

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE



Année 2020

N° de thèse : 2020-51

Symptômes de trouble stress post-traumatique en lien avec une tentative de suicide chez des patients suicidants : Etude STRAUS

Thèse présentée et soutenue publiquement le

Lundi 22 juin 2020 à 14h00

Pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Médecine
Diplôme d'Études Spécialisées de Psychiatrie

Par

Madame DE CARVALHO Camille

Née le 08/05/1992

PRÉSIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Madame le Professeur Claire ANDREJAK

DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE

DÉDICACES

Aux membres de mon jury,

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Psychiatrie Adultes

*Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Je vous remercie pour votre enseignement de qualité et votre soutien durant mes années
d'internat.
Veuillez recevoir mes remerciements ainsi que ma profonde et respectueuse reconnaissance.*

A mes juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILÉ
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Coordonnateur du DES de Psychiatrie

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.
Je vous remercie de m'avoir accompagné durant mes années d'internat.
Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse considération.*

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 me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant
dans mon jury de thèse.
Je vous prie de croire en ma respectueuse reconnaissance.*

Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.
Veuillez croire en l'expression de ma profonde gratitude.*

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bernard ANGERVILLE
Chef de clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux
Psychiatrie Adultes

*Tu me fais l'honneur d'être mon directeur de thèse.
Je te remercie pour tes nombreux conseils et enseignements, ton indéfectible soutien, ta
disponibilité et ta bienveillance.
Cela a été un plaisir de travailler à tes côtés, je te présente toute ma sincère gratitude.*

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A mon amour, Florent, merci pour ta présence, ton amour, ton amitié. Merci pour ton soutien au quotidien, ta patience, ton humour, tes conseils. Que notre avenir ensemble n'en soit que plus merveilleux.

A ma mère, Christine, merci d'avoir cru en moi dès la première année de Médecine, et même avant cela. Merci pour ton soutien et ta présence. A notre relation sans pareille.

A mon père, Georges, merci pour ton soutien sans faille, tes conseils et réassurances, ta bienveillance, merci d'être là. A notre complicité qui m'est chère.

A mon frère, Cédric, merci pour ta transmission, ton partage. Merci d'être un frère protecteur et disponible.

A ma grand-mère, Michelle, merci d'être présente à mes côtés depuis ces nombreuses années. Merci pour ton écoute et ton soutien. A notre complicité.

A ma belle-mère, Carole, merci pour tes conseils, ta sincérité ainsi que pour la place que tu m'as faite.

A mes beaux-parents, Hélène et Michel, merci pour votre accueil, votre gentillesse et bienveillance.

A mes amis et collègues,

A mes co-internes de promo devenues amies, Anna, Victoria, Amandine et Anaïs, merci pour cette belle amitié, ces moments de partage, de soutien et surtout de joie.

Aux médecins et équipes qui m'ont aidé à me former et à aimer davantage ce métier : Dr Yon, Dr Leclere, Dr Mellas, Pr Guilé, Pr Mille, Dr Garny De La Rivière, Dr Rey, Dr Boissel, Dr Tissot, Dr Chaperot, Dr Goux, Dr Altobelli, Dr Turdeanu, Dr Rovillain, Dr Cremades, Dr Marechal, Dr Lalanne, Pr Dervaux, Dr Angerville, Dr Johancik, Dr Thilliez, Dr Makdassi. Dont certains sont même devenus proches. Merci à tous pour votre enseignement et votre disponibilité.

A l'ensemble des co-internes avec qui j'ai pu partager un stage, merci pour ces mois qui n'auraient pas été les mêmes sans vous.

A mes amis, qui m'ont soutenu et qui ont cru en moi depuis ces nombreuses années, Cécile, Sarah, Joris, Antoine, Elise, Virginie, Nicolas, Claire, Roman, Arvind, Caroline, Alicia, Sophie, Fiona. Merci pour tout ce que nous avons vécu et ce qu'il nous reste à vivre ensemble.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	15
1.1	Le psychotraumatisme.....	15
1.1.1	Définition du psychotraumatisme.....	15
1.1.2	Épidémiologie du psychotraumatisme.....	16
1.1.2.1	Prévalence d'exposition à un évènement traumatique.....	16
1.1.2.2	Prévalence de TSPT au cours de la vie.....	16
1.1.2.3	Prévalence de TSPT dans l'année écoulée.....	16
1.1.3	Facteurs de risque et facteurs protecteurs de TSPT.....	17
1.1.4	Définition du trouble stress post-traumatique.....	17
1.1.5	Outils d'évaluation du TSPT.....	19
1.1.6	Prise en charge du TSPT.....	20
1.1.6.1	Diagnostic.....	20
1.1.6.2	Prise en charge en aigue.....	20
1.1.6.3	Prise en charge thérapeutique.....	20
1.1.7	Complications psychiatriques.....	21
1.1.7.1	Syndrome dépressif.....	21
1.1.7.2	Comportements suicidaires.....	21
1.2	Évènement traumatique.....	22
1.3	Les comportements suicidaires.....	23
1.3.1	Définitions des comportements suicidaires.....	23
1.3.2	Épidémiologie des comportements suicidaires.....	24
1.3.2.1	Prévalence des idéations suicidaires.....	24
1.3.2.2	Prévalence des tentatives de suicide.....	24
1.3.2.3	Prévalence du suicide.....	25
1.3.3	Facteurs de risque et facteurs protecteurs de comportements suicidaires.....	25
1.3.4	Prise en charge des tentatives de suicide.....	25
1.3.4.1	Prévention du risque suicidaire.....	25
1.3.4.2	Prise en charge thérapeutique.....	26
1.3.4.3	Prise en charge hospitalière et ambulatoire.....	26
1.4	Hypothèse de recherche.....	27
1.5	Objectif du travail.....	28
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	29

2.1	Procédure	29
2.2	Patients.....	29
2.2.1	Critères d'inclusion	29
2.2.2	Critères de non inclusion.....	30
2.3	Données sociodémographiques et cliniques	30
2.4	Questionnaires	31
2.4.1	PCL-5.....	31
2.4.2	BDI.....	31
2.4.3	AUDIT-C	31
2.4.4	RRRS	31
2.5	Statistiques.....	32
2.6	Éthique.....	32
3	RÉSULTATS	33
3.1	Patients inclus	33
3.1.1	Données sociodémographiques.....	33
3.1.2	Données cliniques	34
3.2	Incidence des symptômes de TSPT	37
3.3	Comparaison des variables sociodémographiques et cliniques en fonction de la présence de symptômes de TSPT	37
3.4	Variables sociodémographiques et cliniques prédictives de la présence de symptômes de TSPT	38
4	DISCUSSION	39
4.1	Discussion des résultats	39
4.1.1	Incidence du TSPT.....	39
4.1.2	Soins somatiques et gravité de la TS	39
4.1.3	Dépression.....	40
4.2	Forces de l'étude.....	40
4.2.1	Étude prospective.....	40
4.2.2	Proximité du geste.....	41
4.2.3	Antécédent de TSPT	41
4.3	Limites	41
4.3.1	Échantillon	41
4.3.2	Temporalité	42
4.4	Implications des résultats et perspectives	43

5	CONCLUSION	44
6	RÉFÉRENCES.....	45
7	ANNEXES	52
7.1	Annexe 1 - PCL-5.....	52
7.2	Annexe 2 - BDI.....	53
7.3	Annexe 3 - AUDIT-C.....	55
7.4	Annexe 4 - RRRS	56

1 INTRODUCTION

1.1 Le psychotraumatisme

1.1.1 Définition du psychotraumatisme

Le psychotraumatisme est l'ensemble des mécanismes de sauvegarde d'ordre psychologique, neurobiologique et physiologique qui peuvent se mettre en place à la suite d'un ou de plusieurs événements générant une charge émotionnelle non contrôlée et dépassant les ressources du sujet. En effet, le mot psychotraumatisme est tiré du mot « trauma » qui signifie en grec blessure, ainsi le mot traumatisme désigne avant tout une atteinte corporelle, physique. En 400 avant notre ère, Hippocrate décrivait les "rêves traumatiques"[1]. Le terme "traumatisme" fut utilisé en Médecine et en Chirurgie au 19ème siècle, puis élargi aux blessures psychiques après l'apparition de symptômes chez des accidentés des transports de chemin de fer sous le terme de "névrose traumatique" décrit par Herman Oppenheim en 1889[2]. Louis Crocq, psychiatre des armées et fondateur des CUMP (cellules d'urgence médico-psychologique), définit le traumatisme psychique comme "un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui est exposé victime, comme témoin ou comme acteur"[3].

Dans les classifications internationales, notamment dans la 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-5), le traumatisme psychique correspond à un événement de vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité d'y répondre adéquatement, le bouleversement qu'il génère et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Le sujet exposé à ce traumatisme peut être lui-même la victime, l'acteur ou même le témoin[4].

L'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) considère qu'un événement est dit traumatique lorsqu'il porte atteinte à l'intégrité physique et psychique d'un individu[5]. Sa définition et ses caractéristiques évoluent au fil des années. Cette évolution nosographique s'est appuyée sur l'émergence et l'incidence croissante de nouveaux types d'événements traumatiques à l'origine de symptômes spécifiques, comme les interventions militaires[6], les catastrophes naturelles, et plus récemment le terrorisme et les attentats[7] qui sont des événements à fort impact psychologique.

1.1.2 Épidémiologie du psychotraumatisme

Plusieurs études épidémiologiques internationales se sont intéressées à la prévalence du psychotraumatisme. Les résultats varient d'un pays à l'autre et ne s'intéressent pas systématiquement à toutes les dimensions liées[8]. On distingue en effet la prévalence du trouble stress post-traumatique (TSPT) au cours de la vie, dans l'année mais aussi la prévalence d'exposition à un évènement traumatique. En effet, toute exposition à un évènement dit traumatique ne conduit pas obligatoirement à la survenue d'un TSPT. Selon la population étudiée, le taux de prévalence du TSPT varie de 1 à 40% dans le monde[9].

1.1.2.1 Prévalence d'exposition à un évènement traumatique

Dans une étude épidémiologique publiée en 2015, l'exposition à un évènement traumatique semble plus élevée dans les pays à faible revenu en comparaison aux pays à revenu élevé. Par ailleurs, le type d'évènement varie considérablement en fonction des régions. L'enquête française "Santé mentale en population générale" (SMPG) menée en France métropolitaine sur plus de 36 000 sujets entre 1999 et 2003, a permis de déterminer la prévalence des troubles psychotraumatiques dans la population générale[10]. En France, 30,2% de cet échantillon a été confronté à un évènement traumatique au cours de leur vie (critères DSM-IV[11]). La prévalence d'exposition à un évènement dit traumatique en Afrique du Sud est de 73,8% au cours de la vie, face à 54% en Espagne[12]. Par ailleurs, 16,3 à 89,6% des américains ont été exposés à un évènement traumatique au cours de leur vie[8]. Selon une étude menée sur 504 patients inclus dans un établissement de soins primaires, 83% ont été exposés à au moins un évènement traumatique au cours de leur vie[13].

1.1.2.2 Prévalence de TSPT au cours de la vie

La prévalence du TSPT au cours de la vie, mesurée dans l'étude ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) menée chez 21 425 européens entre 2001 et 2003, était de 1,9%, alors qu'elle était de 3,9% sur un échantillon de 2894 Français[14]. Comparativement, aux Etats-Unis la prévalence mesurée vie entière était de 6,8%[15].

1.1.2.3 Prévalence de TSPT dans l'année écoulée

La prévalence au cours des douze derniers mois a été également mesurée dans l'étude ESEMeD et était de 0,9% pour l'ensemble de l'échantillon européen et 2,2% pour la population française[10]. Comparativement, la prévalence aux Etats-Unis reste supérieure avec 3,5% au cours des douze derniers mois[16]. Ces données peuvent être en partie expliquées par une définition plus extensive d'un évènement traumatique aux Etats-Unis. A noter que près de 17,2% des membres de l'armée seraient atteints d'un TSPT[17].

1.1.3 Facteurs de risque et facteurs protecteurs de TSPT

Plusieurs facteurs de risque de développement de TSPT ont pu être observés, comme le statut de célibataire ou de migrant, l'âge jeune, le niveau d'étude faible et l'absence d'activité professionnelle[10]. Les comorbidités psychiatriques, notamment la dépression[18], les troubles anxieux ou les troubles somatoformes[19][20] ainsi que les conduites addictives sont liés au développement du TPST[10]. Le fait d'être une femme ou une personne atteinte de handicap serait associée à un risque plus élevé de développer un TSPT[14]. La gravité, la dangerosité de l'évènement traumatique[21] ainsi que les dissociations péri-traumatiques[22][23] sont également associées à un risque plus élevé de développer un TSPT.

Plusieurs études ont montré que les femmes avaient 2 fois plus de risque de développer un TSPT suite à une exposition traumatique[24][25][26]. Cette différence entre hommes et femmes ne s'expliquerait pas par le type ou le nombre de traumatismes vécus car les hommes seraient davantage exposés que les femmes. De plus, la durée de la maladie serait plus longue chez ces dernières[24]. Des études ont suggéré que les agressions sexuelles[25] et les violences physiques[27] étaient associées à un plus haut risque de développer un TSPT. Ce qui pourrait expliquer cette différence de prévalence entre les 2 sexes. Ces hypothèses restent discutées avec des résultats contradictoires dans la littérature[10].

Par ailleurs, certains facteurs protecteurs de développement de TSPT ont pu être identifiés, comme le soutien social[28] et le développement des stratégies de coping[29].

1.1.4 Définition du trouble stress post-traumatique

Auparavant qualifié dans le DSM-IV d'état de stress post-traumatique, le trouble stress post-traumatique ne fait plus partie des "Troubles Anxieux"[11]. Dans le DSM-5, il fait partie des "Troubles liés aux traumatismes ou à des facteurs de stress", avec :

- le trouble réactionnel de l'attachement
- la désinhibition du contact social
- le trouble stress aigu
- le trouble de l'adaptation[4]

La maladie s'exprime par un tableau clinique regroupant quatre grandes catégories de symptômes ayant débutés après la survenue d'un ou plusieurs événements traumatiques :

- Le syndrome de répétition se caractérise par des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, ainsi que des rêves répétitifs de l'évènement traumatique provoquant un sentiment de détresse. Notons aussi des réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si l'évènement allait se reproduire avec parfois une abolition de la conscience de l'environnement. Un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement peut également survenir.
- Le syndrome d'évitement comme son nom l'indique se caractérise par un évitement persistant des stimuli associés à l'évènement ou la mise en place d'efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou sentiments, ainsi que les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations...) pouvant réveiller le traumatisme et provoquer un sentiment de détresse.
- L'altération négative des cognitions et de l'humeur inclue l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'évènement, typiquement en raison de l'amnésie dissociative. De plus, des croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées concernant le sujet lui-même ou d'autres sujets peuvent survenir (ex "je suis mauvais", "on ne peut faire confiance à personne"), ainsi que des distorsions cognitives persistantes qui poussent le sujet exposé à se blâmer ou blâmer les autres. Cela peut mener à un état émotionnel négatif persistant et une réduction de l'intérêt pour des activités ou des personnes antérieurement importantes. Notons de plus, une incapacité persistante à éprouver des émotions positives.
- L'altération de l'éveil et de la réactivité correspond à un comportement irritable avec de possibles accès de colère, qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets, avec parfois des comportements irréflechis et/ou autodestructeurs. Une hypervigilance caractérisée par des sursauts exagérés, des troubles de la concentration et des perturbations du sommeil sont également des signes d'hyperactivation neurovégétative[4].

Pour poser le diagnostic de TSPT selon les critères du DSM-5, ces symptômes doivent durer au minimum un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ces symptômes doivent survenir à la suite d'un évènement traumatique. Par ailleurs, les

caractéristiques d'exposition doivent être respectées. De plus, les symptômes ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale[4].

La 10ème édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) décrit des symptômes similaires dans l'état de stress post-traumatique faisant partie des "Réactions à un facteur de stress sévère" avec la réaction aiguë à un facteur de stress. La période séparant la survenue de l'évènement traumatique et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois avec une évolution fluctuante mais se faisant vers la guérison dans la plupart des cas[30].

Le trouble stress aigu (TSA) fait également partie des "Troubles liés aux traumatismes ou à des facteurs de stress" et se caractérise par la même symptomatologie avec les mêmes critères d'exposition. A la différence du TSPT, le sujet présente des symptômes pouvant durer de 3 jours à 1 mois, avec un début typiquement immédiat[4]. En effet, la différence entre TSA et le TSPT s'inscrit dans la temporalité. La CIM-10 définit cette entité comme une réaction aiguë à un facteur de stress faisant également partie des "Réactions à un facteur de stress sévère", avec une description de symptômes et de temporalité similaire au DSM-5[30]. Par ailleurs, il existe un risque plus élevé de développer un TSPT si l'on présente un TSA[31]. Ainsi, la prise en charge d'un TSA peut être un moyen de prévenir l'émergence d'un TSPT[32].

1.1.5 Outils d'évaluation du TSPT

Afin d'évaluer la présence des symptômes en faveur d'un TSPT, différents outils standardisés ont été développés et validés dans la littérature. Le PCL-5 (Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) (Annexe 1) est un auto-questionnaire de 20 items cotés de 0 à 4, élaboré et validé en Anglais[33][34] puis traduit et validé en français en 2016[35] explorant les différents groupes de symptômes de TSPT correspondant aux critères diagnostiques du DSM-5[4]. Un seuil supérieur ou égal à 33, sur un total de 80 points, serait en faveur d'un diagnostic de TSPT selon les critères du DSM-5. Les propriétés psychométriques de ce test sont solides avec une fiabilité et une validité démontrées ainsi qu'une bonne cohérence interne[36].

1.1.6 Prise en charge du TSPT

Le TSPT est une pathologie invalidante avec des modalités de prise en charge nombreuses[37]. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la prescription d'un antidépresseur associée à une psychothérapie de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme ou l'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)[38].

1.1.6.1 Diagnostic

Le TSPT reste une maladie sous-diagnostiquée du fait d'un manque de dépistage. Plusieurs travaux ont mis en évidence un faible taux de prise en charge et ce quel que soit l'évènement traumatique à l'origine du trouble[9][39]. Des facteurs tels que les contraintes économiques, géographiques et organisationnelles peuvent entraver l'accès aux soins.

1.1.6.2 Prise en charge en aigue

La prise en charge dite "post-immédiate" ou "debriefing psychologique" est une phase primordiale de la prise en charge de part son rôle dans l'évolution du trouble. Elle permet le repérage précoce et l'organisation des soins à distance si nécessaire. Ce premier contact n'évite pas le développement d'un TSPT mais diminue ce risque grâce à la verbalisation des émotions, au mieux sur le lieu de l'évènement traumatique et permet d'informer, de repérer et de rassurer les sujets[40][41]. Les patients présentant un TSA ou des facteurs de risque de TSPT nécessitent une attention particulière afin de dépister un éventuel TSPT à distance[31].

1.1.6.3 Prise en charge thérapeutique

Les deux molécules ayant l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à ce jour en France pour le TSPT sont la paroxétine et la sertraline[42]. Les Etats-Unis recommandent en première intention la paroxétine, la sertraline, ainsi que la fluoxétine ou la venlafaxine[15]. Une méta-analyse avec revue systématique de la littérature publiée en 2015 démontre une efficacité supérieure au placebo pour la paroxétine, la fluoxétine et la venlafaxine[43].

Concernant l'usage des benzodiazépines, une méta-analyse publiée en 2015, s'est intéressée à la prescription des benzodiazépines dans le TSPT. Chez les 5236 sujets inclus, un risque majoré de développer un TSPT après l'exposition récente à un évènement traumatique était retrouvé en cas de traitement par benzodiazépine, ainsi qu'une plus grande sévérité de la pathologie. Un risque accru d'agressivité, de dépression et de consommation de substances était aussi rapporté. De plus, ces molécules n'ont prouvé aucune efficacité dans cette

indication, avec un rapport bénéfice/risque défavorable, puisqu'elles pourraient entraîner de moins bons résultats psychothérapeutiques[44].

Les psychothérapies ayant démontré leur efficacité dans le traitement des TSPT sont les thérapies cognitives, les thérapies d'exposition et l'EMDR[45]. En effet, l'exposition progressive, la thérapie narrative, la restructuration cognitive, la gestion de l'anxiété, l'affirmation de soi et la relaxation sont des techniques visant à améliorer les symptômes du TSPT.

Par ailleurs, la prise en charge du TSPT ne se limite pas à son expression symptomatique, mais aussi aux complications et comorbidités associées notamment psychiatriques, en particulier la dépression, pouvant masquer les symptômes spécifiques d'un TSPT[18].

1.1.7 Complications psychiatriques

1.1.7.1 Syndrome dépressif

79% des femmes et 88,3% des hommes atteints de TSPT présentent des comorbidités psychiatriques[25], comme l'abus de substance et la dépression, cette dernière étant le trouble le plus associé à cette pathologie[10]. En effet, une prévalence élevée d'épisodes dépressifs caractérisés a été observée chez des patients souffrant de TSPT[25]. De plus, plusieurs études ont constaté que la présence d'une dépression associée à un TSPT aggravait le risque suicidaire[46][47][48]. Plusieurs auteurs se questionnent sur le potentiel rôle précipitant que pourrait jouer la dépression dans le cheminement du TSPT vers le suicide.

Inversement, la littérature a montré que les patients atteints d'épisode dépressif caractérisé étaient plus vulnérables au développement d'un TSPT[18]. Par ailleurs, la symptomatologie du TSPT peut rejoindre celle de la dépression. Les troubles du sommeil, l'irritabilité, le repli, les biais cognitifs, la culpabilité et l'anhédonie sont des symptômes présents chez les patients atteints de dépression et chez les patients atteints de TSPT. En définitif, la dépression peut à la fois être un facteur de risque, une complication, une comorbidité et un diagnostic différentiel du TSPT.

1.1.7.2 Comportements suicidaires

Plusieurs études abordent le TSPT comme un facteur de risque de comportement suicidaire[49][50]. Des taux de prévalence ou d'incidence plus élevés de comportements suicidaires ont été documentés chez les personnes souffrant de TSPT[18]. D'après une étude

de Ferrada-Noli et al menée en 1998, 57% des participants ayant présenté un TSPT ont déclaré avoir eu un comportement suicidaire comparativement à 29% pour les participants ayant d'autres pathologies psychiatriques[51]. Les sujets souffrant de TSPT ont 9,8 fois plus de risque de mourir par suicide que les sujets indemnes de ce trouble[48].

Une attention particulière est portée sur l'association entre TSPT et suicide en raison de la récente augmentation de suicide chez les militaires[52]. Les processus reconnus dans la littérature sur le suicide sont le sentiment d'impuissance ou de désespoir, le sentiment d'échec et l'absence de projection dans l'avenir[53]. En effet, ces symptômes peuvent être retrouvés chez les sujets ayant été exposés à un évènement traumatique.

1.2 Évènement traumatique

Les caractéristiques nosographiques en termes d'exposition et de retentissements du TSPT évoluent. En effet, le DSM-III définissait déjà l'état de stress post-traumatique (actuel TSPT) comme la conséquence d'un évènement extérieur et non plus seulement comme une incapacité d'adaptation et une vulnérabilité à un évènement stressant[54]. Cette évolution s'appuie sur la symptomatologie post-traumatique après la Guerre du Vietnam qui a suscité un regain d'intérêt pour cette pathologie[6]. De plus, les vécus d'impuissance, d'horreur ou d'effroi en lien avec l'évènement traumatique ne sont plus nécessaires au diagnostic de TSPT dans le DSM-5[4].

A la différence du DSM-IV[11], cette mise à jour élargit le mode d'exposition traumatique non plus seulement aux victimes ou témoins directs, mais également aux intervenants ou sauveteurs, aux sujets apprenant l'exposition traumatique d'un ou plusieurs proches, dans le cadre d'une mort effective, d'une menace de mort, lors d'évènements violents ou accidentels. La proximité émotionnelle avec la victime directe, ainsi que les sujets confrontés de manière répétée à des évènements ou des récits traumatiques notamment dans les milieux professionnels exposés, sont des critères d'exposition. Les évènements retenus sont ceux exposant à la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou les violences sexuelles à l'origine d'une menace de l'intégrité[4].

A notre connaissance, aucune étude n'a répertorié de manière exhaustive les évènements pouvant être traumatiques[8]. 3 catégories d'évènements traumatiques peuvent être décrites :

- Les catastrophes naturelles
- Les accidents causés par l'erreur humaine ou technique
- Les actes de violences interpersonnelles

Les évènements traumatiques les plus rapportés sont le fait d'avoir été témoin de violences faites à des personnes, menant à des blessures graves ou à la mort, ainsi que d'avoir été victime de viol ou d'un accident grave. Le viol serait l'évènement traumatique le plus pourvoyeur de TSPT[13].

10% des Français ayant été confrontés à un évènement traumatique au cours de leur vie ont connus des reviviscences et 0,7% ont développé un TSPT selon les critères du DSM-IV[11] le mois écoulé de l'inclusion, sans différence significative retrouvée de prévalence entre les hommes et les femmes[10]. En outre, 25 à 50% des sujets exposés à un évènement traumatisant de nature particulièrement grave (violences sexuelles ou physiques) ont développé un TSPT au cours de leur vie[55]. Par ailleurs, chaque évènement traumatique est perçu différemment dans l'identité et l'histoire de la vie d'un individu et se manifeste de manière unique en lien avec les représentations de chacun[56].

1.3 Les comportements suicidaires

1.3.1 Définitions des comportements suicidaires

L'étymologie du mot suicide vient du latin et est composé du préfixe "sui" voulant dire "soi" et du suffixe "cide" pour "caedere" signifiant frapper/tuer. Par définition, le suicide représente l'acte de mettre fin à sa propre vie. Selon Emile Durkheim, un des fondateurs de la sociologie au XIXème siècle, "on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat"[57]. L'étude multicentrique WHO/EURO de 2006 (World Health Organisation pour Organisation Mondiale de la Santé) tente d'apporter une définition réunissant les principaux éléments qui caractérisent au mieux le suicide. Ces éléments sont la responsabilité, la connaissance du potentiel léthal de l'acte, l'intention de mourir ou de provoquer des changements que le sujet assume préférer comme conditions pour vivre, où le contraire est perçu comme insupportable[58].

Plusieurs termes peuvent être employés en suicidologie :

- Le suicide réussi correspond à une tentative de suicide (TS) aboutie. Le suicidé est la personne décédée par suicide.
- Une tentative de suicide est "le passage à l'acte non fatal, acte auto-agressif destiné à mettre fin à sa vie mais auquel il survit". On appelle suicidant le sujet ayant réalisé un tel acte.
- Les idéations suicidaires sont "les idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou bien à la douleur morale et à la détresse dans laquelle la personne se trouve et qu'elle juge insupportable". Le sujet suicidaire est celui qui risque d'attenter à sa propre vie.
- Un équivalent suicidaire est "une conduite ou un comportement où la prise de risque est importante même sans intention suicidaire".
- Plus largement, les comportements suicidaires regroupent l'ensemble de ces terminologies[59].

1.3.2 Épidémiologie des comportements suicidaires

Les comportements suicidaires sont considérés comme un enjeu de santé publique majeur. Le suicide représente l'une des dix principales causes de décès toutes catégories d'âges confondues[60].

1.3.2.1 Prévalence des idéations suicidaires

L'étude ESEMeD menée entre 2001 et 2003 chez 21 425 européens a retrouvé une prévalence des idéations suicidaires au cours de la vie de 7,8%. En France, cette prévalence était de 12,4%[49]. Aux Etats-Unis un adulte jeune sur sept admet avoir eu des idéations suicidaires au cours de sa vie[61].

1.3.2.2 Prévalence des tentatives de suicide

En Europe, la prévalence des TS au cours de la vie est de 1,3%. En France, cette prévalence atteint 3,37%[49]. Environ 200 000 TS donneraient lieu chaque année en France à un contact avec le système de soins[62]. Aux Etats-Unis, 5% des adultes jeunes ayant eu des idéations suicidaires au cours de leur vie admettent avoir fait au moins une TS[61]. En 2015, près d'1,4 million d'adultes Américains ont fait une TS[63].

1.3.2.3 Prévalence du suicide

En 2012, le suicide était à l'origine de 1,4% des décès dans le monde[64]. En France, environ 9000 décès par suicide sont recensés chaque année. En effet, la France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe[65]. En 2014, le suicide en France était environ 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes[66]. En 2015, 788 000 personnes sont mortes de suicide dans le monde, c'est à dire une personne sur 9 350 par an[67].

1.3.3 Facteurs de risque et facteurs protecteurs de comportements suicidaires

Plusieurs données sociodémographiques comme le sexe féminin, le fait d'être jeune ou divorcé ainsi que les comorbidités psychiatriques comme la dépression, les troubles liés à l'usage de substances, le trouble anxieux généralisé et le TSPT, peuvent prédire significativement un comportement suicidaire[49]. De plus, les antécédents de TS restent un facteur de risque de comportements suicidaires[68][69] ainsi que l'exposition à un évènement traumatique[61]. La majorité des troubles mentaux est associée à une augmentation du risque de suicide. 90% des suicides dans les pays à hauts revenus sont réalisés par des sujets souffrant de troubles mentaux[67].

Par ailleurs, plusieurs facteurs protecteurs ont pu être identifiés. Ainsi la croyance, la pratique religieuse, le soutien de l'entourage[70] (familial, amical, professionnel, sans oublier les réseaux sociaux qui peuvent jouer un rôle important depuis quelques années) et le style d'attachement sécure[71] seraient amenés à diminuer le risque suicidaire.

1.3.4 Prise en charge des tentatives de suicide

1.3.4.1 Prévention du risque suicidaire

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) appelle à faire de la prévention du suicide un impératif mondial[67]. Deux types de prévention existent, la prévention sélective ciblant les groupes à haut risque et la prévention universelle ciblant plutôt la population entière. Cette dernière semblerait être la plus efficace en terme de prévention suicidaire[67]. Pour ces deux types de prévention, il s'agit de reconnaître la crise suicidaire, évaluer la dangerosité et l'urgence afin de répondre de la manière la plus adaptée à chaque individu. L'HAS recommande d'évaluer six éléments afin d'apprécier le risque suicidaire d'un sujet : le niveau de souffrance du sujet, le degré d'intentionnalité, l'impulsivité, la présence d'un éventuel

évènement précipitant, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage proche[72].

1.3.4.2 Prise en charge thérapeutique

Peu de molécules ont démontré une efficacité sur la réduction du risque suicidaire, seuls le lithium dans les troubles de l'humeur[73], la clozapine chez les patients atteints de schizophrénie[74] et dernièrement la kétamine[75], ont témoigné d'un effet positif sur les comportements suicidaires. Au contraire, les benzodiazépines seraient associées à un risque accru de suicide en raison d'une potentielle augmentation de l'impulsivité ou de l'agressivité, avec de possibles symptômes de sevrage ou de rebond. De plus, leur toxicité en cas de surdosage augmente le risque suicidaire[76]. Par ailleurs, la prise en charge thérapeutique (psychothérapeutique et médicamenteuse) des troubles mentaux demeure une priorité afin de réduire le risque suicidaire de chaque patient atteint d'un trouble psychiatrique.

1.3.4.3 Prise en charge hospitalière et ambulatoire

La prise en charge des suicidants ou des patients suicidaires peut se faire en ambulatoire ou peut nécessiter une hospitalisation. En effet, la période suivant une TS est une période de vulnérabilité. En effet, le risque de récurrence dans l'année qui suit l'acte est majeur, avec un taux de suicide de 1% à un an, surajouté d'un risque accru de décès toutes causes confondues[72]. Ainsi, la prise en charge ambulatoire est primordiale. Le dispositif Vigilans développé en 2015 est un programme français de recontact téléphonique et d'envoi de cartes postales personnalisées visant à diminuer la morbi-mortalité suicidaire et soutenir le patient dans un réseau de soin[77][78].

Malgré l'ensemble des possibilités de prise en charge des patients suicidants ou à risque suicidaire, des efforts restent à fournir pour standardiser la prise en charge de ces patients à risque, notamment après un geste suicidaire. La prise en charge des troubles mentaux sous-jacents ainsi que des comorbidités et des complications reste un enjeu essentiel.

1.4 Hypothèse de recherche

Certaines études ont suggéré des liens étroits entre une TS et l'émergence d'un TSPT. Dans une série de cas publiée en 1987 par Crumley et al, l'émergence d'un TSPT suite à une TS chez des adolescents a été évoquée[79][80]. En 1991, Wulsin and Goldman publient un cas clinique en s'appuyant sur les travaux de Crumley, suggérant que certaines TS pourraient être qualifiées "d'évènements se situant en dehors du champ de l'expérience humaine habituelle qui seraient très pénibles pour presque tout le monde, une menace sérieuse pour sa vie ou son intégrité"[81]. La question de la prévalence ou du sous-diagnostic d'un TSPT consécutif à une TS s'est posée. En effet, la méconnaissance de ce lien et une symptomatologie psychiatrique bruyante antérieure au geste suicidaire participeraient au sous-diagnostic des TSPT.

En 2012, Bill et al. ont évalué rétrospectivement l'incidence du TSPT suite à une TS chez 30 patients atteints d'épisode dépressif caractérisé. 46,7% des patients inclus ont signalé des symptômes de TSPT spécifiquement en lien avec la TS. L'incidence retrouvée de TSPT dans cette étude est comparable à celle mesurée lors d'expositions à des évènements traumatiques très graves, tels que les agressions sexuelles ou violences physiques durant l'enfance. Selon les résultats de cette étude, l'émergence d'un TSPT n'est pas liée à un style d'adaptation ni à l'intention rapportée de mourir. De plus, la gravité du geste (létalité potentielle de la TS) a contribué significativement au développement d'un TSPT. En effet, l'émergence du TSPT semble être spécifique à la TS et non liée à un style d'adaptation ou à l'histoire du sujet[82].

En 2019, Stanley et son équipe se sont intéressés à ce lien en publiant une étude rétrospective sur la prévalence de symptômes compatibles avec le diagnostic de TPST en lien avec la TS la plus grave réalisée, c'est à dire la plus meurtrière selon les participants eux-mêmes. 386 suicidants ont été inclus via un site internet type forum en lien avec la suicidologie. 27,5% de leur échantillon ont présenté un probable TSPT. Par ailleurs, les patients qui répondaient aux critères diagnostiques de TSPT ayant déclaré une intentionnalité suicidaire élevée, présentaient de faibles niveaux de symptômes de dépression[63][83].

Selon ces travaux antérieurs, les TS peuvent être considérées comme des évènements traumatiques à l'origine de traumatismes physiques, psychologiques et sociaux, pouvant être expliqués par la proximité avec la mort[81]. Cependant l'usage d'études rétrospectives conduit à divers biais (biais de mémorisation, de sélection) pouvant influencer l'interprétation

des résultats. De plus, à notre connaissance aucune étude prospective n'a évalué l'incidence de symptômes de TSPT en lien avec une TS chez des patients suicidants.

1.5 Objectif du travail

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'incidence des symptômes de TSPT en lien avec une TS chez des patients suicidants. Notre objectif secondaire est de comparer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients suicidants inclus, en fonction de la présence ou non de symptômes de TSPT.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 Procédure

Ce travail s'est effectué dans le cadre de l'étude STRAUS (Symptômes de trouble stress post-TRAUMatiques chez des patients Suicidants) (Investigateur principal : Dr Angerville). Il s'agit d'une étude prospective transversale dont le promoteur sera le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Amiens-Picardie.

Les patients éligibles ont été recensés (screening) lors de l'évaluation psychiatrique initiale au cours de leur hospitalisation pour une TS à l'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) et dans les services de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) au CHU Amiens-Picardie. Lors de la consultation ambulatoire après le geste suicidaire (post-geste), après consentement, les patients ont été inclus et invités à répondre aux questionnaires. L'inclusion avait lieu au moins 10 jours après le geste afin d'éviter d'éventuels effets secondaires en lien avec une imprégnation de benzodiazépines, par exemple lors d'une TS par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) (Figure 1).

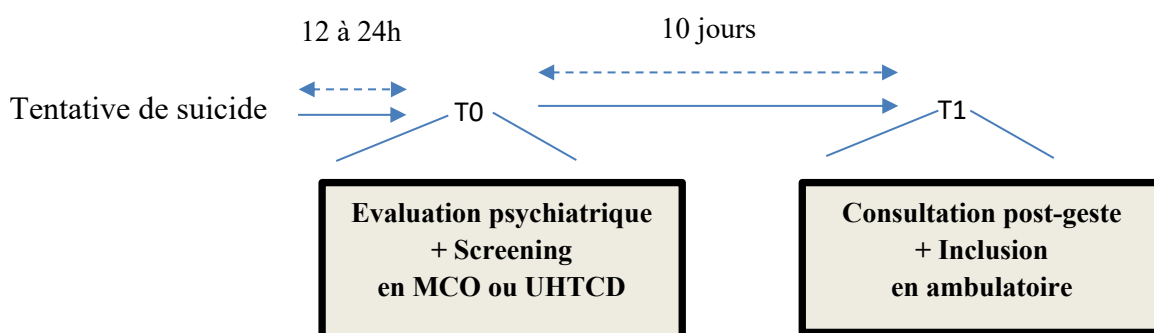


Figure 1 - Schéma d'étude

2.2 Patients

2.2.1 Critères d'inclusion

Nous avons inclus des patients hospitalisés au CHU Amiens-Picardie, âgés de plus de 18 ans et ayant réalisé une TS il y a au moins 10 jours et moins de 6 mois.

2.2.2 Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus les patients suicidants ayant un antécédent de TSPT avant ce geste, ni les patients majeurs protégés ou atteints de déficit intellectuel ou d'illettrisme, les patients souffrant de maladies neurodégénératives évolutives, démentielle ou de syndrome confusionnel, ainsi que les patients atteints de trouble psychotique ou de trouble bipolaire et les patients sous l'emprise de substances durant l'entretien d'inclusion. Les patients ayant réalisé un geste non à visée suicidaire, c'est à dire étant auteurs d'un acte plutôt anxiolytique ou sédatif, sans intentionnalité suicidaire, n'ont pas été inclus à l'étude. Seuls les TS reconnues ont été prises en compte pour l'évaluation.

2.3 Données sociodémographiques et cliniques

Plusieurs critères ont été recueillis afin de repérer d'éventuels groupes de patients à risque de développer des symptômes de TSPT. L'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'étude, l'activité professionnelle, le mode de la TS, la nécessité de soins somatiques en lien avec la TS, les traitements médicamenteux actuels, la présence ou non d'une dépendance à l'alcool (CIM-10[30]), ainsi que l'intoxication alcoolique aigue lors de la TS, la présence d'antécédents d'exposition à un évènement traumatique, les antécédents de pathologies ou comorbidités psychiatriques dont les TS, ont été recueillis durant le premier entretien et/ou à l'inclusion.

Les soins somatiques directement en lien avec la TS réunissaient tous les soins nécessaires en dehors d'une simple surveillance. Ainsi, toutes prescriptions de traitements médicamenteux tels que des traitements symptomatiques, des antidotes, une perfusion, ou la réalisation de gestes techniques comme des points de sutures, une intubation, ou alors une hospitalisation dans un service spécialisé tel que la réanimation ou une surveillance prolongée, étaient reconnues comme un soin nécessaire à la suite de la TS.

La présence de trouble anxieux et de trouble de la personnalité a été évaluée de manière standardisée sur les critères diagnostiques de la CIM-10[30].

2.4 Questionnaires

2.4.1 PCL-5

Le PCL-5 (Annexe 1) est un auto-questionnaire de 20 items, notés chacun de 0 à 4 points, explorant les différents groupes de symptômes du TSPT correspondant aux critères diagnostiques du DSM-5[4]. L'évaluateur a insisté auprès des patients lors des entretiens sur l'importance de remplir le questionnaire en s'orientant sur la dernière TS réalisée. Un seuil de 33 points sur 80 est en faveur d'un diagnostic de TSPT[34].

2.4.2 BDI

L'échelle abrégée de Beck ou Beck Depression Inventory (BDI) (Annexe 2) est un auto-questionnaire de 13 items de 4 propositions graduées de 0 à 3, évaluant les symptômes de dépression. Le patient était amené à choisir la proposition qui représentait au mieux son état actuel. Si plusieurs propositions étaient cochées, nous prenions en compte celle qui représentait la cotation la plus élevée. Un score supérieur ou égal à 4 définit une dépression légère, un score entre 8 et 15 définit une dépression modérée et un score supérieur ou égal à 16 définit une dépression sévère[84].

2.4.3 AUDIT-C

L'AUDIT-C[85] (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Annexe 3) est un auto-questionnaire abrégé de l'AUDIT[86], comportant 3 questions comprenant chacune 5 propositions cotées de 0 à 4, évaluant le mésusage et la dépendance à l'alcool chez l'homme et la femme. Il s'agit d'un test de dépistage dont un score supérieur ou égal à 3 chez la femme et 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage de l'alcool. Un score total supérieur ou égal à 10 chez les 2 sexes doit faire évoquer une dépendance alcoolique[87][88].

2.4.4 RRRS

Le Risk Rescue Rating Scale (RRRS) (Annexe 4) est un hétéro-questionnaire évaluant la létalité potentielle d'une TS. Ce questionnaire contient deux sous-échelles, l'une évaluant la létalité des méthodes suicidaires et conséquences physiques de la TS et l'autre évaluant la probabilité de sauvetage en lien avec les circonstances de la TS. Ces deux sous-échelles aboutissent à deux scores, un score de risque et un score de sauvetage de la TS. Chacun de ces

scores est côté de 1 à 5. Un score de risque de 1 équivaut à un risque létal faible de la TS alors qu'un score de 5 équivaut à un risque létal élevé. Par ailleurs, un score de sauvetage de 5 équivaut à une TS avec une probabilité de sauvetage élevée, au contraire un score de 1 équivaut à une TS avec une probabilité de sauvetage faible[89].

Le temps de passation de l'ensemble de ces questionnaires représentait environ une dizaine de minutes. Ils étaient généralement proposés à la fin de la consultation ambulatoire, après informations données sur les objectifs, le contexte et le déroulement de l'étude.

2.5 Statistiques

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de leur nombre, moyenne, écart-type et ont été comparées grâce au test de Student ou de Mann-Whitney les cas échéants. Les données qualitatives ont été décrites en utilisant leur nombre, leur fréquence, et ont été comparées grâce au test de Chi-2, éventuellement avec une correction de Yates. Les valeurs de p inférieures à 0,05 ont été considérées comme significatives. Nous avons utilisé le logiciel SPSS V24.0 (IBM SPSS Inc., Armonk, NY).

2.6 Éthique

Cette étude a fait l'objet d'une demande de CPP (Comité de protection des personnes) auprès de la DRCI (Direction de la recherche clinique et de l'innovation) du CHU Amiens-Picardie à la date du 25 novembre 2019.

3 RÉSULTATS

3.1 Patients inclus

3.1.1 Données sociodémographiques

21 patients ont été inclus dans cette étude entre le mois d'août 2019 et le mois d'avril 2020 au CHU Amiens-Picardie (Figure 2). La moyenne d'âge des sujets inclus était de $37,9 \pm 14,2$ ans. Les patients inclus avaient entre 20 et 66 ans.

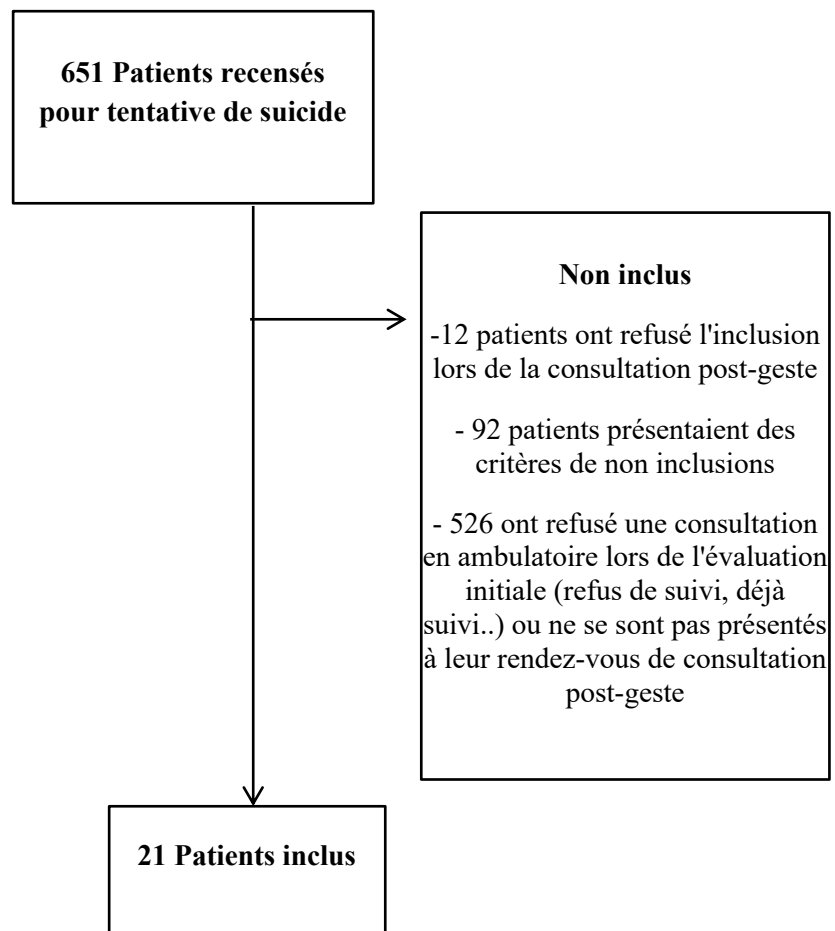


Figure 2- Diagramme de flux

3.1.2 Données cliniques

En moyenne les patients ont été inclus à $43,9 \pm 42,7$ jours de leur dernière TS. L'inclusion des patients inclus avait lieu entre 10 et 180 jours de leur dernière TS.

La dose moyenne de benzodiazépines prise par les patients inclus lors de leur dernière TS était de $176,75 \pm 393,70$ mg d'équivalent valium. Les doses prises allaient de 0 à 1400 mg chez les patients inclus (Tableau 1).

La moyenne du score de l'échelle BDI des patients inclus était de $14,7 \pm 8,2$. Les scores allaient de 0 à 26 points chez les patients inclus.

La moyenne du score de l'AUDIT-c des patients inclus était de $3,5 \pm 4,3$. Les scores allaient de 0 à 13 chez les patients inclus.

La moyenne du score de risque du RRRS des patients inclus était de $2,1 \pm 1,4$. Les scores allaient de 1 à 5 chez les patients inclus.

La moyenne du score de sauvetage du RRRS des patients inclus était de $4,4 \pm 0,9$. Les scores allaient de 3 à 5 chez les patients inclus (Tableau 2).

Tableau 1- Variables sociodémographiques et antécédents des patients inclus

	Sujets inclus n(%)
Sexe	
Homme	9(43,0%)
Femme	12(57,0%)
Situation civile	
Célibataire	12(57,0%)
En couple	9(43,0%)
Enfant	
Oui	8(38,1%)
Non	13(61,9%)
Baccalauréat	
Oui	14(66,7%)
Non	7(33,3%)
Emploi	
Oui	13(61,9%)
Non	6(28,6%)
Retraité	2(9,5%)
TAD par benzodiazépine	
Oui	8(38,1%)
Non	13(61,9%)
TAD par antidépresseur	
Oui	5(23,8%)
Non	16(76,2%)
Dépendance alcoolique	
Oui	5(23,8%)
Non	16(76,2%)
Antécédent d'exposition à un évènement traumatique	
Oui	9(42,9%)
Non	12(57,1%)
Antécédent d'épisode dépressif caractérisé	
Oui	10(47,6%)
Non	11(52,4%)
Antécédent de TS	
Oui	8(38,1%)
Non	13(61,9%)
Trouble de la personnalité	
Oui	11(52,4%)
Non	10(47,6%)
Trouble anxieux	
Oui	5(23,8%)
Non	16(76,2%)

TAD : traitement à domicile; TS : tentative de suicide

Tableau 2 - Variables cliniques des patients inclus

Mode de la TS	
IMV	17(80,8%)
Autres ¹	4(19,2)
Alcoolisation aigue lors du geste	
Oui	9(42,9%)
Non	12(57,1%)
Nécessité de soins somatiques en lien avec la TS	
Oui	9(42,9%)
Non	12(57,1%)
BDI	
Pas de dépression (score de 0 à 3)	2(9,5%)
Dépression légère (score de 4 à 7)	2(9,5%)
Dépression modérée (score de 8 à 15)	8(38,1%)
Dépression sévère (score de 16 et plus)	9(42,9%)
AUDIT-C	
Pas de trouble de l'usage de l'alcool (score < 3 chez la femme; score < 4 chez l'homme)	13(62,0%)
Mésusage alcoolique (score ≥ 3 chez la femme; score ≥ 4 chez l'homme)	4(19,0%)
Dépendance alcoolique (score ≥ 10 chez les deux sexes)	4(19,0%)
RRRS Risque	
Risque faible (score de 1)	9(42,9%)
Risque faible-moderé (score de 2)	7(33,2%)
Risque modéré (score de 3)	1(4,8%)
Risque modéré-élevé (score de 4)	1(4,8%)
Risque élevé (score de 5)	3(14,3%)
RRRS Sauvetage	
Sauvetage faible (score de 1)	0(0,0%)
Sauvetage faible-moderé (score de 2)	0(0,0%)
Sauvetage modéré (score de 3)	5(23,8%)
Sauvetage modéré-élevé (score de 4)	3(14,3%)
Sauvetage élevé (score de 5)	13(61,9%)

TS : tentative de suicide; IMV : intoxication médicamenteuse volontaire; BDI : Beck Depression Inventory; AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test; RRRS : Risk Rescue Rating Scale. ¹ TS par pendaison, arme blanche, arme à feu ou défenestration

3.2 Incidence des symptômes de TSPT

La moyenne du score du PCL-5 des patients inclus était de $37,8 \pm 18,9$. Les scores des patients inclus allaient de 7 à 80. 8 patients, c'est à dire 38,1% des patients inclus avaient un score de $PCL-5 < 33$, tandis que 13 patients, c'est à dire 61,9% des patients inclus avaient un score de $PCL-5 \geq 33$. Ce qui signifie que 61,9% des patients inclus déclaraient présenter des symptômes en faveur d'un TSPT en lien avec la dernière TS.

3.3 Comparaison des variables sociodémographiques et cliniques en fonction de la présence de symptômes de TSPT

Les variables sociodémographiques et cliniques des patients avec un score de $PCL-5 \geq 33$ ne différaient pas de ceux des patients avec un score de $PCL < 33$ en dehors des scores de BDI. En effet, les patients ayant un score de $PCL-5 \geq 33$ avaient des scores de BDI significativement plus élevés que les patients ayant un score de $PCL-5 < 33$ ($p=0,0005$) (Tableau 3).

Tableau 3- Variables cliniques et sociodémographiques en fonction des scores PCL-5

a. Variables quantitatives

	PCL-5 <33 Moyenne \pm ET	PCL-5 \geq 33 Moyenne \pm ET	U	p-value
Age (années)	40,6 \pm 16,3	36,3 \pm 13,1	60	0,60
Inclusion (jours)	55,6 \pm 58,0	36,7 \pm 30,5	62	0,50
Dose benzo	53,1 \pm 103,9	259,2 \pm 476,8	42	0,45
BDI	7,6 \pm 4,0	19,0 \pm 7,0	8	0,0005
AUDIT-C	3,3 \pm 3,7	3,6 \pm 4,8	57	0,74
RRRS risque	2,5 \pm 1,6	1,9 \pm 1,3	62	0,44
RRRS sauvetage	4,2 \pm 0,9	4,5 \pm 0,9	44	0,63

b. Variables qualitatives

	PCL-5 < 33 n(%)	PCL-5 ≥ 33 n(%)	Chi-2	p-value
Sexe (femmes)	4(50%)	8(62%)	0,27	0,60
Situation civile (en couple)	3(38%)	6(46%)	0,15	0,70
Enfants	5(63%)	3(23%)	3,20	0,07
Baccalauréat	6(75%)	8(62%)	0,40	0,52
Emploi	7(88%)	6(46%)	3,58	0,06
Mode de la TS (IMV)	6(75%)	11(85%)	0,29	0,58
Alcoolisation aigue lors du geste	4(50%)	5(38%)	0,27	0,60
Nécessité de soins somatiques en lien avec la TS	5(63%)	4(31%)	0,52	0,15
TAD par benzodiazépine	3(38%)	5(38%)	0,002	0,96
TAD par antidépresseur	2(25%)	3(23%)	0,01	0,90
Dépendance alcoolique	2(25%)	3(23%)	0,01	0,90
Antécédent d'exposition à un évènement traumatique	3(38%)	6(46%)	0,15	0,69
Antécédent d'épisode dépressif caractérisé	3(38%)	7(54%)	0,53	0,46
Antécédent de TS	1(13%)	7(54%)	0,25	0,60
Trouble de la personnalité	4(50%)	7(54%)	0,02	0,86
Trouble anxieux	1(13%)	4(31%)	0,91	0,34

3.4 Variables sociodémographiques et cliniques prédictives de la présence de symptômes de TSPT

Le faible nombre de patients ne nous a pas permis de réaliser de modélisation prédictive de la survenue de symptômes de TSPT à l'aide d'une régression statistique. Cependant certaines variables sociodémographiques et cliniques semblent être liées à des scores de PCL-5 plus élevés. Notamment, les individus ayant nécessité des soins somatiques en lien avec la TS avaient des scores moyens de PCL-5 significativement supérieurs ($80,0 \pm 44,5$) à ceux des patients n'ayant pas nécessité de soins somatiques en lien avec la TS ($28,08 \pm 17,03$) ($U=80$; $p=0,047$).

4 DISCUSSION

4.1 Discussion des résultats

4.1.1 Incidence du TSPT

A notre connaissance aucune étude n'a évalué de manière prospective l'incidence de symptômes de TSPT chez des patients suicidants. 61,9 % de notre échantillon réunissait les critères d'un TSPT selon le DSM-5 à la suite d'une TS, avec un score de PCL-5 ≥ 33 . Bill et al en 2012 évaluaient rétrospectivement l'incidence des TSPT en lien avec une TS à 46,7% (critères DSM-IV)[82]. Stanley et al en 2019 mesuraient rétrospectivement la prévalence de symptômes de TSPT consécutifs à une TS à 27,5% (à l'aide du PCL-5)[83]. En 1995, Kessler et al mesuraient le taux d'incidence d'un TSPT après un évènement traumatique grave, tel qu'un viol, à 29,9%[25].

Il peut sembler intuitif de penser qu'une TS puisse être à l'origine d'un TSPT puisque le patient s'expose à la mort. Les conséquences médicales d'une TS peuvent être graves, en particulier après l'utilisation de méthodes létales, ce qui contribuerait à donner à la TS un caractère traumatisant[21]. Le fait que le geste soit auto-infligé, complique cette théorie, même si les critères d'exposition pouvant entraîner un TSPT décrit dans le DSM-5[4] sont respectés, c'est à dire une exposition à une mort effective ou à une menace de mort pouvant être à l'origine de symptômes spécifiques définissant la pathologie. Une TS peut donc représenter un scénario de traumatisme où l'individu est à la fois auteur et victime. Ainsi, les TS peuvent être considérées comme des évènements traumatiques à l'origine de traumatismes physiques, psychologiques et sociaux, pouvant être expliqués par la proximité avec la mort[81].

4.1.2 Soins somatiques et gravité de la TS

Nous avons observé que des scores de PCL-5 élevés étaient liés à la nécessité de soins somatiques directement en lien avec la TS. Cette nécessité de soins serait cliniquement liée à la gravité du geste. En effet, l'étude de Bill et al a observé davantage de TSPT chez les suicidants déprimés ayant réalisé une TS potentiellement mortelle (à l'aide du RRRS) et ayant lutté contre la découverte de celle-ci (SIS : suicide intent scale)[82]. En effet, plus la menace de mort était effective, c'est à dire plus les sujets ont été victimes d'un vécu, d'une expérience ayant une proximité avec une mort imminente et plus ils étaient susceptibles de développer

des symptômes de TSPT. Cependant notre étude n'a pas retrouvé de lien entre la létalité potentielle du geste (à l'aide du RRRS) et l'émergence de symptômes de TSPT.

La gravité et de la létalité potentielle d'une TS sont à différencier de l'intentionnalité suicidaire. Ainsi, un sujet présentant une intentionnalité suicidaire importante peut réaliser une TS non ou peu potentiellement létale et inversement.

4.1.3 Dépression

Nous avons également observé une incidence plus élevée de symptômes de TSPT chez les patients suicidants déprimés. Bill et al n'avaient inclus rétrospectivement que des patients déprimés[82]. Nous avons fait le choix d'inclure des patients déprimés ou non, afin d'analyser une éventuelle différence d'incidence. Stanley et al ont observé davantage de TSPT lorsque les sujets présentaient une intentionnalité de mourir élevée avec un niveau de dépression faible[83].

Certains symptômes cliniques de TSPT et de dépression se recoupent. Dans ce contexte, cela peut amener à un biais de confusion dans l'affirmation du diagnostic.

4.2 Forces de l'étude

4.2.1 Étude prospective

Ce travail est la première étude s'intéressant au TSPT en tant que conséquence d'une TS de manière prospective. Les travaux précédents ayant réalisé exclusivement des études rétrospectives, il était important de pouvoir tirer des corrélations plus pertinentes entre TS et TSPT. Nos inclusions ont été proposées à l'ensemble des patients hospitalisés pour une TS, contrairement à l'étude de Bill et al qui n'ont évalué que les patients déprimés[82]. Les participants semblent dans ce contexte comparables à la population des suicidants. De plus, nos inclusions ont été réalisées lors d'entretiens, afin de repérer les comorbidités, d'expliquer au mieux les questionnaires, d'insister sur l'importance de penser uniquement à la dernière TS en répondant au PCL-5, mais aussi d'initier ou de poursuivre une prise en charge psychiatrique. Cela n'était pas le cas dans les études précédentes, car les patients ont été inclus par téléphone[82] ou en ligne avec une incitation financière[83].

4.2.2 Proximité du geste

Nous avons inclus les patients jusqu'à 6 mois de leur dernier geste suicidaire. C'est effectivement la TS la plus récente qui a été prise en compte pour l'évaluation afin d'éviter d'éventuels biais de mémorisation et d'interprétation. Dans l'étude rétrospective de Stanley et al[83] c'est la TS la plus grave qui était retenue pour l'évaluation, au risque d'une interprétation subjective car les patients devaient eux-mêmes considérer, sans indication, la TS la plus grave de leur histoire. Ainsi dans cette étude, la TS jugée la plus meurtrière prise en compte pour l'évaluation, avait eu lieu en moyenne 11 ans avant l'inclusion. Par ailleurs, les TS réalisées dans l'année de l'inclusion étaient plus susceptibles d'entraîner des symptômes de TSPT. Dans l'étude de Bill et al, c'est la TS la plus récente qui a été évaluée, cette dernière datait en moyenne de 11 ans avant l'évaluation[82]. Nous avons voulu rester au plus proche de l'objectivité ainsi qu'au plus proche du geste afin d'obtenir une pertinence et une extrapolation plus juste. Le questionnaire RRRS évaluait la létalité potentielle de la TS de manière objective[89].

4.2.3 Antécédent de TSPT

Nous sommes la première étude sur le sujet à ne pas avoir inclus les patients ayant des antécédents de TSPT afin d'évaluer l'émergence des TSPT en lien exclusivement avec la dernière TS réalisée et ainsi d'éviter les biais d'interprétations. 33,3% des patients ayant été atteints d'un TSPT dans l'étude de Bill et al avaient en outre rempli le diagnostic d'un TSPT avant la TS[82]. En revanche, nous avons inclus les patients ayant vécu antérieurement des événements traumatiques mais n'ayant pas développé par la suite de TSPT.

4.3 Limites

4.3.1 Échantillon

Cette étude préliminaire manque de puissance en lien avec la petite taille de l'échantillon malgré le nombre important d'hospitalisations de suicidants aux Urgences du CHU Amiens-Picardie. Certains patients ne considéraient pas leur geste comme une TS, mais plutôt comme un acte à visée anxiolytique ou sédatif, expliquant les difficultés de recrutement. Nous n'avons donc pas inclus les patients niant la visée suicidaire de leur geste ou présentant un déni de leur TS. Ce phénomène de déni n'est pas si rare, il est donc important de ne pas le négliger[81]. De plus, certains suicidants avaient des antécédents de TSPT antérieurs à la TS et n'ont donc pas été inclus.

L'inclusion se faisant à plus de 10 jours de la TS, une grande partie des patients recensés aux Urgences ne se présentait pas à la consultation ambulatoire. Nous avons perçu deux raisons à cela, la première étant que les patients hospitalisés pour surveillance ou soins somatiques puis évaluation psychiatrique suite à une TS, n'étaient pas nécessairement demandeurs d'un suivi psychiatrique et pouvaient refuser ainsi les consultations ambulatoires ou de suivi. La deuxième raison que nous avons perçu était que certains patients étaient déjà suivis par un psychiatre ou un psychologue en ambulatoire et refusaient donc de multiplier les consultations. Ainsi, il n'est pas exclu que nous ayons inclus davantage de patients n'ayant pas de suivi psychiatrique ou psychologique au moment de l'inclusion.

Un échantillon plus important pourrait permettre une analyse statistique plus approfondie avec la mise en évidence des facteurs prédictifs de la survenue de TSPT.

4.3.2 Temporalité

Nous avons inclus des patients suicidants jusqu'à 6 mois après leur geste. Un patient présentant peu ou pas de symptômes de TSPT lors de l'inclusion, ne serait pas protégé d'un tel trouble dans l'avenir. En effet, le développement d'un TSPT peut être retardé[81]. Le TSPT à expression retardée se définit par la présence de l'ensemble des critères diagnostiques de TSPT 6 mois après l'exposition[4], même si le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être imminents. C'est dans ce contexte qu'il serait important de repérer les groupes de patients à risque de développer par la suite un TSPT. De plus, si un patient présente un TSA, il risque davantage de développer par la suite un TSPT en lien avec l'exposition à ce même événement traumatique. La prise en charge d'un TSA reste donc primordiale.

Dans ce travail nous nous sommes intéressés aux critères d'exposition à un traumatisme, notamment à l'exposition de sa propre TS. Notre but n'était pas de diagnostiquer un TSPT mais d'évaluer les symptômes de TSPT dans notre échantillon afin de répondre à l'hypothèse qu'une TS puisse représenter un événement traumatique et de ce fait engendrer un TSPT.

4.4 Implications des résultats et perspectives

Le TSPT est une maladie invalidante entravant la qualité de vie. Les altérations sociales, professionnelles et familiales qui en découlent peuvent être à l'origine d'un retentissement fonctionnel pouvant être handicapant entraînant une souffrance significative.

La prise en charge du TSPT est reconnue, elle améliore la qualité de vie des patients et réduit le risque suicidaire[50]. Le TSPT reste une maladie sous-diagnostiquée[9]. Les Hauts-de-France est une région à haut risque de suicide[90], il est donc primordial d'être vigilant et de s'engager dans le dépistage des TSPT quelque soit l'évènement traumatique. Reconnaître une TS comme un évènement potentiellement traumatisant permettrait de rechercher un TSPT dans les suites d'un geste et de prendre en charge ses manifestations ainsi que ses complications et comorbidités. De plus, il est reconnu qu'un patient atteint de TSPT présente davantage de comportements suicidaires. Par ailleurs, les suicidants sont exposés à un risque élevé de troubles psychiques ou de décès ultérieurs par suicide[69]. Ainsi, la prévention et le dépistage de l'émergence de TSPT et de comportements suicidaires sont des priorités et des enjeux de santé publique.

Crumley et al en 1987 suggéraient que les patients les plus à risque de développer un TSPT à la suite d'une TS seraient les sujets impulsifs à la suite de gestes non prémédités[80]. Il serait intéressant d'évaluer l'impulsivité et la préméditation du geste dans des études ultérieures, ainsi que le contrôle ressenti de la situation.

Au vu de l'évolution des critères diagnostiques du DSM-5 sur le TSPT, il serait également intéressant d'évaluer la répercussion de l'exposition à la TS d'un proche. En effet, être témoin d'une menace de l'intégrité d'un de ses proches ou apprendre que ce dernier ait été victime d'un évènement traumatisant, peut entraîner des symptômes de TSPT[4].

5 CONCLUSION

Cette étude visait à évaluer l'incidence des patients présentant des symptômes de TSPT suite à une tentative de suicide ainsi qu'à repérer les éventuelles caractéristiques sociodémographiques et cliniques liées à l'émergence d'un TSPT. Nous avons mis en évidence que 61,9% des suicidants que nous avons inclus ont présentés des symptômes de TSPT selon les critères du DSM-5. De plus, les résultats suggèrent que la nécessité de soins somatiques en lien avec la TS et la présence de symptômes dépressifs favoriseraient le développement de symptômes de TSPT.

Une TS peut selon cette étude et en accord avec les travaux précédents, représenter un évènement traumatique. De ce fait, une TS peut être à l'origine de l'émergence de symptômes de TSPT.

Le TSPT est une pathologie invalidante et handicapante sous diagnostiquée, dont les modalités de prise en charge sont connues et efficaces. Il est ainsi impératif de dépister cette pathologie quelqu'en soit l'évènement traumatique. A terme, l'objectif est d'améliorer l'évaluation et la prise en charge des suicidants au même titre que les patients ayant vécu toutes autres expériences potentiellement traumatisantes afin de réduire le risque suicidaire et d'améliorer leur qualité de vie.

6 RÉFÉRENCES

- [1] Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2010;168:311–9. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.013>.
- [2] Crocq L. *Traumatismes psychiques de guerre (Les)*. Odile Jacob; 1999.
- [3] Crocq L. *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*. Elsevier Masson; 2014.
- [4] Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
- [5] ISTSS - What Is Traumatic Stress? n.d. <https://istss.org/public-resources/what-is-traumatic-stress> (accessed March 18, 2020).
- [6] Koenig HG, Youssef NA, Pearce M. Assessment of Moral Injury in Veterans and Active Duty Military Personnel With PTSD: A Review. *Front Psychiatry* 2019;10:443. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00443>.
- [7] DurodiÃ B. Terrorism and post-traumatic stress disorder: a historical review 2019;6:12.
- [8] Jolly A. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : UNE REVUE DE LA LITTERATURE EPIDEMIOLOGIQUE n.d.:19.
- [9] Lecrubier Y. Posttraumatic stress disorder in primary care: a hidden diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 1:49–54.
- [10] Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, et al. Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale* 2008;34:577–83. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.006>.
- [11] Segal DL. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Corsini Encycl Psychol 2010:1–3.
- [12] Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Curr Opin Psychiatry* 2015;28:307–11. <https://doi.org/10.1097/YCO.000000000000167>.
- [13] Bruce SE, Weisberg RB, Dolan RT, Machan JT, Kessler RC, Manchester G, et al. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001;03:211–7. <https://doi.org/10.4088/PCC.v03n0504>.
- [14] The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators*, Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:21–7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>.
- [15] VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress

Disorder and Acute Stress Disorder 2017:200.

[16] Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *ARCH GEN PSYCHIATRY* 2005;62:11.

[17] Hermann BA, Shiner B, Friedman MJ. Epidemiology and prevention of combat-related post-traumatic stress in OEF/OIF/OND service members. *Mil Med* 2012;177:1–6. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-12-00114>.

[18] Panagioti M, Gooding P, Tarrier N. Post-traumatic stress disorder and suicidal behavior: A narrative review. *Clin Psychol Rev* 2009;29:471–82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.05.001>.

[19] Hapke U, Broda A, Rumpf H-J, John U, Meyer C. Post-traumatic stress disorder - The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:299–306. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0654-6>.

[20] Frans O, Rimmo P-A, Aberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:291–290. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x>.

[21] Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:748–66. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>.

[22] Dissociative symptoms in media eyewitnesses of an execution. *Am J Psychiatry* 1994;151:1335–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1335>.

[23] Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *Am J Psychiatry* 1993;150:474–8. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.474>.

[24] Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.7.626>.

[25] Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>.

[26] Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* 2006;132:959–92. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>.

[27] Weiss DS, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, Kulka RA. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans n.d.:12.

[28] Martin M. Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers n.d.:347.

- [29] Traber D. Comment prévenir le trouble de stress post traumatique? Reflexion et application chez les professionnels à risques de la région Auvergne Rhône-Alpes. n.d.:339.
- [30] de la Santé OM. CIM-10/ICD-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche. Paris: Masson; 2000.
- [31] Talbott JA. Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Yearb Psychiatry Appl Ment Health* 2012;2012:235–6. <https://doi.org/10.1016/j.ypsy.2011.07.024>.
- [32] Lundin T. The treatment of acute trauma. Post-traumatic stress disorder prevention. *Psychiatr Clin North Am* 1994;17:385–91.
- [33] Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5*. *J Trauma Stress* 2015;28:489–98. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>.
- [34] PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - PTSD: National Center for PTSD n.d. <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> (accessed March 18, 2020).
- [35] Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS ONE* 2016;11:e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>.
- [36] Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess* 2016;28:1379–91. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>.
- [37] Charney M, Hellberg S, Bui E, Simon N. Evidenced-Based Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Updated Review of Validated Psychotherapeutic and Pharmacological Approaches. *Harv Rev Psychiatry* 2018;26:99–115. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000186>.
- [38] ALD n° 23 - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_767572/fr/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-de-l-adulte (accessed March 18, 2020).
- [39] Davidson JR. Recognition and treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA* 2001;286:584–8. <https://doi.org/10.1001/jama.286.5.584>.
- [40] Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry* 1997;171:78–81. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.78>.

- [41] Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2000;176:589–93. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.589>.
- [42] DEROXAT. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2748730/fr/deroxat (accessed March 18, 2020).
- [43] Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015;206:93–100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>.
- [44] Guina J, Rossetter SR, DeRHODES BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis 2015;21:23.
- [45] Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-Analysis of the Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e541–50. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>.
- [46] Tarrier N, Gregg L. Suicide risk in civilian PTSD patients: Predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:655–61. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0799-4>.
- [47] Freeman T, Roca V, Moore W. A Comparison of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) Patients with and without a History of Suicide Attempt. *J Nerv Ment Dis* 2000;188:460–3. <https://doi.org/10.1097/00005053-200007000-00011>.
- [48] Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sorensen HT, et al. Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *Am J Epidemiol* 2010;171:721–7. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp456>.
- [49] Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007;101:27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>.
- [50] Gradus JL, Suvak MK, Wisco BE, Marx BP, Resick PA. TREATMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER REDUCES SUICIDAL IDEATION: Research Article: PTSD Treatment Reduces Suicidal Ideation. *Depress Anxiety* 2013;n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/da.22117>.
- [51] Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behavior. *J Trauma Stress* 1998;11:103–12. <https://doi.org/10.1023/A:1024461216994>.
- [52] After Combat, Victims of an Inner War - The New York Times n.d. <https://www.nytimes.com/2009/08/02/us/02suicide.html> (accessed March 18, 2020).
- [53] Bolton C, Gooding P, Kapur N, Barrowclough C, Tarrier N. Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We

know they kill themselves but do we understand why? *Clin Psychol Rev* 2007;27:511–36.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.001>.

[54] Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry* 1975;132:1187–92. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.11.1187>.

[55] Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primer* 2015;1:15057.
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.

[56] Gehrt TB, Berntsen D, Hoyle RH, Rubin DC. Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2018;65:57–80.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.006>.

[57] Durkheim É. *Le suicide: étude de sociologie*. Alcan; 1897.

[58] De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior: Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis* 2006;27:4–15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>.

[59] Définitions. *Conduites Suicidaires* n.d. <http://www.conduites-suicidaires.com/le-suicide/definitions/> (accessed March 18, 2020).

[60] Bertolote J, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133C:8–12.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30041>.

[61] O'Rourke MC, Jamil RT, Siddiqui W. *Suicide Screening and Prevention*. StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.

[62] *Suicides et tentatives de suicide en France* 2006:8.

[63] Stanley IH, Boffa JW, Joiner TE. PTSD From a Suicide Attempt: Phenomenological and Diagnostic Considerations. *Psychiatry* 2019;82:57–71.
<https://doi.org/10.1080/00332747.2018.1485373>.

[64] OMS | Données et statistiques sur le suicide. WHO n.d. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/ (accessed May 29, 2020).

[65] *Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales* n.d. /liste-des-actualites/suicide-et-tentative-de-suicides-donnees-nationales-et-regionales (accessed May 10, 2020).

[66] *Taux de suicide par sexe France 2014*. Statista n.d. <https://fr.statista.com/statistiques/477215/suicide-taux-france-par-sexe/> (accessed May 10, 2020).

[67] Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci*

2018;20:197–205.

[68] 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;143:187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>.

[69] Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry* 2016;173:1094–100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>.

[70] McClatchey K, Murray J, Rowat A, Chouliara Z. Protective Factors of Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Healthcare Settings: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Post-2007 Reviews. *Arch Suicide Res* 2018;23:1–32. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1480983>.

[71] Zortea T, Gray C, O'Connor R. The Relationship Between Adult Attachment and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2019:1–36. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1661893>.

[72] La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge (accessed March 18, 2020).

[73] Tondo L, Hennen J, Baldessarini RJ. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:163–72. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00464.x>.

[74] Hennen J, Baldessarini R. Suicidal risk during treatment with clozapine: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2005;73:139–45. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.015>.

[75] Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrough JW, Feder A, et al. The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2018;175:150–8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040472>.

[76] Dodds TJ. Prescribed Benzodiazepines and Suicide Risk: A Review of the Literature. *Prim Care Companion CNS Disord* 2017;19. <https://doi.org/10.4088/PCC.16r02037>.

[77] Duhem S, Dambry S, Marchand E, Creton A, Debien C, Hedouin V, et al. « Premières analyses de mortalité par suicide en Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans ». *L'Encéphale* 2018;45. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.008>.

[78] Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *L'Encéphale* 2018;45. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.009>.

[79] Crumley FE. Suicide and stress. *Hosp Community Psychiatry* 1987;38:202–202.

[80] Crumley FE. PTSD and suicide attempts by adolescents. *Am J Psychiatry*

1989;146:558.

[81] Wulsin LR, Goldman L. Post-traumatic stress disorder following a suicide attempt n.d.:5.

[82] Bill B, Ipsch L, Lucae S, Pfister Hi, Maragkos M, Ising M, et al. Attempted Suicide Related Posttraumatic Stress Disorder in Depression – An Exploratory Study n.d.:8.

[83] Stanley IH, Hom MA, Boffa JW, Stage DL, Joiner TE. PTSD from a suicide attempt: An empirical investigation among suicide attempt survivors. *J Clin Psychol* 2019;75:1879–95. <https://doi.org/10.1002/jclp.22833>.

[84] Collet L, Cottraux J. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. / The shortened Beck Depression Inventory: Study of the concurrent validity with the Hamilton Depression Rating Scale and the Widlöcher retardation Rating Scale. *Encéphale Rev Psychiatr Clin Biol Thérapeutique* 1970;12:77–9.

[85] Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med* 1998;158:1789. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>.

[86] Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De La Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993;88:791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>.

[87] Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:1208–17. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x>.

[88] Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the Derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in Screening for Alcohol Use Disorders and Risk Drinking in the US General Population: *Alcohol Clin Exp Res* 2005;29:844–54. <https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000164374.32229.A2>.

[89] Misson H, Mathieu F, Jollant F, Yon L, Guillaume S, Parmentier C, et al. Factor analyses of the Suicidal Intent Scale (SIS) and the Risk-Rescue Rating Scale (RRRS): Toward the identification of homogeneous subgroups of suicidal behaviors. *J Affect Disord* 2010;121:80–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.012>.

[90] L'Observatoire national du suicide (ONS) - Ministère des Solidarités et de la Santé n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons> (accessed May 25, 2020).

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 - PCL-5

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

7.2 Annexe 2 - BDI



Echelle de Beck (BDI : Beck Depression Inventory)

A

- 0 Je ne me sens pas triste
- 1 Je me sens cafardeux ou triste
- 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
- 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

B

- 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
- 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
- 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
- 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

C

- 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
- 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
- 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
- 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

D

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

E

- 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2 Je me sens coupable
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

F

- 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1 Je suis déçu par moi-même
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais

G

- 0 Je ne pense pas à me faire du mal
- 1 Je pense que la mort me libérerait
- 2 J'ai des plans précis pour me suicider
- 3 Si je le pouvais, je me tuerais

H

- 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
- 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

I

- 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision
- 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
- 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

J

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
- 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

K

- 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant
- 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

L

- 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

M

- 0 Mon appétit est toujours aussi bon
- 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
- 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
- 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

Résultats :

Le score varie de 0 à 39.

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère

Références :

*Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical.
 Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.*

7.3 Annexe 3 - AUDIT-C

Le questionnaire AUDIT-C

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- (0) Jamais
- (1) 1 fois par moi ou moins
- (2) 2 à 4 fois par mois
- (3) 2 à 3 fois par semaine
- (4) Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 à 9
- (4) 10 ou plus

3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

- (0) Jamais
- (1) Moins d'une fois par mois
- (2) Une fois par mois
- (3) Une fois par semaine
- (4) Tous les jours ou presque

Un score ≥ 3 chez la femme et ≥ 4 chez l'homme doit faire évoquer un mésusage.

Un score ≥ 10 dans les deux sexes doit faire évoquer une dépendance.

7.4 Annexe 4 - RRRS

Facteur de risque

1. Agent utilisé
 1. Ingestion, coupure, coup de couteau
 2. Noyade, asphyxie, strangulation
 3. Saut, tir
2. Conscience altérée
 1. Aucun élément de preuve
 2. Confusion, semi-coma
 3. Coma, coma profond
3. Lésions / toxicité
 1. Bénigne
 2. Modérée
 3. Sévère
4. Réversibilité
 1. Bonne, récupération complète attendue
 2. Juste, reprise attendue avec le temps
 3. Faible, séquelles attendues
5. Traitement requis
 1. Hospitalisation aux urgences
 2. Hospitalisation dans un service spécialisé
 3. Hospitalisation en soins intensifs

Total des points de risque :

5. Risque élevé (13-15 points de risque)
4. Élevé-moderé (11-12 points de risque)
3. Modéré (9-10 points de risque)
2. Faible-moderé (7-8 points de risque)
1. Risque faible (5-6 points de risque)

Facteur de sauvetage

1. Lieu
 3. Familier
 2. Non familial, non distant
 1. A distance
2. Personne initiant le sauvetage
 3. Personne clé, familière
 2. Professionnel
 1. Passant
3. Probabilité de découverte par tout sauveteur
 3. Elevée, presque certaine
 2. Découverte incertaine
 1. Découverte accidentelle
4. Accessibilité au sauvetage
 3. Demande de l'aide
 2. Indices laissés
 1. Ne demande pas d'aide
5. Délai jusqu'à la découverte
 3. Immédiate 1 h
 2. Moins de 4 h
 1. Plus de 4 h

Total de points de sauvetage :

1. Sauvetage faible (5-7 points de sauvetage)
2. Faible modéré (8-9 points de sauvetage)
3. Modéré (10-11 points de sauvetage)
4. Élevé modéré (12-13 points de sauvetage)
5. Sauvetage élevé (14-15 points de sauvetage)

RÉSUMÉ

Titre : Symptômes de trouble stress post-traumatique en lien avec une tentative de suicide chez des patients suicidants : Etude STRAUS

Introduction : Le trouble stress post-traumatique (TSPT) est une pathologie fréquente et invalidante dont les étiologies sont multiples. Les données de la littérature sur les TSPT consécutifs à une tentative de suicide (TS) sont rares. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'incidence des patients suicidants présentant des symptômes de TSPT dans les suites d'une TS.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective transversale au CHU Amiens-Picardie évaluant l'incidence des patients ayant des symptômes de TSPT à la suite d'un geste suicidaire. Après consentement, les patients inclus ont été évalués à l'aide d'outils standardisés évaluant la présence d'un TSPT (PCL-5), d'une dépression (BDI) ainsi que la létalité potentielle de leur dernière TS (RRRS). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ont été recueillies.

Résultats : 21 suicidants ont été inclus de août 2019 à avril 2020. 61,9% des patients inclus ont présenté un score PCL-5 ≥ 33 . Les patients ayant un score PCL-5 ≥ 33 présentaient des scores de BDI significativement plus élevés ($U=8, p=0,0005$) que les sujets ayant des scores PCL-5 < 33 . De plus, les patients ayant nécessité des soins somatiques en lien avec la TS avaient des scores moyens de PCL-5 significativement supérieurs à ceux qui n'en avaient pas besoin ($U=80, p=0,047$).

Conclusion : 61,9% des suicidants inclus ont présenté les symptômes nécessaires pour définir un TSPT selon le DSM-5. Le TSPT reste une pathologie sous diagnostiquée, ainsi son dépistage, quelqu'en soit l'évènement traumatique, semble impératif afin de réduire le risque suicidaire et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints.

Mots clés : Trouble stress post-traumatique, tentative de suicide, suicidants, évènement traumatique, trouble stress aigu

SUMMARY

Title: Symptoms of post-traumatic stress disorder linked to a suicide attempt in suicide attempt survivors : STRAUS study

Background: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a frequent and disabling pathology with multiple etiologies. Data in the literature on PTSD following a suicide attempt (SA) are scarce. The main objective of this work was to assess the incidence of SA survivors presenting symptoms of PTSD following a SA.

Methods: We carried out a prospective cross-sectional study at the University Hospital of Amiens-Picardie assessing the incidence of patients with PTSD symptoms following a suicidal act. After consent, the patients included were assessed using standardized tools assessing the presence of PTSD (PCL-5), depression (BDI) and the potential lethality of their last SA (RRRS). Socio-demographic and clinical characteristics were collected.

Results: 21 SA survivors were included from August to April 2020. 61.9% of the patients included presented a PCL-5 score ≥ 33 . Patients with PCL-5 score ≥ 33 had significantly higher BDI scores ($U=8, p=0,0005$) than subjects with PCL-5 score < 33 . In addition, patients needing somatic care related to SA had significantly higher mean PCL-5 scores than those who did not ($U=80, p=0,047$).

Conclusions: 61.9% of the SA survivors included presented the symptoms necessary to define a PTSD according to the DSM-5. PTSD remains an under-diagnosed pathology, so its screening, regardless of the traumatic event, seems imperative in order to reduce the risk of suicide and improve the quality of life of patients.

Keywords: Post traumatic stress disorder, suicide attempt, suicide attempt survivors, traumatic event, acute stress disorder