



HAL
open science

Intérêt de l'IAT (implicit association test) dans l'évaluation du risque suicidaire : réflexion à partir d'une étude préliminaire

Jérôme Thilliez

► To cite this version:

Jérôme Thilliez. Intérêt de l'IAT (implicit association test) dans l'évaluation du risque suicidaire : réflexion à partir d'une étude préliminaire. Psychiatrie et santé mentale. 2019. dumas-02362737

HAL Id: dumas-02362737

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02362737v1>

Submitted on 14 Nov 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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2019

NUMERO : 2019-99



**INTERET DE L'IAT (IMPLICIT ASSOCIATION TEST) DANS
L'EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE
REFLEXION A PARTIR D'UNE ETUDE PRELIMINAIRE**

THESE

POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 12 SEPTEMBRE 2019

PAR JEROME THILLIEZ

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean Daniel LALAU
Monsieur le Professeur Jean Marc GUILLE
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Virginie MARECHAL

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2019

NUMERO : 2019-99



**INTERET DE L'IAT (IMPLICIT ASSOCIATION TEST) DANS
L'EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE
REFLEXION A PARTIR D'UNE ETUDE PRELIMINAIRE**

THESE

POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 12 SEPTEMBRE 2019

PAR JEROME THILLIEZ

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean Daniel LALAU
Monsieur le Professeur Jean Marc GUILLE
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Virginie MARECHAL

Intérêt de l'IAT (Implicit Association Test) dans l'évaluation du risque suicidaire : Réflexion à partir d'une étude préliminaire

Résumé :

Introduction : L'évaluation du risque suicidaire est un processus complexe. Nous avons utilisé un test d'associations implicites : une tâche qui mesure les temps de réaction pour classer des mots en lien avec « moi » et « mort » et nous avons comparé ces résultats à des mesures explicites en lien avec le risque suicidaire.

Matériel et méthodes : Nous avons inclus 13 patients sans idée suicidaire, 16 patients avec idées suicidaires et 13 patients avec idées suicidaires et ayant réalisé une tentative de suicide dans les 72h précédant l'inclusion.

Résultats : L'analyse révèle une large différence significative entre les groupes : le groupe sans idée suicidaire ayant un score négatif au test d'associations implicites alors que les 2 groupes avec idées suicidaires ont un score positif. L'étude ne montre cependant pas de corrélation entre le score au test d'associations implicites et la plupart des mesures explicites. Ces mesures explicites diffèrent entre patients suicidaires et patients non suicidaires.

Conclusion : Le test d'associations implicites entre « moi » et « mort » permet de différencier les patients avec des idées suicidaires des patients sans idées suicidaires, malgré la présence d'une tentative de suicide récente.

Mots-clés : psychiatrie, suicide, idéation suicidaire, évaluation du risque suicidaire, test d'associations implicites, mesures explicites

Benefit of the IAT (Implicit Association Test) in the suicidal risk assessment : Reflection from a preliminary study

Abstract

Introduction : Suicidal risk assessment is a complex process. We used implicit association test : a task that measures reaction times to classify words related to « myself » and « death » and we compared these results to explicit measures related to suicidal risk.

Methods : We included 13 patients without suicidal ideation, 16 patients with suicidal ideation and 13 patients with suicidal ideation who had attempted suicide within 72 hours prior to the inclusion

Results : The analysis reveals a large difference between the groups : the group without a suicidal idea has a negative score on the implicit association test while the 2 groups with suicidal ideation have a positive score. However, the study does not show a correlation between the implicit association test score and most explicit measures. These explicit measures differ between suicidal and non-suicidal patients

Conclusion : The implicit association test between "me" and "death" makes it possible to differentiate patients with suicidal ideation from patients without suicidal ideation, despite the presence of a recent suicide attempt.

Keywords : psychiatry, suicide, suicidal ideation, suicide risk assessment, implicit association test, explicit measures

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Psychiatrie Adultes)
Chef du Service de Psychiatrie et d'Addictologie de Liaison

A vous qui m'avez fait le grand honneur de présider ce jury,
A vous qui m'avez guidé et conseillé dans la réalisation de mes travaux,
A vous qui m'avez accordé votre confiance pour mon avenir professionnel,
Je vous exprime ici mon plus profond respect et mes respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Nutrition)
Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Vous m'avez fait l'honneur de porter un intérêt à mon travail,
Pour avoir accepté de juger ce dernier,
Je vous adresse l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent
Coordonnateur du DES de psychiatrie

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury,
Vous avez pris le temps d'organiser l'enseignement de notre DES,
Cette année encore celui de juger mon travail,
Soyez assuré de l'expression de toute ma gratitude.

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine légale et droit de la santé)
Service de Médecine Légale et Sociale
Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Pour avoir participé à ce jury qui juge mon travail,
Pour les précieux cours et conseils en médecine légale que vous m'avez prodigués pendant
l'internat,
Je vous adresse ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Virginie MARECHAL
Praticien hospitalier
(Psychiatrie adulte)
Service de Psychiatrie et d'Addictologie de Liaison

Pour tes précieux conseils tout au long de mon internat,
Pour la confiance que tu m'as accordée dans mon travail,
Pour ta bonne humeur et ta disponibilité au quotidien,
Je t'adresse mes plus sincères remerciements et mon profond respect,
Je pense être devenu un meilleur psychiatre grâce à toi.

Je dédie ce travail

A ma mère : Maman (VIRGULE !!) tu m'as accompagné et soutenu tout au long de ma vie et de mes études. Je n'en serais jamais arrivé là sans ta patience, ton amour et ton dévouement pour moi.

Je sais que les différentes relectures orthographiques de ma thèse ont été à l'image de mes études : longues et compliquées. J'espère que cette soutenance sera plus claire et qu'elle te rendra fier ! Ce travail t'est dédié. Merci pour tout.

A mon père : Papa, ce fut une année compliquée et pleine de soucis de santé. J'espère que cette soutenance marquera une nouvelle période plus sereine. Encore merci pour ton accueil et ton soutien dans la dernière ligne droite de l'écriture de cette thèse.

A Perrine et Gaëlle : Chères grandes sœurs, nous y voilà ! Votre « petit » frère est enfin grand et il paraît même que l'an prochain je pourrai enlever le « A » sur ma voiture !

A Aymeric : La thèse... C'est bon ! L'enfance tisse des liens inaltérables et je pense que nous en sommes un bon exemple. Te savoir présent aujourd'hui à cette soutenance m'emplit de joie et savoir que je pourrai toujours compter sur toi me permet d'avancer. Merci à toi, mon ami, mon frère.

A Mathieu : Une décennie déjà, à « chercher à chaque jour de la publicité ». Et pourtant je garde en mémoire tous les excellents moments que nous avons passés ensemble. J'ai de la chance de pouvoir dire que tu es un vrai ami. J'espère que les décennies à venir seront aussi belles et pleines de moments de complicité. Merci d'être là.

A Aurélien : En dix ans j'ai toujours pu compter sur toi (enfin sauf pour une sombre affaire de matelas gonflable mais bon apparemment il n'y aurait pas de témoin). Du coup, j'espère que tu ne hurleras pas « veto » durant cette soutenance ! Merci pour ton amitié.

A Quentin : Après tant d'années de discussions passionnées sur tout et rien (enfin surtout sur rien) et d'écoutes de tes chansons magnifiques et improvisées (enfin surtout improvisées), j'ai maintenant hâte de lire ta préface mon ami ! Merci d'être toi.

A Guillaume : A toi qui t'appelles Saquet et qui pourtant ne fumes pas d'herbe à pipe, je souhaite t'adresser ces quelques mots, en l'honneur de nos moments de rigolades, de complicité, de jeux, de prises de becs, bref d'amitié. Je suis très heureux que tu sois là.

A Hélène : J'ai hésité à imprimer cette thèse en rouge Twingo en ton honneur, finalement je me suis retenu. Je ne suis pas certain que ça soit du goût de tout le monde et certainement pas de celui de la brigade du 1^{er} degré.

A Sandra : Un an et demi passé à me supporter à l'hôpital et pourtant tu es toujours de bonne humeur ! Tu es définitivement la personne avec laquelle j'ai pris le plus de plaisir à travailler. Savoir que cela va durer encore quelques années me comble de joie Dr MAKDASSA !

A Sofian : Très cher ami, l'année de stages que nous avons passée ensemble fut l'une des plus fun de ma vie ! Bien qu'il me soit difficile de te soutenir quand tu dis être LE mètre/maître étalon de la mode et du bon goût, je dois bien admettre que tu mérites largement le titre de Drama Queen de la décennie (grâce à toi je viens de placer Drama Queen dans une thèse) !

A Victoria et Alexandre : Mme la Présidente, M. le Président à la retraite, merci pour ces belles années dans l'APIP. Malgré l'adversité, je pense que nous avons réussi à faire de belles choses, ensemble, pour l'association et pour nos co-internes. J'espère que votre dévouement restera aussi fort dans les années à venir. Veuillez agréer... Des bisous !

A toute l'équipe du Service de Psychiatrie et d'Addictologie de Liaison :

A Cécile, merci pour tous tes conseils et avis qui m'ont aidé à grandir. J'ai hâte que le DSM 6 sorte pour que tu puisses me refaire 2-3 tours de diagnostics !

A Sophie, merci d'avoir partagé ta passion et ton expérience avec moi. Et surtout merci de ne pas avoir abandonné l'idée de m'enseigner la mesure et la diplomatie dans notre pratique.

A Isabelle, merci pour nos fous rires et tous nos moments de complicité.

A Dominique, merci d'avoir reconnu mes immenses talents de dessinateur.

A Dorothee, merci pour ta bonne humeur. Discuter et travailler avec toi est toujours un réel plaisir.

A Christine, merci pour ta gentillesse et la justesse de tes conseils.

A Jérémy, merci pour ton aide théorique, intellectuelle et logistique dans la réalisation de ce travail. A toi grand vainqueur de la bataille contre le service informatique !

A Bernard, merci pour ton aide et tes précieux conseils au quotidien. J'ai hâte de travailler de nouveau avec toi.

A toute l'équipe de l'Unité d'Accueil et d'Orientation : « Tu sais que tu as travaillé à l'UAO quand tu sais que Richard WIDMARK mesurait 1m78 ». Chers amis, vous êtes trop nombreux pour que je puisse vous citer individuellement mais sachez que j'ai pris un réel plaisir à travailler avec chacun d'entre vous. L'équipe de l'UAO est unique parce qu'elle est soudée et que vous partagez tous le souci du travail bien fait, dans la bonne humeur. Je chéris ce semestre passé en votre compagnie et je suis plus qu'heureux de continuer à travailler avec vous. Merci pour tous ces excellents moments, en garde comme en journée.

A Vincent : Sans toi ce travail n'aurait jamais vu le jour. Un immense merci pour ton aide et tes conseils tout au long du projet.

A Monique, mes pensées vont vers elle en ce jour.

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	15
A.	Définitions.....	15
B.	Contexte.....	15
C.	Modélisation de l'idéation suicidaire.....	16
D.	L'évaluation clinique du risque suicidaire.....	17
E.	Les tests d'associations implicites dans la littérature.....	18
F.	Objectifs.....	21
II.	MATERIEL ET METHODES.....	23
A.	Population.....	23
B.	Déroulement de l'étude.....	24
C.	Echelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS).....	24
D.	Le test d'associations implicites.....	25
E.	Autres mesures explicites.....	27
F.	Analyses statistiques.....	28
III.	RESULTATS.....	29
A.	Analyses du D-Score en sous-groupes.....	29
B.	Recherche de corrélations entre D-Score et mesures explicites.....	31
C.	Analyses des échelles explicites entre les groupes.....	32
IV.	DISCUSSION.....	35
A.	Discussion à partir des résultats.....	35
B.	Limites.....	38
V.	CONCLUSION.....	41

VI. ANNEXES	43
A. Note d'information	43
B. Cahier d'observation	46
C. Echelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS)	50
D. Interpersonal Needs Questionnaire	53
E. Echelle de désespoir de Beck.....	54
F. Inventaire abrégé de dépression de Beck.....	55
G. Suicidal capacity VF	58
H. Echelle du Psymal	59
I. Echelle UPPS courte	60
VII. BIBLIOGRAPHIE	63
VIII. RESUMES	68

I. Introduction

A. Définitions

Le suicide du latin *suicidium*, terme composé du préfixe *sui*, « soi », et du verbe *caedere*, « tuer » est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie (1).

La tentative de suicide se définit comme un comportement auto-infligé avec l'intention de se donner la mort, de façon implicite ou explicite, sans issue fatale (1).

Le suicidant est un individu dont la tentative de suicide n'a pas abouti (1).

Les idées suicidaires sont les pensées centrées sur le désir de mort et les méthodes pour y parvenir. Elles vont du simple désir de mort vague jusqu'au scénario complet et précis (1).

Quand ces idées sont exprimées verbalement, on parle de menaces suicidaires (1).

Le suicidaire est une personne ayant ou exprimant, oralement ou non, des idées suicidaires (1).

La crise suicidaire est un état transitoire et réversible durant lequel l'individu est en crise psychique (du fait du dépassement de ses ressources adaptatives) et où émergent des idées suicidaires (1).

B. Contexte

Plus de 800.000 personnes décèdent par suicide chaque année dans le monde (2), cela représente 1 mort toutes les 40 secondes, et fait du suicide la 15^{ème} cause de mortalité (2). Les chercheurs du comité américain de physiopathologie et de prévention du suicide de l'adulte et de l'adolescent estiment qu'il y aurait jusqu'à 25 fois plus de tentatives de suicide que de morts par suicide dans le monde (3). Pour chaque personne faisant une tentative, il y en aurait 2 à 3 qui auraient des idées suicidaires (4)

En France, on dénombre 8.885 décès par suicide en 2014 (5). Ce chiffre est très probablement en dessous de la vérité car il se base uniquement sur les certificats de décès. Il y a donc des morts par suicide non repérées (erreur de codage dans les certificats, circonstances suspectes etc..). L'observatoire National du suicide estime ainsi le nombre de décès par suicide en France à 10.700 par an (5). Les tentatives sont quant à elles évaluées à 200.000 par an (5).

Malgré une diminution de ces chiffres depuis 2013, le phénomène reste un inquiétant problème de santé publique et le Ministère des Solidarités et de la Santé insiste sur la nécessité de mieux repérer les personnes entrées dans le processus suicidaire.

C. Modélisation de l'idéation suicidaire

Le développement de l'idéation suicidaire et sa progression jusqu'au passage à l'acte suicidaire sont difficilement conceptualisables en recherche clinique. Plusieurs modèles ont été développés et font généralement intervenir un facteur central pour étayer leur théorie. La plupart du temps, ces modèles ne différencient pas l'idéation suicidaire du passage à l'acte suicidaire.

En 2015 E. David Klonsky et Alexis M. May proposent une théorie en 3 étapes, qui s'appuie sur 4 facteurs (6). Celle-ci explique l'apparition des idées suicidaires puis leur aggravation jusqu'au passage à l'acte en considérant la douleur, le désespoir, la connectivité et les capacités à passer à l'acte.

La 1^{ère} étape est celle du développement de l'idée suicidaire. Elle prend racine quand l'individu est confronté à une douleur. Celle-ci peut prendre différentes formes : douleur physique, stimuli désagréables, isolement social, perceptions négatives de soi ou tous types de pensées, émotions, sensations ou expériences désagréables.

La douleur seule ne suffit cependant pas à expliquer l'apparition de l'idéation suicidaire. En effet, un individu qui fait l'expérience d'une douleur au quotidien mais qui en parallèle garde un espoir d'amélioration se concentre plus sur la perspective d'une diminution de cette douleur plutôt que sur la possibilité de mettre fin à ses jours.

Pour cette raison, la notion de désespoir est essentielle dans le développement de l'idéation suicidaire. Et c'est la combinaison de ces 2 facteurs : douleur (facteur 1) et désespoir (facteur 2) qui génère l'idée suicidaire (7).

La 2^{ème} étape est celle de l'amplification de l'idée suicidaire. Elle fait intervenir un autre facteur : la connectivité (facteur 3). Cette connectivité se définit comme le sentiment pour l'individu d'être en lien avec quelqu'un ou quelque chose (l'entourage familial ou amical, un travail, un projet, un centre d'intérêt etc...).

Si ces liens sont plus importants que la douleur et le désespoir alors l'idéation reste modérée et est mise à distance.

Au contraire, si l'association douleur/désespoir est plus forte que la notion de connectivité alors l'idéation suicidaire évolue vers un désir actif de mettre fin à ses jours.

La 3^{ème} et ultime étape est celle de la progression de l'idéation au passage à l'acte suicidaire. Elle s'articule autour du facteur de « capacités à passer à l'acte » (facteur 4). Ces capacités sont de 3 ordres : dispositionnelles, acquises et pratiques.

- Les capacités dispositionnelles font référence aux prédispositions innées, génétiques de l'individu. Une personne avec une faible sensibilité à la douleur a plus tendance à faire un geste auto-agressif (8). A l'inverse, un individu présentant une hémaphobie est moins enclin à se faire du mal (9). Ces éléments sont en accord avec les données récentes de la littérature qui montrent que les capacités à passer à l'acte sont en partie génétiques (10).
- Les capacités acquises correspondent aux habitudes développées dans la vie de l'individu. Ainsi une personne faisant l'expérience au quotidien de la souffrance, des blessures, de la peur ou de la mort, a plus tendance à se suicider.
- Les capacités pratiques correspondent aux facteurs concrets qui rendent la tentative de suicide réalisable. Elles soulignent l'importance de l'accessibilité et de la létalité des moyens envisagés par l'individu pour mettre fin à ses jours. Une personne travaillant en milieu hospitalier et ayant des connaissances et accès à des médicaments a plus tendance à faire une intoxication médicamenteuse volontaire (11).

Ce modèle réduit la représentation du cheminement entre idées suicidaires et passage à l'acte à seulement 4 facteurs. Il se propose de rendre mesurables et quantifiables les idées suicidaires en évaluant l'intensité de la douleur ressentie, la notion de désespoir et de projection dans l'avenir, la force de l'impression de lien avec son environnement et les capacités à faire un geste suicidaire. Cela permet en recherche de rendre comparable des outils de mesure et de repérage.

D. L'évaluation clinique du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire est un processus complexe qui cherche à mettre en évidence un niveau de risque et un potentiel degré d'urgence et de dangerosité pour l'individu.

Lors de l'entretien, le psychiatre se basera sur différents facteurs de risque tels que :

- Les antécédents personnels et familiaux de comportements suicidaires,
- La présence de comorbidités psychiatriques et somatiques,
- Les traits de personnalité et notamment l'impulsivité et la rigidité,
- L'existence de maltraitance ou d'abandon dans l'enfance,
- Des événements de vie récents pouvant agir comme facteurs déclencheurs,
- La présence de difficultés sociales comme l'isolement ou de difficultés financières.

A ces facteurs de risque s'ajoute la recherche d'une potentielle scénarisation des idées suicidaires. Et surtout le degré d'aboutissement de celles-ci, de la simple idée vague autour de la mort au scénario plus ou moins établi avec choix d'une date, d'un moyen, d'un lieu, la prise de dispositions en lien avec les obsèques, la rédaction de lettres aux proches, le testament.

S'ajoute l'évaluation de l'accessibilité et de la létalité du moyen considéré.

Ainsi que des signes non spécifiques mais fréquemment associés à la crise suicidaire :

- Des symptômes du registre dépressif ou anxieux,
- Une consommation de toxiques,
- Des mises en danger, des prises de risques inconsidérées,
- Un isolement,
- Une diminution de l'intérêt aux marques d'affection,
- Un sentiment de désespoir,
- Une souffrance psychique marquée,
- Une diminution du sens des valeurs,
- Du cynisme,
- Un goût pour le morbide.

Tous ces éléments sont considérés comme étant explicites, c'est-à-dire exprimés, formulés. Ils sont mis en lumière par le médecin soit en interrogeant directement le patient ou son entourage soit en utilisant différents questionnaires ou échelles standardisées d'évaluation du risque suicidaire.

Cependant, malgré la recherche systématique de tous ces éléments, l'évaluation reste difficile et garde une part importante de subjectivité. En effet, les idées suicidaires fluctuent beaucoup dans le temps et peuvent être absentes lors de l'évaluation et revenir ensuite (12). Parfois c'est le patient qui éprouve des difficultés à reconnaître ses émotions et ses ressentis ce qui altère la qualité de l'évaluation (13). De plus, tous les patients mettant en avant des idées suicidaires ne passent pas à l'acte et il est souvent compliqué de faire la part des choses entre la présence objective d'idées suicidaires et le risque de passage à l'acte (4). 78% des personnes qui meurent par suicide nient avoir des idées suicidaires lors de leur dernière communication verbale faite à un soignant ou un proche (14). Actuellement, aucune méthode ne permet de prédire précisément un risque de passage à l'acte (15) (16).

E. Les Tests d'Associations Implicites dans la littérature scientifique

En 1998, Greenwald, McGhee & Schwartz (17) développent une tâche informatique : le test d'associations implicites. Il vise à étudier les associations d'idées automatiques, souvent inconscientes et présentes dans la mémoire implicite en mesurant les temps de réaction lorsqu'il s'agit de classer des mots ou des images dans différentes catégories que les auteurs décident d'appareiller par paires.

Lors de cette étude, les chercheurs mettent en évidence au cours de 3 expériences des biais de discriminations ethniques chez des individus tests. Ils cherchent alors à montrer que ce test peut mettre en évidence des associations que les individus auraient tendance à masquer car elles seraient considérées comme indésirables ou socialement inacceptables.

En 2007, Nock & Banaji (18) appliquent ce test pour la 1^{ère} fois dans l'optique de mesurer l'idéation suicidaire chez des adolescents. Ils comparent alors les résultats des scores aux tests d'associations implicites dans 3 groupes : des adolescents sans idées suicidaires (groupe 1), des adolescents avec idées suicidaires mais sans passage à l'acte (groupe 2) et des adolescents ayant fait une tentative de suicide récente (groupe 3).

Cette étude montre une différence significative dans les scores aux tests d'associations implicites avec des scores négatifs dans le groupe 1, des scores faiblement positifs dans le groupe 2 et des scores fortement positifs dans le groupe 3, ce qui permet ainsi, selon eux, d'évaluer le risque suicidaire au-delà des facteurs de risques classiques.

En 2010, Nock & al. (19) appliquent les tests d'associations implicites à une population de patients adultes dans un service d'urgences psychiatriques.

Les auteurs évaluent alors la force d'association entre « moi » et « mort » chez les patients se présentant aux urgences psychiatriques et retrouvent des scores d'associations beaucoup plus élevés chez les patients ayant fait une tentative de suicide plutôt que chez les patients non suicidants.

Ils retrouvent également des scores plus élevés chez les patients ayant fait un passage à l'acte avec intentionnalité suicidaire par rapport aux patients ayant fait un acte auto-agressif sans volonté de mettre fin à leurs jours.

Ils montrent également qu'à 6 mois, les patients avec un score élevé aux tests d'associations implicites sont plus à risque de faire un passage à l'acte suicidaire dans la période de suivi.

Ils avancent donc que compléter l'évaluation clinique par un test d'associations implicites permet une évaluation plus fiable du risque de passage à l'acte suicidaire que la seule utilisation des facteurs de risque habituels.

En 2012, Knowles et Townsend (20) montrent également que dans une population adulte non hospitalisée, la combinaison d'évaluations explicites et d'évaluations implicites permet de mieux mesurer le risque de passage à l'acte auto-agressif sur une période d'évaluation de 12 mois.

En 2013, Randall et al. (21) testent 6 modèles de test d'associations implicites dans une population de patients de plus de 17 ans, aux urgences psychiatriques. Parmi toutes les formes de tests d'associations implicites le « death/life IAT » s'avère être le plus prédictif vis-à-vis des passages à l'acte auto-agressif sur une durée de suivi de 3 mois. Pour les auteurs, cette méthode d'évaluation a l'avantage d'être indépendante des autres facteurs de risques et ses résultats ne peuvent pas être manipulés ou modifiés consciemment par le patient.

Tang, Shengjun et Danmin Miao (22), la même année, testent dans une population non clinique d'étudiants chinois les tests d'associations implicites en les comparant à l'« Escape Theory of suicide » de Baumeister.

Ils retrouvent une augmentation des associations implicites en lien avec la mort quand l'individu a l'impression d'avoir échoué à atteindre un but important. Au contraire ces associations implicites décroissent quand l'individu a l'impression d'avoir atteint un objectif.

En 2014, Harrison & al. (23) montrent que dans une population non clinique d'étudiants, le « death/life IAT » prédit de façon significative 5 des 6 indicateurs de risque suicidaire (la fréquence des idées suicidaires, l'intensité des idées suicidaires, la dépression, la fréquence des pensées auto-agressives non suicidaires, l'intensité des pensées auto-agressives non suicidaires et les comportements auto-agressifs non suicidaires) au-delà de l'indicateur le plus puissant : l'antécédent de tentative de suicide.

En 2016, Ellis & al. (24) utilisent les tests d'associations implicites à l'admission et à la sortie d'hospitalisation, chez des patients présentant des pathologies psychiatriques résistantes aux traitements. Ils montrent une corrélation statistiquement significative entre les scores au « death/life-IAT » et la présence de symptômes de dépression, le sentiment de désespoir et la présence d'idées suicidaires.

Ils mettent également en évidence une élévation du D-score aux « death/life-IAT » (indiquant une association entre soi et la mort moins importante) ainsi qu'une diminution des symptômes dépressifs, du sentiment de désespoir et de l'intensité des idées suicidaires au cours de l'hospitalisation.

Enfin, ils montrent que le score obtenu aux tests d'associations implicites prédit la présence d'idées suicidaires à la sortie au-delà des mesures explicites classiques.

La même année, Cha & al. (25) testent le « self injury IAT » dans une population d'adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie. Ce test fonctionne de façon similaire au « death/life IAT », cependant le concept de « mort » et les mots associés sont remplacés par le concept de « cutting ». Leur étude montre que les adolescents ayant eu un comportement auto-agressif sans visée suicidaire dans l'année précédente, ont un score au « self injury IAT » plus élevé à leur admission dans le service, que ceux n'ayant pas un tel antécédent l'année précédente.

De plus, le score aux tests d'associations implicites peut prédire la survenue de comportement auto-agressif sans visée suicidaire durant le séjour hospitalier.

Cependant, les changements de scores aux tests d'associations implicites entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation ne sont pas corrélés aux comportements auto-agressifs sans visée suicidaire après la sortie du séjour hospitalier.

En 2017, Glenn & al. publient 2 études. La première chez des adolescents (26) de 13 à 19 ans montre qu'à leur admission en pédopsychiatrie, leur score au « death/life IAT » est plus élevé s'il y a eu récemment des idées suicidaires. En revanche, ce score ne diffère pas entre ceux ayant fait un passage à l'acte suicidaire et ceux n'en ayant pas fait. La force d'association entre « moi » et « mort » permet de prédire l'intensité des idéations suicidaires à la sortie au-delà des facteurs de risque classiques.

La seconde (27) dans une large population adulte nord-américaine montre que les individus avec un antécédent de passage à l'acte suicidaire, ont des scores aux tests d'associations implicites plus élevés que ceux n'ayant pas un tel antécédent.

Kene (28), toujours en 2017, ne montre pas de corrélation entre les tests d'associations implicites et les évaluations explicites, dans une petite population de patients hospitalisés en psychiatrie. L'auteur souligne, cependant, la taille modérée de son échantillon (60 patients hospitalisés pour tentative de suicide), ainsi que la présence de traitements psychotropes dont l'influence sur les résultats ne peut pas être évaluée.

La même année, Barnes & al. (29) publient une étude dans une population de vétérans de l'armée américaine hospitalisés en service de psychiatrie. Contrairement aux études précédentes, ils ne retrouvent pas de différence aux score du « death/life IAT » chez les patients, peu importe la présence ou non d'antécédents récents de tentatives de suicide. En revanche, ce même score permet de prédire de façon significative la survenue d'une tentative de suicide dans les 6 mois suivants, au-delà des facteurs de risques classiques. Cela fait des tests d'associations implicites un outil augmentant la précision de l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire.

En 2018, Rath & al. (30) publient la première validation en allemand des tests d'associations implicites. Ils comparent un groupe de patients avec idées suicidaires et un groupe de patients sans idées suicidaires. Ils mettent en évidence des associations entre « mort » et « je » plus fortes dans le groupe des patients avec idées suicidaires. Ils montrent également des corrélations significatives entre les résultats des tests d'associations implicites et les résultats aux échelles explicites des éléments liés aux conduites suicidaires selon la théorie interpersonnelle de Joiner.

Barnes & al. (31) en 2018 montrent que le « death/life IAT » permet de prédire de façon significative la survenue d'une tentative de suicide, plus efficacement qu'une évaluation clinique classique, chez des vétérans de l'armée américaine ne présentant pas de syndrome de stress post traumatique. En revanche, ce même test ne prédit pas la survenue des passages à l'acte suicidaire dans la population de vétérans avec syndrome de stress post traumatique.

Millner & al. (32), la même année, testent 6 versions différentes de tests d'associations implicites dans une population d'adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie. L'étude montre que les patients présentant un antécédent de tentative de suicide ont des scores plus élevés aux différents tests d'associations implicites que les adolescents ne présentant pas de tels antécédents. Les différents tests d'associations implicites testés montrent une bonne sensibilité aux changements des symptômes psychiatriques mais ne prédisent pas la survenue d'une tentative de suicide dans les 3 mois suivant la sortie d'hospitalisation.

Chiurliza & al. (33), toujours en 2018, testent le « death/life IAT » et le « suicide IAT » dans une population de soldats de l'US army toujours en activité. L'étude ne retrouve pas de corrélation entre les scores aux différents tests d'associations implicites et les antécédents d'épisodes dépressifs et/ou de tentatives de suicide. Ce résultat diffère des autres études réalisées auparavant. Cependant, les auteurs soulignent que la population de l'étude n'est pas comparable à la population générale (militaires en activité, à 90% masculine, très majoritairement caucasienne, avec une prévalence de tentatives de suicide plus basse qu'en population générale).

En 2019, Glenn & al. (34) utilisent à nouveau le « death/life IAT » dans une population d'adolescents de 12 à 19 ans, suivis pour diverses pathologies psychiatriques. L'étude retrouve au moment de l'inclusion des scores aux tests d'associations implicites plus élevés chez les adolescents présentant des idées suicidaires fréquentes et/ou sévères et/ou s'inscrivant dans la durée. Il n'existe, cependant, pas de différence aux scores de tests d'associations implicites entre les adolescents ayant un antécédent de tentative de suicide et ceux n'en ayant pas. Sur la période de suivi d'un an, la force du score à l'inclusion prédit de façon significative la survenue d'un passage à l'acte suicidaire.

La quasi-totalité des études sur le sujet sont nord-américaines. Or, il est important de tester cet outil sur des populations différentes pour en mesurer la reproductivité. L'étude de Rath & al. (30) de 2018, en Allemagne est le premier essai clinique européen publié. A notre connaissance, il n'existe pas d'exemple français publié sur l'utilisation des tests d'associations implicites dans la pratique de l'évaluation du risque suicidaire.

F. Objectifs

Ce travail a pour objectif d'évaluer la faisabilité et la pertinence clinique des tests d'associations implicites, en français, dans la mesure des idéations en vérifiant plusieurs hypothèses :

- Il existe une différence au score obtenu lors du test d'associations implicites entre les patients présentant des idées suicidaires et ceux n'en présentant pas.
- Il n'existe pas de différence au score obtenu lors du test d'associations implicites entre les patients présentant des idées suicidaires mais n'étant pas passés à l'acte et ceux présentant des idées suicidaires et ayant fait une tentative de suicide récente.
- Il existe une corrélation entre la valeur du D-score et la force attendue des idées suicidaires, mesurée par l'échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire, les différentes échelles s'intégrant dans le modèle de Klonsky et May, la mesure de la dépression et la mesure de l'impulsivité.
- Il existe des différences entre les résultats obtenus aux différentes échelles entre les patients présentant des idées suicidaires et ceux qui n'en présentent pas.

II. Matériel et méthodes

A. Population

Nous avons recruté des patients adultes :

- Âgés de plus de 18 ans,
- De langue maternelle française,
- Se présentant avec un motif de souffrance psychique,
- Dans les services d'urgences générales du CHU d'Amiens Picardie et de l'Unité d'Accueil et d'Orientation du Centre Hospitalier Philippe Pinel.

Nous avons exclu les patients présentant :

- Des troubles neurologiques,
- Une altération de la conscience,
- Une décompensation psychotique aiguë,
- Un retard mental,
- Une imprégnation de toxiques.
- Une mauvaise compréhension écrite ou orale du français,
- Une mesure de protection.

Nous avons inclus 45 patients (**Figure 1**) de février 2019 à Aout 2019, au CHU d'Amiens et au Centre Hospitalier Philippe Pinel de Dury.

1 patient n'a pas pu réaliser la tâche et les échelles du fait de sa mauvaise acuité visuelle et a été exclu.

Tous les autres patients (n= 44) ont réalisé l'ensemble du test d'associations implicites ainsi que toutes les échelles.

2 patients ont été exclus car leur taux d'erreurs au test d'associations implicites dépassait 30% Au total nous avons traité les données de 42 patients.

Parmi eux, 13 ne présentaient pas d'idées suicidaires, 16 présentaient des idées suicidaires et 13 présentaient des idées suicidaires et avaient fait une tentative de suicide dans les 72 dernières heures.

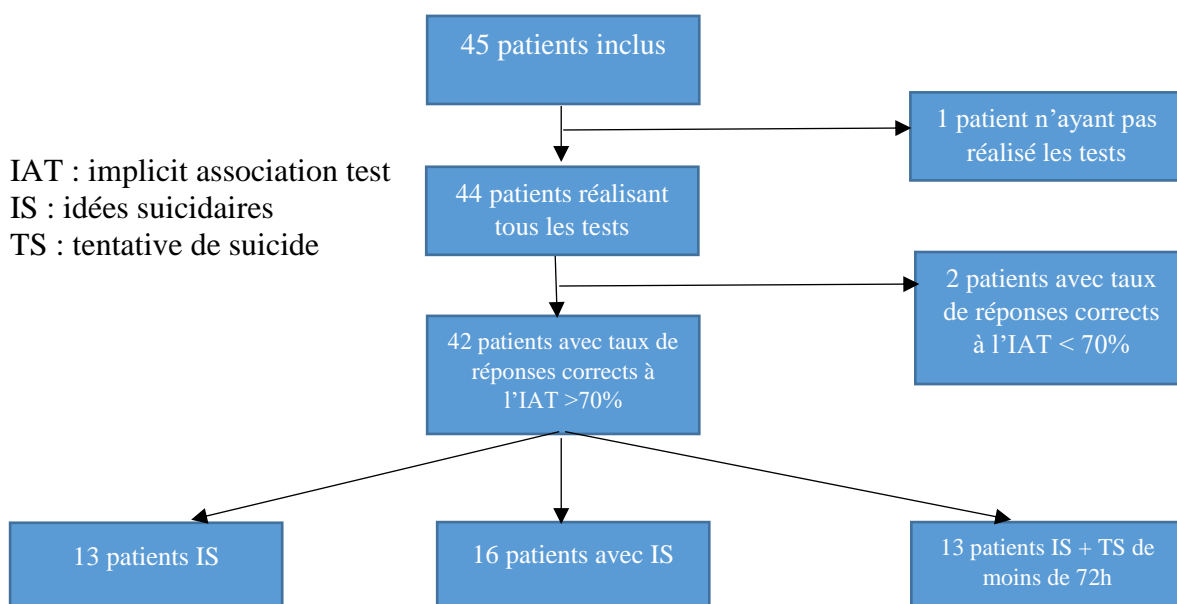


Figure 1 : Diagramme de flux

B. Déroulement de l'étude

Chaque patient a été vu, dans un premier temps, par un psychiatre dans le cadre d'un entretien d'évaluation sur les urgences. A la fin de la prise en charge, il lui était proposé de participer à l'étude. Lui étaient alors remis une information orale et écrite sur son déroulement ainsi qu'un formulaire écrit de recueil de son consentement.

S'il acceptait de participer, l'inclusion débutait directement et prenait entre 30 et 45 min.

Le premier temps de l'étude était dédié au recueil des données sociodémographiques, des antécédents et des traitements médicamenteux en cours sur le cahier d'observation ainsi que sur la recherche d'éventuels facteurs d'exclusions.

Le deuxième temps correspondait à la mise en évidence d'idées suicidaires par la passation de l'échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS) (35).

Le troisième temps était celui du passage de la tâche d'associations implicites.

Enfin, le patient était invité à compléter les 6 auto-questionnaires de mesures explicites en lien avec l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire.

C. Echelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS)

Cette échelle est l'une des plus utilisée pour mesurer l'idéation suicidaire.

L'étude de Posner & al de 2011 (36) a démontré qu'elle avait une haute sensibilité et une haute spécificité dans la détection des idées et des comportements suicidaires. Elle se décompose en quatre parties.

- La première partie cherche l'existence d'idées suicidaires et le degré de scénarisation : du simple désir d'être mort à l'idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte.
- La deuxième partie mesure l'intensité de l'idéation en évaluant : la fréquence, la durée, la capacité à maîtriser les idées suicidaires, la présence d'élément dissuasif, les causes de l'idéation.
- La troisième partie interroge l'existence de comportements suicidaires en dénombrant les tentatives avérées, les tentatives interrompues, les tentatives avortées et les préparatifs.
- La dernière partie examine la létalité et les lésions médicales observées après un geste ou la létalité potentielle d'un geste envisagé.

D. Le Test d'Associations Implicites

Le test utilisé est similaire à celui décrit en 2003 (37) puis en 2005 (38) par Greenwald, Banaji & Nock.

Le matériel est le même pour chaque patient : un ordinateur portable et le logiciel INQUISIT-5 by millisecond ®.

Le test repose sur l'idée que le patient classera d'autant plus rapidement un mot dans une catégorie donnée si cette catégorisation est cohérente avec sa propre façon de raisonner et de traiter l'information.

Le patient est installé seul devant un ordinateur. Il a pour consigne de classer des mots apparaissant un par un au centre de l'écran, le plus rapidement possible, en faisant le moins d'erreurs possibles, en utilisant les touches E et I du clavier, selon qu'il souhaite classer le mot à gauche (avec E) ou à droite (avec I).

Le test se découpe en 7 étapes distinctes. Le patient démarre lui-même chaque bloc en pressant la barre d'espace sur le clavier. Entre chaque étape, les consignes du test sont expliquées et ces dernières évoluent au fur et à mesure. Le patient dispose d'autant de temps qu'il le souhaite pour lire les consignes et lancer le test.

Les mots à classer appartiennent à 4 catégories, chacune d'entre elles comprend 5 mots :

- MOI : « je », « moi-même », « soi », « mien » et « mon »
- PAS MOI : « ils », « leur », « eux », « autre » et « leurs »
- VIE : « vivant », « grandir », « vie », « respirer » et « survivre »
- MORT : « mourir », « mort », « décédés », « sans vie » et « suicide »

Durant toute la tâche, le fond de l'écran est noir, les mots des catégories MOI et PAS MOI apparaissent en blanc et les mots des catégories VIE et MORT apparaissent en vert.

A chaque essai, au sein de chaque étape, le logiciel mesure le temps de réponse du sujet en millisecondes ainsi que la présence ou non d'une erreur. Si le patient commet une erreur, une croix rouge apparaît au centre de l'écran et le patient doit la corriger pour passer à l'essai suivant. Dans ce cas, seule la première réponse est comptabilisée.

- L'étape 1 est une étape d'entraînement durant laquelle le patient est invité à classer des mots de la catégorie VIE à gauche et des mots de la catégories MORT à droite. Il y a autant de mots dans chacune des catégories présentées, cependant ils apparaissent de façon aléatoire.
- L'étape 2 est similaire à la 1. Ici le patient doit classer les mots liés à MOI à gauche et les mots de la catégorie PAS MOI à droite.
- L'étape 3 est l'entraînement à la double catégorisation de la « cible compatible ». Durant celle-ci, le sujet voit apparaître des mots appartenant aux 4 catégories de façon aléatoire. Les familles sont associées entre elles selon leurs compatibilités supposées en mémoire chez les participants. Ainsi les catégories VIE et MOI sont ensemble à gauche et les catégories MORT et PAS MOI à droite.

- L'étape 4 est le test à la double catégorisation de la « cible compatible ». Elle est identique à l'étape 3 et servira à la mesure finale.
- L'étape 5 est l'entraînement à la catégorisation de la cible inversée. Elle est similaire à l'étape 1 mais les familles sont inversées : MORT est à gauche et VIE est à droite.
- L'étape 6 est l'entraînement à la double catégorisation de la « cible incompatible ». Elle est similaire à l'étape 3. Cette fois-ci les familles de mots sont associées entre elles selon leurs incompatibilités supposées en mémoire chez les participants. Ainsi MORT et MOI sont à catégoriser à gauche et VIE et PAS MOI à droite.
- L'étape 7 est le test de double catégorisation de la « cible incompatible ». Elle est identique à l'étape 6 et servira à la mesure finale.

Une fois les 7 blocs passés, le logiciel calcule le taux d'erreurs pour chaque essai, ainsi qu'un D-score, représentant la force d'association entre MOI et MORT.

Ce D-score est obtenu en :

- Utilisant les données des étapes de quadruple catégorisation (étapes 3,4,6 et 7).
- Eliminant les temps de réponses supérieurs à 10.000 ms.
- Si plus de 10% des temps de réponses sont inférieurs à 300 ms, le score est ininterprétable.
- Puis, en calculant pour ces 4 phases la moyenne des temps de réponses, pour les essais corrects.
- Et les écarts-types des temps de réponses des étapes 3 et 6 ensemble et des étapes 4 et 7 ensemble.
- Puis, pour chaque étape, en remplaçant les temps de réponses des essais avec erreur par la moyenne des temps de réponses de la phase correspondante + 600 ms.
- En recalculant ensuite la moyenne de chaque phase avec cette transformation des erreurs.
- Puis, en calculant la différence des moyennes des temps de réponses pour les phases 6 et 3 (phase 6 – phase 3) et des moyennes des temps de réponses pour les phases 7 et 4 (phase 7- phase 4).
- Pour ensuite diviser chaque différence par l'écart type correspondant, calculé au préalable.
- Pour enfin calculer la moyenne de ces deux quotients (le score à l'IAT).

Un D-score positif représentera une association forte entre MOI et MORT. Cette force d'association sera d'autant plus importante que le score sera élevé.

E. Autres mesures explicites

Pour évaluer la pertinence des tests d'associations implicites, nous avons comparé le D-score obtenu par chaque patient, avec ses scores à différentes échelles explicites évaluant les 4 facteurs (douleur, désespoir, connectivité et capacités) du modèle en 3 étapes de Klonsky & May (6).

Nous avons également évalué la présence d'une dépression puisqu'elle est assimilable à une douleur psychique et le niveau d'impulsivité puisqu'elle s'intègre dans les capacités à passer à l'acte.

L'ordre de ces questionnaires a été randomisé pour chaque patient afin de limiter les biais lors de la passation des échelles.

L'échelle du PSYMAL est la traduction franco-québécoise de la Psychache Scale (39).

Elle mesure le niveau de souffrance psychologique chez un individu.

C'est une échelle unidimensionnelle de 13 items, en 5 points de type Likert (de jamais à souvent ou de fortement en désaccord à fortement en accord).

Elle est mesurée sur un total de 65, plus le score est important plus l'individu est censé présenter une souffrance psychologique forte.

On y retrouve des items type : « je souffre parce que je me sens vide » « la souffrance que je ressens assombrit ma vie » « je n'arrive pas à comprendre pourquoi je souffre ».

L'inventaire de désespoir de Beck (40) (41) est l'échelle la plus utilisée pour mesurer le désespoir chez un individu. Il cherche à évaluer le pessimisme et les attentes négatives par rapport à soi-même et au futur.

Un score élevé dénote un haut niveau de désespoir.

L'échelle comporte 20 items de type vrai/faux.

On y retrouve des items type : « j'attends le futur avec enthousiasme » « j'ai foi en l'avenir » « mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir ».

L'Interpersonal Needs Questionnaire (42) est un auto-questionnaire évaluant la notion de connectivité de l'individu. La première mesure l'impression de fardeau, de lourdeur, d'abandon par rapport à son environnement, et la seconde cherche à mettre en évidence l'appartenance contrariée.

En accord avec Hill & al (43), nous avons choisi d'utiliser la version 18 items qui a démontré une bonne cohérence interne.

Elle se présente sous la forme d'une échelle de Likert en 7 points (de Tout à fait d'accord à Pas du tout d'accord) sur 18 questions

On y retrouve des items type : « Ces derniers temps, mes proches se sentiraient mieux si j'étais parti », « Ces derniers temps, je pense que je compte pour mes proches », « Ces derniers temps, je me sens déconnecté des autres ».

La Suicidal Capacity-VF est la traduction française de la Suicide Capacity Scale (SCS-3). Une échelle développée par Klonsky et May dans leur étude, en 3 étapes, sur la modélisation de l'idéation suicidaire et du passage à l'acte (6).

Elle évalue les capacités dispositionnelles, acquises et pratiques du passage à l'acte suicidaire. Les auteurs ont mis en évidence la validité de cet outil sur ses 3 composantes avec l'échelle Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS).

Cet auto-questionnaire de 6 items se présente sous la forme d'une échelle de Likert en 5 points. Elle comprend des questions type : « J'ai toujours été en capacité de gérer plus facilement la douleur que les autres personnes », « Au fil du temps, j'ai moins peur de mourir », « Si je le voulais, j'aurais accès à des méthodes et moyens que j'utiliserais pour mettre fin à mes jours ».

L'inventaire abrégé de dépression de Beck (44) (45) mesure la sévérité des symptômes dépressifs et donne donc un regard sur l'intensité de la douleur psychique associée. C'est l'une des échelles les plus couramment utilisées pour l'évaluation de la dépression. Elle comprend 13 parties. Pour chaque item, quatre phrases correspondent à quatre intensités du symptôme.

Plus le score final est élevé plus le sujet est déprimé. Un score de 0 à 4 ne révèle pas de dépression, un score de 4 à 7 met en évidence une dépression légère alors que des scores respectivement de 8 à 15 et supérieur à 16 montrent une dépression modérée et sévère.

Exemple de l'item D :

- « Je ne me sens pas particulièrement insatisfait » 0
- « Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances » 1
- « Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit » 2
- « Je suis mécontent de tout » 3

L'échelle UPPS-courte est un auto-questionnaire qui rend compte des différents aspects de l'impulsivité en distinguant quatre composantes : l'urgence et l'urgence positive, le manque de préméditation, le manque de persévérance et la recherche de sensations.

La validité prédictive de cet outil a été démontrée dans la littérature (46).

Elle comprend 20 questions pour lesquelles le patient cote sa réponse selon une échelle en 4 points (de Tout à fait d'accord à Tout à fait en désaccord).

On y retrouve des items type : « D'habitude, je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit », « Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout », « Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même si elles sont un peu effrayantes et non conformistes ».

F. Analyses statistiques

Nous avons utilisé le logiciel SPSS ® version 20.0.0

Dans un premier temps, de façon à valider notre première hypothèse nous avons cherché à mettre en évidence une différence entre les D-scores des patients ne présentant pas d'idée suicidaire et ceux en présentant.

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à montrer qu'il n'y avait pas de différence entre les D-scores de patients avec idées suicidaires sans passage à l'acte et les D-scores des patients avec idées suicidaires et tentative de suicide de moins de 72h

Pour cela, afin d'examiner l'effet de la variable groupe sur le D score, nous avons réalisé une ANOVA univariée et des corrections de Bonferroni-Dunn ont été utilisées pour les différents tests de comparaison permettant d'expliquer les interactions.

Afin de vérifier notre 3^{ème} hypothèse, nous avons mesuré l'existence de corrélations de Pearson entre le D-score, l'échelle de Columbia, les différentes échelles s'intégrant dans le modèle de Klonsky et May, la mesure de la dépression et la mesure de l'impulsivité.

Enfin, nous avons mesuré les différences aux échelles entre les patients n'ayant pas d'idée suicidaire et ceux qui en avaient par des tests de Student.

III. Résultats

A. Analyses du D-Score en sous-groupes

Afin de valider nos 2 premières hypothèses, nous avons séparé notre échantillon en 3 groupes :

- Le groupe A : n = 13, correspond aux patients n'ayant pas d'idée suicidaire.
- Le groupe B : n = 16, correspond aux patients ayant des idées suicidaires mais n'ayant pas réalisé de tentative de suicide lors de l'observation
- Le groupe C : n = 13, correspond aux patients ayant des idées suicidaires et ayant réalisé une tentative de suicide récemment (< de 72h avant).

Comme indiqué dans le **tableau 1**, ces 3 groupes ne présentent pas de différence significative sur l'âge, la présence d'antécédents médicaux, la consommation de tabac en paquet/année et la consommation d'alcool en gramme d'alcool pur par jour.

En revanche, ils diffèrent de façon significative sur la répartition des sexes $\chi^2(2) = 9,83$ $p < 0.01$ et la présence d'un traitement médicamenteux à l'inclusion $\chi^2(2) = 6,68$ $p < 0,05$

Variabes	Groupe A (n = 13)	Groupe B (n= 16)	Groupe C (n= 13)	Test statistique
Age en années	40,8 (13)	43,2 (16,6)	43,1 (10,9)	$F(2,39)= 1,33$ ns
Sexe (%)				$\chi^2(2) = 9,83$ $p < 0.01$
Femme	53,8	87,5	30,8	
Homme	46,2	12,5	69,2	
Antécédents médicaux à l'inclusion (%)	92,3	75	69,2	$\chi^2(2)=2,25$ ns
Traitement à l'inclusion (%)	100	62,5	61,5	$\chi^2(2)=6,68$ $p < 0,05$
Consommation de tabac en P/A	9 (9,1)	8,5 (11,3)	11 (13,5)	$F(2,39)=1,77$ ns
Consommation d'alcool en gramme d'alcool pur par jour	11,5 (29,9)	12 (29)	34,5 (55)	$F(2,36)=1,39$ ns

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon en 3 groupes

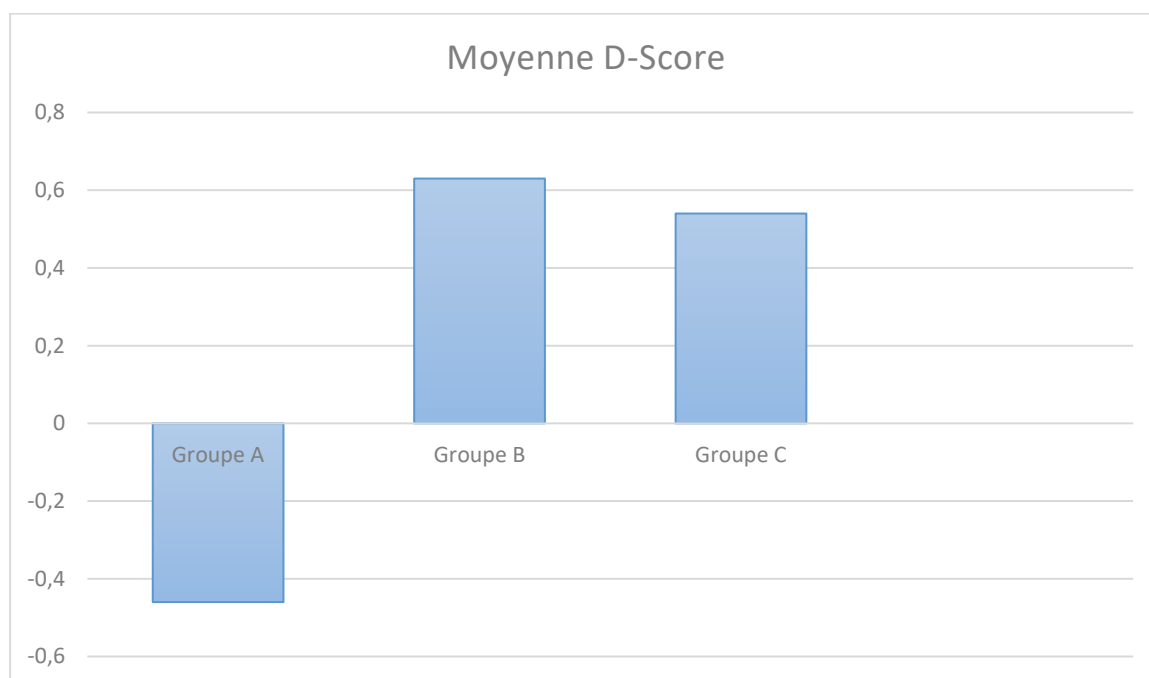
Nous avons réalisé une ANOVA univariée sur le D-score avec comme facteur inter-sujet le groupe (groupe A, B ou C).

Cette analyse (**Tableau 2**) révèle un effet du groupe $F(2, 39) = 15.82, p < .001, \eta^2 = 0.45$. Les résultats, corrigés par le test de Bonferroni-Dunn, indiquent que le groupe A est significativement différent du groupe B ($p < 0.001$) (**Figure 2**) et que le groupe A est également significativement différent du groupe C ($p < 0.001$) (**Figure 2**).

Ce même test en revanche montre une différence non significative entre les groupes B et C ($p = 0.68$) (**Figure 2**).

(I) groupes	(J) groupes	Différence des moyennes (I-J)	Erreur standard	Sig.	IC de la diff à 95% Borne inf	IC de la diff à 95% Limite sup
A	B	-1,09	0,21	<0,001	-1,61	-0,56
	C	-1,00	0,22	<0,001	-1,55	-0,45
B	A	1,09	0,21	<0,001	0,56	1,61
	C	0,09	0,21	0,68	-0,44	0,61
C	A	1	0,22	<0,001	0,45	1,55
	B	-0,09	0,21	0,68	-0,61	0,44

Tableau 2 : Comparaisons par paires des moyennes des D-Scores des 3 groupes



Moyenne groupe A = -0.46
Moyenne groupe B = 0.63
Moyenne groupe C = 0.54

Figure 2 : Moyennes des D-Scores des 3 groupes

B. Recherche de corrélations entre D-Score et mesures explicites

Nous avons retrouvé une corrélation significative (**Tableau 3**) entre le D-Score et l'échelle de désespoir de Beck $r = 0.32$, $p < 0.05$ et une corrélation significative entre le D-Score et les capacités pratiques $r = 0.31$, $p < 0.05$ de la Suicidal Capacity VF.

Cependant, nous n'avons mis en évidence aucune autre corrélation significative entre le D-Score et les autres échelles utilisées (**Tableau 3**).

Dans notre échantillon, il n'existe aucune corrélation entre la mesure de la gravité des idées suicidaires par l'échelle d'évaluation de Columbia et les différentes échelles utilisées dans le modèle (**Tableau 3**).

Echelles	D-Score	C-SSRS item idéation la plus grave
D-Score	1	-0,3
C-SSRS item idéation la plus grave	-0,3	1
INQ	0,16	-0,1
Désespoir de Beck	0,32*	0,14
Dépression de Beck	0,23	-0,19
SC-vf Capacités dispositionnelles	0,16	-0,12
SC-vf Capacités acquises	-0,07	0,15
SC-vf Capacités pratiques	0,31*	-0,01
UPPS- Urgence	0,04	0,07
UPPS- Urgence positive	0,19	0,01
UPPS-Manque de préméditation	0,09	0,09
UPPS-Manque de persévérance	0,24	0,36
UPPS-Recherche de sensation	-0,23	-0,16
Psymal	0,17	0,73

* : $p < 0.05$

Tableau 3 : Corrélations de Pearson

C. Analyse des échelles explicites entre les groupes

Pour notre dernière hypothèse, nous avons divisé notre échantillon en 2 groupes : le groupe des patients sans idées suicidaire (n=13) et le groupe des patients avec idées suicidaires (n= 29)

Comme indiqué dans le **Tableau 4**, ces 2 groupes ne présentent pas de différences significatives sur l'âge, la répartition des sexes, la présence d'antécédents médicaux, la consommation de tabac en paquet/année et la consommation d'alcool.

Comme pour notre première analyse, ils présentent une différence significative sur l'existence d'un traitement médicamenteux lors de l'inclusion $\chi^2(1) = 6.68, p < 0.01$ (**Tableau 4**).

Variables	Patients sans idées suicidaires (n = 13)	Patients avec idées suicidaires(n= 29)	Test statistique
Age en années	40,8 (13,1)	43,2 (14,1)	$t(2,40) = -0,52$ ns
Sexe (%)			$\chi^2(1) = 0,25$ ns
Femme	53,8	62,1	
Homme	46,2	37,9	
Antécédents médicaux à l'inclusion (%)	92,3	72,4	$\chi^2(1) = 2,1$ ns
Traitement à l'inclusion (%)	100	62,1	$\chi^2(1)=6,68$ $p < 0,01$
Consommation de tabac en P/A	9 (9,1)	9,7 (12,2)	$t(2,40) = -0,17$ ns
Consommation d'alcool en gramme d'alcool pur par jour	11,5 (29,9)	21,5 (42,6)	$t(2,37) = -0,76$ ns

Tableau 4 : Caractéristiques de la population en 2 groupes

Nous avons pu mettre en évidence (**Tableau 5**) des différences significatives entre le groupe de patients sans idée suicidaire et le groupe de patients avec idées suicidaires sur les résultats des échelles correspondant à la 1^{ère} étape du modèle de Klonsky et May : l'échelle de désespoir de Beck $t = -3.27, p < 0.01$, de l'échelle de dépression de Beck $t = -4.15, p < 0.001$ et de l'échelle du Psymal $t = -3.2, p < 0.01$.

Echelles		Moyenne	Ecart-type	t	Sig.
Psymal	patients sans IS (n=13)	38,62	12,57	-3,2	0,003
	patients avec IS (n=29)	49,31	8,71		
Dépression de Beck	patients sans IS (n=13)	14,23	9,19	-4,15	<0,001
	patients avec IS (n=29)	24,21	6,16		
Désespoir de Beck	patients sans IS (n=13)	8,15	5,55	-3,27	0,002
	patients avec IS (n=29)	13,41	4,48		

Tableau 5 : Différences aux échelles de l'étape 1 (Echelle du Psymal, Inventaire abrégé de dépression de Beck et Echelle de désespoir de Beck)

Nous avons également mis en évidence une différence significative (**Tableau 6**) entre le groupe sans idée suicidaire et le groupe avec idées suicidaires, sur le facteur de la 2^{nde} étape du modèle : la connectivité, mesurée par l'échelle Interpersonal Needs Questionnaire $t = -2.46, p < 0.05$.

Echelles		Moyenne	Ecart-type	t	Sig.
INQ total	patients sans IS (n=13)	59,38	22,59	-2,46	0,018
	patients avec IS (n=29)	75,72	18,63		

Tableau 6 : Différences à l'échelle de l'étape 2 (Interpersonal Needs Questionnaire)

Pour finir, concernant les échelles de l'étape 3 du modèle, nous avons mis en évidence des différences significatives (**Tableau 7**) concernant la dimension Capacités pratiques $t = -2.32$, $p < 0.05$ de la Suicidal Capacity-VF et les dimension Urgence $t = -2.22$, $p < 0.05$ et Manque de persévérance $t = -2.77$, $p < 0.01$ de l'échelle UPPS entre les groupes sans et avec idée suicidaire.

Par contre, nous n'avons pas retrouvé de différence significative (**Tableau 7**) sur les Capacités pratiques et dispositionnelles de la Suicidal Capacity-VF ni sur les dimensions Urgence positive, Manque de préméditation et Recherche de sensation de l'échelle UPPS.

Echelles		Moyenne	Ecart-type	t	Sig.
SC-vf capacités dispositionnelles	patients sans IS (n=13)	7,23	3,47	-1,16	0,12
	patients avec IS (n=29)	8,79	2,73		
SC-vf capacités acquises	patients sans IS (n=13)	8,31	2,21	-0,48	0,63
	patients avec IS (n=29)	8,69	2,44		
SC-vf capacités pratiques	patients sans IS (n=13)	9,54	3,87	-2,32	0,026
	patients avec IS (n=29)	11,72	2,23		
UPPS urgence	patients sans IS (n=13)	10,38	3,07	-2,22	0,032
	patients avec IS (n=29)	12,41	2,59		
UPPS urgence positive	patients sans IS (n=13)	11,31	3,38	-0,19	0,85
	patients avec IS (n=29)	11,48	2,57		
UPPS manque de préméditation	patients sans IS (n=13)	6,85	2,54	-2,5	0,17
	patients avec IS (n=29)	9,28	3,06		
UPPS manque de persévérance	patients sans IS (n=13)	7,54	3,15	-2,77	0,009
	patients avec IS (n=29)	10,21	2,77		
UPPS recherche de sensation	patients sans IS (n=13)	11,08	3,25	1,69	0,099
	patients avec IS (n=29)	9,41	2,81		

Tableau 7 : Différences aux échelles de l'étape 3 (Echelle UPPS courte et Suicidal Capacity VF)

IV. Discussion

A. Discussion à partir des résultats

Cette étude met en évidence, dans notre population, une importante et significative différence entre les scores aux tests d'associations implicites chez les patients présentant des idées suicidaires (D-Scores positifs) et ceux n'en présentant pas (D-Score négatifs).

Ce résultat est en accord avec les données de la littérature (19) (30) . On peut donc considérer que cet outil a sa place dans l'évaluation de la présence d'idée suicidaire dans notre population, en complément de l'évaluation clinique habituelle.

De plus, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les résultats aux tests d'associations implicites chez les patients présentant des idées suicidaires et les patients présentant des idées suicidaires et ayant réalisé une tentative de suicide récemment. On peut donc considérer que les associations implicites entre « moi » et « mort » sont un marqueur de présence d'idées suicidaires et non un marqueur d'un antécédent (même récent) de tentative de suicide. L'intérêt de faire passer cette tâche chez des patients qui viennent juste de faire une tentative de suicide est grand puisqu'elle permet de distinguer ceux qui ont encore des idées suicidaires (et donc sont à risque de récurrence) et ceux qui n'en n'ont plus.

Nous avons retrouvé très peu de corrélations entre le score aux tests d'associations implicites et les résultats aux différentes échelles s'intégrant dans le modèle de Klonsky et May (6), censé expliquer la génération et la progression d'idées suicidaires jusqu'au passage à l'acte. En effet, le D-Score est seulement corrélé à l'Echelle de désespoir de Beck et aux capacités pratiques de la Suicidal Capacity-VF.

Ce résultat va à l'encontre de notre hypothèse initiale puisque l'on sait que la présence d'idées suicidaires est intimement liée à la notion de souffrance, de dépression ou de manque de lien avec son entourage (7).

De plus, nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre la force d'association entre « moi » et « mort » mesurée par le D-Score et la gravité supposée des idées suicidaires mesurée par l'échelle de Columbia. Or, nous nous serions attendu à ce que la force de ce D-Score soit corrélé à la gravité des idées suicidaires puisque la force d'association mesurée par le D-Score diffère selon qu'il y ait ou non des idées suicidaires.

Nous n'avons pas retrouvé non plus de corrélation entre la gravité de l'idéation suicidaire mesurée par l'Echelle d'évaluation de Columbia et les différentes échelles s'intégrant dans le modèle de Klonsky et May.

Or, la Columbia a montré, dans la littérature une très bonne sensibilité et spécificité dans la détection des idées suicidaires (36).

Comme pour les tests d'associations implicites, ce résultat sur la Columbia est surprenant à première vue.

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées pour expliquer cette absence de corrélation entre test d'associations implicites et mesures explicites :

- Une puissance statistique modérée de l'étude, du fait de son caractère préliminaire et du faible nombre de sujets ($n = 42$). En 2017, Kene (28) montre lui aussi une absence de corrélation entre les scores IAT et des mesures explicites du risque suicidaire et il rattache lui aussi ce résultat à un possible faible nombre de sujets ($n = 60$).
- Cependant, il est aussi possible que cette absence de corrélation soit due à la nature distincte des représentations mentales implicites et explicites. Des études antérieures (47) ont montré que les corrélations entre mesures implicites et mesures explicites dépendent de l'attribut psychologique examiné (48) (ici l'association entre l'individu et la mort) et de l'adéquation structurelle entre mesures implicites et explicites.
- Une autre explication possible de cette absence de corrélation serait l'effet plafond des échelles. En effet, on peut remarquer qu'une part importante de nos patients présentant des idées suicidaires avait tendance à coter leurs idées comme étant extrêmement graves (4 ou 5 sur 5) et qu'une part importante de la totalité des patients (qu'il ait ou non des idées suicidaires) avait tendance à coter de façon élevée leurs scores de souffrance, de dépression, d'absence de connectivité et de désespoir. On peut donc se demander si les scores aux mesures explicites n'étaient pas surévalués, du fait notamment du contexte de passation de ces échelles (patients recrutés aux urgences, le plus souvent dans un moment de crise ou après un geste suicidaire) et du fait qu'il est souvent difficile pour les patients en souffrance de reconnaître finement leurs ressentis et émotions.
- Enfin, l'absence de corrélation avec les mesures explicites de « capacités » et d'impulsivité, mesurées respectivement par la Suicidal Capacity-VF et l'échelle UPPS s'explique aisément puisque le D-Score est censé mettre en évidence la présence d'idées suicidaires sur le moment alors que ces mesures explicites sont censées mesurer le risque d'un passage à l'acte.

Nous avons mis en évidence, dans notre population, une différence significative sur la notion de douleur psychique, via l'échelle du Psymal et l'échelle de dépression de Beck, et sur la notion de désespoir via l'échelle de désespoir de Beck, entre les patients qui présentaient des idées suicidaires et ceux qui n'en présentaient pas.

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature sur l'émergence des idées suicidaires (16) et semblent confirmer la pertinence de la 1^{ère} étape du modèle en trois étapes de Klonsky et May (6).

Notre étude montre de la même manière une différence significative sur la notion de connectivité entre les patients sans et avec idées suicidaires. En effet, les patients avec idées suicidaires ont une connectivité avec leur environnement et leur entourage significativement moins bonne que les patients sans idées suicidaires.

Ce résultat semble lui aussi abonder dans le sens de la 2^{ème} étape du modèle en 3 étapes (6).

Cependant, il est important de souligner que pour ces auteurs, la seconde étape conditionne avant tout la progression des idées suicidaires et non leurs existences.

Or, nous n'avons pas montré dans notre échantillon de corrélation entre la gravité des idées suicidaires, que ce soit par la mesure de la Columbia ou par la force d'association entre « moi » et « mort » aux tests d'associations implicites et la mesure de la connectivité par l'Interpersonal Needs Questionnaire.

Ceci interroge la pertinence de l'étape 2 du modèle dans notre population. Il existe probablement d'autres facteurs que la diminution de connectivité qui peuvent expliquer la progression et l'aggravation des idées suicidaires.

On peut aussi se demander si la mesure unique de la connectivité à un instant T est un marqueur suffisant. En effet, l'Interpersonal Needs Questionnaire tend à mesurer la connectivité d'un individu de façon la plus objective possible. Or pour Klonsky et May c'est le sentiment de perte de connectivité et non la connectivité en elle-même qui conditionne la progression des idées suicidaires. Ainsi, un individu en souffrance psychique pourra être objectivement toujours en lien avec les autres (et donc avoir un score à l'INQ en faveur d'une connectivité forte) et pourtant avoir l'impression de perdre du lien du fait de sa souffrance. Cet écart entre liens réels et sentiment de perte de liens pourrait expliquer les différences statistiques que nous observons.

Enfin notre étude n'a pas retrouvé de différences significatives sur les notions de « capacités à passer l'acte » et d'impulsivité entre les groupes de patients sans et avec idées suicidaires. En effet, seule une des trois dimensions (les capacités pratiques) de la Suicidal Capacity-VF et deux des cinq dimensions (l'urgence et le manque de persévérance) de l'UPPS, différaient entre les 2 groupes.

Ce résultat n'est pas surprenant puisque ces éléments sont censés sous tendre le passage à l'acte suicidaire et non la présence d'idées suicidaires.

Il n'est donc pas possible de déduire la pertinence ou non de l'étape 3 du modèle à partir de notre étude.

B. Limites de l'étude

Cette étude possède plusieurs limites.

Comme dit plus haut, du fait du caractère préliminaire de l'étude, le nombre de patients inclus est relativement modéré (n = 42).

Une augmentation de ce nombre dans chacun des groupes permettrait une meilleure puissance statistique.

On peut remarquer que notre population possède des caractéristiques particulières, notamment sur l'âge : moyenne de 42.4 (écart type : 13.7) ans et sur la consommation d'alcool puisque 10 des 42 patients rapportaient une consommation d'alcool quotidienne et que celle-ci était en moyenne de 78.9 (écart type : 41.7) gramme d'alcool pur par jour.

Ces caractéristiques ne permettent pas de généraliser nos résultats à la population générale.

Il existe des différences entre nos groupes, notamment sur la répartition des sexes dans notre analyse en 3 groupes et sur la présence d'un traitement médicamenteux à l'inclusion dans nos analyses en 2 et 3 groupes.

Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact de telles différences, nous ne pouvons pas écarter l'hypothèse que ces dernières aient influencé nos résultats.

Les traitements peuvent notamment augmenter les temps de réponses aux tests d'associations implicites et modifier la qualité des réponses aux évaluations explicites.

En effet, certaines molécules comme les benzodiazépines induisent des troubles cognitifs même à doses posologiques (49).

Plutôt que de coter de façon binaire la présence ou non d'un traitement médicamenteux, nous aurions dû séparer chaque molécule par classes médicamenteuses ce qui aurait permis une meilleure comparabilité des groupes ainsi qu'une meilleure évaluation des effets de ces médicaments.

Une autre limite majeure provient du fonctionnement même du recrutement dans ce genre d'étude. En effet, lorsqu'il est proposé au patient de participer au protocole de recherche, une information orale et écrite lui est remise, afin qu'il puisse prendre sa décision en toute connaissance de cause. Dans la lettre d'information, il est explicitement indiqué que l'étude porte sur la souffrance psychologique et les pensées en lien avec la mort et le suicide.

On peut donc supposer qu'un patient souhaitant masquer ses idées suicidaires, consciemment ou non, par peur d'être jugé, par désirabilité sociale ou pour tout autre raison, aura moins tendance à participer à l'étude.

Cette tendance a probablement induit un biais dans le recrutement des patients avec idées suicidaires, en sélectionnant majoritairement des patients ne souhaitant pas masquer leurs idées suicidaires.

Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact réel d'un tel biais sur les résultats, il semble que les tests d'associations implicites soient moins perturbés par ce phénomène que les évaluations explicites (21), puisqu'ils passent par une mesure des temps de réaction basé sur la cohérence en mémoire d'un phénomène et non sur l'énonciation explicite d'un ressenti ou d'un vécu psychique (38) (37). Il est donc plus difficile de sur ou sous coter, même de façon involontaire, le test.

Dans le design de notre étude, nous avons choisi d'évaluer la douleur psychique, par l'échelle du Psymal et l'échelle de dépression de Beck. Or, dans le modèle de Klonsky et May(6), l'émergence d'idées suicidaires est sous tendue par la présence d'une expérience douloureuse au sens large (douleur physique, stimuli désagréables, isolement social, perceptions négatives de soi ou tous types de pensées, émotions, sensations ou expériences désagréables). Cette simplification avait pour but d'alléger le déroulement de l'étude puisqu'une évaluation de toutes les modalités de la douleur doublerait le nombre d'échelles à faire passer à chaque patient. Cependant, ce choix limite nos interprétations autour de la 1^{ère} étape du modèle.

Le fait d'évaluer les idées suicidaires au moment de l'inclusion sans répéter cette mesure à distance ne permet pas de rendre compte des fluctuations des idées suicidaires dans le temps, notamment lors des moments de crises (50). On peut ainsi facilement imaginer qu'il existe en réalité de fortes variations dans les réponses aux différents auto-questionnaires et échelles dans les premiers jours de la crise. La répétition de ces mesures permettrait une meilleure comparabilité de nos données entre elles et limiterait probablement l'effet plafond que nous avons constaté.

Enfin, bien qu'elle soit rapide et facile à prendre en main pour la majeure partie des personnes, la tâche informatique est très compliquée voir irréalisable pour une part non négligeable de la population : patient mal ou non voyant, personne non familiarisée à l'outil informatique, personne avec un handicap moteur aux membres supérieurs, personne illettrée etc... Cette limitation semble difficilement contournable compte tenu de l'état actuel de la technologie.

V. Conclusion

Notre étude est, à notre connaissance, l'un des premiers exemples européens d'utilisation de tests d'associations implicites dans l'évaluation du risque suicidaire.

Malgré ses limites et l'absence de corrélation entre le D-Score et la plupart des échelles explicites, elle a montré que le test fonctionnait en français dans notre population et permettait de faire la distinction entre les patients ayant des idées suicidaires et les patients n'en ayant pas et cela malgré la présence d'un des indicateurs les plus puissants : l'antécédent de tentative de suicide.

Le test a également démontré une facilité d'utilisation puisqu'il demande d'appuyer seulement sur 3 touches du clavier (E et I pour classer les mots et la barre d'espace pour lancer les différentes étapes du test), que les consignes sont simples et que les 7 étapes prennent toutes la même forme.

Au total 44 des 45 patients ayant initialement accepté de participer à l'étude ont pu compléter le test dans sa totalité.

La rapidité de passation du test est également intéressante puisque la majorité des patients l'a terminé en moins de 5 minutes et aucun d'entre eux n'a dépassé 10 minutes pour le réaliser.

De plus, le test a un coût relativement modeste puisqu'il ne nécessite que l'utilisation d'une interface (ordinateur portable ou tablette tactile) et d'un logiciel qui sert à la fois de support pour la tâche, d'outil de mesure des temps de réaction et d'outil de calcul pour le D-Score.

Dans l'éventualité de donner au test d'associations implicites une place dans l'évaluation du risque suicidaire en complément de l'évaluation clinique du psychiatre, il conviendrait de faire des études de plus grandes envergures afin d'augmenter la puissance statistique et d'éviter au maximum les biais cités.

L'évaluation clinique nous montre combien les idées suicidaires sont fluctuantes dans le temps ; il semblerait donc pertinent de réaliser plusieurs mesures implicites et explicites dans la période de crise pour en définir la cohérence avec la clinique.

La question de la récurrence est essentielle lorsque nous prenons en charge des patients suicidaires et il semblerait donc intéressant de déterminer si un D-score élevé à l'inclusion serait corrélé positivement au risque de récurrence suicidaire à plus long terme.

Cette mesure implicite a donc une place à prendre en complément de l'évaluation clinique et des mesures explicites. Reste à en définir son timing.

VI. Annexes

A. Note d'information



NOTE D'INFORMATIONS POUR LES PARTICIPANTS

Formulaire d'information pour une personne adulte participant à une recherche biomédicale

MIERIS-PPA: Mesures Implicite et Explicite du RISque Suicidaire et Prévention du Passage à l'Acte

Investigateur principal

Docteur Virginie MARECHAL

Psychiatrie de Liaison et Psychologie Médicale

Avenue René Laennec

80480 Salouël

Madame, Monsieur,

Vous êtes pris en charge pour une problématique en lien avec des difficultés émotionnelles et nous vous proposons de participer à une recherche biomédicale mise en place sur le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

Avant de vous décider, il est important pour vous de comprendre pourquoi cet essai est réalisé et ce qu'il impliquera. Ce formulaire est destiné à vous fournir toute l'information nécessaire sur cette recherche ainsi que sur vos droits en tant que participant afin de vous permettre de prendre une décision éclairée sur votre participation à l'essai. Si vous ne comprenez pas bien certains mots ou éléments, n'hésitez pas à demander des explications à votre médecin référent. Vous avez la possibilité de poser des questions à tout moment avant et en cours d'étude.

Nous vous précisons que vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. **Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment.**

1- NATURE ET BUT DE LA RECHERCHE

La souffrance psychologique est difficile à appréhender et à comprendre. Cette souffrance peut parfois démunir et nous amener à envisager le suicide. Le but de cette étude est d'améliorer notre capacité à comprendre la souffrance psychologique qui peut amener à avoir des pensées en lien avec le suicide et la mort. Ceci afin d'améliorer les prises en charges proposées.

2- DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Au cours d'un entretien avec un psychiatre, dans le cadre d'une prise en charge classique, nous vous proposerons de participer à notre étude. Notez qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des pensées en lien avec le suicide et la mort pour participer. Si vous acceptez de participer à cette recherche vous aurez à réaliser une tâche informatisée de quelques minutes où il vous sera demandé de classer des mots dans différentes catégories. Il vous sera ensuite demandé de remplir différents questionnaires portant sur vos habitudes de vie, vos habitudes de penser, ainsi que sur votre humeur actuelle.

A la fin de l'étude, il y aura une analyse statistique dans le but d'analyser les éventuelles corrélations entre les différents scores à vos questionnaires.

3- RISQUES LIES A LA RECHERCHE

Cette étude ne vous fait porter aucun risque pour votre santé par rapport à la pratique courante.

Cette étude ne vous apporte pas de bénéfice supplémentaire pour votre santé par rapport à la pratique courante.

4- DROITS

Le médecin psychiatre se doit de recueillir votre consentement signé avant votre participation à l'étude.

La signature du consentement ne décharge en rien le médecin et le promoteur de ses responsabilités à votre égard.

Votre participation à l'étude sera interrompue à tout moment si cela s'avère nécessaire. Par ailleurs, vous êtes libre, sans vous justifier, de vous désister à tout moment : vous ne manquerez pas d'en informer le médecin psychiatre. Dans ce cas, vous avez le droit de refuser que les données recueillies soient utilisées pour cette étude. L'arrêt de votre participation n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins que continuera à vous prodiguer l'équipe médicale qui vous prend en charge.

De plus, votre participation à l'étude peut être interrompue pour une des raisons suivantes:

- si vous ne suivez pas les instructions du médecin,
- un événement sérieux vous arrive,

- le médecin décide, pour votre santé et votre bien être, que vous devez interrompre l'étude,

Par ailleurs, toute information nouvelle survenant pendant votre participation et pouvant éventuellement modifier votre décision à participer à cet essai vous sera donnée.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des résultats globaux de cette étude.

Cette recherche est une recherche biomédicale ne portant pas sur des médicaments et est conforme au Code de la Santé Publique (Titre II du livre 1er relatif aux recherches biomédicales).

A cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche. Ces données seront anonymisées. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé. Conformément aux dispositions de la CNIL (loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Il suffit pour cela d'en faire mention par courrier au médecin qui vous suit dans l'étude.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de ces données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

Le traitement informatisé des données nominatives est conforme aux dispositions de la loi N°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, que vous pourrez exercer votre droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de la dite loi en vous adressant au médecin qui vous suit dans le cadre de cette recherche.

Vous pouvez à tout moment demander des informations au Dr Marechal, responsable scientifique, au n° de téléphone suivant : 03.22.66.82.90

Lorsque vous aurez lu ce formulaire d'information et obtenu les réponses aux questions que vous vous posez en interrogeant le médecin investigateur, il vous sera proposé, si vous en êtes d'accord, de donner votre autorisation écrite en signant le document préparé à cet effet.

Lettre d'information remise : le/... .. /.....

à

Par le Dr :

Signature :

CAHIER D'OBSERVATION

Mesures Implicite et Explicite du Risque Suicidaire et Prévention du Passage à l'Acte

MIERIS-PPA

N° CENTRE : |_|

Centre : A = CHU Adultes B = CH Pinel

PRENOM : |_|_|

Prénom : 2 premières lettres du prénom

NOM : |_|_|

Nom : 2 premières lettres du nom

DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date : jj/mm/aa

N° PATIENT : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro Patient composé du numéro de centre, des deux premières lettres du prénom, des deux premières lettres du nom et de la date.

<u>INVESTIGATEUR COORDONNATEUR</u>	Docteur MARECHAL Virginie Antenne de Psychiatrie de Liaison et de Psychologie Médicale CHU d'Amiens-Picardie 80054 Amiens Tel: 03.22.66.82.90 Fax : 03.22.66.84.74
<u>PROMOTEUR ARC référent</u>	CHU Amiens-Picardie <i>Délégation à la Recherche Clinique et de à l'Innovation</i> CHU Amiens Nord 80054 Amiens cedex 1 Tel 03.22.08.83.70 Fax : 03.22.08.96.45
<u>METHODOLOGISTE</u>	Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation 1, place Victor Pauchet CHU Amiens-Picardie 80054 cedex 1 Tel : 03.22.66.80.60 Fax : 03.22.66.79.11

CONSIGNES DE REMPLISSAGE DU CAHIER D'OBSERVATION

- Avant d'utiliser le cahier d'observation, assurez-vous que le patient soit bien éligible.
- Lorsque que vous écrivez, le rabat doit être placé sous la page dupliquée que vous remplissez pour éviter d'écrire sur les pages suivantes.
- Le cahier d'observation doit être rempli avec un **stylo à bille noir** en exerçant une pression modérée afin que les données soient lisibles sur les feuillets autocopiants.
Les cases à cocher permettent de choisir la(les) réponse(s) approprié(es) en faisant une croix sur la(les) case(s) correspondante(s). → exemple : Oui Non

- Toute **correction doit être datée et identifiée par les initiales** de la personne autorisée qui l'effectue. La méthode correcte de correction consiste à rayer l'information erronée tout en la laissant lisible, par un simple trait. **Ne pas rendre illisible l'information initiale en crayonnant ou en utilisant des produits de correction ou d'effacement.**

Dans le cas d'une modification totale de la page, barrez d'un grand trait noir la page et remplissez une photocopie qui sera insérée dans le cahier d'observation après avoir été datée et paraphée.

- Ne pas omettre de remplir la fiche de fin d'étude située à la fin du cahier d'observation que le patient termine normalement l'étude ou qu'il l'interrompt quel qu'en soit le motif.
- Chaque fiche " Événement indésirable ", une fois complétée, doit être datée et paraphée par l'investigateur.

Lors de la survenue d'un événement indésirable, remplir les rubriques correspondantes dans les visites en cours, et les feuilles de pharmacovigilance en fin de cahier d'observation. Adresser par fax (03.22.08.96.45) au fur et à mesure des visites, une copie de ces feuillets au promoteur de l'étude (DRCI ; CHU AMIENS-PICARDIE).

En cas d'événement indésirable grave, un rapport d'alerte disponible dans le classeur investigateur doit également être complété. Ce document doit être faxé SANS DELAIS (03.22.08.96.45) au promoteur. Ce dernier informera à son tour l'investigateur coordonnateur.

Veuillez n'enlever aucune page du présent cahier d'observation

TEMPS 1

Date de la visite : |_|_|/|_|_|/20|_|_|

INCLUSION

CARACTERISTIQUES DU PATIENT :

- Date de Naissance (JJ/MM/AA) : |_|_|/|_|_|/|_|_|
- Sexe : Homme Femme
- Antécédents médicaux :

.....
.....
.....

- Tabac :
- Alcool :
- Traitements lors de l'inclusion dans l'étude : Oui * Non
- Si Oui, préciser :

Nom du médicament : Posologie : Début de date du traitement :

.....
.....
.....
.....
.....

- NUMERO DE TELEPHONE POUR APPEL T2 :

VALIDATION DES CRITERES D'INCLUSION :

Si une case est cochée NON, le patient ne peut pas être inclus dans l'étude.

- Idéation suicidaire avec ou sans passage à l'acte:
- Consentement libre et éclairé signé :
- Personne de langue maternelle française :

VALIDATION DES CRITERES DE NON INCLUSION :

Si une case est cochée OUI, le patient ne peut pas être inclus dans l'étude.

	OUI	NON
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Troubles neurologiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Altération cognitive (confusion, alcoolémie positive etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Décompensation psychiatrique aigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Adulte majeur sous mesure de protection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Patients ayant déjà été inclus antérieurement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RECUEIL DES DONNEES

Evaluation par le Psychiatre			
	OUI	NON	NA (non récupérable ?)
Columbia-SSRS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suicidal Capacity Scale-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluation par le clinicien			
	OUI	NON	NA
IAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESESPOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSYCHACHE scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonnal Need Quest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UPPS short	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BDI 13 items	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE COLUMBIA SUR LA GRAVITÉ DU RISQUE SUICIDAIRE (C-SSRS)

Depuis la dernière visite

Version du 14/01/09

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Avertissement :

Cette échelle est destinée à être utilisée par des personnes ayant été formées à son administration. Les questions contenues dans l'Échelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS) sont des suggestions à titre indicatif. Au final, la détermination de l'existence d'une idéation ou de comportements suicidaires repose sur l'appréciation de la personne qui administre l'échelle.

Les définitions des comportements suicidaires de ce questionnaire sont basées sur celles utilisées dans The Columbia Suicide History Form, développé par John Mann, MD, et Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. Dans M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, p. 103 -130, 2003.)

Pour obtenir des copies du C-SSRS veuillez contacter Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032 ; pour toute question et besoins en matière de formation, écrire à : posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-SSRS-SinoeLastVisit - France/French - Version of 07 Apr 14 - Mapl.
107851 / C-SSRS-SinoeLastVisit_AUB_1_fr-4FR.doc

IDÉATION SUICIDAIRE		Depuis la dernière visite
Posez les questions 1 et 2. Si les deux réponses sont négatives, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est « oui », posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est « oui », complétez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.		
1. Désir d'être mort(e) Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir de mourir ou de ne plus être en vie, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller. <i>Avez-vous souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Pensées suicidaires actives non spécifiques Pensées d'ordre général non spécifiques autour de la volonté de mettre fin à ses jours/se suicider (par ex. « J'ai pensé à me suicider »), non associées à des pensées sur les manières permettant de se suicider/méthodes associées, ni à une intention ou à un scénario, au cours de la période d'évaluation. <i>Avez-vous réellement pensé à vous suicider ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Idéation suicidaire active avec définition de méthodes (sans scénario), sans intention de passage à l'acte Le sujet pense au suicide et a envisagé au moins une méthode pour y parvenir au cours de la période d'évaluation. Il ne s'agit pas ici de l'élaboration d'un scénario spécifique comprenant le moment, le lieu ou la méthode (par ex. le sujet a pensé à une méthode pour se suicider, mais ne dispose pas d'un scénario précis). Il s'agit par exemple d'une personne déclarant : « J'ai pensé à avaler des médicaments, mais je n'ai pas de scénario précis sur le moment, le lieu ou la manière dont je le ferais... et je n'irais jamais jusque là ». <i>Avez-vous pensé à la manière dont vous vous y prendriez ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis Pensées suicidaires actives, le sujet exprime <u>une intention plus ou moins forte de passer à l'acte</u> et ne se contente pas de déclarer : « J'ai des pensées suicidaires, mais je ne ferai jamais rien pour les mettre en œuvre ». <i>Avez-vous eu des pensées de ce genre et l'intention de passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte Pensées suicidaires associées à l'élaboration complète ou partielle d'un scénario détaillé ; le sujet exprime une intention plus ou moins forte de mettre ce scénario à exécution. <i>Avez-vous commencé ou fini d'élaborer un scénario détaillé sur la manière dont vous voulez vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce scénario à exécution ?</i> Si oui, décrivez :		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INTENSITÉ DE L'IDÉATION		
Les aspects suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d. idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave). Idéation la plus grave :		
N° du type (1 à 5)	Description de l'idéation	Idéation la plus grave
Fréquence		
<i>Combien de fois avez-vous eu ces pensées ?</i>		
(1) Moins d'une fois par semaine	(2) Une fois par semaine	(3) 2 à 5 fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque	(5) Plusieurs fois par jour	
Durée		
<i>Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?</i>		
(1) Quelques instants : quelques secondes ou quelques minutes	(2) Moins d'une heure/un certain temps	(3) 1 à 4 heures/longtemps
(4) 4 à 8 heures/une grande partie de la journée	(5) Plus de 8 heures/en permanence ou tout le temps	
Maîtrise des pensées suicidaires		
<i>Pourriez-vous/pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à votre envie de mourir si vous le voul(i)tez ?</i>		
(1) Maîtrise facilement ses pensées.	(2) Capable de maîtriser ses pensées avec de légères difficultés.	(3) Capable de maîtriser ses pensées avec quelques difficultés.
(4) Capable de maîtriser ses pensées avec de grandes difficultés.	(5) Incapable de maîtriser ses pensées.	(0) N'essaie pas de maîtriser ses pensées.
Éléments dissuasifs		
<i>Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un (par ex. votre famille, votre religion ou la douleur au moment de la mort) qui vous a dissuadé(e) de vouloir mourir ou de mettre à exécution vos pensées suicidaires ?</i>		
(1) Des éléments dissuasifs vous ont véritablement empêché(e) de tenter de vous suicider.	(2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement arrêté(e).	(3) Vous ne savez pas si des éléments dissuasifs vous ont arrêté(e).
(4) Vous n'avez très probablement été arrêté(e) par aucun élément dissuasif.	(5) Les éléments dissuasifs ne vous ont pas du tout arrêté(e).	(0) Sans objet
Causes de l'idéation		
<i>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité mourir ou vous suicider ? Était-ce pour faire cesser la douleur ou bien pour ne plus ressentir votre mal-être (en d'autres termes, vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être), ou bien pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres ? Ou tout cela à la fois ?</i>		
(1) Uniquement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres.	(2) Principalement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres.	(3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres que pour faire cesser la douleur.
(4) Principalement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être).	(5) Uniquement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être).	(0) Sans objet

COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cochez toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)	Depuis la dernière visite
<p>Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir <i>suite à cet acte</i>. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté <i>quelconque</i> de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. <i>La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire</i>, mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel. <i>Avez-vous fait une tentative de suicide ?</i> <i>Avez-vous cherché à vous faire du mal ?</i> <i>Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ?</i> <i>Qu'avez-vous fait ?</i> <i>Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ?</i> <i>Voulez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ?</i> <i>Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ?</i> <i>Où avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ?</i> <i>Où l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide)</i> Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives _____</p> <p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ? Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (<i>sinon, une tentative avérée aurait eu lieu</i>). Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendoison : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche. <i>Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives interrompues _____</p>
<p>Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur. <i>Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ?</i> Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre total de tentatives avortées _____</p>
<p>Préparatifs : Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'une méthode spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu). <i>Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ?</i> Si oui, décrivez :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Comportement suicidaire : Un comportement suicidaire a-t-il été observé au cours de la période d'évaluation ?</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicide réussi :</p>	<p>Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Répondre en tenant compte des tentatives avérées uniquement</p>	<p>Tentative la plus létale Date: _____</p>
<p>Létalité/lésions médicales observées : 0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital). 5. Décès</p>	<p>Inscrire le code correspondant _____</p>
<p>Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles</p>	<p>Inscrire le code correspondant _____</p>

D. Interpersonal Needs Questionnaire

INQ- 18 items



	Pas du tout d'accord			Indifférent	Tout à fait d'accord		
Remplissez le tableau suivant en répondant le plus rapidement et honnêtement possible. Choisissez une seule réponse à chaque fois.							
« Ces derniers temps ...							
1. ... mes proches se sentiraient mieux si j'étais parti. »	1	2	3	4	5	6	7
2. ... mes proches se sentiraient plus heureux sans moi. »	1	2	3	4	5	6	7
3. ... je pense avoir laissé tomber mon entourage. »	1	2	3	4	5	6	7
4. ... je pense être un fardeau pour la société. »	1	2	3	4	5	6	7
5. ... je pense contribuer au bien-être de mes proches. »	1	2	3	4	5	6	7
6. ... j'ai l'impression d'être un fardeau pour mes proches. »	1	2	3	4	5	6	7
7. ... je pense que mon entourage souhaiterait être débarrassé de moi. »	1	2	3	4	5	6	7
8. ... je pense que j'aggrave les choses pour mes proches. »	1	2	3	4	5	6	7
9. ... je pense que je compte pour mes proches. »	1	2	3	4	5	6	7

INQ- 18 items

Remplissez le tableau suivant en répondant le plus rapidement et honnêtement possible. Choisissez une seule réponse à chaque fois.							
« Ces derniers temps ...							
	Pas du tout d'accord			Indifférent	Tout à fait d'accord		
10. ... les autres se soucient de moi. »	1	2	3	4	5	6	7
11. ... je me sens intégré. »	1	2	3	4	5	6	7
12. ... j'interagis rarement avec les personnes qui tiennent à moi. »	1	2	3	4	5	6	7
13. ... j'ai de la chance d'avoir de nombreux amis attentionnés et solidaires. »	1	2	3	4	5	6	7
14. ... je me sens déconnecté des autres. »	1	2	3	4	5	6	7
15. ... je me sens souvent comme un outsider lors des réunions »	1	2	3	4	5	6	7
16. ... je sais qu'il y a des gens vers qui me tourner en cas de besoin. »	1	2	3	4	5	6	7
17. ... je suis proche des autres. »	1	2	3	4	5	6	7
18. ... j'ai eu au moins une interaction satisfaisante chaque jour. »	1	2	3	4	5	6	7

E. Echelle de Désespoir de Beck

QUESTIONNAIRE

Prénom : Age : ans

Date : / /

Femme O / Homme O

CONSIGNES – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

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



INVENTAIRE ABRÉGÉ DE DÉPRESSION DE BECK (13 ITEMS)

J. COTTRAUX

INTRODUCTION

La version abrégée de l'inventaire de dépression de Beck est une mesure destinée à permettre aux généralistes et aux chercheurs d'effectuer une évaluation rapide de la dépression.



MODE DE PASSATION

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

COTATION

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé.

APPLICATIONS

Il s'agit d'une mesure des cognitions dépressives. Cette échelle est destinée à évaluer les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression de Hamilton ou la MADRS qui sont principalement des échelles d'évaluation des composantes somatiques de la dépression. Il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins huit jours entre deux passations de cet inventaire.

INTÉRÊTS-LIMITES

L'inventaire abrégé de dépression de Beck est la mesure subjective de dépression la plus utilisée. Il est certain qu'une investigation clinique, et d'autres instruments, peuvent apporter des données plus approfondies concernant un état dépressif.

Elle permet d'alerter le clinicien qui utilise les différents seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974) :

- 0-4 : pas de dépression
- 4-7 : dépression légère
- 8-15 : dépression modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Cependant son pouvoir de discrimination de l'intensité de la dépression a été discuté. Dans l'étude de Lempérière et al., (1984) la comparaison des différents instruments d'évaluation a montré que la capacité du questionnaire de Beck à discriminer, entre 7 stades de gravité, apparaît inférieure à l'échelle d'Hamilton et la MADRS.

Malgré sa corrélation très élevée avec l'inventaire de Beck à 21 items, elle ne l'a pas remplacé dans les recherches en psychothérapie cognitive. Elle est plus souvent utilisée en psychopharmacologie, en médecine générale et en épidémiologie.

En dépit de ces réserves, il s'agit d'un instrument bien accepté par les patients et facile à administrer du fait de sa brièveté.

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM PRÉNOM

SEXE AGE DATE

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

A.	Je ne me sens pas triste.	0
	Je me sens cafardeux ou triste.	1
	Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.	2
	Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.	3
B.	Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.	0
	J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.	1
	Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.	2
	Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer.	3
C.	Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.	0
	J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.	1
	Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.	2
	J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).	3
D.	Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.	0
	Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.	1
	Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.	2
	Je suis mécontent de tout.	3
E.	Je ne me sens pas coupable.	0
	Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.	1
	Je me sens coupable.	2
	Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien.	3

F.	Je ne suis pas déçu par moi-même.	0
	Je suis déçu par moi-même.	1
	Je me dégoûte moi-même.	2
	Je me hais.	3
G.	Je ne pense pas à me faire du mal.	0
	Je pense que la mort me libérerait.	1
	J'ai des plans précis pour me suicider.	2
	Si je le pouvais, je me tuerais.	3
H.	Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.	0
	Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.	1
	J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.	2
	J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.	3
I.	Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.	0
	J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.	1
	J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.	2
	Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.	3
J.	Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.	0
	J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.	1
	J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux.	2
	J'ai l'impression d'être laid et repoussant.	3
K.	Je travaille aussi facilement qu'auparavant.	0
	Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.	1
	Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
L.	Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.	0
	Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.	1
	Faire quoi que ce soit me fatigue.	2
	Je suis incapable de faire le moindre travail.	3
M.	Mon appétit est toujours aussi bon.	0
	Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.	1
	Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.	2
	Je n'ai plus du tout d'appétit.	3

G. Suicidal Capacity VF

Suicidal Capacity VF

	Pas du tout d'accord			Indifférent	Tout à fait d'accord		
	1	2	3		4	5	6
1. J'ai toujours été en capacité de gérer plus facilement la douleur que les autres personnes.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je n'ai jamais vraiment été effrayé par la mort.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux gérer davantage la douleur physique qu'auparavant.	1	2	3	4	5	6	7
4. Au fils du temps, j'ai moins peur de mourir.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si je le voulais, je saurais comment mettre fin à mes jours.	1	2	3	4	5	6	7
6. Si je le voulais, j'aurais accès à des méthodes et moyens que j'utiliserais pour mettre fin à mes jours.	1	2	3	4	5	6	7

H. Echelle du Psymal

L'ÉCHELLE DU PSYMAL

Ces énoncés portent sur votre souffrance psychologique, NON sur votre souffrance physique. Indiquez à quelle fréquence se produisent les énoncés suivants en encerclant le numéro approprié.

1= Jamais 2= Parfois 3= Souvent 4=Très souvent 5= Toujours

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
1. Je ressens de la souffrance psychologique.	1	2	3	4	5
2. Je semble avoir mal en dedans de moi.	1	2	3	4	5
3. La souffrance psychologique que je ressens semble pire que toute souffrance physique.	1	2	3	4	5
4. La souffrance que je ressens me donne envie de crier.	1	2	3	4	5
5- La souffrance que je ressens assombrit ma vie.	1	2	3	4	5
6. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi je souffre.	1	2	3	4	5
7. Je me sens très mal sur le plan psychologique.	1	2	3	4	5
8. Je souffre parce que je me sens vide.	1	2	3	4	5
9. J'ai mal à l'âme.	1	2	3	4	5

Pour la suite du questionnaire, veuillez utiliser l'échelle suivante :

1= Fortement en désaccord 2= En désaccord 3= Incertain 4= En accord 5= Fortement en accord

	Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	En accord	Fortement en accord
10. Je ne peux plus endurer ma souffrance.	1	2	3	4	5
11. La souffrance que je ressens rend ma vie insupportable.	1	2	3	4	5
12. La souffrance que je ressens me fait perdre tous mes moyens.	1	2	3	4	5
13. La souffrance psychologique que je ressens influence tout ce que je fais.	1	2	3	4	5

Copyright : R.R. Holden and K. Mehta, 1998

Traduction : F. Dionne, R. Labelle, J. Baillargeon et M. Daigle, 2004

I. Echelle UPPS courte

Échelle UPPS -courte

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés décrivant des manières de se comporter ou de penser. Pour chaque affirmation, veuillez indiquer à quel degré vous êtes d'accord ou non avec l'énoncé. Si vous êtes **Tout à fait d'accord** avec l'affirmation encerclez le chiffre **1**, si vous êtes **Plutôt d'accord** encerclez le chiffre **2**, si vous êtes **Plutôt en désaccord** encerclez le chiffre **3** et si vous êtes **Tout à fait en désaccord** encerclez le chiffre **4**. Assurez-vous que vous avez indiqué votre accord ou désaccord pour chaque énoncé ci-dessous.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
1 D'habitude je réfléchis soigneusement avant de faire quoi que ce soit.	1	2	3	4
2 Quand je suis vraiment enthousiaste, j'ai tendance à ne pas penser aux conséquences de mes actions.	1	2	3	4
3 J'aime parfois faire des choses qui sont un petit peu effrayantes.	1	2	3	4
4 Quand je suis contrarié(e), j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
5 Je préfère généralement mener les choses jusqu'au bout.	1	2	3	4
6 Ma manière de penser est d'habitude réfléchie et méticuleuse.	1	2	3	4
7 Quand la discussion s'échauffe, je dis souvent des choses que je regrette ensuite.	1	2	3	4
8 J'achève ce que je commence.	1	2	3	4
9 J'éprouve du plaisir à prendre des risques.	1	2	3	4
10 Quand je suis ravi(e), je ne peux pas m'empêcher de m'emballer.	1	2	3	4
11 Une fois que je commence un projet, je le termine presque toujours.	1	2	3	4
12 J'aggrave souvent les choses parce que j'agis sans réfléchir quand je suis contrarié(e).	1	2	3	4
13 D'habitude je me décide après un raisonnement bien mûri.	1	2	3	4
14 Je recherche généralement des expériences et sensations nouvelles et excitantes.	1	2	3	4
15 Quand je suis vraiment enthousiaste, j'agis souvent sans réfléchir.	1	2	3	4
16 Je suis une personne productive qui termine toujours son travail.	1	2	3	4
17 Quand je me sens rejeté(e), je dis souvent des choses que je regrette par la suite.	1	2	3	4
18 Je me réjouis des expériences et sensations nouvelles même même si elles sont un peu effrayantes et non-conformistes.	1	2	3	4
19 Avant de me décider, je considère tous les avantages et inconvénients.	1	2	3	4
20 Quand je suis très heureux/heureuse, j'ai l'impression qu'il est normal de céder à ses envies ou de se laisser aller à des excès.	1	2	3	4

Cotation : [R] = items à renverser

Urgence : 4[R]; 7[R]; 12[R]; 17[R];

Urgence positive: 2[R]; 10[R]; 15[R]; 20[R].

Manque de Préméditation: 1; 6; 13; 19.

Manque de Persévérance: 5; 8; 11; 16;

Recherche de Sensation: 3[R]; 9[R]; 14[R]; 18[R];

VII. Bibliographie

1. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016.
2. OMS | Données et statistiques sur le suicide [Internet]. WHO. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
3. Goldsmith SK, Institute of Medicine (U.S.), Committee on Pathophysiology & Prevention of Adolescent & Adult Suicide. Reducing suicide: a national imperative [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2002 [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3375223>
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. 2009;21.
5. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport / février 2016 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>
6. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *Int J Cogn Ther.* juin 2015;8(2):114-29.
7. May AM, Klonsky ED. Assessing Motivations for Suicide Attempts: Development and Psychometric Properties of the Inventory of Motivations for Suicide Attempts. *Suicide Life Threat Behav.* mai 2013;n/a-n/a.
8. Young EE, Lariviere WR, Belfer I. Genetic basis of pain variability: recent advances. *J Med Genet.* janv 2012;49(1):1-9.
9. Czajkowski N, Kendler KS, Tambs K, Røysamb E, Reichborn-Kjennerud T. The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. *Psychol Med.* sept 2011;41(9):1987-95.
10. Smith AR, Ribeiro JD, Mikolajewski A, Taylor J, Joiner TE, Iacono WG. An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Res.* mai 2012;197(1-2):60-5.
11. Swanson SP, Roberts LJ, Chapman MD. Are Anaesthetists Prone to Suicide? A Review of Rates and Risk Factors. *Anaesth Intensive Care.* août 2003;31(4):434-45.
12. Nock MK, Prinstein MJ, Sterba SK. Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *J Abnorm Psychol.* nov 2009;118(4):816-27.
13. Wilson TD. Know Thyself. *Perspect Psychol Sci.* juill 2009;4(4):384-9.
14. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry.* janv 2003;64(1):14-9.

15. Fowler JC. Suicide risk assessment in clinical practice: Pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy*. 2012;49(1):81-90.
16. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232.
17. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JLK. Measuring Individual Differences in Implicit Cognition: The Implicit Association Test. :17.
18. Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(5):707-15.
19. Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition Predicts Suicidal Behavior. *Psychol Sci*. avr 2010;21(4):511-7.
20. Knowles SE, Townsend E. Implicit and explicit attitudes toward self harm: Support for a functional model. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. juin 2012;43(2):730-6.
21. Randall JR, Rowe BH, Dong KA, Nock MK, Colman I. Assessment of self-harm risk using implicit thoughts. *Psychol Assess*. sept 2013;25(3):714-21.
22. Tang J, Wu S, Miao D. Experimental Test of Escape Theory: Accessibility to Implicit Suicidal Mind. *Suicide Life Threat Behav*. août 2013;43(4):347-55.
23. Harrison DP, Stritzke WGK, Fay N, Ellison TM, Hudaib A-R. Probing the implicit suicidal mind: Does the Death/Suicide Implicit Association Test reveal a desire to die, or a diminished desire to live? *Psychol Assess*. 2014;26(3):831-40.
24. Ellis TE, Rufino KA, Green KL. Implicit Measure of Life/Death Orientation Predicts Response of Suicidal Ideation to Treatment in Psychiatric Inpatients. *Arch Suicide Res*. 2 janv 2016;20(1):59-68.
25. Cha CB, Augenstein TM, Frost KH, Gallagher K, D'Angelo EJ, Nock MK. Using Implicit and Explicit Measures to Predict Nonsuicidal Self-Injury Among Adolescent Inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2016;55(1):62-8.
26. Glenn CR, Kleiman EM, Coppersmith DDL, Santee AC, Esposito EC, Cha CB, et al. Implicit identification with death predicts change in suicide ideation during psychiatric treatment in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. déc 2017;58(12):1319-29.
27. Glenn JJ, Werntz AJ, Slama SJK, Steinman SA, Teachman BA, Nock MK. Suicide and self-injury-related implicit cognition: A large-scale examination and replication. *J Abnorm Psychol*. févr 2017;126(2):199-211.
28. Kene P. Self-Injury Implicit Association Test: Comparison of Suicide Attempters and Non-attempters. *Psychiatr Q*. mars 2017;88(1):155-65.
29. Barnes SM, Bahraini NH, Forster JE, Stearns-Yoder KA, Hostetter TA, Smith G, et al. Moving Beyond Self-Report: Implicit Associations about Death/Life Prospectively Predict Suicidal Behavior among Veterans. *Suicide Life Threat Behav*. févr 2017;47(1):67-77.

30. Rath D, Hallensleben N, Glaesmer H, Spangenberg L, Strauss M, Kersting A, et al. Implizite Assoziationen mit dem Tod: Erste Validierung einer deutschen Version des Impliziten Assoziationstests für Suizidalität (Suizid-IAT). *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol.* mars 2018;68(03/04):109-17.
31. Barnes SM, Monteith LL, Forster JE, Nazem S, Borges LM, Stearns-Yoder KA, et al. Developing Predictive Models to Enhance Clinician Prediction of Suicide Attempts Among Veterans With and Without PTSD. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 11 sept 2018 [cité 18 avr 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/sltb.12511>
32. Millner AJ, Augenstein TM, Visser KH, Gallagher K, Vergara GA, D'Angelo EJ, et al. Implicit Cognitions as a Behavioral Marker of Suicide Attempts in Adolescents. *Arch Suicide Res.* 14 mars 2018;1-17.
33. Chiurliza B, Hagan CR, Rogers ML, Podlogar MC, Hom MA, Stanley IH, et al. Implicit Measures of Suicide Risk in a Military Sample. *Assessment.* juill 2018;25(5):667-76.
34. Glenn CR, Millner AJ, Esposito EC, Porter AC, Nock MK. Implicit Identification with Death Predicts Suicidal Thoughts and Behaviors in Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 4 mars 2019;48(2):263-72.
35. The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). :23.
36. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry.* déc 2011;168(12):1266-77.
37. Greenwald AG, Nosek BA, Banaji MR. Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):197-216.
38. Greenwald AG, Nosek BA, Banaji MR, Klauer KC. Validity of the salience asymmetry interpretation of the implicit association test: comment on Rothermund and Wentura (2004). *J Exp Psychol Gen.* août 2005;134(3):420-5; author reply 426-430.
39. Holden RR, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport.* 2001;33(4):224-32.
40. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974;42(6):861-5.
41. Kliem S, Lohmann A, Mößle T, Brähler E. Psychometric properties and measurement invariance of the Beck hopelessness scale (BHS): results from a German representative population sample. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2018 [cité 5 août 2019];18(1). Disponible sur: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1646-6>
42. Siefert-Boukaidi M, Jover F, Staccini P, Pringuey D, Benoit M. 2881 – The interpersonal theory of suicide: a french version of the interpersonal needs questionnaire. *Eur Psychiatry.* janv 2013;28:1.

43. Hill RM, Rey Y, Marin CE, Sharp C, Green KL, Pettit JW. Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the Reliability, Factor Structure, and Predictive Validity across Five Versions. *Suicide Life Threat Behav.* juin 2015;45(3):302-14.
44. Green KL, Brown GK, Jager-Hyman S, Cha J, Steer RA, Beck AT. The Predictive Validity of the Beck Depression Inventory Suicide Item. *J Clin Psychiatry.* 23 déc 2015;76(12):1683-6.
45. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology.* 1998;31(3):160-8.
46. Klonsky ED, May A. Rethinking Impulsivity in Suicide. *Suicide Life Threat Behav.* déc 2010;40(6):612-9.
47. Hofmann W, Gawronski B, Gschwendner T, Le H, Schmitt M. A Meta-Analysis on the Correlation Between the Implicit Association Test and Explicit Self-Report Measures. *Pers Soc Psychol Bull.* oct 2005;31(10):1369-85.
48. Payne BK, Burkley MA, Stokes MB. Why do implicit and explicit attitude tests diverge? The role of structural fit. *J Pers Soc Psychol.* 2008;94(1):16-31.
49. Etat des lieux de la consommation des benzodiazepines en France. 2013;82.
50. Rudd MD. Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. In: *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. p. 355-68.

Intérêt de l'IAT (Implicit Association Test) dans l'évaluation du risque suicidaire : Réflexion à partir d'une étude préliminaire

Résumé :

Introduction : L'évaluation du risque suicidaire est un processus complexe. Nous avons utilisé un test d'associations implicites : une tâche qui mesure les temps de réaction pour classer des mots en lien avec « moi » et « mort » et nous avons comparé ces résultats à des mesures explicites en lien avec le risque suicidaire.

Matériel et méthodes : Nous avons inclus 13 patients sans idée suicidaire, 16 patients avec idées suicidaires et 13 patients avec idées suicidaires et ayant réalisé une tentative de suicide dans les 72h précédant l'inclusion.

Résultats : L'analyse révèle une large différence significative entre les groupes : le groupe sans idée suicidaire ayant un score négatif au test d'associations implicites alors que les 2 groupes avec idées suicidaires ont un score positif. L'étude ne montre cependant pas de corrélation entre le score au test d'associations implicites et la plupart des mesures explicites. Ces mesures explicites diffèrent entre patients suicidaires et patients non suicidaires.

Conclusion : Le test d'associations implicites entre « moi » et « mort » permet de différencier les patients avec des idées suicidaires des patients sans idées suicidaires, malgré la présence d'une tentative de suicide récente.

Mots-clés : psychiatrie, suicide, idéation suicidaire, évaluation du risque suicidaire, test d'associations implicites, mesures explicites

Benefit of the IAT (Implicit Association Test) in the suicidal risk assessment : Reflection from a preliminary study

Abstract

Introduction : Suicidal risk assessment is a complex process. We used implicit association test : a task that measures reaction times to classify words related to « myself » and « death » and we compared these results to explicit measures related to suicidal risk.

Methods : We included 13 patients without suicidal ideation, 16 patients with suicidal ideation and 13 patients with suicidal ideation who had attempted suicide within 72 hours prior to the inclusion

Results : The analysis reveals a large difference between the groups : the group without a suicidal idea has a negative score on the implicit association test while the 2 groups with suicidal ideation have a positive score. However, the study does not show a correlation between the implicit association test score and most explicit measures. These explicit measures differ between suicidal and non-suicidal patients

Conclusion : The implicit association test between "me" and "death" makes it possible to differentiate patients with suicidal ideation from patients without suicidal ideation, despite the presence of a recent suicide attempt.

Keywords : psychiatry, suicide, suicidal ideation, suicide risk assessment, implicit association test, explicit measures