d'anxiété intense comme lorsque sa mère partait au travail ou lorsqu'elle s'éloignait d'elle aux courses le temps de prendre un article en rayon. Elle appréhendait aussi les anniversaires et essayait de les éviter pour rester avec sa mère. Elle évoque le souvenir d'avoir été oubliée lors d'une sortie scolaire en grande section de maternelle. Elle avait alors « *été prise de panique* ».

Au primaire, les difficultés relationnelles persistent. Elle n'a qu'un seul bon ami « *un peu comme moi* », « *dans un autre monde* » duquel elle attend une relation exclusive et fusionnelle. La patiente évoque à nouveau une peur de perdre l'autre, une difficulté à accepter que les relations puissent changer, que les personnes puissent s'éloigner. Elle ne prend jamais la parole en classe mais elle a de bons résultats. Elle garde un mauvais souvenir de l'institutrice qui la qualifiait de « *potiche* » car elle la trouvait « *indifférente à ce qui se passait en classe* ».

Au milieu du primaire, la famille déménage dans le sud-est de la France et elle fait sa rentrée dans une nouvelle école. Les difficultés de socialisation sont exacerbées. La patiente est très réticente à aller à l'école et présente une anxiété anticipatoire et des pleurs, sans retentissement sur les apprentissages. Elle a le sentiment d'être mise à l'écart par ses camarades et redoute le fait de se retrouver seule.

A 10 ans, alors qu'elle est scolarisée en CM2, la patiente perd son grand père duquel elle se sentait proche. Elle le décrit comme quelqu'un d'assez froid mais dont la présence était rassurante « *il mettait de l'ordre dans les choses* ».

Au collège, elle est une excellente élève jusqu' en troisième. Sur le plan social, les difficultés s'accroissent. Elle n'a toujours pas d'entourage amical et est victime de harcèlement moral de la part d'un groupe d'adolescentes. La patiente n'a pas signalé la situation au corps enseignant ni à ses parents. Elle rapporte que sa mère ne remarquait pas forcément son mal être et qu'elle la pensait donc indifférente. Les attentions de sa mère étaient plutôt placées sur les résultats scolaires avec une haute exigence. C'est dans ce contexte de harcèlement moral et d'impossibilité à exprimer sa détresse, qu'elle a pris des médicaments par homéopathie. *« J'aurais jamais eu le courage de leur dire vraiment que j'aurais aimé qu'il me prête plus d'attention, j'aurais aimé qu'il remarque tout seul, sans que je leur dise, que ça n'allait pas »* Elle n'avait pas d'intention suicidaire mais voulait *« attirer l'attention de ses parents »*. *« Ils m'ont tellement envoyée chez les psychologues toute ma vie, j'avais l'impression que c'était une façon pour eux de se décharger »*.

A la fin du collège, en camp d'adolescent, elle est victime d'attouchement sexuel de la part d'un garçon de son âge. Elle se tourne alors vers son père qui intervient auprès des responsables du camp mais ces derniers ainsi que l'adolescent auteur des faits et les adolescents témoins nient les faits. Cet événement entraîne un affaissement de l'humeur chez la patiente. Cependant la psychologue de l'époque tient un discours qui rassure les parents.

Au cours de l'année 2011/2012, elle s'oriente vers un baccalauréat professionnel nautisme dans le sud-ouest de la France, où elle vit en internat. Cette formation n'aboutit pas car elle connaît un épisode dépressif. La patiente redouble donc sa seconde et s'oriente vers un cursus général, dans la ville de ses parents. Elle a moins de difficultés de socialisation et tisse des relations d'amitiés, qu'elle a conservées jusqu' à aujourd'hui. A la rentrée de 2013, elle entame une formation en première Science Technique de l'Industrie et du Développement Durable qui sera interrompue en cours d'année du fait d'un autre épisode thymique. La patiente redouble donc la première puis passe son baccalauréat section STI DD en 2016. Elle enchaîne ensuite sur une formation en BTS informatique, valide la première année malgré des absences du fait d'un nouvel épisode dépressif. L'année d'après, en 2017 /2018, elle ne poursuit pas la formation en BTS car l'humeur est instable et elle est hospitalisée à plusieurs reprises. Elle reprend une activité en octobre 2018 en tant qu'auxiliaire de vie scolaire.

5. Antécédents personnels

5.1 Pédiatriques

- Histoire développementale :
 - La patiente est née à terme, par voie basse avec une hypotrophie (poids naissance 2.300 kg), sans complication.
 - Elle a présenté un bon développement psychomoteur.
 - Il n'y a pas eu de difficulté concernant les apprentissages.

- Anxiété de séparation

- La passation du Childhood Trauma Questionnaire, outil d'évaluation des éventuels traumatismes infantiles sous forme d'auto-questionnaire, met en évidence une négligence émotionnelle sévère. La patiente adhère à certaines propositions du questionnaire :
 - Au cours de son enfance et de son adolescence, elle avait l'impression que personne dans sa famille ne l'aidait à se sentir importante ou particulière.
 - Le sentiment d'être aimé par sa famille était inconstant.
 - Elle a très souvent pensé que ses parents n'avaient pas souhaité sa naissance.
 - D'après la patiente, les membres de sa famille étaient rarement attentifs les uns aux autres et elle ne se sentait pas vraiment proche de sa famille.
 - Sa famille était inconstamment une source de force et de soutien.

- La patiente évoque deux évènements traumatiques au cours de l'enfance et de l'adolescence :
 - Le premier lorsqu'elle a été oubliée au cours d'une sortie scolaire dans une salle de cinéma, à l'âge de 5 ans.
 - A l'âge de 17 ans, elle est victime d'un abus sexuel au cours d'un épisode d'hypomanie.

5.2 Médicaux et Chirurgicaux

- Thyroïdite de Hashimoto diagnostiquée en Décembre 2015 traitée et stable.
- Eczéma allergique évoluant depuis sa première année de vie, traité, non stable
- Asthme allergique évoluant depuis 2009, équilibré, sans traitement.
- Rhinite allergique évoluant depuis 2009, non équilibré, non traitée.
- Troubles gastriques non étiquetés sous antiinflammatoires non stéroïdien
- Hyperprolactinémie modérée résolutive en Mars 2017 d'origine iatrogène, puis nouvel épisode en Décembre 2018.
- Vertiges et malaise avec perte de connaissance en Mars 2017 dont l'exploration étiologique par scanner cérébral et électroencéphalogramme est négative.
- Thrombophilie familiale asymptomatique avec un déficit en facteur 2.
- Au niveau gynécologique, elle n'a pas d'antécédent de grossesse. Il n'y a pas de notion de syndrome pré menstruel.
- Amygdalectomie en Janvier 2016 car angines récurrentes

5.3 Psychiatriques

- On retrouve deux antécédents de tentative de suicide.
 - en Mai 2017
 - en Décembre 2017

Les deux tentatives de suicide ont été réalisées avec une méthode non violente, par intoxication médicamenteuse volontaire. La première tentative de suicide n'a pas eu de conséquence somatique. La deuxième tentative de suicide a nécessité un traitement par charbon et une surveillance de 24 heures aux urgences somatiques.

- On relève aussi plusieurs antécédents d'auto agressivité sans velléité suicidaire, à visée anxiolytique par brulures de cigarettes.
- On compte quatre antécédents d'hospitalisation dont le premier à l'âge de 17 ans. Chaque hospitalisation a été motivée par une symptomatologie dépressive.
- Sur le plan anxieux, on retrouve :
 - Phobie sociale qui évolue depuis l'enfance (dès l'école primaire) avec retentissement fonctionnel majeur, entravant les actes les plus anodins de la vie

quotidienne, bloquant quasiment toute initiative. La patiente décrit se sentir observée et jugée en permanence.

- Anxiété de séparation
- Etat de stress post traumatique suite à une deuxième agression sexuelle en 2017. La patiente décrit des reviviscences quotidiennes, des cauchemars, une hypervigilance. Le lieu de l'agression n'est pas évité mais lorsque la patiente s'y rend elle adopte des comportements de protection (port d'un taser, casquette et lunettes pour ne pas être reconnue par l'agresseur si elle devait le croiser). La patiente ne souhaite pas une thérapie par EMDR car elle ne se sent pas capable de se confronter à l'exposition.

5.4 Addictologiques

- Tabagisme actif actuel, depuis l'âge de 16 ans et quantifié à 4 paquets année. Le test de Fagerstrom met en évidence une dépendance forte.
- Trouble lié à l'usage du cannabis léger actuel, évoluant depuis l'âge de 16 ans. La consommation est quantifiée à environ 3 à 4 joints par jour et stable depuis l'âge de 16 ans. La consommation a débutée à l'âge de 15 ans avec 1 joint par jour.
- Consommation quotidienne de benzodiazépine, à dose élevée, depuis 1 mois et demi, sans critère de trouble lié à l'usage des benzodiazépines.
- Antécédent de consommation d'alcool quotidienne, à visée anxiolytique et désinhibitrice, ne remplissant pas les critères d'un trouble lié à l'usage de l'alcool car la durée d'évolution des symptômes est insuffisante. Actuellement, poursuite de la consommation d'alcool régulière, avec un usage à risque, mais sans perte de contrôle, quantifiée à environ 2 litres de vin par semaine.

La patiente n'a pas de suivi en addictologie.

5.5 Antécédents familiaux

- La grand-mère paternelle souffre de trouble de l'humeur bipolaire de type I et a présenté deux antécédents de tentative de suicide graves avec comas.
- Il n'y a pas de décès par suicide dans la famille.

- Sur le plan somatique, on note une thrombophilie familiale du côté maternel. La grand-mère maternelle a présenté deux phlébites spontanées et la mère a présenté une phlébite spontanée.

6. Histoire de la maladie

Sur le plan thymique, le début des troubles remonte au début de l'adolescence, sans trouble cyclothymique antérieur. Alors qu'elle est en classe de troisième, à l'âge de 14 ans, Madame D connaît un affaissement de l'humeur avec constitution d'un épisode dépressif, au moins subsyndromique. Cet épisode thymique survient dans un contexte de harcèlement moral auquel vient se surajouter une agression sexuelle qui joue le rôle de facteur précipitant. La patiente ne se souvient plus la durée des symptômes ni leur mode d'installation et de régression.

Madame D connaît un épisode dépressif majeur en Septembre 2011, à l'âge de 15 ans alors qu'elle est en classe de seconde dans le Sud-Ouest de la France. Il fait directement suite à un épisode d'hypomanie subsyndromique durant l'été 2011, sans retour à l'euthymie entre les deux épisodes. La patiente ne retrouve pas de facteur déclenchant particulier à cet épisode dépressif d'installation brutale. Cet épisode conduit à une déscolarisation en Mars 2012. La patiente est traitée en ambulatoire par STABLON mais interrompt rapidement le traitement car elle ne trouve pas d'efficacité. A cette même période, un diagnostic d'autisme est évoqué par un psychiatre libéral. De retour à Marseille, elle consulte en service de pédopsychiatrie universitaire en Septembre 2012. Le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme n'est pas retenu par contre une hospitalisation à temps complet est proposée compte tenu du tableau dépressif. Ses parents refusent l'hospitalisation car ils repèrent un début d'amélioration thymique chez leur fille. De plus, la patiente rapporte une réticence de ses parents en lien avec leur crainte qu'elle puisse avoir le même trouble que sa grand-mère. L'épisode dépressif persiste jusqu' en Octobre 2012. La patiente est alors euthymique cependant elle présente des symptômes résiduels cognitifs avec des difficultés de concentration qui persistent jusqu' à l'épisode dépressif suivant.

La consommation de cannabis qui avait débutée en Septembre 2011, de façon concomitante au premier épisode dépressif caractérisé augmente en Novembre 2012 avec 3 à 4 joints par jour.

Entre fin Aout et début Septembre 2013, Madame D présente un épisode d'hypomanie. Sa sœur remarque un ensemble de comportements inhabituels d'apparition brutale, notamment une diminution du temps de sommeil sans fatigue, de nombreux projets, une facilitation des relations interpersonnelles avec désinhibition comportementale et prise de risque sur le plan sexuel. La patiente rapporte aussi une tachypsychie ainsi qu'une labilité thymique et une certaine irritabilité. Cet épisode dure 3 semaines.

Puis rapidement, en Octobre 2013, à 17 ans, survient un épisode dépressif caractérisé sévère. La patiente, alors âgée de 17 ans débute un suivi psychiatrique en libéral avant d'être hospitalisée pour la première fois en service de pédopsychiatrie en Janvier 2014. Cet épisode d'installation assez brutale, d'une semaine sur l'autre, est marqué par une douleur morale, un sentiment de culpabilité, des ruminations anxieuses sans objet et des gestes auto agressifs avec brulures à visée anxiolytique. Au niveau instinctuel, le sommeil est altéré du fait d'une augmentation importante de la latence d'endormissement secondaire aux ruminations anxieuses et de multiples réveils nocturnes. C'est au cours de cette première hospitalisation que le diagnostic de trouble de l'humeur bipolaire est évoqué pour la première fois. D'après la patiente, l'acceptation du diagnostic a été particulièrement difficile pour sa mère qui avait du mal à attribuer les symptômes de déstabilisation thymique à une maladie psychiatrique chez sa belle-mère. La patiente reçoit son premier traitement thymorégulateur par ABILIFY mais celui-ci est rapidement interrompu au vu du risque thromboembolique compte tenu de la thrombophilie. Il est alors remplacé par le LAMICTAL qui permet un début d'amélioration thymique. Cependant, après quelques jours, on retrouve un nouveau fléchissement de l'humeur avec une majoration des éléments à tonalité mélancoliforme. En effet, il y a des idées de culpabilité et d'incurabilité fluctuantes. De plus, des idées suicidaires non scénarisées sont présentes. Suite à une première consultation au centre expert des troubles bipolaires, où le diagnostic de trouble de l'humeur bipolaire est retenu, le LAMICTAL est augmenté jusqu' à 250 mg sans permettre une amélioration thymique satisfaisante. Le TERALITHE (4 comprimés par jour de forme à libération immédiate) est ajouté en bithérapie avec le LAMICTAL permettant une rémission partielle. Avant la sortie d'hospitalisation, on retrouve un rebond d'anxiété. La patiente appréhende le retour au domicile. Elle parle d'un « *mal être au domicile* » et éprouve un sentiment d' « *incompréhension* » de la part de ses parents. L'hospitalisation a duré 4 mois et se termine en Mai 2014.

Du fait de la persistance de symptômes dépressifs résiduels avec aboulie, anhédonie partielles ainsi qu'un ralentissement idéique et une insomnie d'endormissement, un traitement antidépresseur par SEROPLEX à 5 mg est introduit en adjonction à la bithérapie thymorégulatrice en Juillet 2014. Cette trithérapie ne montre pas d'efficacité et est mal tolérée par la patiente qui interrompt le SEROPLEX. Une nouvelle hospitalisation est proposée fin Aout mais refusée. Le LAMICTAL est arrêté par son psychiatre car mal toléré sur le plan digestif avec diarrhée et remplacé par le SEROPLEX. Sous TERALITHE et SEROPLEX 5 mg, pendant environ 3 mois, on observe une fluctuation entre des périodes d'euthymie et des périodes de dépression subsyndromique avec tristesse, pleurs, exacerbation du repli, difficulté d'endormissement, appétit diminué. Puis, le SEROPLEX est augmenté à 10 mg, toujours en association avec le TERALITHE (2 comprimés de forme à libération immédiate). Avec ce traitement on retrouve une période de relative stabilité thymique pendant environ 2 ans, jusqu' à Octobre 2016 où la patiente connaît à nouveau un épisode dépressif majeur modéré. Elle identifie son déménagement pour mener sa formation en BTS comme facteur déclenchant. Au premier plan, on retrouve une asthénie et des idées suicidaires scénarisées cependant la patiente trouve dans sa famille un facteur protecteur vis-à-vis du risque suicidaire. Cet épisode survient dans un contexte de déséquilibre thyroïdien dans le sens d'une hypothyroïdie. En Décembre 2015, une hypothyroïdie a été diagnostiquée de façon fortuite et est traitée par LEVOTHYROX. Le SEROPLEX est augmenté à 20 MG permettant une amélioration thymique en Janvier 2017 cependant il persiste des symptômes résiduels notamment des difficultés endormissement, une hypersomnie, une somnolence diurne excessive et des troubles de concentration. La patiente bénéficie alors d'une consultation spécialisée sommeil qui propose un traitement par lumineothérapie à fois pour la régulation circadienne et en adjuvant antidépresseur cependant celle-ci n'est pas mise en place.

Trois mois après, en Mars 2017, il y a une rechute de l'épisode dépressif caractérisé sous TERALITHE (4 comprimés à libération immédiate) et SEROPLEX (20 mg). La patiente présente des idées suicidaires, une anhédonie, une aboulie avec incapacité à aller en cours et une hypersomnie. Elle est alors admise en hôpital de semaine. Un traitement par XEROQUEL est introduit en plus de la bithérapie par TERALITHE et SEROPLEX cependant le traitement est rapidement interrompu du fait d'une mauvaise tolérance avec une sédation et une majoration de l'hypersomnolence diurne. Le

XEROQUEL est remplacé par le SOLIAN mais celui-ci est également mal toléré. En effet la patiente présente une akathisie et une hyperprolactinémie. Le SOLIAN est arrêté et remplacé par le SIFROL. La patiente sort d'hospitalisation fin Avril, euthymique, avec une trithérapie par TERALITHE (4 comprimés de la forme à libération immédiate), SEROPLEX (20 mg) et SIFROL (0.52 mg à libération prolongée). Cependant l'équilibre thymique est précaire.

Un mois après, fin Mai 2017, Madame D est à nouveau hospitalisée suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire dans le cadre d'une rechute dépressive. Elle présente un épisode dépressif majeur d'intensité sévère. La patiente évoque plusieurs facteurs de stress environnementaux dont une rupture amoureuse qu'elle identifie comme le facteur ayant précipité la tentative de suicide. Elle rapporte aussi des difficultés à finir son année de formation sur Avignon. De plus, il existe un contexte de mauvaise observance thérapeutique ainsi qu'une consommation d'alcool quotidienne, depuis 2 semaines, à visée anxiolytique (1 litre de pastis par jour). La patiente est à nouveau prise en charge en hôpital de semaine. Concernant le traitement médicamenteux, le SEROPLEX est majoré à 30 mg par jour et du LAMICTAL est introduit jusqu' à 50 mg par jour en adjonction au TERALITHE et au SIFROL. Au bout de 2 semaines, la patiente présente un virage de l'humeur avec constitution d'un épisode d'hypomanie associé à des éléments de mixité. On retrouve à la fois une humeur labile, une tension interne, des idées de suicide, des envies d'automutilations et une hyperesthésie émotionnelle, une accélération sur le plan psychique avec tachypsychie et sur le plan moteur avec majoration des activités type course à pied, une envie d'acheter, et de nombreux projets professionnels. Le SIFROL et le SEROPLEX sont donc arrêtés et la patiente est transférée en unité temps plein afin de poursuivre l'hospitalisation.

Dans un deuxième temps, du fait de la persistance de la symptomatologie mixte avec prévalence des symptômes hypomaniaques, le LAMICTAL est arrêté et remplacé par du TEGRETOL (400 mg) en bithérapie avec le TERALITHE. Sur le plan biologique, on retrouve une hyperthyroïdie et une hyperprolactinémie. Après contact avec l'endocrinologue de Madame D, le traitement par LEVOTHYROX est adapté et un nouveau dosage de la prolactine sera effectué à 3 mois, mettant en évidence une normalisation de la prolactinémie. La symptomatologie mixte régresse avec la bithérapie thymorégulatrice permettant une sortie d'hospitalisation début Juillet 2017.

Entre Juillet et Octobre 2017, l'humeur oscille entre euthymie et épisode dépressif subsyndromique. En période d'euthymie, le fonctionnement de la patiente reste entravé par la phobie sociale.

Fin octobre 2017, la patiente est évaluée en hôpital de jour au centre expert des troubles bipolaire pour la visite annuelle, à 3 ans du bilan initial. Elle présente un épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée et une hypothyroïdie sévère avec une TSH à 97. La patiente a interrompu le traitement par LEVOTHYROX et par TERALITHE. Madame D est hospitalisée en urgence. Le tableau est dominé par une tristesse de l'humeur avec un sentiment de vide et des ruminations anxieuses envahissantes concernant à la fois son avenir et sa difficulté actuelle à réaliser les actes de la vie courante secondaire à la comorbidité anxieuse. Elle a recours à une alcoolisation quotidienne (1 à 2 litres de vin) à visée anxiolytique et désinhibitrice afin de pouvoir effectuer quelques tâches du quotidien. Il n'y a initialement pas d'idée suicidaire.

Le traitement habituel par TERALITHE (3 comprimés de la forme à libération immédiate) et TEGRETOL LP 400 MG est remis en place. Le LEVOTHYROX est réintroduit progressivement (jusqu' à 50 microgrammes par jour).

La patiente se montre discrète dans l'unité, en retrait, elle a peu de contact avec l'équipe soignante qu'elle ne sollicite pas, y compris dans les moments de recrudescence anxieuse. En entretien, la patiente est peu prolixe, elle répond par des phrases courtes. Elle est décrite comme vulnérable vis-à-vis des autres patients. Le début de l'hospitalisation est marqué par une alcoolisation aigue en permission suite au vol de son téléphone portable. On retrouve également en début d'hospitalisation, plusieurs passages à l'acte auto agressifs avec brulures de cigarette à visée anxiolytique nécessitant de majorer les traitements anxiolytiques. La symptomatologie s'aggrave ensuite avec apparition d'éléments mélancoliformes à type d'indignité, de culpabilité et d'idées suicidaires scénarisées avec une intentionnalité importante. La patiente a rédigé une lettre d'adieu à ses proches.

Puis on observe une amorce d'amélioration clinique avec régression complète des idées suicidaires, et partielle de l'aboulie et de l'anhédonie. Le contact est également meilleur. La patiente verbalise plus facilement et aborde l'équipe soignante pour demander de l'aide. Elle se montre également plus sensible à réassurance. Cependant il persiste une symptomatologie anxieuse et dépressive, au moins en partie entretenue par sa situation

de couple. Son compagnon s'est installé chez elle ce que la patiente trouve trop précipité. Elle trouve son compagnon « *pressant* ». Elle a un sentiment d'« *oppression* » mais ne parvient pas à le lui dire. Elle éprouve de la culpabilité du fait d'un moindre engagement de sa part. Face à l'impossibilité d'exprimer ses émotions, ses doutes à son compagnon, elle a le sentiment d'être dans une situation inextricable. Sur le plan médicamenteux, le NARDIL est introduit en adjonction à la bithérapie thymorégulatrice. Face à l'amélioration clinique, la sortie est organisée progressivement car la patiente est très sensible à chaque annonce d'avancée. A l'approche de sa sortie d'hospitalisation, il a y une nouvelle recrudescence anxieuse ainsi qu'une dégradation de l'humeur, avec un pessimisme, et des idées suicidaires. Il y a toujours des préoccupations centrées sur la relation avec son compagnon avec sentiment de ne plus « *maitriser la situation* ». La sortie d'hospitalisation est différée. On observe à nouveau une amélioration clinique avec un meilleur contact, une accessibilité à l'humour, l'élaboration d'un projet professionnel. La sortie d'hospitalisation est à nouveau envisagée et organisée sans dégradation thymique ni anxieuse. Le 23 décembre 2017, trois jours avant la date de la sortie d'hospitalisation, la patiente réalise une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire massive aux benzodiazépines (60 comprimés de SERESTA 50 mg), dans sa chambre d'hospitalisation, alors qu'elle est au téléphone avec sa mère. Ce geste était planifié, réfléchi depuis plusieurs semaines. En effet la patiente a récupéré les comprimés de SERESTA au cours d'une permission. Les soignants de l'unité sont prévenus par la mère de la patiente. La patiente présente une perte de conscience avec un Glasgow à 8 et elle est rapidement instable sur le plan hémodynamique. Le senior de réanimation décide d'un transfert aux urgences somatiques. Elle est traitée par charbon activé, et gardée en observation une journée avant de revenir en service de psychiatrie. Le NARDIL est majoré jusqu' à 30 mg par jour. Par la suite, on observe une rapide amélioration thymique ainsi qu'une critique de son passage à l'acte suicidaire. L'hospitalisation prend fin début Janvier.

Fin janvier, l'humeur est basse mais réactive, il y a une aboulie partielle et une hypersomnie, ce qui motive la hausse du NARDIL à 45 mg par jour permettant une amélioration thymique, seulement transitoire. Le TEGRETOL est arrêté progressivement car l'humeur reste stable sur le versant dépressif sans élément de la lignée hypomaniaque ou mixte. Un traitement par TMS est envisagé et évoqué avec la patiente. Devant une amélioration thymique, en Mai 2018, le NARDIL est diminué à 30

mg. La patiente reste plutôt stable jusqu'en Octobre 2018, où elle présente à nouveau une recrudescence anxieuse, une insomnie avec sommeil haché, suite à la reprise d'une activité professionnelle en tant qu'auxiliaire de vie scolaire. A cela, s'ajoute des difficultés relationnelles avec ses voisins de paliers qui se montrent hostiles. Progressivement, s'installe à nouveau un épisode dépressif caractérisé aboutissant à une hospitalisation en Décembre 2018.

7. Evolution clinique au cours de l'hospitalisation

On observe un apaisement anxieux rapide dès le début d'hospitalisation puis en quelques jours, le tableau clinique s'aggrave avec recrudescence des symptômes anxieux et dépressifs. La patiente est envahie par des ruminations en lien avec le futur (son avenir, sa sortie d'hospitalisation) et le jugement de sa famille et de ses soignants habituels vis-à-vis de son hospitalisation. Le discours est empreint de culpabilité en lien avec le fait qu'elle attribue aux autres des attentes disproportionnées à son égard. Elle se reproche par exemple d'être hospitalisée car pense avoir déçu sa psychologue par la dégradation de son état de santé. Concernant sa famille, la patiente a l'impression que sa mère ne comprend pas ses troubles « *je ne vais pas t'assister tout le temps* ». Elle décrit son père comme « *plus compréhensif car sa mère souffre de trouble bipolaire* ». Sa sœur surnommée « *Big Ben* » dans la famille est « *stressante, pressée* » mais impliquée. Elle parle peu de son compagnon. Le reste de l'entourage familial est décrit comme peu aidant, maladroit « *on me parle de manger du foie de morue ou de faire de la thalasso* ».

On perçoit une certaine réticence et un fatalisme lorsqu'on aborde la question des idées suicidaires. Comme lors de la dernière hospitalisation, la patiente est en difficulté pour interpeller le personnel soignant. Des entretiens réguliers sont organisés avec l'équipe soignante afin de créer une relation de confiance, d'améliorer l'alliance thérapeutique et d'évaluer et prévenir le risque suicidaire. Elle appelle par téléphone son père plusieurs fois par jour, lors des moments de « *moins bien* » mais n'arrive pas à aborder son mal être et lui parle à la place de problématiques matérielles ou administratives. Son compagnon est très présent au cours de cette hospitalisation. Il lui rend régulièrement visite et l'accompagne en permission.

Il y a comme lors de la précédente hospitalisation, un épisode de passage à l'acte auto agressif à visée anxiolytique par brûlures de cigarette au niveau de la main. Le geste a été impulsif, dans un moment de paroxysme anxieux suite à un échange avec les soignants par rapport à la défaillance de l'éclairage de sa chambre.

Sur le plan du traitement, le NARDIL est augmenté à 45 mg par jour et un traitement symptomatique anxiolytique important est mis en place. La patiente rapporte un apaisement anxieux et demande à poursuivre le traitement symptomatique de l'anxiété à même dose, malgré une sédation importante. Les idées suicidaires ont partiellement régressées et la patiente prend l'initiative de nombreuses permissions malgré la sédation. On observe une amélioration thymique qu'elle attribue à la fois à l'apaisement anxieux lui permettant de reprendre des activités et au support de son père et de son compagnon avec qui elle s'est fixé des projets professionnels et personnels. Malgré les nombreuses permissions qui se déroulent bien et l'amélioration à la fois sur le plan anxieux et thymique, la patiente appréhende le retour au domicile avec une anticipation anxieuse à l'idée de se retrouver seule chez elle. Elle nous dit « *se sentir plus en sécurité à l'hôpital* » et plus écoutée « *ici il y a toujours une oreille* ». Au bout de quelques jours, elle envisage une sortie d'hospitalisation mais exprime un besoin d'étayage important, de maintenir un contact. Elle demande à venir à l'hôpital plusieurs fois par semaine sans définir précisément ce qu'elle voudrait y faire « *passer un peu du temps* ». Nous lui proposons un hôpital de jour sur un autre établissement. La patiente est réticente car elle ne connaît ni le lieu ni le personnel. Elle s'assure alors de pouvoir bénéficier d'un suivi rapproché au sein de notre unité et d'être à nouveau hospitalisée dans l'unité en cas de besoin, points sur lesquels on peut la rassurer.

Sur le plan biologique, on retrouve une lithémie plasmatique à 0.75 mmol/L et globulaire à 0.21 mmol/L, dans la fourchette thérapeutique. L'ionogramme sanguin, la fonction rénale et la fonction thyroïdienne sont normales. On retrouve une hyperprolactinémie modérée à 647 mUI/L. Le reste du bilan sanguin est sans particularité.

II. Les apports de la théorie de l'attachement

Dans ce cas clinique, on peut identifier plusieurs situations de stress au cours desquelles le système d'attachement de la patiente a été sollicité. Dans un premier temps, nous identifierons les éléments cliniques recueillis en entretien, lors de la passation du Questionnaire sur les Expériences d'Attachement Amoureux ainsi que les éléments d'anamnèse associés aux deux dimensions de l'attachement. Ensuite, nous ciblerons certaines situations spécifiques et décrirons les stratégies d'attachement que la patiente a mises en œuvre et les comportements qui en découlent. Enfin, nous proposerons une discussion avec une réflexion sur les implications pratiques de la théorie de l'attachement au niveau clinique et thérapeutique.

1. Les éléments cliniques et de l'anamnèse associés à la dimension anxiété de l'attachement

- Dans la relation avec ses parents
 - Anxiété de séparation se traduisant par un évitement des situations d'éloignement de ses figures d'attachement principales et une détresse excessive dans les situations de séparation
 - Crainte de l'abandon
 - Multiplication des appels téléphoniques à son père au cours des hospitalisations
 - Passage à l'acte auto agressif à l'âge de 15 ans, sans intentionnalité suicidaire, dans le but de faire entendre sa détresse à ses parents face à une impossibilité à verbaliser ses affects.

- Dans ses relations amicales
 - Attente d'une relation exclusive/fusionnelle au primaire.
 - La perte d'intimité dans les relations amicales est source de détresse.

- Dans ses relations amoureuses

Le Questionnaire sur les Expériences d'Attachement Amoureux (QEAA) retrouve un score de 87 sur une échelle allant de 18 à 126 pour la dimension anxiété d'abandon.

- S'inquiète à l'idée d'être abandonnée/ de se retrouver seule/ de perdre son partenaire.
 - Crainte que les partenaires amoureux ne soient pas autant attachés à elle qu'elle est attachée à eux/ souhaite que les sentiments de son partenaire soient aussi forts que les siens envers lui.
 - Besoin important que son partenaire la rassure de son amour.
 - Elle devient peinée ou fâchée lorsqu'elle n'arrive pas à faire en sorte que son partenaire s'intéresse à elle. Elle est frustrée si ses partenaires amoureux ne sont pas là quand elle a besoin d'eux. Au cours de l'hospitalisation de 2017, on retrouve dans le dossier une recrudescence d'anxiété et de tristesse car son compagnon ne lui avait pas rendu visite.
 - Lorsque ses partenaires amoureux la désapprouvent elle se sent mal vis-à-vis d'elle-même.
 - Lorsqu'elle ne vit pas une relation amoureuse, elle se sent anxieuse et insécure.
- Dans la relation thérapeutique
- Crainte de décevoir les soignants secondaire à une crainte d'abandon exprimée à deux reprises : une première fois au cours de l'hospitalisation de 2017 après l'arrêt des traitements puis au cours de l'hospitalisation de 2018 après avoir été hospitalisée.
 - Vécu abandonnique répété, en lien avec l'approche de la sortie d'hospitalisation, qui se manifeste par une anxiété anticipatoire, une réticence vis-à-vis de la sortie, une volonté de garder un lien étroit avec les soignants après la sortie d'hospitalisation.

2. Les éléments clinique et de l'anamnèse associés à la dimension évitement de l'attachement

- Dans la relation avec ses parents
- Difficulté à dévoiler ses sentiments, ses pensées depuis l'enfance. Elle est décrite comme une enfant discrète et secrète par ses parents.
 - Réticence à inclure sa famille dans la prise en charge de son trouble psychiatrique. La patiente refuse par exemple un entretien familial au cours de

l'hospitalisation de 2017 car elle ne souhaite « *pas les mêler à ses problèmes de santé* ».

- Lors de la dernière hospitalisation, évite d'exprimer ses affects négatifs, à son père. Elle aborde à la place des sujets concrets, factuels.

- Dans ses relations amicales

- Difficulté à dire les affects négatifs, les traumatismes par crainte de peiner ou de déranger. La patiente inhibe ses émotions négatives lorsque son ami évoque de façon involontaire le contexte du premier abus sexuel.

- Dans la relation amoureuse

Le Questionnaire sur les Expériences d'Attachement Amoureux (QEAA) retrouve un score de 87 sur une échelle allant de 18 à 126 pour la dimension évitement de la proximité.

- La patiente préfère ne pas montrer ses sentiments profonds à son partenaire. Elle ne se sent pas à l'aise de s'ouvrir à son partenaire ou de partager ses pensées intimes et ses sentiments avec lui. Lors de l'hospitalisation de 2017, elle n'arrive pas à lui dire qu'elle trouve son emménagement chez elle trop prématuré.
- Elle devient mal à l'aise/ nerveuse lorsque ses partenaires amoureux se rapprochent trop d'elle. Lors de l'hospitalisation de 2017, elle décrit son compagnon comme pressant et envahissant ce qui la rend anxieuse.
- Il lui est difficile de se rapprocher de son partenaire et lorsque son partenaire se rapproche d'elle, elle sent qu'elle s'en éloigne. Toujours au cours de l'hospitalisation de 2017, elle envisage de rendre son appartement car son compagnon a emménagé chez elle.
- Demander du réconfort, de l'aide ou des conseils à ses partenaires amoureux la dérange. Elle se permet difficilement de compter sur ses partenaires amoureux. Et lorsque c'est le cas, elle se sent mal à l'aise. Au cours de la dernière hospitalisation, lorsque le compagnon veut s'assurer qu'elle puisse le prévenir en cas d'idées suicidaires envahissantes, la patiente lui explique qu'elle pense ne pas pouvoir le faire. Il lui propose alors de l'interpeller en lui disant simplement « *ça ne va pas* », sans en dire plus, ce qui suffirait à comprendre sa détresse et

à la rejoindre instantanément. Elle répond qu'elle aimerait lui dire que c'est possible mais qu'elle sait qu'elle ne pourra pas le faire. Elle se montre aussi réticente à inclure son compagnon dans les soins psychiatriques lors de la dernière hospitalisation. Le compagnon souhaite me rencontrer pour mieux comprendre les troubles de la patiente et savoir comment il peut l'aider, demande à laquelle la patiente accède mais ne souhaite elle-même pas être présente lors de l'entretien.

- Relation thérapeutique
- Discrète, en retrait, peu de contact avec l'équipe soignante.
- La patiente n'interpelle pas les soignants lorsqu'elle en a besoin. Elle ne sollicite pas d'entretien et ne demande pas les traitements prescrits en si besoin. En entretien, elle est réticente, inhibée. Elle verbalise difficilement ses émotions et essaie également de réprimer leurs expressions comportementales « *se contient pour ne pas pleurer* ».

3. Description des stratégies d'attachement et des comportements qui en découlent face à quelques situations particulières de détresse

- La première situation intéressante est celle du vol du portable de la patiente dans l'unité d'hospitalisation. Cet évènement entraîne une forte charge émotionnelle, correspondant à une hyperactivation du système d'attachement. Cependant, la réaction de la patiente est de quitter l'unité, de s'isoler et de s'alcooliser. Ce comportement ne correspond pas à la recherche d'aide, pour la gestion émotionnelle, auprès d'une figure d'attachement, comme on aurait pu le supposer, pour être en adéquation avec la perception intense qu'a la patiente de la menace. Au contraire, la patiente s'en remet à elle seule et le moyen qu'elle trouve est le recours à l'alcool pour gérer et apaiser les émotions. On retrouve donc dans ce premier exemple, une perception accrue des indices de peur correspondant à une hyperactivation du système d'attachement et un comportement « évitant » correspondant à une inhibition du système d'attachement.

- Une deuxième situation attire notre attention. Il s'agit de l'épisode où la patiente sollicite les infirmiers pour une problématique matérielle, de dysfonctionnement de l'éclairage de sa chambre. Face à des réponses contradictoires de la part de l'équipe soignante, elle se retrouve en détresse, avec une hyperactivation émotionnelle. La patiente réagit de façon impulsive, elle quitte l'unité, s'isole et s'inflige des brûlures de cigarettes, qu'elle tente de cacher ensuite. Comme lors de l'exemple précédent, on repère à nouveau une perception amplifiée de la détresse mais une réponse comportementale d'inhibition du système d'attachement. .

Il y a dans ces deux premières situations, une discordance entre la perception de l'évènement et la stratégie comportementale.

- Une autre situation intéressante, est celle du harcèlement scolaire. Elle souffre, souhaite que ses parents s'en aperçoivent mais n'arrive pas à leur exprimer verbalement cette souffrance. Ici aussi, la perception de l'évènement correspond à une hyperactivation du système d'attachement avec une exacerbation des émotions (souhaite que ses parents l'aide). Et le comportement initial correspond à une inhibition du système d'attachement (ne verbalise pas sa détresse). Cette stratégie échoue à apaiser les émotions désagréables. Dans un second temps, la patiente adopte un comportement d'hyper activation du système d'attachement, congruent au ressenti émotionnel en passant à l'acte afin de solliciter l'aide de ses parents. Elle prend des médicaments afin de leur signifier son mal être. Dans cette situation, la dimension anxiété seule n'aurait pas entraîné un passage à l'acte auto agressif. C'est la composante « évitement » de l'attachement avec l'incapacité à verbaliser les affects négatifs qui précipite le passage à l'acte.
- Un autre cas de figure intéressant est celui où la patiente multiplie les appels téléphoniques auprès de son père, ce qui correspond à un comportement d'hyperactivation du système d'attachement mais n'évoque pas le vrai motif de son appel et se replie sur des questions administratives, factuelles, correspondant à une stratégie d'inhibition du système d'attachement. La patiente

met en œuvre de façon simultanée, des stratégies comportementales d'attachement antagonistes, sans efficacité sur la gestion émotionnelle.

- Si on s'intéresse au contexte des deux tentatives de suicide, on remarque des similitudes. La première tentative de suicide fait suite à une rupture amoureuse. La deuxième a lieu quelques jours avant la sortie d'hospitalisation. Dans le premier cas il y a une rupture du lien affectif/ lien d'attachement et dans le deuxième cas, il y a une menace imminente de rupture de ce lien. Dans aucune des deux situations de détresse, la patiente ne se tourne vers une figure d'attachement pour exprimer son besoin d'aide avant de passer à l'acte suicidaire. Il s'agit là encore d'une stratégie comportementale d'évitement en réponse à une perception « anxieuse » de la détresse. Lors de la deuxième tentative de suicide, la patiente prévient sa mère au moment où elle réalise sa tentative de suicide. Ce comportement, grâce auquel elle a pu être secourue, correspond à une hyperactivation du besoin d'attachement (dimension anxiété). Ici, c'est le choix d'un comportement d'inhibition de l'attachement qui a conduit à la tentative de suicide et c'est un comportement d'hyperactivation qui lui permet de recevoir les soins suite à cette tentative de suicide.
- Pour finir, une dernière situation retient notre attention. Le contexte est celui de la fin de la dernière hospitalisation. La patiente nous sollicite en demandant à revenir régulièrement et fréquemment dans le service puis s'assure de pouvoir bénéficier de consultations rapprochées et d'être à nouveau hospitalisée si nécessaire, en cas de besoin. Ici, elle manifeste un comportement d'attachement puisqu'elle cherche la proximité avec la figure d'attachement afin de pouvoir profiter de son soutien. L'hôpital et les soignants sont vus comme une figure d'attachement qui représente une base de sécurité à partir de laquelle elle peut s'éloigner (sortir de l'hôpital et organiser sa vie à l'extérieur) mais à la condition d'avoir la garantie de pouvoir revenir en cas de détresse, si elle rencontre de trop nombreux facteurs de stress dans son environnement. Elle imagine une succession d'aller venue entre l'hôpital (base de sécurité) et l'extérieur (environnement). Ici le système d'attachement est sollicité de façon sécurisée puisque son comportement d'attachement lui permet d'avoir un sentiment de sécurité, favorisant la sortie de l'hôpital et l'autonomie de la patiente. Si l'on se

pose d'un point de vue de l'attachement, la proposition d'hôpital de jour sur un autre établissement pour répondre à son besoin de sécurité ne convient pas dans l'immédiat puisque cet établissement est inconnu et ne correspond pas à sa base de sécurité.

III. Discussion

1. Quelques constats à partir de notre situation clinique

- Chez notre patiente, on retrouve à la fois des stratégies d'hyper activation du système d'attachement correspondant à la dimension anxieuse de l'attachement et des stratégies d'inhibition du système d'attachement correspondant à la dimension évitement en fonction des situations environnementales et des relations d'attachement.
- On repère une relative stabilité de la réponse d'attachement entre les différents types de relations.
- Les difficultés relationnelles qui découlent de l'attachement insécurité interviennent à deux niveaux. D'abord en situation stressante, la patiente ne parvient pas à utiliser de façon flexible l'aide de son entourage. La patiente est « plus vulnérable » au stress. Ensuite, ces difficultés relationnelles constituent en elle-même des sources de stress supplémentaire. La patiente est « plus exposée » au stress. Par exemple lorsqu'elle ne parvient pas à dire à son compagnon qu'elle ne préfère pas qu'ils habitent ensemble.
- Nous avons ensuite porté notre attention de façon plus précise sur certaines situations, éloquentes d'un point de vue de l'attachement et dont l'issue était soit un comportement auto-agressif, avec et sans intentionnalité suicidaire, soit un échec à inactiver le système d'attachement. On a alors observé dans une même situation, l'utilisation concomitante et simultanée des deux types de stratégies d'attachement. Dans ce cas-là, les modalités relationnelles semblent ambivalentes avec à la fois une réticence à se dévoiler et un besoin de réassurance. La stratégie échoue alors à apporter un sentiment de sécurité à la patiente. En ce qui concerne les passages à l'acte suicidaire, dans notre situation clinique, on observe qu'ils ont eu lieu dans un contexte de rupture de lien

d'attachement. On remarque que dans ces deux situations, la perception de l'évènement correspond à la dimension anxiété de l'attachement mais que c'est une stratégie comportementale d'évitement qui est mise en place, conduisant aux comportements suicidaires. De plus, la dimension évitement est ici associée à la gravité/létalité de la tentative de suicide puisque qu'elle empêche d'être secouru. La dernière situation abordée illustre la notion de base de sécurité décrite par Marie Ainsworth.

2. Implications cliniques de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement permet de prendre en compte dans l'évaluation clinique du patient la dynamique de ses relations interpersonnelles. Le patient est alors considéré dans son environnement social, selon un point de vue éthologique, ce qui permet d'appréhender sa situation de façon plus globale. Evaluer le style d'attachement du patient, enrichie notre compréhension de la situation clinique en précisant la capacité du patient à solliciter et utiliser l'aide de son entourage familial, amical et amoureux en cas de détresse (94). Dans le cas de Madame D, les symptômes de culpabilité et d'indignité présentés au cours des épisodes dépressifs font évoquer des caractéristiques mélancoliques. Cependant, cette volonté de « ne pas mêler » sa famille à ses problèmes de santé, peut aussi être conçue comme l'expression d'un attachement « évitant », d'autant que ces sentiments de culpabilité et d'indignité persistent en dehors des épisodes thymiques et semblent s'inscrire dans la personnalité de notre patiente.

Les stratégies d'attachement vont également s'exprimer au sein de la relation thérapeutique. En effet, les situations de rencontre avec les soignants sont des situations de vulnérabilité impliquant une activation du système d'attachement. S'intéresser aux stratégies générales d'attachement du patient a aussi un intérêt dans la compréhension et l'anticipation des comportements du patient avec son thérapeute. Le style d'attachement va influencer la qualité de la réponse aux soins (95) puisqu'il va influencer la capacité à pouvoir solliciter et profiter de l'aide apportée par le médecin. Cette capacité à recevoir ou non le support d'autrui apparaît centrale dans la situation de la crise suicidaire puisqu'elle représente un facteur protecteur ou au contraire un facteur de risque vis-à-vis du risque suicidaire. Dans la situation où le patient présente

des idées suicidaires, il semble indispensable d'évaluer l'existence d'un entourage social/médical de proximité mais surtout sa disponibilité actuelle et la capacité du patient à pouvoir se tourner vers lui, à lui demander de l'aide et à savoir l'accepter. Des stratégies comportementales habituelles d'inhibition du système d'attachement pourraient être recherchées.

3. Apports de la théorie de l'attachement au niveau thérapeutique

Dans la relation thérapeutique, il semble important de créer un climat de confiance, de se montrer sensible aux besoins d'attachement du patient lorsqu'il les exprime. Cela permet au patient de faire l'expérience au sein d'une relation d'attachement, qu'est la relation thérapeutique, de réponses adaptées de la part du thérapeute, ici figure d'attachement. Dans le cas particulier de notre patiente, lorsqu'elle nous sollicite en demandant des entretiens réguliers, nous acceptons afin de lui permettre de se sentir en sécurité, de favoriser les stratégies « sécurées ». En ce qui concerne l'hôpital de jour, on lui précise qu'on entretient des relations de confiance avec les soignants qui y travaillent. Nous lui proposons de l'accompagner pour le premier rendez-vous de prise de contact. Cela permettra une moindre activation du système d'attachement et donc la possibilité d'être plus disponible pour s'intéresser à ce nouvel environnement et l'appivoiser.

Comme nous venons de le voir, l'attachement revêt un intérêt clinique et thérapeutique. Pourtant il est peu évalué en pratique clinique notamment en psychiatrie de l'adulte. Cette notion d'attachement est abordée dans le DSM 5 (40)

4. Attachement comme trouble ou comme facteur de vulnérabilité au développement de troubles psychopathologiques

- Le DSM 5 distingue 2 formes de troubles de l'attachement, classées parmi les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress : le trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social. Nous nous intéressons uniquement au trouble réactionnel de l'attachement dont certains symptômes sont retrouvés chez notre patiente. La définition de ce trouble reprend les caractéristiques de la dimension évitement de l'attachement. Le mode relationnel est « caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel ». « L'enfant cherche(...) perceptiblement le réconfort quand il est en détresse » et y « répond(...) imperceptiblement ». Il y a une « perturbation sociale et émotionnelle » dans le sens d'une « diminution de la réactivité(...) émotionnelle à autrui », avec des « affects positifs restreints » et « épisodes inexplicables d'irritabilité, de tristesse ou de craintes(...) même lors d'interactions non menaçantes ». Pour porter le diagnostic, il faut également que l'enfant ait « vécu des formes extrêmes d'insuffisance de soins » et que le manque de soins soit considéré « à l'origine des comportements perturbés » concernant le mode relationnel.

Ce trouble est décrit seulement pour les enfants et uniquement dans leur mode relationnel vis-à-vis des adultes qui prennent soins d'eux.

- De plus, étant donné que l'organisation de l'attachement va impacter les modalités de relations interpersonnelles, on retrouve des liens avec certains troubles psychopathologiques présentés par notre patiente :

- L'anxiété de séparation

Les critères diagnostiques de ce trouble se rapprochent de la dimension « anxiété » de l'attachement. Cependant, la description clinique met l'accent sur la détresse lors de la séparation et donc le désir de proximité avec la figure d'attachement. Il n'y a pas de critères qui caractérisent la capacité à solliciter l'aide en cas de détresse autre que celle

de la situation de séparation d'avec la figure d'attachement. Ce diagnostic peut être porté à la fois chez les enfants et chez les adultes.

➤ L'anxiété sociale

On retrouve dans ce diagnostic une vision négative de l'autre, représenté comme jugeant, rejetant. Cela conduit à un comportement d'évitement. Les modalités relationnelles sont donc proches de celle de la dimension « évitement » de l'attachement. Mais dans le cadre d'une phobie sociale, les modalités relationnelles ne concernent pas spécifiquement les figures d'attachement.

➤ Troubles de la personnalité évitante et dépendante

Les troubles de la personnalité se définissent par des « modalités durables, rigides de l'expérience vécu et envahissent des situations personnelles et relationnelles ». Dans le trouble de la personnalité évitante, on retrouve à la fois la dimension « anxiété » de l'attachement (« sentiment de ne pas être à la hauteur », « sans attrait », « inférieur aux autres », « crainte d'être désapprouvé ») et évitement de l'attachement (« jugement négatif d'autrui » conduisant à « inhibition sociale »). Dans le trouble de la personnalité dépendant, c'est la dimension anxiété qui est représentée, (vision négative de soi, « impuissant », avec un « besoin excessif d'être pris en charge » mais vision positive des autres, « cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui ». Contrairement à l'organisation de l'attachement qui se constitue dans l'enfance, les troubles de la personnalité apparaissent « au début de l'âge adulte ». De plus, dans la définition du trouble de la personnalité, on ne considère pas spécifiquement les situations spécifiques de détresse.

- Le concept d'alexithymie, dimension clinique, qui ne correspond pas à un diagnostic du DSM 5 présente également des similitudes avec la dimension « évitement » de l'attachement. L'alexithymie est décrite par Jouanne comme une « difficulté à pouvoir communiquer ses sentiments à autrui »/ « incapacité à l'expression verbale des émotions », « incapacité à identifier ses sentiments », une « pauvreté de la vie imaginaire » et une « pensée à contenu pragmatique ».

L'alexithymie est alors considérée comme « le reflet d'un déficit dans l'élaboration et la régulation des émotions ». Cet article pose la question de concevoir l'alexithymie comme « déficit de l'affectivité » ou comme un « processus adaptatif » c'est-à-dire comme un « mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité ». Les auteurs présentent le cas clinique d'un patient qui ne partage pas ses émotions avec les autres, non pas parce qu'il ne parvient pas à identifier ses sentiments mais parce qu'il ne veut pas « embêter ». Il réprime alors ses sentiments. La notion d'alexithymie secondaire a été décrite comme un « état secondaire à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave ou par un traumatisme physique ou psychologie important »(96) (97) . Cette définition insiste sur le caractère réactionnel de l'alexithymie, développée suite à un traumatisme, par exemple, psychique. Il existe une nouvelle analogie avec l'organisation de l'attachement qui découle d'expériences relationnelles et qui est largement impactée par les évènements traumatiques impliquant une figure d'attachement. (97)

L'attachement semble donc être le dénominateur commun à la plupart des troubles que présente notre patiente. On peut le concevoir comme un facteur de vulnérabilité ayant constitué le terrain de l'apparition des troubles psychopathologiques au sein d'une « dynamique plurifactorielle ». (98)

QUATRIEME PARTIE : L'ETUDE CLINIQUE

Dans cette dernière partie nous présenterons simplement le contexte dans lequel nous avons initié cette étude et la méthodologie utilisée. L'analyse des données étant en cours, nous ne présenterons pas les résultats dans ce travail de mémoire.

I. Introduction

D'après notre revue de la littérature et les résultats de la méta-analyse, les deux dimensions de l'attachement insécuré sont corrélées aux antécédents de tentatives de suicide.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de la thèse, les traumatismes infantiles ont des conséquences sur la qualité de l'attachement de l'individu, pendant l'enfance et également à l'âge adulte (36).

De plus, les traumatismes infantiles sont identifiés comme facteurs de risques de tentatives de suicide ultérieures chez l'adulte (58) y compris les antécédents d'abus et de négligence émotionnelle. En effet, d'après la méta-analyse conduite par Norman et al, (93), les antécédents de tentatives de suicide sont associés aux antécédents d'abus physiques (OR=3.40; 95% CI 2.17–5.32), mais aussi d'abus émotionnels (OR=3.37; 95% CI 2.44–4.67), et de négligence émotionnelle (OR=1.95; 95% CI 1.13–3.37).

A notre connaissance il n'y a pas d'études publiées qui évalue le lien entre style d'attachement et tentatives de suicide dans une population de troubles de l'humeur en considérant l'effet des traumatismes infantiles de type abus ou négligence émotionnelle.

L'objectif principal de notre étude est d'examiner l'association entre la dimension évitement de l'attachement et les antécédents de tentative de suicide, indépendamment des traumatismes infantiles. Nous avons choisi de nous focaliser sur la dimension « évitement » de l'attachement car d'après l'étude menée par Grunebaum *et al* (56), la seule étude prospective conduite dans une population de patients souffrant de troubles

de l'humeur, c'est cette dimension de l'attachement qui ressort comme étant corrélée aux tentatives de suicides.

L'objectif secondaire de l'étude est de rechercher si l'attachement joue le rôle de médiateur entre les antécédents de traumatismes infantiles et les tentatives de suicide ultérieures.

II. Méthodologie

1. Participants et procédure

L'étude que nous avons menée est une étude transversale et multicentrique. Huit centres français ont participé à cette étude, dans les villes de Nîmes, Montpellier, Tours, Besançon, Clermont-Ferrand et Marseille. Les trois centres marseillais qui ont participé à l'étude sont le Pole de psychiatrie de l'Hôpital Sainte Marguerite, de l'Hôpital de la Conception et le Centre de Pharmacologie Clinique et d'Évaluations thérapeutiques de l'hôpital de la Timone.

Nous avons utilisé les données issues d'un PHRC national financé en 2010 par le ministère de la santé, appelé « Etude des marqueurs biologiques sanguins de la dépression » (enregistré sous l'ID : NCT02209142).

Étaient inclus, les patients qui présentaient un épisode dépressif majeur en cours selon les critères du DSM IV et un score supérieur à 19 sur l'échelle de Hamilton Depression Rating Scale comprenant 17 items, ce qui correspond à un épisode dépressif modéré à sévère. La période d'inclusion s'étendait de 2012 à 2015.

Étaient exclus, les personnes qui avaient été vaccinées dans le mois précédent la visite d'inclusion, les femmes enceintes ou ayant accouché le mois précédent, ceux qui présentaient une pathologie somatique sévère évolutive, les mineurs, les majeurs sous tutelle ou privés de liberté, ou ceux ne bénéficiaient pas d'un régime de sécurité sociale.

De plus, les patients qui présentaient un autre trouble psychiatrique comme un diagnostic de schizophrénie, de trouble délirant, de trouble schizo affectif, un trouble de l'usage d'une substance actuel ou des caractéristiques catatoniques dans le cadre de l'épisode dépressif actuel étaient également exclus.

Les sujets inclus étaient suivis pendant 30 semaines avec 3 visites : une visite initiale (V0), à 2 semaines (V2) puis à 30 semaines (V30).

Lors des visites étaient recueillis des données cliniques comme l'état thymique à l'aide de l'Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) et les antécédents suicidaires mais aussi des données socio démographiques, des données concernant les antécédents familiaux de troubles psychiatriques, le style d'attachement à l'aide de l'Experiences in Close Relationship (ECR) et les traumatismes dans l'enfance à l'aide du Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).

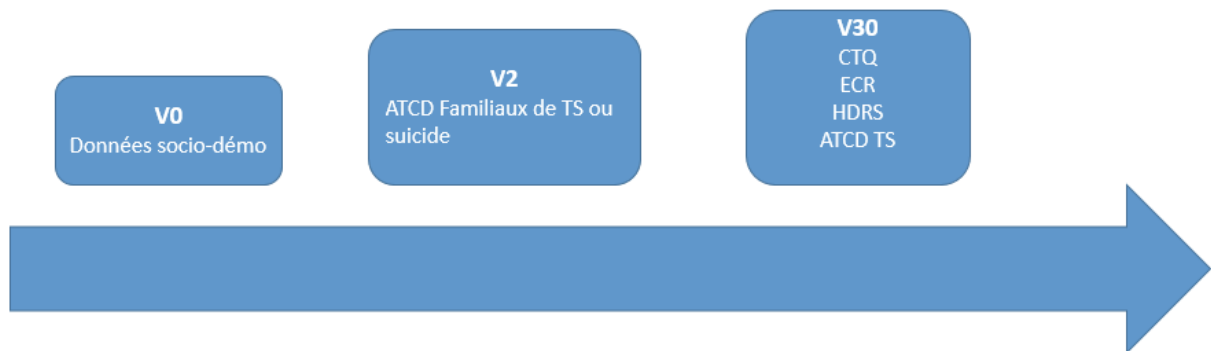


Figure 5 : Données recueillies au cours de l'étude à la visite initiale, à 2 semaines et à 30 semaines.

2. Mesures

L'Hamilton Depression Rating Scale (99) est un hétéroquestionnaire qui guide le clinicien pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs chez des patients adultes. La version utilisée dans cette étude comprend 17 items, relatif aux symptômes dépressifs dans le courant de la semaine précédant l'évaluation. Un score compris entre 0 et 7 correspond à l'absence de dépression ou à une rémission d'un épisode dépressif. Un score compris entre 8 et 16 correspond à une dépression légère, entre 17 et 23 à une dépression modérée et un score égal ou supérieur à 24 correspond à une dépression d'intensité sévère. (100)

Le Childhood Trauma Questionnaire est un auto-questionnaire permettant d'explorer 5 dimensions de traumatismes infantiles : négligences physiques et émotionnelles et abus physiques, émotionnels et sexuels. Ce questionnaire comprend 70 items avec une échelle de type Likert en cinq choix de réponse (de 1 = « jamais vrai » à 5 = « très souvent vrai »). Il est validé en français (Paquette *et al*, 2004).

L'Experiences in Close Relationship est un outil d'évaluation de l'attachement à l'âge adulte. (2) Il a été utilisé dans un très grand nombre d'études. Il a d'excellentes qualités psychométriques. Il est traduit et validé en Français. Il s'agit d'un auto questionnaire comprenant 36 items et 2 échelles correspondant aux 2 dimensions « anxiété » et « évitement ».

L'échelle « évitement de la proximité » comprend 18 items et l'échelle « anxiété d'abandon » comprend également 18 items. Chaque item est coté sur une échelle de Likert en 7 points allant de fortement en désaccord (1 point) à fortement en accord (7 points). Il y a 10 items reverse, cotés de fortement en accord (1 point) à fortement en désaccord (7 points).

Le score obtenu sur chacune des 2 échelles est compris entre 18 et 126.

3. Analyses statistiques³

Dans un premier temps nous avons réalisé des statistiques descriptives afin de pouvoir rendre compte des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de notre échantillon.

Dans un second temps, nous avons utilisé des statistiques descriptives pour étudier les liens qui existent entre la dimension évitement de l'attachement (mesurée à l'aide de l'Experiences in Close Relationship) et les variables sociodémographiques et cliniques recueillies au sein de notre échantillon. Pour cela, nous avons utilisé des tests non paramétriques. Lorsque la variable dépendante et la variable indépendante étaient toutes les deux numériques nous avons utilisé un test de corrélation bivariée de Spearman. Quand la variable indépendante était catégorielle et la variable dépendante

³ Réalisées et rédigées avec l'aide de madame CORREARD Nadia, psychologue, PhD, Hôpital Sainte Marguerite, AP-HM, Marseille

était numérique nous avons utilisé le test U de Mann-Whitney qui est l'équivalent non paramétrique du test t de Student.

Et enfin, pour tester nos hypothèses, nous avons réalisé une analyse de médiation. Cette analyse est utilisée pour étudier si l'effet d'une variable indépendante sur une variable dépendante s'exerce par l'intermédiaire d'une troisième variable, avec la variable indépendante qui exerce un effet sur la variable médiatrice et la variable médiatrice qui exerce un effet sur la variable dépendante.

Dans notre étude nous cherchons à tester le modèle causal suivant : le fait d'avoir subi des traumatismes de l'enfance entraîne le développement d'un attachement significativement plus évitant, et qu'avoir un attachement évitant augmente le risque de faire une tentative de suicide.

Pour pouvoir affirmer que l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est médiatisé par un troisième variable, quatre conditions spécifiques doivent être satisfaites (Judd et Kenny, 1981b ; Baron et Kenny, 1986 ; Kenny, 1998).

1. X a un effet sur Y
2. X a un effet sur M
3. M a un effet sur Y si l'on contrôle statistiquement l'effet de X sur Y
4. L'effet de X sur Y disparaît si l'on contrôle statistiquement l'effet de M sur Y

Pour vérifier que ces conditions sont bien satisfaites il faut tester les trois modèles de régression suivants :

1. $Y = b_0 + b_1 X$
2. $M = b_0 + b_1 X$
3. $Y = b_0 + b_1 M + b_2 X$

Nous avons contrôlé chacun de ces modèles par l'âge, le sexe, le score total à l'HDRS de la visite à la 30ème semaine, le nombre d'antécédent de tentatives de suicide ou de suicide chez les parents et dans la fratrie et par la dimension anxiété de l'attachement mesuré avec ECR.

III. Description de la population d'étude

L'échantillon a une moyenne d'âge de 43 ans (Standard Deviation (SD) = 14.063). La majorité de l'échantillon est représenté par des femmes (64.7%) célibataires (54.9%). Environ la moitié de l'échantillon a un niveau d'études supérieures.

La majorité de l'échantillon ne consomme pas de tabac (64.4%) et consomme moins de 10 grammes d'alcool par jour (94.1%). Environ 60% de l'échantillon a des antécédents familiaux de trouble psychiatrique et 23.5% a des antécédent familiaux de tentative de suicide ou de suicide. La population d'étude a présenté en moyenne 3 antécédents personnels d'épisode dépressif majeur (SD= 2.42). Un peu plus de la moitié de l'échantillon est en rémission de l'épisode dépressif caractérisé lors de la visite à 30 semaines de l'inclusion (53.5%).

44.9% de l'échantillon a un antécédent de tentative de suicide dont 7.2% ont un antécédent de tentative de suicide violente et 16.3% ont un antécédent de tentative de suicide grave. Le nombre total de tentative de suicide est en moyenne de 1.02 (SD = 1.51).

L'échantillon présente une moyenne de 76.31 (SD= 20.32) sur l'échelle anxiété de l'attachement et de 57.12 (SD = 20.01) sur l'échelle évitement de l'attachement.

Enfin, 55.9% de l'échantillon a un antécédent de traumatisme dans l'enfance.

Variables	Patients (N= 102)	
	N (%) / Moyenne (ET)	Médiane [min-max]
Age V0 Moyenne (ET)	43.53 (14.063)	44 [19-73]
Sexe (Homme/Femme) N (%)	36 (35.3) / 66 (64.7)	
Niveau d'études N (%)		
Primaire	5 (5)	
Secondaire	25 (25)	
BAC ou équivalent	21 (21)	
Etudes supérieures	49 (49)	
Statut Marital V0 N (%)		
Marié	46 (45.1)	
Seul	56 (54.9)	
Consommation tabac actuelle N (%)		
Oui	36 (35.6)	
Non	65 (64.4)	
Consommation alcool V0 N (%)		
Nulle Ou Moins 10g/j	96 (94.1)	
Entre 10 et 40g/j	4 (3.9)	
Plus de 40g/j	2 (2.0)	
ATCD familiaux N (%)		
Présence ATCD fam TS ou Suicide	23 (23.5)	
Présence ATCD fam Tb Psychiatrique	60 (60.6)	
Présence ATCD fam Tb Humeur	53 (53.5)	
EDM absent à la V30 N (%)	54 (53.5)	
HDRS Total V30 Moyenne (ET)	10.28 (8.01)	8 [0-30]
NB total d'EDM Moyenne (ET)	3.08 (2.42)	2 [1-12]
Auto-Questionnaires		
ECR Evitement Moyenne (ET)	57.12 (20.01)	57.50 [19-112]
ECR Anxiété Moyenne (ET)	76.31 (20.32)	77.50 [25-120]
CTQ Nombre de trauma Moyenne (ET)	1.46 (1.57)	1 [0-5]
CTQ Histoire de Trauma dans l'enfance N (%)	57 (55.9)	
CTQ Nég Emotionnelle N (%)	45 (44.6)	
CTQ Nég Physique N (%)	30 (29.7)	
CTQ Abus Emotionnel N (%)	35 (34.7)	
CTQ Abus Physique N (%)	17 (16.8)	
CTQ Abus Sexuel N (%)	20 (19.8)	
STAI-YB- Anxiété Trait Moyenne (ET)	51.80 (12.59)	52 [22-78]
TEMPS-A Anxieux Moyenne (ET)	1.40 (1.24)	1 [0-3]
TEMPS-A Hyperthymique Moyenne (ET)	3.04 (2.17)	3 [0-7]
TEMPS-A Cyclothymique Moyenne (ET)	4.68 (3.44)	5 [0-12]
TEMPS-A Irritable Moyenne (ET)	1.15 (1.76)	0 [0-7]
TEMPS-A Dépressif Moyenne (ET)	3.51 (2.40)	3.5 [0-8]
Nb total de TS V30 Moyenne (ET)	1.02 (1.51)	0 [0-7]
Atcd_TS N (%)		
Oui	44 (44.9)	
Non	54 (55.1)	
Atcd_TS_VIOLENTE N (%)		
Oui	7 (7.2)	
Non	90 (92.8)	
Atcd_TS_GRAVE N (%)		
Oui	16 (16.3)	
Non	82 (83.7)	

Tableau 6 : statistiques descriptives regroupant les données socio démographiques et cliniques de l'échantillon.

CONCLUSION

La question initiale était de savoir si la qualité de l'attachement pouvait participer à la vulnérabilité suicidaire.

Nous avons donc mené une revue de la littérature. On constate d'abord qu'il n'y a pas d'étude réalisée sur le lien entre l'attachement et le suicide abouti. Concernant les comportements suicidaires, la plupart des études retrouvent un lien entre d'une part, l'organisation de l'attachement et d'autre part, les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Un attachement sécure est corrélé négativement aux comportements suicidaires tandis qu'un attachement insécure est au contraire corrélé positivement aux comportements suicidaires. En outre, la seule étude prospective dans une population de patients souffrant de troubles de l'humeur retrouve une corrélation entre la dimension « évitement » de l'attachement et les tentatives de suicide ultérieures sur une année. On remarque également qu'une seule étude tient compte du phénotype suicidaire en s'intéressant spécifiquement aux tentatives de suicide graves. Les deux dimensions de l'attachement, « anxiété » et « évitement » sont associées à la gravité des antécédents de tentatives de suicide.

D'après notre méta-analyse, les patients avec antécédent de tentatives de suicide avaient significativement des scores plus élevés que les témoins, à la fois sur la dimension « anxiété » et sur la dimension « évitement » de l'attachement.

Il est surprenant de constater que les antécédents de traumatismes infantiles sont rarement pris en compte dans les études concernant le lien entre l'attachement et les comportements suicidaires. En effet, ces traumatismes ont des conséquences en termes de risque suicidaire et en termes d'organisation de l'attachement.

Dans le cas clinique, nous avons procédé en deux temps. Une première partie était consacrée à la présentation de la situation clinique. La deuxième partie constitue une relecture du cas clinique avec le prisme de la théorie de l'attachement. Il en ressort que le style d'attachement de la patiente s'exprime de façon diffuse, imprégnant les différents types de relations, y compris la relation thérapeutique.

Chez notre patiente, on a pu observer que les tentatives de suicide ont eu lieu dans un contexte de rupture de lien d'attachement. Dans les deux cas, de façon remarquable, la

perception de l'évènement (rupture du lien) correspond à la dimension anxiété de l'attachement mais la stratégie comportementale mise en place est celle de l'évitement conduisant aux comportements suicidaires. Enfin, on souligne, chez notre patiente, l'existence de négligence émotionnelle dans l'enfance.

Compte tenu du peu d'études relative à notre sujet incluant les traumatismes infantiles, il nous a paru intéressant d'initier une étude dont l'objectif est de chercher à établir l'existence d'une corrélation entre style d'attachement et antécédents de tentative de suicide en prenant en compte les antécédents de négligence ou abus sur les plans émotionnel, physique et sexuel.

ANNEXES

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude		Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	dimensionnelle	I	S	TS	dimension ou catégorie associée		
Journal of affective disorders	Attachment and social adjustment: relationship to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study	Grunebaum	136	Adult Attachment Scale		X	prospective		X		Dimension évitement corrélée positivement avec les tentatives de suicide ultérieures sur l'année après ajustement sur les antécédents de tentative de suicide Dimension évitement corrélée positivement avec les idées suicidaires au bout de 3 mois de suivi mais pas au bout d'un an	Trouble bipolaire, Trouble lié à l'usage de substance, trouble du comportement alimentaire sur la dernière année, électroconvulsivothérapie sur les 6 derniers mois, antécédent de traumatisme crânien, pathologie neurologique, pathologie médicale non stabilisée
Procedia Social and Behavioral Sciences	The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, Iran	Ozouni-Davaji	125	Adult Attachment Questioner	X		transversale		X		Attachement évitant et préoccupé corrélé positivement aux tentatives de suicide Attachement sécure corrélé négativement aux idées suicidaires	Population générale (étudiants iraniens)
Acta Psychiatrica Scandinavica	The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour	Lizardi	524	Adult Attachment Scale		X	transversale			X	Dimension anxiété corrélée positivement aux antécédents de tentative de suicide avec ajustement sur ajustement social global	Trouble lié à l'usage d'une substance, pathologie neurologique, pathologie médicale non stabilisée

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS		
These d'université Liberty Lynchburg, Virginia	Insecure attachment, self discrepancy, and suicidal tendency in a sample of Korean and Korean American: a path model of suicide	Yoo	229	Experiences in Close Relationship Scale short-form		X	transversale	X	Dimension anxiété et évitement sont corrélées positivement aux idées suicidaires	Coréens âgés de plus de 20 ans qui ont recours aux services sociaux et aux services de soins en santé mentale	non renseigné
Psychiatry Research	What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment	Nagra	323	Relationship Questionnaire	X		transversale	X	Attachement craintif et évitant corrélés positivement aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide confondues. La corrélation reste significative seulement pour l'attachement évitant après ajustement sur l'existence d'une pathologie psychiatrique, la gestion des émotions, le support social, l'auto compassion. Attachement sécure corrélé négativement aux idées suicidaires et tentatives de suicide confondues.	Population avec antécédent d'autoagression (site web et forum) souffrant de différents troubles rapportés par les patients (104 EDC, 28 troubles anxieux, 6 trouble psychotique, 26 troubles de la personnalité, 19 trouble bipolaire et 23 "autres diagnostics")	non renseigné
Journal of affective disorders	Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders	Aaltonen	221	Experiences in Close Relationships revised questionnaire		X	transversale	X	Dimension anxiété corrélée positivement aux idées suicidaires, aux antécédents de tentative de suicide unique et aux antécédents de tentatives de suicide multiples. Corrélation non significative en analyse multivariée intégrant d'autres facteurs de risques suicidaires (âge, sexe, nature du trouble de l'humeur, trouble lié à l'usage de l'alcool et trouble de la personnalité borderline, antécédents d'abus physique dans l'enfance)	Trouble de l'humeur dépressif (183), trouble bipolaire (99), dysthymie(5), trouble lié à l'usage de l'alcool (64), trouble de la personnalité borderline(60) d'après l'évaluation du médecin traitant et d'après les critères de la CIM 10. Pas de précision concernant état thymique actuel.	Retard mental, trouble neurodégénératif, compétences linguistiques limitées, troubles anxieux et trouble du comportement alimentaire

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion	
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS			
Journal of college counseling	Attachment pattern, Reasons for living, and suicide risk among college students	Buelow	163	Attachment and Object Relations Inventory		X	transversal		X	Attachement sécure corrélé négativement aux idées suicidaires	Population générale (étudiants universitaires)	
Journal of cognitive behavioral psychotherapy and research	Comparison of childhood traumatic experience and attachment styles among patients who attempt suicide with drugs and the healthy control group	Onen	160	Relationship scales questionnaire	X		transversal		X	Corrélation positive entre le style d'attachement craintif et les antécédents de tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire Pas de corrélation entre les styles d'attachement et les tentatives de suicide récidivantes	Personnes reçues aux urgences d'un hôpital pour TS par IMV(76) sans précision sur le diagnostic clinique versus groupe témoin (sans trouble mental d'après les critères du DSM V ni antécédent d'idée ou de tentative de suicide)	Trouble psychotique aigu, retard mental et compétences linguistiques limitées
Cognitive therapeutic research	Adult Attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients	Gormley	109	Les auteurs ne nomment pas explicitement l'échelle d'évaluation de l'attachement (échelle élaborée par les auteurs)		X	transversal		X	Dimension anxiété corrélée positivement aux antécédents de tentatives de suicide. Corrélation non significative après ajustement sur la symptomatologie dépressive.	Patients hospitalisée en hôpital psychiatrique sans précision sur le motif d'hospitalisation souffrant de différentes pathologies d'après les critères du DSM IV : schizophrénie psychotique (13%), trouble bipolaire (11%), trouble dépressif (43%), trouble lié à l'usage de substances (37%), trouble de personnalité (13%), trouble de l'adaptation (11%), autres troubles (7%)	Démence

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats: dimension ou catégorie associée		Description de la population	Critères d'exclusion	
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS			
Journal of crisis Intervention and suicide Prevention	Attachment Organization in Suicide Prevention Research : preliminary findings and future directions in a sample of inpatient adolescents	Venta	194	Child attachment interview	X		transversale			Pas de corrélation entre les différents styles d'attachement et les antécédents de tentatives de suicide sur la vie entière ou les idées suicidaires sur l'année précédente après ajustement sur le diagnostic clinique (trouble externalisé, trouble internalisé)	Adolescents hospitalisés en service de pédopsychiatrie souffrant de différents troubles d'après les critères du DSM IV : trouble dépressif majeur (38,7%), trouble obsessionnel compulsif (24,7%), trouble opposition avec provocation (22,2%), autres troubles non précisés	Trouble psychotique et retard mental
Suicide and life threatening behaviour	Attachment patterns in medically serious suicide attempts: the mediating role of self disclosure and loneliness	Levi-Belz	102	Experiences in Close Relationships Scale		X	transversale	X		Dimensions anxieuses et évitement de l'attachement corrélées aux antécédents de tentatives de suicide graves et dimension évitement corrélée à l'intentionnalité suicidaire.	Personnes souffrant d'après les critères du DSM IV de trouble de l'humeur (60), de trouble psychotique sans composante thyroïdienne (30) et d'autres pathologies non précisées	non renseigné
Journal of crisis Intervention and suicide Prevention	Insecure attachment and suicidal behaviour in adolescents	Sheftall	80	Experiences in Close Relationships Scale		X	transversale	X		Dimension anxieuse et évitement corrélées positivement aux antécédents de tentatives de suicide. Seule la corrélation avec la dimension évitement reste significative après ajustement sur l'intensité de la symptomatologie dépressive et l'alliance familiale	80 adolescents entre 13 et 18 ans qui se présentent en clinique de santé comportementale ou aux urgences pédiatriques générales dont 40 adolescents avec antécédent de tentative de suicide et 40 sans antécédent de tentative de suicide. Pas de renseignements concernant les pathologies mentales dont souffrent les adolescents.	Comportement auto agressif sans intentionnalité suicidaire, Quotient intellectuel <70, enfants placés en dehors du domicile familial, enfants ne parlant pas anglais (données trouvées dans une étude précédemment publiée par le même auteur)

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS		
Suicide and life threatening behaviour	The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviours	Stepp	406	Les auteurs ne nomment pas explicitement l'échelle d'évaluation de l'attachement (échelle élaborée par les auteurs)		X	transversale			Population hétérogène regroupant population générale et personnes souffrant de trouble psychiatrique d'après les critères du DSM : trouble de l'humeur (68,2%), troubles anxieux (41,9%), trouble lié à l'usage de l'alcool et de médicaments (48,3%), trouble du comportement alimentaire (4,9%), trouble somatoforme (5,4%), autres troubles (7,6%)	Trouble psychotique, trouble mental d'origine organique, retard mental, pathologie du système nerveux
Psychiatry Research	Attachment style and suicide behaviours in high risk psychiatric inpatients following hospital discharge : the mediating role of entrapment	Shuang Li	85	Relationship scales questionnaire	X		longitudinale	X	Dimension anxiété corrélée positivement aux antécédents de tentatives de suicide	Personnes hospitalisées pour risque suicidaire élevé avec différentes pathologies: trouble du spectre psychotique (7), trouble du spectre bipolaire (10), trouble dépressif unipolaire (42), et autres troubles comprenant troubles anxieux, trouble de la personnalité, trouble induit par une substance, trouble de l'adaptation (26)	Limitations cognitives ou linguistiques, pathologie neurologique ou générale significative interférant avec la participation à l'étude

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure	Type d'étude	Résultats: dimension ou catégorie associée		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel		IS	TS		
Journal of affective disorders	Functional domains as correlates of suicidality among psychiatric inpatients	Yaseen	135	Relationship Questionnaire the fearful subscale	X	transversale	X	X	Patients hospitalisés pour risque suicidaire élevé, souffrant de pathologies différentes d'après les critères DSM: troubles psychotiques (16), trouble bipolaire (18), trouble de l'humeur dépressif (59) et autres troubles comprenant principalement des troubles de l'humeur non spécifié et des troubles de l'adaptation (42)	Personnes sans domicile fixe, isolées sur le plan social, présence d'un retard mental, de troubles cognitifs, d'une limitation linguistique, d'une maladie neurologique ou médicale significative et de troubles du comportement qui pourraient interférer avec la participation à l'étude
Journal of clinical psychology	The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse	Smith	106	Experiences in Close Relationships Scale	X	transversale	X		Femmes présentant un épisode dépressif caractérisé d'après le DSM IV et des antécédents d'abus sexuel. Parmi les patientes incluses, 34% présentent un trouble de la personnalité borderline comorbide	Trouble psychotique actuel, diagnostic de schizophrénie, trouble bipolaire, retard mental et trouble lié à l'usage de substances
Death studies	Suicidality, problem-solving skills, attachment style, and hopelessness in Turkish students	Zeyrek	180	Relationship Questionnaire	X	transversale	X		Etudiants universitaires en Turquie dont 10% ont suivi une psychothérapie ou ont reçu un traitement médicamenteux et dont 3% ont un antécédent de tentative de suicide	non renseigné

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS		
Journal of consulting and clinical psychology	Expectant parents' representations of early attachment relationships: associations with mental health and family history	Riggs	233	Adult attachment interview	X		transversale	IS	TS	Couples de futurs parents (3ème trimestre de la première grossesse). Parmi cette population, 4 personnes rapportent un épisode dépressif caractérisé et 1 personne rapporte un trouble bipolaire	non renseigné
Journal of consulting and clinical psychology	Attachment Organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents	Adam	133	Adult attachment interview	X		transversale	X	X	Adolescents suivis en psychiatrie répartis en 2 groupes : avec antécédents de tentatives de suicide ou d' idées suicidaires sévères (69) et sans antécédent d'idée ou de tentative de suicide (64)	Trouble psychotique ou trouble neurologique
Journal of youth and adolescence	Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence	De jong	126	The Inventory of Parent and Peer Attachment (the mother, father and peer version)		indice de sécurité/insécurité	transversale	X	X	Etudiants universitaires répartis en 3 groupes : personnes avec antécédent d'idées suicidaires sévères ou de tentatives de suicide (42), personnes déprimées d'après le Depression Scale of the Brief Symptom Inventory mais sans histoire suicidaire (42) et groupe contrôle (42)	non renseigné

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	Dimensionnel		IS	TS		
Journal of adolescence	Suicidal ideation in a adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications	Lessard	104	Semi-structured Bartholomew interviews	X		transversale	X		Adolescents pris en charge en services de soins mentaux à Burnaby au Canada, sans précision sur leurs pathologies psychiatriques	Retard mental
Psychological Medicine	Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood	Fergusson	965	The Inventory of Parent and Peer Attachment			prospective	X	X	Population générale regroupant les personnes nées en 1977 à Christchurch en Nouvelle Zélande, dont 70 personnes ont un antécédent de tentative de suicide, 200 personnes ont un antécédent d'idées suicidaires et 695 personnes n'ont aucun antécédent d'idée suicidaire ou de tentative de suicide. Les pathologies diagnostiquées au sein de la population d'étude sont : le trouble dépressif, les troubles anxieux, les troubles des conduites et les troubles liés à l'usage de substances mais les auteurs ne précisent pas le nombre de personnes souffrant de chaque trouble. Les diagnostics psychiatriques sont posés à l'aide du Diagnostic Interview Schedule for Children et du Composite International Diagnostic Interview.	non renseigné

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	Dimensionnelle		IS	TS		
Journal of Health and Social Behavior	Collective efficacy, family attachment and urban adolescent suicide attempts	Maimon	990	Les auteurs ne nomment pas l'outil d'évaluation de l'attachement	ni	Dimensionnelle	transversale			Adolescents âgés de 12 à 15 ans suivis entre 1994 et 1997, issus de la cohorte longitudinale Project on Human Development in Chicago Neighborhoods	non renseigné
Suicide and Life-threatening behavior	Suicide Crisis Syndrome Mediates the Relationship Between Long-term Risk Factors and Lifetime suicidal Phenomena	Cohen	207	Relationship Scales Questionnaire (fearful attachment scale)	X		transversal	X	X	Patients hospitalisés en psychiatrie repartis en 3 groupes (antécédent de tentative de suicide/ antécédent d'idée suicidaire sans tentative de suicide/ aucun antécédent suicidaire) et souffrant de pathologies distinctes d'après le DSM IV : schizophrénie (27), trouble bipolaire (66), trouble dépressif (62), trouble schizo affectif (38) et autres (8)	Trouble psychotique aigu ou épisode maniaque aigu et déficits cognitifs empêchant le consentement et la participation à l'étude
Psychiatry Research	Parental psychopathology, adult attachment and risk of 12-month suicidal behaviours	Boyd	569	Les auteurs ne nomment pas l'outil d'évaluation de l'attachement		X	transversal	X	X	Population issue de l'étude National comorbidity survey-replication souffrant de troubles psychiatriques mais sans précision sur le type de trouble	non renseigné

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS		
Attachment and Human Development	Adolescent Attachment Security, Family Functioning, and Suicide Attempts	Sheftall	236	Inventory of Parent and Peer Attachment	indice de sécurité/insécurité		transversal			Adolescents actuellement hospitalisés ou ayant été hospitalisés en service de psychiatrie. Les adolescents souffrent de différentes pathologies, diagnostiquées avec le K-SADS-PL : trouble dépressif majeur (83), trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (106), trouble des conduites (100), trouble anxieux (39), trouble bipolaire (20), trouble lié à l'usage de substances (50), trouble psychotique (20) et autres trouble (28)	Déficit intellectuel ou pathologie du système nerveux central
								X	Un niveau d'attachement parental bas est associé positivement aux antécédents de tentatives de suicide	244 parents souffrant d'épisode dépressif caractérisé d'après les critères du DSM IV(80% souffrent d'un trouble dépressif majeur et 20% d'un trouble bipolaire). Les comorbidités sont représentées par le trouble de la personnalité borderline (20%), le trouble anxieux (60%), le trouble lié à l'usage de l'alcool (47%). On retrouve des antécédents d'abus sexuel ou physique chez 62% de la population	
Journal of Clinical Psychiatry	Depressed parents' attachment : effects on offspring suicidal behavior in a longitudinal, family study	MacGregor	244	Adult Attachment Questionnaire		X	transversale		X	Les antécédents de tentatives de suicide sont associés à des scores élevés sur les 2 dimensions de l'attachement	non renseigné

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats:		Description de la population	Critères d'exclusion	
					Catégoriel	dimensionnel		IS	TS			dimension ou catégorie associée
Archives of Neuropsychiatry	Relationship of Suicidal Ideation and Behavior to Attachment Style in Patients with Major Depression	Ozer	122	Experiences in Close Relationships Scale	X	X	transversal	X	X	Aucune des 2 dimensions de l'attachement n'est corrélée aux antécédents de tentatives de suicide chez les patients déprimés. La dimension anxiété est corrélée positivement aux antécédents d'idées suicidaires	Trouble bipolaire, trouble psychotique, trouble dissociatif, trouble lié à l'usage de l'alcool ou de substances psychoactives ou usage le mois précédent, retard mental, trouble développemental envahissant, démence, trouble psychiatrique secondaire à une cause organique	
Journal of clinical child psychology	Suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients as associated with depression and attachment relationships	DiFilippo and Overholser	59	Inventory of Parent and Peer Attachment			transversale	X	X	Attachement à la mère et aux pairs corrélé négativement aux idées suicidaires. Corrélation non significative après ajustement sur la symptomatologie dépressive	Adolescents hospitalisés en service de psychiatrie pour une psychopathologie sévère avec risque d'auto ou d'hétéroagressivité. Les troubles retrouvés dans la population sont: épisode dépressif caractérisé ou dysthymie (58%), abus de substance (36%), trouble de l'adaptation (34%), trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites (20%) et trouble anxieux (20%)	Retard mental ou trouble psychotique

Revue	Titre	Auteur	N	Evaluation de l'attachement	type de mesure		Type d'étude	Résultats: dimension ou catégorie associée		Description de la population	Critères d'exclusion
					catégoriel	dimensionnel		IS	TS		
Canadian journal of psychiatry	Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents	West	187	Adolescent attachment questionnaire	X		transversale	X	<p>X</p> <p>IS et TS sans distinction</p>	<p>Adolescents pris en charge en psychiatrie en hospitalisation ou en ambulatoire dans 3 villes canadiennes. La population est répartie en 2 groupes : avec antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide (101) et 86 contrôles sains. Pas de renseignement sur les diagnostics psychiatriques</p> <p>Trouble psychotique actuel, trouble cérébral organique, retard mental, pathologie physique significative</p>	
The Journal of Nervous and Mental Disease, Juil 2013	The Association Between Adult Attachment Style, Mental Disorders, and Suicidality	Palitsky	5692	Echelle d'évaluation non nommée mais sa description fait évoquer l'Attachment Style Questionnaire			transversale	X	<p>L'attachement préoccupé et l'attachement évitant sont corrélés positivement aux antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. L'attachement sûr est corrélé négativement aux antécédents de tentative de suicide</p>	<p>5692 adultes inclus dans l'étude US National Comorbidity Survey. La population d'étude comprend toutes les personnes de l'US National Comorbidity Survey présentant un trouble mental actuel ou passé et un sous-échantillon de ceux qui n'ont pas de trouble mental. Les troubles psychiatriques sont évalués avec le WHO WMH-CIDI</p> <p>Personnes institutionnalisées</p>	

BIBLIOGRAPHIE

1. Prior V, Glaser D. Comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement: théorie, preuve et pratique. Bruxelles: De Boeck; 2010.
2. Guédeney N, Guédeney A, Fonagy P. L'attachement: approche théorique : du bébé à la personne âgée. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
3. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988. 205 p.
4. Zigante F. Compte-rendu de congrès. 2006;18:14.
5. Morange M. Darwin dans l'histoire de la pensée. Transversalités. 2010;114(2):111.
6. Lambert N, Lotstra F. L'attachement. De Konrad Lorenz à Larry Young : de l'éthologie à la neurobiologie. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux. 2005;35(2):83.
7. Pierrehumbert B. L'attachement, de la théorie à la clinique. Erès 2012.
8. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse [Internet]. Paris: Presses universitaires de France; 1984 [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/11412885.html>
9. Freud S, Jankélévitch S. Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot & Rivages; 2015.
10. Cassidy J, éditeur. Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications. 2. ed. New York, NY: Guilford Press; 2008. 1020 p.
11. Darwin C, Ekman P. The expression of the emotions in man and animals. 4th ed., 200th anniversary ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009. 470 p.
12. Encyclopedie Universalis. "L'attachement à l'objet maternel" Edition 1984
13. Cyrulnik B. Sous le signe du lien: une histoire naturelle de l'attachement. 2016.
14. Croall J. Neill of Summerhill: the permanent rebel. 2013.
15. Karen R. Becoming attached: first relationships and how they shape our capacity to love. New York: Oxford University Press; 1998. 498 p.
16. Milton S. Interview de Bowlby par with Milton Senn. The Online Journal of the American Association for Psychoanalysis in Clinical Social Work "Beyond the Couch". 2007. Disponible sur: <http://archive.is/f0GrH>
17. Prest D. Evacuees in World War Two - the True Story. BBC. Disponible sur http://www.bbc.co.uk/history/british/britain_wwtwo/evacuees_01.shtml

18. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 2007;19(2):151.
19. Dayan J. Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Unité de psychiatrie périnatale, CHU de Caen. Équipe mixte de recherche E0218 Inserm - EPHE - Université de Caen. Laboratoire de neuropsychologie.
20. Archive national UK. The welfare state. Disponible sur: http://www.nationalarchives.gov.uk/pathways/citizenship/brave_new_world/welfare.htm#top.
21. Beveridge W. The Beveridge Report. Collection digitallibraryindia. Disponible sur: https://archive.org/stream/in.ernet.dli.2015.275849/2015.275849.The-Beveridge_djvu.txt.
22. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health: A Report Prepared on Behalf of the World Health Organization as a Contribution to the United Nations Programme for the Welfare of Homeless Children. Organization; 1952.
23. David M, Cartry J. Une conversation avec Myriam David. Des carences précoces au placement familial. In: Prendre soin de l'enfance [Internet]. ERES; 2014 [cité 20 févr 2019]. p. 17. Disponible sur: <http://www.cairn.info/prendre-soin-de-l-enfance--9782749242552-page-17.htm>
24. NHS. Disponible sur: <https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/who-we-are/history/>.
25. Salter Ainsworth MD. Models Of Achievement: Reflections Of Eminent Women In Psychology. 1983. Disponible sur: file:///C:/Users/Madeleine/Desktop/mda_autobio.pdf
26. Harlow Harry F. The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685. 1958. Disponible sur: <http://psychclassics.yorku.ca/Harlow/love.htm>
27. Hommage à Myriam David. *Enfances Psy*. 2005;27(2):127.
28. Guedeney A. Myriam David : la pionnière discrète. *Devenir*. 2006;18(2):93.
29. Sroufe LA. Attachment as an Organizational Construct. :17.
30. Nobel prize of physiologie or médecine. Disponible: <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/>.
31. Pierrehumbert B. Le colloque imaginaire : une génération plus tard. *Enfance*. 1998;51(3):3-12.
32. Leary MR, Hoyle RH, éditeurs. Handbook of individual differences in social behavior. New York: Guilford Press; 2009. 624 p.
33. Main M. Mary D. Salter ainsworth: Tribute and portrait. *Psychoanal Inq*. janv 1999;19(5):682-736.

34. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1985;50(1/2):66.
35. Lafontaine M-F, Lussier Y. Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport.* 2003;35(1):56-60.
36. Zietlow A-L, Nonnenmacher N, Reck C, Mueller M, Herpertz SC, Neukel C, et al. Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women. *Arch Womens Ment Health.* 2017;20(4):477-86.
37. Sroufe LA. Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Dev.* févr 1985;56(1):1-14.
38. Main M. De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance.* 1998;51(3):13-27.
39. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* févr 2012;11(1):11-5.
40. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. 2015 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/11140751>
41. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale.* avr 2005;31(2):182-94.
42. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry.* nov 2006;163(11):1905-17.
43. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* févr 2008;166(1):63-70.
44. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry.* sept 2001;58(9):844-50.
45. Bourgeois ML, Gay C, Henry C, Masson M. Les troubles bipolaires [Internet]. Cachan (14, rue de Provigny 94236): Lavoisier; 2014 [cité 9 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires-9782257205650.htm>
46. Merikangas KR, Jin R, He J-P, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry.* mars 2011;68(3):241-51.
47. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord.* févr 2010;12(1):1-9.

48. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health Nations Health*. juill 1959;49(7):888-99.
49. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 4 nov 2004;4:37.
50. Mallet L. AFPBN–Traitement du trouble conduite suicidaire. *Eur Psychiatry*. nov 2015;30(8):S68.
51. Courtet P, Sénèque M, Olié É. Le DSM-5 prend en compte les conduites suicidaires :4.
52. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. oct 2003;4(10):819-28.
53. Isometsä E. Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why? *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mars 2014;59(3):120-30.
54. World Health Organization. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015.
55. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult Attachment Style and Suicidality. *Psychiatr Danub*. sept 2017;29(3):250-9.
56. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J Affect Disord*. juin 2010;123(1-3):123-30.
57. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J, et al. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour: Social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. oct 2011;124(4):295-300.
58. Aaltonen K, Näätänen P, Heikkinen M, Koivisto M, Baryshnikov I, Karpov B, et al. Differences and similarities of risk factors for suicidal ideation and attempts among patients with depressive or bipolar disorders. *J Affect Disord*. mars 2016;193:318-30.
59. MacGregor EK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, Melhem N, Burke AK, Brent DA, et al. Depressed Parents' Attachment: Effects on Offspring Suicidal Behavior in a Longitudinal Family Study. *J Clin Psychiatry*. 26 août 2014;75(08):879-85.
60. Ozer U, Yildirim EA, Erkoc SN. Relationship of Suicidal Ideation and Behavior to Attachment Style in Patients with Major Depression. *Noro Psikiyatri Arsivi*. 17 sept 2015;52(3):283-8.
61. Levi-Belz Y, Gvion Y, Horesh N, Apter A. Attachment Patterns in Medically Serious Suicide Attempts: The Mediating Role of Self-Disclosure and Loneliness. *Suicide Life Threat Behav*. mai 2013;n/a-n/a.

62. Gormley B, McNeil DE. Adult Attachment Orientations, Depressive Symptoms, Anger, and Self-Directed Aggression by Psychiatric Patients. *Cogn Ther Res.* juin 2010;34(3):272-81.
63. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The Role of Attachment Styles and Interpersonal Problems in Suicide-Related Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* oct 2008;38(5):592-607.
64. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attach Hum Dev.* 26 mai 2013;15(4):368-83.
65. DiFilippo JM, Overholser JC. Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients as Associated With Depression and Attachment Relationships. *J Clin Child Psychol.* mai 2000;29(2):155-66.
66. Sheftall AH, Schoppe-Sullivan SJ, Bridge JA. Insecure Attachment and Suicidal Behavior in Adolescents. *Crisis.* nov 2014;35(6):426-30.
67. Yoo JJ. Insecure Attachment, Self-discrepancy, and suicidal tendency in a sample of Korean and Korean-American.
68. Boyda D, Feeters DM, Dhingra K, Galbraith N, Hinton D. Parental psychopathology, adult attachment and risk of 12-month suicidal behaviours. *Psychiatry Res.* févr 2018;260:272-8.
69. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* janv 2000;30(1):23-39.
70. Maimon D, Browning CR, Brooks-Gunn J. Collective Efficacy, Family Attachment, and Urban Adolescent Suicide Attempts. *J Health Soc Behav.* 2010;51(3):307-24.
71. De Jong ML. Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *J Youth Adolesc.* juin 1992;21(3):357-73.
72. Buelow G, Schreiber R, Range LM. Attachment Pattern, Reasons for Living, and Suicide Risk Among College Students. *J Coll Couns.* mars 2000;3(1):29-35.
73. Li S, Galynker II, Briggs J, Duffy M, Frechette-Hagan A, Kim H-J, et al. Attachment style and suicide behaviors in high risk psychiatric inpatients following hospital discharge: The mediating role of entrapment. *Psychiatry Res.* nov 2017;257:309-14.
74. Yaseen ZS, Kopeykina I, Gutkovich Z, Bassirnia A, Cohen LJ, Galynker II. Predictive Validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for Post-Discharge Suicide Attempt in High-Risk Psychiatric Inpatients. Hashimoto K, éditeur. *PLoS ONE.* 21 janv 2014;9(1):e86768.
75. Venta A, Sharp C. Attachment Organization in Suicide Prevention Research: Preliminary Findings and Future Directions in a Sample of Inpatient Adolescents. *Crisis.* janv 2014;35(1):60-6.

76. Nagra GS, Lin A, Upthegrove R. What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Res.* juill 2016;241:78-82.
77. Önen S, Inel A, Kanat B, Taymur İ, Budak E, Eraybay S. Comparison of Childhood Traumatic Experience and Attachment Styles among Patients in Suicide Attempts with Drugs and the Healthy Control Group. *J Cogn-Behav Psychother Res.* 2017;1.
78. Adam KS, Sheldon-Keller AE, West M. Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J Consult Clin Psychol.* avr 1996;64(2):264-72.
79. Lessard JC, Moretti MM. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications. *J Adolesc.* août 1998;21(4):383-95.
80. West ML, Spreng SW, Rose SM, Adam KS. Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* août 1999;44(6):578-82.
81. Davaji RBO, Valizadeh S, Nikamal M. The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen students, Iran. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2010;5:1190-4.
82. Riggs SA, Jacobvitz D. Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(1):195-204.
83. Palitsky D, Mota N, Afifi TO, Downs AC, Sareen J. The Association Between Adult Attachment Style, Mental Disorders, and Suicidality: Findings From a Population-Based Study. *J Nerv Ment Dis.* juill 2013;201(7):579-86.
84. Zeyrek EY, Gençöz F, Bergman Y, Lester D. Suicidality, Problem-Solving Skills, Attachment Style, and Hopelessness in Turkish Students. *Death Stud.* 18 sept 2009;33(9):815-27.
85. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry.* 15 mai 1996;39(10):896-9.
86. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry.* juin 1993;150(6):935-40.
87. Kazdin AE, Kraemer HC, Kessler RC, Kupfer DJ, Offord DR. Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clin Psychol Rev.* 1997;17(4):375-406.
88. Smith PN, Gamble SA, Cort NA, Ward EA, Conwell Y, Talbot NL. The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse. *J Clin Psychol.* janv 2012;68(1):78-87.

89. Beautrais AL. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):1-11.
90. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry.* févr 2005;39(1-2):95-100.
91. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med.* juill 2001;31(5):837-45.
92. Giner L, Jausseut I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, et al. Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide? *J Clin Psychiatry.* mars 2014;75(3):e191-197.
93. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. Tomlinson M, éditeur. *PLoS Med.* 27 nov 2012;9(11):e1001349.
94. Mistycki V, Guedeney N. Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Rech Soins Infirm.* 2007;89(2):43.
95. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* févr 1996;64(1):22-31.
96. Montreuil M, Roland R, Jouvent J, Carton S, Bungener C, Widlöcher D. Parallel Visual Information Processing Test. *Psychother Psychosom.* 1991;56(4):212-9.
97. Jouanne C. L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes.* 2006;12(3):193.
98. Simpson JA, Rholes WS, éditeurs. Attachment theory and research: new directions and emerging themes. New York: The Guilford Press; 2015. 452 p.
99. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* févr 1960;23:56-62.
100. Sharp R. The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occup Med.* juin 2015;65(4):340-340.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) 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 ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Le suicide représente un problème majeur de santé publique. Le trouble de l'humeur est la principale pathologie associée au suicide, aggravant le pronostic de ce trouble. Dans la prise en charge des patients souffrant de trouble de l'humeur, la prévention du risque suicidaire est donc un enjeu central. Le manque de soutien social est un facteur de risque suicidaire modifiable qui pourrait faire l'objet d'une prise en charge spécifique. Or la capacité d'une personne adulte à solliciter l'aide auprès de son entourage ou auprès des services de soins est influencée par son style d'attachement, lui-même déterminé par la qualité des interactions précoces dans la petite enfance. Nous nous sommes alors intéressés aux éventuelles implications du style d'attachement sur le risque suicidaire.

Nous avons mené une revue de la littérature sur le lien entre style d'attachement et conduites suicidaires. En utilisant les mots clefs « attachment and suicide » nous avons inclus les articles répertoriés dans les bases de données PubMed et PsycInfo, publiés entre Janvier 1992 et Janvier 2018, en français ou en anglais, dont l'objectif était de chercher une relation statistique entre styles d'attachement et conduites suicidaires. Parmi les articles retenus, 4 études comparaient des patients suicidants et non suicidants, ce qui nous a permis de réaliser une méta-analyse.

Au total, 31 articles ont été retenus. La plupart des études retrouvent un lien entre l'organisation de l'attachement et les comportements suicidaires. Un attachement insécuré est corrélé positivement aux comportements suicidaires. L'étude avec le meilleur niveau de preuve montre une corrélation entre la dimension « évitement » de l'attachement et les tentatives de suicide ultérieures sur une année. D'après la méta-analyse que nous avons menée, les patients avec antécédent de tentatives de suicide avaient significativement des scores plus élevés que les témoins, à la fois sur la dimension « anxiété » et sur la dimension « évitement » de l'attachement. Peu d'étude prennent en compte les antécédents de traumatismes infantiles, pourtant corrélés à la fois à l'attachement et au risque suicidaire. C'est pourquoi, nous avons réalisé une étude dont l'objectif principal est d'examiner l'association entre la dimension évitement de l'attachement et les antécédents de tentative de suicide, indépendamment des traumatismes infantiles.

Nous présentons aussi un cas clinique afin d'illustrer l'intrication entre qualité de l'attachement et vulnérabilité suicidaire.

MOTS-CLEFS : Attachement, Conduites suicidaires, Adulte, Trouble de l'humeur