

SYNTHÈSE P.13

DOSSIERS P.33

AVANCEMENT DES TRAVAUX

FICHES P.155

ANNEXES P.203

SOMMAIRE

Avancement des travaux.....	107
1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale.....	108
2. Avancement des travaux des groupes de travail sur l'amélioration des données sur le suicide et les tentatives de suicide de l'Observatoire national du suicide	114
3. Suivi des recherches sur la prévention du suicide.....	120

AVANCEMENT DES TRAVAUX

Cette partie présente un point d'information des travaux du groupe de travail sur la prévention du suicide du Conseil national de la santé mentale (CNSM) puis un état d'avancement des travaux de l'Observatoire national du suicide (ONS). Le premier conduit depuis fin 2016 des réflexions à visée opérationnelle afin de proposer une stratégie globale d'une politique de santé mentale, dans laquelle s'inscriront des actions et des dispositifs de prévention du suicide. L'Observatoire national du suicide a, quant à lui, poursuivi ses missions d'amélioration des données sur les suicides et les tentatives de suicide et ses missions à visée de connaissance du phénomène suicidaire, à partir de travaux de recherche.

Dans un premier temps, les différentes actions de « prévention du suicide » envisagées par le groupe de travail éponyme au sein du Conseil national de la santé mentale sont exposées. Ce groupe propose une série de dispositifs et d'actions, déclinée selon cinq axes, pouvant s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables en région. Les cinq axes sont :

- le maintien du contact avec les suicidants ;
- la formation des professionnels de première ligne ;
- l'information du public ;
- la mise en œuvre d'un numéro unique/d'une ligne d'appel d'urgence ;
- le traitement médiatique du suicide et la prévention de la contagion suicidaire.

Dans un deuxième temps, les différentes initiatives mises en œuvre par Santé publique France sont détaillées. Leur finalité est d'améliorer les systèmes de surveillance des suicides et tentatives de suicide, dans la continuité des recommandations du premier rapport de l'Observatoire.

Tout d'abord, il s'agit de décrire le protocole d'une étude pilote sur la mise en place d'un système de surveillance des suicides avec les instituts médico-légaux (IML). Ce projet a obtenu, à l'été 2017, les autorisations nécessaires pour démarrer. S'il s'avérait faisable, le développement d'un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML pourrait permettre d'enrichir les connaissances sur les suicides et ainsi de mieux orienter les actions de prévention.

On trouvera ensuite une présentation des travaux d'un groupe de travail dont l'objectif est d'améliorer la qualité du codage des tentatives de suicide lors du passage aux urgences hospitalières grâce à des actions auprès des producteurs locaux de données. Ce travail propose également une méthodologie d'exploitation des remontées

des urgences, enregistrées dans les bases du réseau Oscour®, pour l'identification et l'étude des tentatives de suicide.

Dans un troisième temps, un point d'étape des cinq travaux de recherche financés dans le cadre de l'Observatoire est proposé. Ces recherches, commencées au premier semestre 2016, portent sur des thématiques variées et sont issues de disciplines diverses, réaffirmant la volonté de l'Observatoire d'apporter une analyse pluridisciplinaire dans la compréhension du suicide et des tentatives de suicide.

Les travaux de Nadia Younès sur les liens entre le travail et le suicide font apparaître un rôle propre des facteurs liés au travail. Ils montrent aussi la difficulté d'étudier ces liens en raison de la rareté de cet évènement. Ceux de Philippe Courtet suggèrent des profils de réponses émotionnelles différents face à des facteurs stressants de la part de personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, qui pourraient expliquer leur plus grand risque de développer des comportements suicidaires. La recherche d'Erick Gokalsing porte sur l'évaluation d'un questionnaire court visant à repérer les adolescents à risque suicidaire, dans les services d'urgence des hôpitaux. L'étude de Romain Huët porte, quant à elle, sur l'analyse linguistique et textuelle des chats de l'association SOS Amitié et approfondit les connaissances sur la méthodologie de l'écoute. Enfin, Pierre Vandiel mène une étude sur le lien entre un défaut d'inhibition cognitive et les tentatives de suicide chez les personnes âgées. Si ce lien est avéré, les interactions sociales pourraient entraîner une réduction de l'altération de l'inhibition cognitive liée au vieillissement.

1. Point d'information des travaux du groupe de travail « prévention du suicide » du Conseil national de la santé mentale

Fritsch Pascale, Salomé Laure, Direction générale de la santé

Le Conseil national de la santé mentale a été installé le 10 octobre 2016 par Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, dans l'objectif d'être une force de réflexion et de propositions, de veiller à l'articulation des différentes politiques et de rassembler les divers acteurs de la santé mentale.

Trois commissions et un groupe de travail ont été installés correspondant aux priorités du CNSM (bien-être des jeunes, prévention du suicide, santé mentale et grande précarité, parcours de l'usager et territorialisation de la politique de santé mentale). Le choix de la thématique du suicide, en tant que priorité de santé publique, est

conforté par la recommandation principale du Haut Conseil de la santé publique. Dans son évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, ce dernier a proposé d'inscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de santé mentale.

Le groupe de travail relatif à la prévention du suicide est copiloté par le professeur Pierre Thomas et la Direction générale de la santé. Ses travaux portent sur la mise en place d'actions de prévention multimodales sur la base des recommandations du Haut Conseil de la santé publique et des actions reconnues comme probantes par la littérature internationale. Ces actions constituent un « kit de prévention du suicide » dont les agences régionales de santé pourront s'inspirer dans leurs stratégies de prévention du suicide, en fonction de leurs propres objectifs et de leurs ressources.

1.1. Des travaux fondés sur la littérature scientifique et les recommandations du Haut Conseil de la santé publique

Les précédents rapports de l'Observatoire national du suicide l'ont déjà évoqué, la politique de prévention du suicide est inscrite au cœur des politiques publiques depuis vingt ans. Les principales recommandations sont les suivantes et ont vocation à alimenter la feuille de route du groupe de travail « prévention du suicide » :

- inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale (sans en faire un programme spécifique) ;
- promouvoir un double objectif :
 - la prévention dans la population générale en amont visant un effet dans plusieurs années,
 - la prévention spécifique pour une réduction effective du nombre de suicides en concentrant les efforts sur les populations les plus à risque, c'est-à-dire souffrant de troubles mentaux ;
- cibler les personnes les plus à risque (les suicidaires et les suicidants) et mener auprès d'elles des actions prenant en compte les principaux facteurs de risques ;
- fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicides, à décliner en fonction des contextes régionaux et des catégories à risque ;
- organiser les programmes d'actions à partir d'un ensemble d'interventions reconnues efficaces.

Ces interventions probantes sont :

- la restriction de l'accès aux moyens létaux ;
- le maintien d'un contact avec les personnes à risque ;
- l'organisation des soins ;

- la mise en place des lignes d'appel d'urgence ;
- la formation des professionnels, dont les médecins généralistes ;
- les campagnes d'information du grand public.

1.2. Une stratégie multimodale à décliner en fonction des contextes locaux

Sur la base de ces recommandations et des actions probantes, le groupe de travail « prévention du suicide », installé pour trois années, s'est fixé comme objectif de travailler sur une politique volontariste de réduction à court terme du nombre de décès par suicide. Il s'agit de mettre en place avec les agences régionales de santé une stratégie multimodale qui puisse s'adapter aux contextes des territoires et aux ressources mobilisables.

Afin d'y parvenir, le groupe de travail s'attache, d'une part, à mobiliser tous les acteurs de terrain déjà engagés dans la prévention du suicide et, d'autre part, à développer un volet communication et innovation dans toutes les stratégies. Il procède par ailleurs à de nombreuses auditions.

Les antécédents de tentatives de suicide sont l'un des facteurs de risque les plus importants. Une tentative de suicide multiplie par quatre le risque de suicide ultérieur et par vingt dans l'année qui suit. Même un an après une tentative de suicide, le risque de suicide reste élevé. C'est pourquoi le maintien du contact avec une personne ayant fait une tentative de suicide est un élément crucial dans la stratégie de prévention du suicide. Ce qui implique plusieurs recommandations.

Organiser le suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide en tenant compte des ressources mobilisables¹

Garantir une continuité des soins après une tentative de suicide est l'un des modes d'intervention spécifiques parmi les plus efficaces.

Les modalités de suivi recommandées sont les suivantes :

- proposer un dispositif de prise en charge après la sortie de l'hôpital pour une durée suffisante ;

1. Cette recommandation peut s'inscrire dans le projet territorial de santé mentale qui a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention ainsi que de la prise en charge des situations de crise et d'urgence. L'élaboration d'un projet territorial de santé mentale est prévue par l'article L. 3221-1 du Code de santé publique (instauré par l'article 16 de la loi de modernisation de notre système de santé) et sa méthodologie et son contenu sont précisés par le décret n° 2017-1200 du 27 juillet.

- *a minima*, transmettre à la personne une fiche comprenant les coordonnées des structures et des professionnels de référence ; si possible adresser directement le patient à un médecin, en mesure d'assurer le suivi global et la coordination des soins.

L'une des possibilités est le dispositif de recontact Vigilans actuellement déployé dans plusieurs régions et en cours d'évaluation par l'agence Santé publique France. Cela n'empêche pas la mise en place d'autres actions de maintien du contact avec les patients après leur hospitalisation pour tentative de suicide.

Le maintien du contact avec la personne, en particulier à la suite d'une tentative de suicide, semble être d'autant plus efficace qu'il est :

- actif : il n'est pas laissé à la seule initiative du patient (par la remise d'une carte ou d'un numéro de téléphone) ;
- régulier : (4 à 8 contacts par an) et inscrit dans la durée (1 à 4 ans) ;
- personnel : il prend la forme d'un contact humain (comme l'envoi de cartes postales).

Cette stratégie nécessite d'inscrire ces actions de recontact au sein du parcours en lien et en complémentarité avec ses différents acteurs (médecins généralistes, psychiatres, associations d'écoute...) et en lien avec l'organisation des soins, de la prise en charge et du suivi de la personne. L'organisation de ce suivi a vocation à être incluse dans le projet territorial de santé mentale².

Dans tous les cas, il est nécessaire de combiner cette stratégie d'actions avec d'autres.

Rénover les formations au repérage du risque suicidaire en les centrant sur l'intervention de crise

Le volet régional du bilan du Plan national d'actions contre le suicide³ avait fait émerger le besoin de faire évoluer le référentiel de formation (non revu depuis 2004). Forte de ce constat, et en lien avec la recommandation du Haut Conseil de santé publique de centrer l'intervention sur les personnes à haut risque suicidaire, la Direction générale de la santé a engagé, en amont de l'installation du Conseil national de la santé mentale et de la mise en place du groupe de travail « prévention du suicide », des travaux de rénovation de l'architecture et du contenu de cette formation. Elle s'appuie pour cela sur le Groupement d'études et de prévention du suicide.

2. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Article R.3224-8.

3. Direction générale de la santé (2015, juin). *Synthèse des initiatives régionales contre le suicide 2011-2014*. Annexe du bilan du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

Ce dernier a, dans cette perspective, été auditionné par le groupe de travail « prévention du suicide ». Il a présenté l'évolution des pratiques probantes qui militent aujourd'hui en faveur d'un nouveau référentiel propre à l'intervention de crise suicidaire, ainsi que d'un module spécifique à l'attention des médecins généralistes relatif à la dépression sur lesquels il travaille.

Renforcer l'information du public

Ce sujet doit être approfondi par le groupe mais il ressort des premiers échanges et des recommandations du Haut Conseil de la santé publique la nécessité d'avoir des connaissances partagées, une information plus accessible et centralisée pour que le grand public et les professionnels puissent s'informer sur les ressources locales existantes et mobilisables.

La mise en place d'un portail national, en lien avec l'agence Santé publique France, serait sans doute un objectif à plus long terme. Des expérimentations locales sont en cours. À ce jour, des initiatives de partage d'informations existent mais elles sont souvent dispersées et mal connues du public.

Mettre en place un numéro unique de prévention du suicide

Le Haut Conseil de la santé publique recommande de mettre en place une ligne d'appel de type « suicide info service » composée de professionnels formés à l'intervention téléphonique et à la crise suicidaire et capables d'orienter vers les ressources locales de soins. Cette ligne serait destinée aux suicidants, à leurs proches et aux professionnels.

Afin d'associer tous les acteurs de la prévention du suicide, une articulation doit être envisagée avec ceux-ci et notamment avec les lignes d'écoute existantes aux niveaux national et régional. C'est la raison pour laquelle les associations nationales d'écoute en prévention du suicide labellisées par Santé publique France (démarche de labellisation entamée en 2010 et visant à renforcer l'offre et la qualité de service, à moderniser les outils et à mettre en place une évaluation des pratiques d'écoute) ont été conviées à participer aux échanges et travaux du groupe de travail qui vont se poursuivre avec pour objectif d'étudier les conditions de mise en place d'une telle ligne.

Plus largement, cela pose la question des conditions d'articulation entre les acteurs (mobilisation des compétences et des ressources locales) en fonction des différents niveaux de besoins.

Veiller au traitement médiatique et à la prévention de la contagion suicidaire

La concrétisation de ce volet de la prévention doit se matérialiser par le déploiement du programme Papageno en raison de ses assises stratégiques et théoriques, de son ancrage territorial dans la région des Hauts-de-France et de son travail auprès des journalistes engagés dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide. Le Haut Conseil de la santé publique recommande de poursuivre ce programme et de l'élargir à la communication institutionnelle.

Le programme Papageno vise à limiter les effets de contagion suicidaire par les médias, en institution, sur les « hot-spots » (lieux à haut risque), *via* les réseaux sociaux, dans les populations vulnérables. La logique repose sur une collaboration entre les professionnels de la communication et de la psychiatrie.

Si depuis 2015, les efforts de prévention se sont concentrés sur la collaboration avec les médias, le programme est cependant en adaptation permanente en fonction des différentes sollicitations qui guident les promoteurs.

À ce jour, de nombreuses actions ont été menées par les équipes du programme Papageno auprès :

- des étudiants en école de journalisme (écoles agréées et non agréées, en lien avec les internes de psychiatrie) ;
- des journalistes en poste (au sein des rédactions mais aussi des clubs de la presse afin de cibler les pigistes : diffusion d'alertes-média en cas de suicide à fort risque d'effet Werther⁴) ;
- des acteurs de la prévention (média training de psychiatres, d'internes, d'associations et rédaction de recommandations en concertation avec des journalistes) ;
- des partenaires nationaux de la prévention du suicide afin de promouvoir l'effet Papageno :
 - soutien à la création d'un numéro unique (en vue d'une prévention sélective, ciblant les personnes à haut risque),
 - mise à disposition des professionnels de la prévention d'une base de ressources narratives (films, témoignages, œuvres littéraires, etc.) ;
- des réseaux sociaux (en cours) afin :
 - d'actualiser les coordonnées des aides proposées par Facebook et Twitter par des données françaises,
 - d'améliorer la visibilité du signalement sur les réseaux sociaux (tutoriel vidéo),
 - de contacter les moteurs de recherche afin de faire figurer en premier le lien vers le numéro unique,
 - de former les médiateurs des blogs (ex. : Doctissimo),

4. Il s'agit d'un effet de contagion des suicides.

- de mettre en place un *think tank* pédagogique auprès des écoles de communication et des écoles d'ingénieurs,
- de contacter les Youtubeurs.

Chacune de ces stratégies va devoir être approfondie. Le groupe de travail « prévention du suicide » s'attachera également à réfléchir à la manière dont les différentes stratégies pourront s'articuler, s'adapter à ce qui existe déjà dans les territoires et à la manière de les implanter lorsqu'elles n'existent pas. En effet, ce sont les réalités de terrain qui vont guider la mise en place de cette stratégie multimodale et sa cohérence.

2. Avancement des travaux des groupes de travail sur l'amélioration des données sur le suicide et les tentatives de suicide de l'Observatoire national du suicide

V. Gigonzac, I. Khireddine-Medouni, C. Tillier
et C. Chan Chee, Santé publique France

Dans le cadre de la recommandation du premier rapport de l'ONS sur l'amélioration du système de surveillance des suicides et des tentatives de suicide, Santé publique France pilote deux groupes de travail et conduit différentes enquêtes et études.

2.1. Projet d'étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides avec les instituts médico-légaux

Malgré la grande hétérogénéité des pratiques des instituts médico-légaux (IML) en France (fiche 7), la richesse de leurs données pour la surveillance des suicides, dont ceux en lien avec le travail, a été établie lors d'une première étude menée par Santé publique France.

Le développement d'un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML pourrait permettre d'enrichir les connaissances sur les suicides, notamment ceux en lien potentiel avec le travail, et ainsi mieux orienter les actions de prévention.

De ce fait, un groupe de travail piloté par Santé publique France, en collaboration avec des IML et le CépiDc-Inserm travaille, depuis 2015, à la mise en place d'une étude pilote visant à tester la faisabilité de développer un système de surveillance des suicides basé sur les données des IML.

Cette étude a obtenu l'avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) en octobre 2016 et l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) le 11 août 2017. Elle sera menée auprès de neuf IML volontaires sur une période d'une année. Les médecins légistes recueilleront des données pour l'ensemble des décès par suicide et pour ceux dont l'intention reste indéterminée.

Les données collectées seront indirectement identifiantes (les nom et prénom de la personne décédée ne seront pas collectés) et porteront sur :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les caractéristiques du décès ;
- les addictions et les comorbidités ;
- les caractéristiques professionnelles ;
- le lien potentiel entre le décès par suicide et le travail.

Les données seront recueillies par les médecins légistes à partir d'une fiche de recueil électronique, puis transmises à Santé publique France à partir d'une application informatique sécurisée.

Le nombre attendu de décès par suicide ou de décès dont l'intention reste indéterminée pour cette étude devrait dépasser 1 000 cas. Dans un premier temps, une évaluation de la faisabilité et de la pertinence de développer un système de surveillance des suicides fondé sur les données des IML sera réalisée. Suivra ensuite une description des décès par suicide et de ceux dont l'intention reste indéterminée ainsi que de la part et des caractéristiques des suicides en lien potentiel avec le travail. Dans un second temps, ces données seront appariées aux données de mortalité du CépiDc-Inserm afin de comparer la concordance des causes de décès rapportées dans les deux sources.

Concernant l'estimation de la part de suicides en lien potentiel avec le travail, il ne s'agira pas d'établir l'imputabilité d'un suicide au travail mais de s'intéresser aux cas de suicides pour lesquels le travail semble avoir joué un rôle. Si cette étude se révèle faisable, il sera recommandé de développer ce système de surveillance auprès de l'ensemble des IML.

2.2. L'amélioration des données sur les tentatives de suicide : bilan

Les recommandations du premier rapport de l'Observatoire national du suicide en 2014 préconisaient d'améliorer les données concernant les tentatives de suicide dans les bases médico-administratives, en particulier, leur exhaustivité. Celle-ci passe par la systématisation du codage de la tentative de suicide lors de chaque passage aux urgences ou de chaque hospitalisation des patients pour tentative de

suicide⁵. Dans un rapport plus récent, l'Organisation mondiale de la santé a réaffirmé que le socle d'un système de surveillance des tentatives de suicide repose sur les données hospitalières et les recours aux urgences hospitalières⁶. Depuis plusieurs années, les bases médico-administratives d'hospitalisation et de recours aux urgences sont utilisées pour la surveillance épidémiologique des tentatives de suicide et la production des indicateurs en France. La qualité des données de ces bases repose totalement sur les diagnostics établis par les médecins et sur la manière dont ils les codent, car l'anonymisation complète des données transmises au niveau national ne permet aucun retour aux dossiers des patients pour une éventuelle vérification.

Depuis une vingtaine d'années, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) collecte les données concernant tous les séjours hospitaliers, quel que soit le secteur, public ou privé. À chaque hospitalisation, un résumé de sortie anonyme (RSA) contenant des informations administratives, les diagnostics et les actes médicaux est produit. L'ensemble des RSA forme les données de la base médico-administrative d'hospitalisation du PMSI.

Lors de chaque passage aux urgences, un résumé du passage aux urgences (RPU), avec le codage des diagnostics médicaux, est produit et transféré quotidiennement à Santé publique France. Ces RPU forment la base de données du réseau Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Mis en place en 2004, le réseau Oscour® a pour objectifs la surveillance syndromique et la détection d'évènements inattendus. Il résulte de la collaboration entre Santé publique France, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), les agences régionales de santé (ARS), les établissements hospitaliers et la Fédération des observatoires régionaux des urgences (Fedoru) ainsi que du soutien de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS). Ce réseau s'est étendu progressivement sur tout le territoire national et l'exhaustivité de la transmission des RPU par les services d'urgence est presque atteinte (environ 90 % fin 2016) depuis que cette transmission est rendue obligatoire par l'arrêté du 23 juillet 2013⁷.

Dans un premier temps, le groupe de travail sur l'amélioration des données des tentatives de suicide s'est attaché à travailler sur les données de passage aux urgences car la majorité des tentatives de suicide prises en charge par le système de soins passent par les urgences. Un groupe de travail constitué de Santé

5. Observatoire national du suicide (2014). *Suicide – État des lieux des connaissances et perspectives de recherche* (1^{er} rapport). Paris, France. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/>

6. Organisation mondiale de la santé (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Genève, Suisse. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf

7. www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027825549

publique France (directions nationales et cellules régionales) et de la Fedoru a été mis en place avec un apport en cas de besoin d'experts en information médicale, d'urgentistes et de psychiatres. L'objectif initial d'amélioration de la qualité des données du réseau Oscour® s'est enrichi d'autres objectifs visant à une production d'indicateurs régionaux et infrarégionaux au plus proche des besoins des acteurs en santé publique. Les objectifs de ce groupe de travail sont au nombre de quatre.

Objectifs

Les objectifs sont donc de :

- décrire et améliorer la qualité du codage des tentatives de suicide grâce à l'action auprès des producteurs locaux de données ;
- définir une même méthodologie pour toutes les régions pour la surveillance des suicides et des tentatives de suicide ;
- disposer de données régionales comparables ;
- vérifier la faisabilité de production de données régionales et infrarégionales utilisables par les agences régionales de santé pour déterminer des actions de prévention.

Méthode

Dans un premier temps, le groupe a d'abord évalué les remontées des diagnostics dans Oscour®. Ensuite, il a institué un regroupement syndromique des tentatives de suicide décrit ci-dessous. Enfin, face à l'insuffisance de codage spécifique de ces tentatives de suicide, le groupe a déterminé un algorithme pour s'approcher au mieux d'une surveillance optimale des tentatives de suicide dans Oscour®.

Résultats

Les remontées des diagnostics dans Oscour®

Malgré l'amélioration de la transmission des RPU, le codage des diagnostics dans les RPU n'atteint pas un niveau d'exhaustivité suffisant et il est très dépendant des services d'urgence. Globalement, les diagnostics ne sont codés que dans 75 % des RPU. Les différences dans le codage des diagnostics entre services sont très importantes, si certains services ne remontent aucun ou très peu de diagnostics, de nombreux établissements remontent plus de 95 % de diagnostics codés. L'action locale des observatoires régionaux des urgences permet une amélioration continue.

Le regroupement syndromique

Les codes X60 à X84 (codes des lésions auto-infligées) de la CIM-10 pour coder la tentative de suicide sont rarement utilisés par les urgentistes qui codent la modalité de la tentative de suicide (par exemple T42 ou T43 pour intoxication aux

psychotropes) qu'ils ont pris en charge sans coder la nature volontaire de l'acte (dans notre exemple, X61 pour tentative de suicide aux psychotropes). Ainsi, si on n'utilise que les codes X60 à X84, on sous-estime le nombre de tentatives de suicide. Par contre, si on ajoute d'autres codes comme ceux faisant référence aux intoxications (sans prendre en compte la nature volontaire de l'acte), le risque est de surestimer ce nombre.

Le groupe de travail a défini trois regroupements syndromiques avec trois catégories de définition de cas certains, probables ou possibles de tentatives de suicide en fonction des codes CIM-10 notés dans le RPU (**tableau 1**) :

- tentative de suicide certaine lorsque les codes correspondent aux codes d'auto-intoxications et de lésions auto-infligées (X60-X84) ;
- tentative de suicide probable lorsqu'en l'absence de code spécifique de tentative de suicide, les codes utilisés correspondent à une intoxication à certains produits qui sont majoritairement utilisés dans les tentatives de suicide d'après les experts ;
- tentative de suicide possible lorsqu'en l'absence de code spécifique de tentative de suicide, les codes utilisés correspondent à une intoxication à certains produits qui sont quelquefois utilisés dans les tentatives de suicide d'après les experts.

Une première analyse de l'utilisation de ce regroupement syndromique montre qu'en Nouvelle-Aquitaine, la répartition des tentatives de suicide correspond à 22 % de cas certains, 71 % de cas probables et 7 % de cas possibles. Cette première analyse confirme la sous-estimation des tentatives de suicide dans Oscour® lorsque seuls les codes X60 à X84 sont pris en compte. L'analyse dans d'autres régions est en cours avec une évaluation de l'utilisation des données à un niveau infrarégional. L'évaluation de ces regroupements syndromiques avec un retour aux dossiers devra aussi être mise en place.

TABLEAU 1 • Définition de cas certains, probables ou possibles de tentatives de suicide selon les codes CIM-10 notés dans le résumé de passage aux urgences dans Oscour®

Catégorie	Codes CIM-10	Signification
Tentative de suicide certaine	X60 à X84	Lésions auto-infligées
Tentative de suicide probable	T42	Intoxication par antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens
	T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	T50	Intoxication par diurétiques, médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	T54	Effet toxique de substances corrosives
	T60	Effet toxique de pesticides
Tentative de suicide possible	T36	Intoxication par antibiotiques systémiques
	T37	Intoxication par d'autres anti-infectieux et antiparasitaires systémiques
	T39	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
	T44	Intoxication par médicament agissant essentiellement sur le système nerveux autonome
	T46	Intoxication par substances agissant essentiellement sur le système cardiovasculaire
	T52	Effet toxique de solvants organiques
	T55	Effet toxique de savons et détergents

Amélioration du codage pour la surveillance des tentatives de suicide dans Oscour®

Afin d'améliorer le codage de certains diagnostics, un nouveau thésaurus des RPU sera prochainement mis en place. Ce nouveau thésaurus inclut un menu déroulant avec les variables « circonstances » et « motifs » qui ne seront plus en texte libre afin d'en faciliter l'exploitation et qui seront remplies à l'entrée par l'infirmier d'accueil. Parmi les propositions, la circonstance de venue aux urgences après une tentative de suicide sera explicitement introduite et pourra être notée par l'infirmier d'accueil. D'après les urgentistes, l'introduction de ces variables améliorera très probablement le codage des recours aux urgences après une tentative de suicide.

Conclusions et perspectives du groupe de travail

Le travail au niveau régional a permis d'être au plus près des producteurs de données. L'amélioration de la qualité des données sur le recours aux urgences après une tentative de suicide est en cours avec la mise en place d'un nouveau thésaurus intégrant une variable explicite sur la tentative de suicide comme circonstance de venue aux urgences, en plus du diagnostic et du motif. En attendant, un regroupement syndromique a été constitué afin d'homogénéiser la production des indicateurs régionaux. Ce regroupement nécessite encore une évaluation.

L'expérience acquise par le groupe de travail pour l'amélioration des données d'Oscour® sera mise à profit lors de l'évaluation de la sous-déclaration des tentatives de suicide dans les données hospitalières du PMSI par Santé publique France en collaboration avec les médecins de départements d'information médicale (DIM) et un retour aux dossiers médicaux.

3. Suivi des recherches sur la prévention du suicide parrainées par l'Observatoire national du suicide

L'Observatoire national du suicide, avec l'appui de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), a lancé en février 2015 un appel à projets pour soutenir la recherche sur le suicide et sa prévention, elle a associé les partenaires financeurs suivants : la Direction générale de la santé (DGS), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Au terme de cet appel, cinq projets ont été retenus pour financement sur les vingt-huit reçus. Les recherches financées portent sur des thématiques variées (vulnérabilité au suicide, détection du risque chez les adolescents, les mots du suicide et l'efficacité de l'écoute par les associations, le suicide des personnes âgées, le suicide et le travail) et mobilisent des disciplines scientifiques diverses (psychiatrie, neurosciences, pédiatrie, psychologie, sciences de l'information et de la communication, épidémiologie, médecine du travail, etc.). Les travaux ont débuté au premier semestre 2016 (voir le 2^e rapport de l'ONS).

Le séminaire de mi-parcours de cet appel à projets de recherche a eu lieu le 10 mars 2017 à l'IReSP. Les cinq porteurs de projets financés ont présenté les premiers résultats de leur recherche. L'objectif de cette journée était de discuter de l'avancement et de la méthodologie des projets et des difficultés rencontrées par les équipes, bien que toutes ne soient pas au même stade d'avancement. Cette présentation s'est tenue en présence des membres du conseil scientifique d'évaluation des projets, des partenaires financeurs et des membres de l'Observatoire.

Ces cinq recherches, suivies des échanges avec les participants au séminaire de mi-parcours, sont exposées successivement dans les pages suivantes.

3.1. Travail et risque suicidaire : études épidémiologiques en population générale

Nadia Younès, Marine Azevedo Da Silva^{ab}, Ariane Leroyer^c,
Maria Melchior^b, Laurent Plancke^d, Mathieu Rivière^{ab}

Contexte du projet

Le projet s'inscrit dans l'axe de recherche épidémiologique de l'appel à recherche visant à « connaître les facteurs de risque et de protection du suicide, et les mécanismes conduisant aux suicides » et à approfondir l'étude du poids des facteurs liés au travail au sein de la population active.

Cette recherche se place dans le modèle de la crise suicidaire qui pose, à un moment donné dans un contexte de vulnérabilité d'un individu dont les ressources adaptatives sont dépassées, l'apparition d'idées de mort puis d'idées suicidaires avec risque de tentative de suicide (à intentionnalité suicidaire variable) et de suicide (Younès, 2013). Un lien est fait entre l'étude des déterminants des comportements suicidaires et celle des suicides (Nock, 2008). La place de la médecine générale est avérée dans la prévention de ces comportements suicidaires (Dumesnil, 2012; Younès, 2015).

Le travail constitue un facteur de protection avéré contre le suicide puisque les personnes qui sont à la recherche d'un emploi ont une probabilité trois fois plus élevée de décéder par suicide que les personnes en activité professionnelle (Schneider, 2011). Toutefois, la majorité des suicides concernent la population active et de nombreuses personnes mourant par suicide ont un travail au moment de leur décès, d'où l'importance des mesures de prévention pour la population active (Milner, 2015). Certains secteurs d'activité à risque et des gradients sociaux ont été repérés pour les suicides (Milner, 2015; Marchand, 2015), les tentatives de suicide (Cohidon, 2010) ou le risque suicidaire (Cohidon, 2011). La recherche vise à investiguer le lien potentiel entre les conduites suicidaires, les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels au travail. Ces facteurs (« risques psychosociaux ») ont été appréhendés en France par le rapport Gollac à partir de la littérature internationale et d'un travail d'experts

a. Centre hospitalier de Versailles, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, EA 4047.

b. Institut Pierre Louis d'épidémiologie et santé publique (IPLESP/Inserm UMRS 1136). Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES).

c. Université Lille 2, centre hospitalier régional universitaire de Lille, EA 4483.

d. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Lille.

(Gollac *et al.*, 2011). Il s'agit des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par des conditions d'emploi et des facteurs organisationnels et relationnels défavorables classés en six axes : 1) intensité du travail, 2) exigences émotionnelles, 3) autonomie, 4) rapports sociaux au travail, 5) conflits de valeur et 6) insécurité de la situation de travail.

Ce projet étudie dans la population active le lien entre le risque suicidaire et des facteurs liés au travail (conditions d'emploi et risques psychosociaux) en analysant les résultats de deux études épidémiologiques existantes non exploitées sur ce point et qui peuvent être complémentaires (puisqu'elles portent sur deux populations, à deux époques, avec des analyses de comportements suicidaires différents) : l'étude Héraclès et la cohorte GAZEL.

L'étude Héraclès

Objectif scientifique : Il s'agit de comparer en médecine générale les facteurs professionnels parmi les actifs ayant des comportements suicidaires par rapport aux autres actifs.

Données : L'étude Héraclès a été conduite auprès de 2027 patients actifs occupés ayant consulté (quel que soit le motif) en médecine générale dans les Hauts-de-France pendant la durée de l'étude (avril-août 2014). Après la consultation, les médecins remplissaient un questionnaire standardisé de diagnostic mesurant le risque suicidaire (MINI, International Neuropsychiatric Interview) [Sheenan, 1998] et recueillaient les caractéristiques sociodémographiques du patient, celles de son travail (secteur d'activité, catégorie socioprofessionnelle, type de contrat) et les expositions aux risques psychosociaux au travail selon le rapport Gollac (20 questions).

Analyses : Un indicateur de « suicidalité » a été établi à partir des items du MINI au cours du mois écoulé (pensées de mort, pensées suicidaires ou tentative de suicide). Plusieurs travaux récents utilisent cet indicateur (Benatov, 2017 ; Celano, 2016). 167 patients (8,2 %) étaient positifs pour l'indicateur de suicidalité. Pour les facteurs liés au travail, des Z-scores⁸ ont été calculés pour chaque axe (tableau 1).

8. Le Z-score est une statistique qui permet de conclure à la significativité ou non d'un écart dans un profil.

TABLEAU 1 • Regroupement des questions sur les risques psychosociaux pour le calcul des Z-scores par axe

	Modalités				Contribution au score*
	oui	non			
	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	
Axe I - Intensité du travail et temps de travail					
Q29. Je reçois des ordres ou des indications contradictoires	2	4	-	-	5-q29
Q31. On me demande une quantité de travail excessive	1	2	3	4	5-q31
Q32. Je dois penser à trop de choses à la fois	1	2	3	4	5-q32
Q33. J'ai du mal à concilier mon travail avec mes obligations familiales	1	2	3	4	5-q33
Q44. Je dispose du temps nécessaire pour faire mon travail	1	2	3	4	q44
Axe II - Exigences émotionnelles					
Q27. Je travaille en contact direct avec le public (usagers, élèves, patients, voyageurs, clients)	2	4	-	-	5-q27
Q28. Je suis en contact avec des personnes en situation de détresse	2	4	-	-	5-q28
Q34. Je vis des tensions avec un public (usagers, élèves, patients, voyageurs, clients)	1	2	3	4	5-q34
Q35. Je dois cacher mes émotions et faire semblant d'être de bonne humeur	1	2	3	4	5-q35
Q36. Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail (pour ma sécurité, celle des autres)	1	2	3	4	5-q36
Q39. Au cours de mon travail, je suis exposé(e) à des agressions verbales, physiques ou psychologiques	1	2	3	4	5-q39
Axe III - Autonomie					
Q37. Dans ma tâche j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	1	2	3	4	q37
Q38. Je peux employer pleinement mes compétences	1	2	3	4	5-q38
Axe IV - Rapports sociaux au travail					
Q40. Travail reconnu à sa juste valeur	1	2	3	4	5-q40
Q45. Aides des collègues	1	2	3	4	5-q45
Q46. Aides des supérieurs	1	2	3	4	5-q46
Axe V - Conflits de valeurs					
Q42. Dans mon travail, faire des choses que je désapprouve	1	2	3	4	5-q42
Q41. Moyens de faire un travail de qualité	1	2	3	4	q41
Axe VI - Insécurité de la situation de travail					
Q43. Je travaille avec la peur de perdre mon emploi	1	2	3	4	5-q43
Q30. Capable de travailler jusqu'à la retraite	2	4	-	-	q30

* Pour chaque axe, le score de chaque question a été calculé pour qu'il aille dans le sens d'une augmentation de la caractéristique étudiée. Par exemple, pour la question Q37, le score correspond au chiffre attribué à la modalité de réponse. À l'inverse, pour la question Q38, le score est égal à 5 moins la modalité de réponse. Le score global de l'Axe III est égal à la somme des deux scores.

Sources • Questions issues du rapport Gollac et regroupement en fonction des axes définis dans ce même rapport, Dares / DREES, 2009.

Des données contextuelles ont été obtenues par zone de proximité (définies par l'Agence régionale de santé du Nord - Pas-de-Calais) : densité de psychiatres, de psychologues, de médecins généralistes ; défavorisation sociale ou matérielle ; taux d'hospitalisation pour tentative de suicide et mortalité par suicide.

Pour étudier les facteurs psychosociaux associés à la suicidalité, un modèle de régression logistique multiniveau a été utilisé avec comme premier niveau (effet aléatoire) les zones de proximité, et comme deuxième niveau, les patients. La variable à expliquer était la suicidalité et les variables d'exposition étaient les six axes du rapport Gollac. Les variables d'ajustement ont été sélectionnées en réalisant un modèle de régression logistique avec une sélection pas à pas descendante sur les autres variables disponibles : aucune variable contextuelle n'avait d'impact ; le secteur d'activité et le type de contrat non plus ; ne ressortaient que le statut marital, le niveau de diplôme, le chômage dans le passé, les antécédents psychiatriques, une dépression (selon le MINI) et la précarité. Les variables âge et catégorie socioprofessionnelle (CSP) ont été incluses directement dans les variables d'ajustement. Les résultats ont été stratifiés sur le sexe.

Principaux résultats obtenus : Les résultats montrent que la suicidalité est associée à « l'intensité et temps de travail » et aux « exigences émotionnelles ». Cette association est à risque pour les patients qui ont une « intensité et temps de travail » et des « exigences émotionnelles » élevés avec des odds ratio (OR) de respectivement 1,37 (1,10 – 1,70) et 1,34 (1,08 – 1,67). Ces associations sont différentes suivant le sexe : chez les hommes la suicidalité est associée uniquement à des valeurs élevées pour l'axe « intensité et temps de travail » (OR = 1,36 [1,01 – 1,83]) et chez les femmes elle est associée à des « exigences émotionnelles » importantes (OR = 1,72 [1,22 – 2,42]).

TABLEAU 2 • Résultats des associations entre suicidalité et risques psychosociaux selon le rapport Gollac, régression logistique multiniveau

	Femmes (n=984)				Hommes (n=845)				Total (n=1829)			
	OR*	OR inf.	OR sup.	P	OR*	OR inf.	OR sup.	P	OR*	OR inf.	OR sup.	P
Intensité et temps de travail	1,16	0,86	1,57	0,331	1,72	1,22	2,42	0,002	1,37	1,10	1,70	0,006
Exigences émotionnelles	1,36	1,01	1,83	0,040	1,20	0,87	1,65	0,277	1,34	1,08	1,67	0,008
Autonomie	0,95	0,69	1,30	0,740	0,90	0,62	1,31	0,591	0,95	0,75	1,20	0,638
Conflit de valeurs	1,14	0,82	1,59	0,431	0,98	0,68	1,42	0,929	1,02	0,80	1,30	0,877
Rapports sociaux au travail	0,86	0,60	1,23	0,403	1,06	0,72	1,57	0,755	0,92	0,71	1,20	0,553
Insécurité de la situation de travail	0,99	0,79	1,25	0,953	1,05	0,78	1,40	0,765	1,01	0,85	1,21	0,873

*OR: odds ratio. Modèle ajusté sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le statut marital, le niveau de diplôme, le chômage dans le passé, les antécédents psychiatriques, la dépression (MINI), la précarité.

Lecture • Chez les hommes, il y a une association statistique significative à p=0,002 entre l'axe « intensité et temps de travail » du rapport Gollac et la suicidalité, après ajustement sur les différents facteurs de confusion. Avec l'augmentation du score de l'axe « intensité et temps de travail » d'une unité, le risque de suicidalité augmente de 1,72 (intervalle de confiance entre 1,22 et 2,42).

Source • Étude Héraclès Nord - Pas-de-Calais, 2014.

Conclusion: Au terme de cette analyse, on constate qu'il existe des facteurs « travail » (« intensité et temps de travail » et « exigences émotionnelles ») liés à la suicidalité en médecine générale. Des interventions ciblées pourraient, par la suite, être proposées.

Cohorte GAZEL

Objectif scientifique: Il s'agit de comparer la population des personnes suicidées par rapport à la population des personnes décédées d'autres causes ou non décédées, en fonction : 1) des contraintes de l'environnement psychosocial au travail, 2) de la trajectoire de catégorie socioprofessionnelle, 3) d'un changement organisationnel (privatisation d'EDF-GDF en 2000 avec externalisation de services de distribution dans d'autres entreprises).

Données: Les données de la cohorte GAZEL portent sur 20046 volontaires, âgés de 35 à 50 ans au début de l'étude, et suivis annuellement depuis 1989. Le travail de gestion et de structuration des données a duré trois mois. Les données proviennent des autoquestionnaires annuels de 1989 à 2015. Elles regroupent des données de santé et socio-économiques, les facteurs psychosociaux au travail mesurés par le

questionnaire de Karasek à trois reprises (1995, 1997 et 1999), des données socio-professionnelles du service du personnel d'EDF-GDF, les causes de décès (CépiDc-Inserm), les suicides identifiés par les codes CIM-10(X60-X84, Y87.0) et CIM-9 (E950-E959). Depuis 1989, 85 personnes (sur 2404 décès) sont décédées par suicide, dont 41 avant la retraite.

Travaux à venir :

- **Association entre les facteurs psychosociaux au travail et le risque de mortalité par suicide**

Les personnes décédées par suicide avant 1995 pour lesquelles aucune mesure des facteurs psychosociaux n'est disponible (N = 25), celles décédées par suicide après la retraite (N = 44) et celles n'ayant pas répondu au questionnaire de 1995 (N = 16) n'ont pu être incluses dans les analyses. Finalement, seuls 8 décès par suicide exploitables pour les analyses ont été dénombrés, empêchant les analyses initialement prévues.

- **Association entre les trajectoires socioprofessionnelles et le risque de mortalité par suicide**

Cette étude va porter sur 20 600 employés d'EDF-GDF ayant des données socioprofessionnelles disponibles et âgés de 35 à 50 ans en 1989. Les catégories socioprofessionnelles seront définies à partir de la nomenclature Professions et catégories socioprofessionnelles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), de l'entrée dans l'entreprise jusqu'au début de l'étude en 1989.

- **Changement organisationnel au sein d'EDF-GDF**

Nous envisageons d'utiliser la méthode statistique « difference-in-differences », suite de travaux antérieurs (www.parisschoolofeconomics.eu/docs/ydepot/semin/texte1213/RAT2013ORG.pdf), en comparant les suicides survenus pour des personnes travaillant dans les services de production avec les suicides des personnes travaillant dans les services de distribution avant et après la privatisation de 2000 (44 décès par suicide ont été dénombrés avant l'année 2000 et 41 après).

Conclusion

Nos travaux épidémiologiques documentent un rôle propre des facteurs liés au travail dans les comportements suicidaires en population active. Des dimensions du travail ont été individualisées pour la suicidalité en médecine générale et pourraient constituer des pistes de prévention. Nos travaux montrent aussi la difficulté de réaliser des études sur les décès par suicide sur des sous-populations en raison de la rareté de l'évènement.

Références bibliographiques

- **Benatov, J. et al.** (2017, février). The association between gender, ethnicity, and suicidality among vocational students in Israel. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi : 10.1111/sltb.12332
- **Celano, C. M. et al.** (2016). Psychological interventions to reduce suicidality in high-risk patients with major depression : a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12. doi : 10.1017/50033291716002798
- **Cohidon, C., Santin, G., Geoffroy-Perez, B., Imbernon, E.** (2010, avril). Suicide et activité professionnelle. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 58 (2), 139-150. doi : 10.1016/j.respe.2010.01.001
- **Dumesnil, H., Cortaredona, S., Cavillon, M., Mikol, F., Aubry, C., Sebbah, R., Verdoux, H., Verger, P.** (2012, septembre). La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES, *Études et Résultats*, 810, 1-8.
- **Gollac, M.** (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- **Marchand, J.-L., Dourlat, T., Moisan, F.** (2015). *Description de la mortalité des agents et ex-agents de l'administration pénitentiaire. Analyse de la mortalité par cause entre 1990 et 2008*. Institut de veille sanitaire. France, Saint-Maurice.
- **Marquet, R. L., Bartelds, A. I., Kerkhof, A. J., Schellevis, F. G., van der Zee, J.** (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. *BMC Family Practice*, 6 (45). doi : 10.1186/1471-2296-6-45
- **Milner, A., Page, K., Spencer-Thomas, S., Lamotagne, A. D.** (2015). Workplace suicide prevention : a systematic review of published and unpublished activities. *Health Promotion International*, 30 (1), 29-37.
- **Nagin, D. S.** (2005). *Group-based modeling of development*. Cambridge : Harvard University Press.
- **Nock, M. K. et al.** (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154. doi : 10.1093/epirev/mxn002
- **Sheehan, D. V. et al.** (1999). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- **Younès, N., Passerieux, C., Vaiva, G.** (2013). Examen d'un patient suicidant. Dans *Encyclopédie médico-chirurgicale* (p. 1-7). Paris, France : Elsevier Masson.
- **Younès, N., Melchior, M., Turbelin, C., Blanchon, T., Hanslik, T., Chan Chee, C.** (2015, janvier). Attempted and completed suicide in primary care : Not what we expected ? *Journal of Affective Disorders*, 150-154.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Une première intervention de Christian Baudelot, président du conseil scientifique, a porté sur la spécificité de cette étude. En effet, il relève que cette étude propose une échelle d'analyse située entre les niveaux macro et micro. Or, la majorité des études de sociologie du suicide reposent sur de très grands ensembles, avec peu de variables. L'enquête GAZEL apporte sensiblement plus d'éléments, à l'instar de celle menée chez France Télécom. Il est particulièrement difficile de constituer une population qui réunisse tous les critères statistiques pertinents. Par ailleurs, contrairement à ce qui pouvait être attendu, cette recherche ne pointe pas particulièrement les injonctions contradictoires, mais plutôt des variables classiques, qui ne sont pas les mêmes pour les hommes et les femmes. Enfin, il souligne combien il est intéressant d'analyser les aspects du travail. Il remarque que la dimension de latitude décisionnelle n'apparaît pas dans les résultats.

Un intervenant souhaite savoir si la mobilisation importante pour l'enquête en médecine générale est due à une sensibilité particulière au suicide dans cette région, ou à ses caractéristiques sociales propres. Nadia Younès explique que le réseau Sentinelles est à l'origine de cette étude, avec une demande sur les problématiques de travail et de santé mentale, et non uniquement sur le suicide.

Une autre interrogation a porté, dans le cadre de l'enquête GAZEL, sur le possible lien entre les éléments étudiés et l'absentéisme au travail. Marine Azevedo da Silva (membre de l'équipe de recherche) précise que le lien entre absences et suicide n'a pas été étudié dans GAZEL, pour des raisons de puissance statistique. En revanche, les liens entre facteurs psychosociaux et absences ont été abordés. Un article a été publié en 2004 à ce sujet, qui montre que certains risques psychosociaux sont associés à l'absentéisme. Un intervenant a par ailleurs souligné l'intérêt de la mesure de la souffrance psychique dans ce travail.

Enfin, un intervenant a parlé des pensées suicidaires chez les personnes sans emploi. Il explique que les enquêtes barométriques relèvent généralement plus de pensées suicidaires chez les personnes sans emploi. Parmi les travailleurs actifs, les pensées suicidaires attribuées à des motifs professionnels sont cependant en progression entre 2010 et 2014. En outre, un prochain Baromètre santé étudiera quelques éléments de contexte professionnel et les catégories professionnelles.

3.2. Sensibilité à l'adversité sociale dans les conduites suicidaires

Philippe Courtet^{a, b, c, d}, Chloé Girod^{a, b}, Catherine Genty^{a, b, c},
Aurélien Cazals^{a, b, c}, Émilie Olié^{a, b, c}

Le suicide représente un problème majeur de santé publique. Il est donc fondamental d'améliorer la recherche afin de mieux appréhender la physiopathologie suicidaire pour développer des biomarqueurs⁹ à visée diagnostique ou révélateurs de nouvelles cibles thérapeutiques. Dans un modèle stress-vulnérabilité, les conduites suicidaires résultent de l'interaction entre l'adversité psychosociale, les troubles psychiatriques et une prédisposition individuelle. La vulnérabilité est liée à des traits stables durant la vie comme l'histoire personnelle ou familiale de conduites suicidaires, l'impulsivité, la dysfonction du système sérotoninergique ou de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique, et certains déficits dans les processus émotionnels et cognitifs. Des travaux récents sont venus renforcer la conception initiale de Schneidman, en montrant que la perception de la douleur psychologique est plus marquée chez les sujets déprimés avec conduites suicidaires. Enfin, nombre d'arguments récents suggèrent un rôle majeur des médiateurs inflammatoires dans les conduites suicidaires.

Les événements de vie négatifs récents sont très fréquents dans l'année qui précède les conduites suicidaires. Ces événements conduisent à un sentiment de dévaluation ou d'exclusion sociale, générateur de douleur psychologique et d'idées suicidaires. À l'inverse, la restauration d'une connexion sociale est un facteur majeur dans le succès des programmes de prévention du suicide par recontact. Les études de neurosciences sociales montrent que le sentiment de rejet social active des régions cérébrales, qui sont altérées dans les processus d'affects négatifs et de détresse (insula antérieure, cortex cingulaire dorsal antérieur). Cette activation a pour conséquence une dysrégulation de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénargique, de la réponse sympathique adrénargique ainsi que de la réponse inflammatoire. Des recherches sur les conduites suicidaires montrent l'existence d'une inflammation chronique de

a. Centre hospitalier de Versailles, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, EA 4047.

b. Institut Pierre Louis d'épidémiologie et santé publique (PLESP/Inserm UMRS 1136). Équipe de recherche en épidémiologie sociale (ERES).

c. Université Lille 2, centre hospitalier régional universitaire de Lille, EA 4483.

d. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, Lille.

9. Selon la définition de l'Inserm, un biomarqueur est une molécule (enzyme, hormone, métabolite...), voire un type de cellule, dont la présence ou la concentration anormale dans le sang ou les urines signale un événement ou un statut physiologique particulier.

bas grade, aux niveaux cérébral et périphérique. Le niveau de protéine C réactive est associé aux conduites suicidaires dans une population déprimée. Cette inflammation chronique est indépendante des troubles psychiatriques.

Les stress sociaux sont parmi les plus forts inducteurs de réponse inflammatoire. La physiopathologie liée à ces stress sociaux pourrait donc logiquement être proche de celle associée aux conduites suicidaires, avec hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien et implication de plusieurs régions cérébrales, dont le cortex cingulaire antérieur, comme facteurs régulateurs. L'hypothèse de départ est donc cette sensibilité accrue aux stress sociaux des sujets porteurs d'une vulnérabilité suicidaire.

Deux facteurs modérateurs importants sont impliqués dans ces mécanismes physiopathologiques, à savoir l'existence de traumatisme dans l'enfance et le sentiment de solitude ou l'observation d'un isolement social. Ils constituent des facteurs de risque suicidaire bien connus, et il est intéressant d'examiner leur rôle modulateur dans cette séquence.

L'objectif principal de cette recherche est l'étude de la réponse psychologique (douleur psychologique évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique) à un test de stress social en fonction de l'antécédent de conduites suicidaires chez des patientes déprimées. Il a été proposé à deux groupes de patients souffrant de dépression, avec et sans antécédents de tentatives de suicide, de participer à une expérience permettant de valider l'hypothèse de départ.

On a pour cela eu recours au Trier Social Stress Test (TSST) qui constitue le *gold standard*¹⁰ actuel des stress sociaux. Il consiste en une mise en situation de stress extrême de la personne, conduisant de façon générale à des réponses physiologiques, des réponses émotionnelles et des réponses inflammatoires. Peu d'études ont été menées sur les personnes déprimées, et une seulement dans le domaine du suicide. Cette dernière montrait une réponse émoussée du cortisol salivaire chez des personnes considérées comme à haut risque suicidaire.

Les objectifs secondaires sont :

- de décrire et comparer les variations des marqueurs biologiques inflammatoires et du taux de cortisol salivaire lors du test de stress social en fonction de la présence ou non d'antécédents suicidaires ;
- d'étudier l'influence de l'impulsivité, de la fonction de prise de décision, des antécédents d'abus et de maltraitance dans l'enfance, du niveau de dépression, ainsi que

10. En médecine ou en statistique, il s'agit d'un test de référence pour établir la validité d'un fait.

de l'isolement social et de la solitude sur les paramètres cliniques et biologiques étudiés lors du test de stress social ;

- d'évaluer le sentiment de rejet social dans les conditions de vie réelles à l'aide du smartphone.

Il est prévu de recruter 140 patientes déprimées, avec et sans épisode de tentative de suicide (70 dans chaque groupe). Des critères de non-inclusion ont été définis pour éviter les biais (absence de pathologie inflammatoire ou de traitement). Des prélèvements sont réalisés avant le TSST, puis dans les deux heures suivant le test, afin de mesurer la variation des paramètres de l'inflammation dans le temps.

Selon le marqueur de l'inflammation étudié, le nombre de patientes nécessaires se situe entre 60 et 80. Cependant la cible a été définie à 140, afin de mesurer également les facteurs modérateurs et de suivre en temps réel, sur une semaine après le test, les stress sociaux en vie quotidienne. Depuis janvier 2017, les personnes participant à l'expérience sont ainsi invitées à s'autoévaluer durant une semaine, à raison de cinq fois par jour, à l'aide d'une application sur smartphone. Leur réponse psychologique aux événements sociaux rencontrés sera ainsi étudiée.

À ce jour, 44 patientes ont été recrutées, 24 d'entre elles présentant des antécédents de tentatives de suicide et 20 n'en présentant pas. Le recrutement des patientes déprimées avec et sans histoire personnelle de tentative de suicide est réalisé de manière simultanée.

Les résultats confirment l'efficacité et la reproductibilité du test, celui-ci induisant des douleurs psychologiques ainsi que des modifications des émotions positives et négatives dans les deux groupes de patientes, avec un retour à la normale après deux heures. Une tendance à l'augmentation des émotions positives a été constatée à l'issue du test, ce dernier pouvant induire un sentiment de valorisation, par la réussite de l'épreuve imposée, dont certaines patientes se sentaient incapables, en lien avec une mésestime d'elles-mêmes, que l'on retrouve très souvent après un épisode dépressif.

Il a été vérifié que le test réalisé (TSST) n'augmente pas les idées suicidaires, ce qui témoigne de sa bonne acceptabilité. Cependant, l'anxiété augmente après le test, avant un retour à la normale après deux heures. De plus, le groupe présentant des antécédents personnels de suicide a un niveau d'anxiété significativement plus élevé. Il a également pu être mis en évidence un profil de réponse émotionnelle différent chez les patientes en fonction de leurs antécédents de passage à l'acte suicidaire. Il n'y a pas de différence en ce qui concerne la douleur psychologique entre les deux groupes, mais les patientes suicidantes présentent un score d'émotions

positives¹¹ plus bas, au début et à la fin de la visite, par rapport aux patientes sans antécédents de tentatives de suicide, sur lesquelles la situation de stress ne semble pas influencer. En ce qui concerne les émotions négatives, celles-ci sont plus importantes en post-test immédiat dans le groupe avec antécédents de tentatives de suicide. Ainsi, ces résultats suggèrent que les patientes suicidantes ont une sensibilité au rejet accrue, principalement par le biais d'une majoration des émotions négatives comme l'anxiété.

Enfin, la tâche entraîne une augmentation différée du cortisol salivaire. De manière intéressante, nous retrouvons une diminution de la réactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique en situation de stress, avec des taux de cortisol salivaire plus faibles chez les patientes avec antécédents de tentative de suicide, ce qui est concordant avec l'étude de McGirr¹² retrouvant une hyporéactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénergique chez les apparentés de patients suicidants.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence des différences dans l'expression de sCD40L¹³ chez les patientes suicidantes et non suicidantes ; c'est une piste qu'il faudra poursuivre car son implication dans le suicide n'avait à ce jour jamais été étudiée.

Cependant, ces résultats sont à nuancer. En effet, il nous faudra recruter un nombre important de nouvelles patientes afin de disposer d'un nombre de sujets suffisant pour réaliser, dans un second temps, des analyses statistiques plus poussées, afin d'éliminer les facteurs de confusion possibles – bien que nos deux groupes soient comparables sur le niveau de dépression et sur l'indice de masse corporelle – et d'évaluer l'interaction temps/groupe à l'aide d'un modèle mixte. Il sera également intéressant d'élaborer un modèle regroupant les différents marqueurs, afin de mettre en exergue un profil réactionnel.

La possibilité de mener cette étude sur un plus grand nombre de patientes permettra également d'évaluer le rôle des abus dans l'enfance et du sentiment de solitude, que nous supposons être des modulateurs de la réponse inflammatoire au stress.

11. Mesuré par un sous-score de la PANAS (Positive Affect and Negative Affect Schedule), autoquestionnaire permettant de mesurer les affects positifs et négatifs.

12. McGirr, A., Diaconu, G., Berlim, M. T., Pruessner, J. C., Sablé, R., Cabot, S., Turecki, G. (2010, novembre). Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *J Psychiatry Neurosci*, 35(6), 399-408. doi: 10.1503/jpn.090121.

13. Le Soluble CD40 ligand (sCD40L) est présent dans les plaquettes et sa présence dans le sang est un marqueur de l'activation des plaquettes.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Pour commencer, Christian Baudelot souligne que cette étude réalise un traitement commun des facteurs sociaux et biologiques. Il demande comment l'échantillon est constitué et alimenté. Philippe Courtet explique que les patientes sont issues de l'unité d'hospitalisation pour patients en crise suicidaire, avec ou sans tentative de suicide, sur la base des consultations. La principale difficulté porte sur l'organisation. Elle requiert la présence d'un clinicien tout au long de la journée pour s'occuper des patientes, même s'il n'intervient pas dans le test, et d'un jury composé de deux personnes. L'équipe infirmière est également mobilisée pour réaliser les prélèvements.

Une intervenante demande comment l'étude est présentée aux patientes et si un échantillon de personnes en crise a été formé. Philippe Courtet répond que la nature de l'expérience ne leur est pas révélée, ce qui implique par ailleurs un débriefing en fin de protocole. Concernant la crise, les patientes sont en dépression, à des degrés variés, avec ou sans antécédent de tentative de suicide. Quand elles sont évaluées, elles n'ont pas ou quasiment pas d'idées suicidaires.

Un intervenant demande si des augmentations de cytokines ont été mesurées dans d'autres circonstances. Philippe Courtet précise que cette étude repose sur l'observation d'une mauvaise régulation de l'inflammation dans le suicide, indépendante des troubles psychiatriques, et le fait que cette même anomalie est fortement induite par des stress sociaux. Une tâche expérimentale de stress social a donc été retenue pour mesurer la réponse de l'inflammation dans les deux heures qui suivent. Pour autant, les cytokines peuvent augmenter dans d'autres circonstances. Les stress sociaux sont néanmoins des inducteurs importants.

Un intervenant interroge sur les conclusions de cette étude en matière de prévention. Philippe Courtet indique que l'objectif premier est d'identifier un biomarqueur de vulnérabilité suicidaire lié à la réponse aux stress sociaux. Par la suite, des résultats pourront sans doute être exploités en matière de dépistage ou de traitement préventif.

Une intervenante estime que le manque d'attachement ou de bienveillance dans l'enfance constitue un facteur important de vulnérabilité, susceptible de provoquer des stress sociaux plus importants par la suite. De ce point de vue, le terme de traumatisme semble inapproprié. Philippe Courtet en convient. La mesure de l'attachement est, par ailleurs, utilisée dans une autre étude. De plus, outre la nature de la maltraitance, le moment où elle intervient est important. Les individus y sont plus ou moins sensibles selon les périodes. Ce sujet mérite d'être approfondi.

Enfin, Christian Baudelot rappelle que le suicide touche davantage les hommes, alors que les femmes sont plus souvent dépressives. Il demande pourquoi l'étude ne porte pas sur des hommes. Philippe Courtet explique que ce choix a été arrêté pour des raisons pratiques. La dépression et les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes.

3.3. Étude de validation de la version française du questionnaire « Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ) dans une population de patients adolescents pris en charge en unité d'urgences pédiatriques

Erick Gokalsing^{a,b}, Victorine Lenclume^c, Lucie Baux^d, Sophie Lafarge^e, Michel Spodenkiewicz^{b,c,d}, Olivier Maillard^c, Karine Berny-Burlot^e, Hughes Flodrops^f, Laurent Enaud^f, Lisa Horowitz^g, François Favier^c, Louis Jehel^{b,h}.

Contexte

Comme d'autres régions dans le monde, l'île de La Réunion, département français d'outre-mer, est confrontée à une surmortalité par suicide chez les jeunes, notamment les adolescents (ORS Réunion, 2013).

Selon la littérature internationale, près de 80 % des adolescents décédés par suicide ont été vus par un médecin dans les mois précédant leur geste fatal (Luoma, 2003), dont 50 % aux urgences pédiatriques (Rhodes, 2013).

Pour certains auteurs, les adolescents qui ont des idées suicidaires et ceux qui font des tentatives de suicide appartiennent à la même population à risque (McAuliffe, 2002). Par ailleurs, il n'y a pas de risque iatrogène¹⁴ à rechercher les idées suicidaires, notamment chez les patients mineurs (Gould, 2005). Il en ressort que dépister des idées suicidaires chez des adolescents consultant aux urgences pédiatriques, quel que soit le motif, pourrait s'avérer utile pour repérer les individus les

a. Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) océan Indien, établissement public de santé mentale, Saint-Paul, La Réunion.

b. Équipe IPSOM U1178 Inserm, Villejuif.

c. Inserm CIC 1410, CHU La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion.

d. Pôle de santé mentale, CHU La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion.

e. Service de pédiatrie, centre hospitalier Gabriel Martin, Saint-Paul, La Réunion.

f. Service de pédiatrie, CHU La Réunion, Saint-Pierre, La Réunion.

g. National Institutes of Health / National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland, États-Unis.

h. Département de psychiatrie et psychologie médicale, CHU Fort-de-France, Martinique.

14. Se dit d'un trouble ou d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments.

plus susceptibles de passer à l'acte suicidaire (Horowitz, 2010). Or ces structures ne disposent pas d'un psychiatre à tout moment. Il paraît donc pertinent d'avoir recours à un outil de repérage de ces symptômes utilisable par des professionnels non spécialistes de santé mentale.

Le SIQ (Suicidal Ideation Questionnaire) [Reynolds, 1987], outil de référence composé de 30 questions pour les patients de 15 à 21 ans, avec une version courte de 15 questions pour les 10-14 ans (SIQ-Jr) [Pinto, 1997], a été proposé, notamment dans sa version validée en français (Potard, 2014). Ces autoquestionnaires explorent la fréquence des idées suicidaires selon une échelle de Likert à 7 niveaux (cotés de 0 à 6). Le seuil est de 41/180 pour le SIQ et de 31/90 pour le SIQ-Jr.

Dans la pratique, leur temps de passation les rend peu utilisables aux urgences en raison du risque de gêner la prise en charge du problème ayant occasionné le recours aux soins. C'est pour cette raison que Lisa Horowitz a développé l'« Ask Suicide-Screening Questions » (ASQ), un hétéroquestionnaire de quatre questions avec des réponses binaires (oui/non) permettant d'explorer l'existence d'idées suicidaires et s'adressant à tout patient de 10 à 21 ans admis en service d'urgences pédiatriques (Horowitz, 2012). Une réponse « oui » à une seule de ces questions signe la présence d'idées suicidaires justifiant une prise en charge par un professionnel de santé mentale. Cet outil a été comparé au SIQ dans sa version américaine. Sa sensibilité¹⁵ est de 96,9 % et sa spécificité¹⁶ de 87,6 %. Une cinquième question dite « de criticité » a récemment été rajoutée par l'auteure afin de mettre l'accent sur le caractère immédiat de la problématique suicidaire (**encadré 1**).

15. La sensibilité (Se) est la probabilité qu'un test réalisé sur une personne malade se révèle positif.

16. La spécificité (Sp) est la probabilité qu'un test réalisé sur une personne saine se révèle négatif.

ENCADRÉ 1 • Questionnaire Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) version française

Questions pour le dépistage du risque suicidaire dans les services d'urgences

- Au cours des semaines passées t'est-il arrivé de souhaiter être mort ?
 Oui Non

- Au cours des semaines passées as-tu eu le sentiment que toi ou ta famille irait mieux si tu étais mort ?
 Oui Non

- Au cours des huit derniers jours, as-tu pensé à te tuer ?
 Oui Non

- As-tu déjà tenté de te tuer ?
 Oui Non

- Si oui, comment ?

- Quand ?

Si le patient répond Oui à au moins une des questions précédentes...

- Penses-tu à te tuer en ce moment ?
 Oui Non

Source • Horowitz L. *et al.*, 2012. Traduction et adaptation : Gokalsing E. & Baux-Cazal L.

Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de valider la version française à cinq questions de l'outil ASQ dans une population d'adolescents de langue française consultant dans des services d'urgences pédiatriques.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité par les parents d'un questionnement de leur enfant sur le suicide ; d'estimer dans un petit échantillon d'adolescents, le pourcentage de ceux qui présentent un risque de suicide ; d'analyser cet échantillon sur le plan sociodémographique ; de décrire le vécu subjectif des adolescents concernant la passation de questionnaires sur le suicide.

Méthode

Nous avons inclus des filles et des garçons de 10 à 17 ans, parlant couramment le français, consultant aux urgences pédiatriques de deux hôpitaux de l'île de

La Réunion, quel que soit le motif de recours. Nous leur avons fait passer les versions françaises de l'ASQ et du SIQ/SIQ-Jr afin de comparer les résultats obtenus concernant le repérage des idées suicidaires. Un questionnaire explorant les variables sociodémographiques leur a aussi été proposé. Par ailleurs, un entretien libre explorant le vécu subjectif des patients et celui de leurs parents relatif à la passation d'un questionnaire sur le suicide a également été proposé à certains d'entre eux.

Résultats

Données sociodémographiques

Entre le 7 juillet et le 21 décembre 2016, 246 patients répondant à nos critères d'inclusion ont été approchés dans les deux services d'urgences pédiatriques. 200 sujets (soit 81,3 %) ont accepté de participer à l'étude (55 % de filles et 45 % de garçons). Un patient a dû être secondairement exclu de l'analyse en raison de données manquantes (schéma 1).

L'âge moyen était de 13,5 ans (126 patients pour la tranche 10-14 ans et 73 pour la tranche 15-17 ans). L'échantillon était composé de 52,8 % de collégiens, de 33,1 % de lycéens, de 12,1 % d'écoliers et de 2 % d'autres situations (rupture scolaire, apprentissage...) [tableau 1].

SCHEMA 1 • Sélection des participants de l'étude

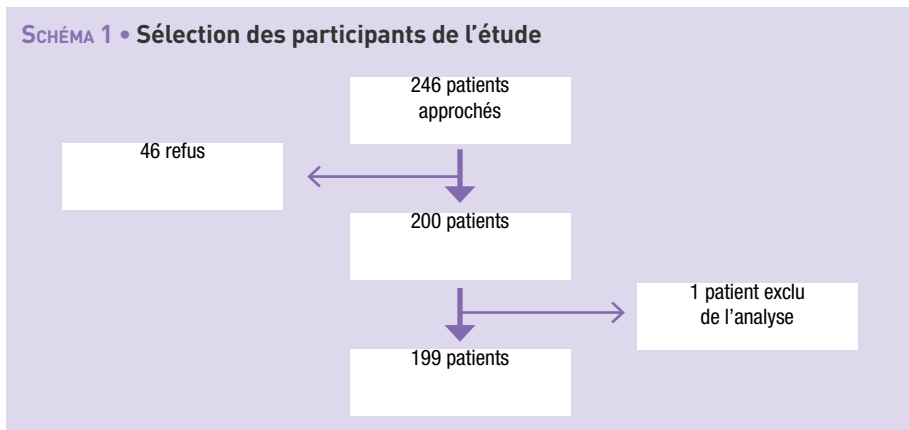


TABLEAU 1 • Description de la population participant à l'étude, selon le sexe, l'âge et le niveau d'étude

		n	%
Âge	Âge moyen ± SD (en années)	199	13,5 ± 2,2
	10-14 ans	126	63,3
	15 ans ou plus	73	36,7
Sexe	Masculin	89	44,7
	Féminin	110	55,3
Niveau d'étude	Niveau élémentaire	24	12,1
	Niveau collège	105	52,8
	Niveau lycée	66	33,2
	Autre	4	2

Repérage des idées suicidaires

Sur la population totale de l'étude, des idées suicidaires ont été dépistées chez 22 patients avec le SIQ ou le SIQ-Jr. L'outil ASQ, quant à lui, a identifié 38 patients à risque d'idées suicidaires (tableau 2).

TABLEAU 2 • Repérage des idées suicidaires par l'outil ASQ et le SIQ/SIQ-Jr

	ASQ	SIQ/SIQ-Jr
Positif	38 (19,1 %)	22 (11,1 %)
Négatif	161 (80,9 %)	177 (88,9 %)

Lecture • Sur les 199 patients participant à l'étude, l'outil ASQ en repère 38 ayant des idées suicidaires. 161 n'en auraient pas. 22 patients sont repérés comme ayant des idées suicidaires par le SIQ/SIQ-Jr et 177 n'en auraient pas.

Performance de l'outil ASQ**• Concernant l'échantillon total**

Sur les 22 patients repérés comme ayant des idées suicidaires par le SIQ/SIQ-Jr, l'outil ASQ en a identifié 19 (vrais positifs). Par ailleurs, il en a repéré 19 de plus comme ayant des idées suicidaires alors que le SIQ/SIQ-Jr ne les a pas repérés (faux positifs) [tableau 3].

Sur les 177 personnes identifiées comme n'ayant pas d'idées suicidaires par le SIQ/SIQ-Jr, l'outil ASQ en a identifié 158 (vrais négatifs), mais il a identifié aussi à tort

3 personnes comme peu préoccupantes alors qu'elles auraient des idées suicidaires selon le SIQ/SIQ-Jr (faux négatifs).

TABLEAU 3 • Performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ/SIQ-Jr (population totale)

		Repérage par ASQ		
		-	+	Total
Repérage par SIQ/SIQ-Jr	-	158 (98,1 %)	19 (50 %)	177
	+	3 (1,9 %)	19 (50 %)	22
	Total	161	38	199

Lecture • Sur les 22 sujets repérés par le SIQ/SIQ-Jr comme ayant des idées suicidaires, l'outil ASQ en repère 19 mais n'en identifie pas 3. Sur les 38 sujets repérés comme ayant des idées suicidaires par l'outil ASQ, seuls 19 le sont aussi par le SIQ/SIQ-Jr.

	Valeur	Intervalle de confiance à 95 %
Kappa	0,57	[0,42-0,73]
Sensibilité	86,4 %	[65,1-97,1]
Spécificité	89,3 %	[83,8-93,4]
Valeur prédictive positive	50,0 %	[33,4-66,6]
Valeur prédictive négative	98,1 %	[94,7-99,6]

Le coefficient Kappa¹⁷ de concordance entre les deux échelles est à 0,57 (IC¹⁸ à 95 % : 0,42-0,73).

La sensibilité de l'ASQ est à 86,4 % (IC à 95 % : 65,1-97,1), la spécificité à 89,3 % (IC à 95 % : 83,8-93,4), la valeur prédictive positive¹⁹ à 50 % (IC à 95 % : 33,4-66,6) et la valeur prédictive négative²⁰ à 98,1 % (IC à 95 % : 94,7-99,6).

• **Selon les classes d'âge**

Nous avons comparé les résultats du repérage des idées suicidaires par l'outil ASQ par rapport au SIQ-Jr pour les 10-14 ans (tableau 4) et par rapport au SIQ pour les 15 ans ou plus (tableau 5).

17. Le coefficient Kappa mesure la concordance entre deux variables qualitatives.

18. Intervalle de confiance.

19. La valeur prédictive positive est la probabilité que la condition soit présente lorsque le test est positif.

20. La valeur prédictive négative est la probabilité que la condition ne soit pas présente lorsque le test est négatif.

La sensibilité de l'outil ASQ par rapport au SIQ-Jr est à 87,5 % (IC à 95 % : 47,4-99,7). Par rapport au SIQ pour les 15 ans ou plus il est aussi de 87,5 % (IC à 95 % : 57,2-98,2).

La spécificité de l'outil ASQ est meilleure par rapport au SIQ-Jr (92,4 % ; IC à 95 % : 86-96,5) que par rapport au SIQ (83,1 % ; IC à 95 % : 71-91,6), mais la valeur prédictive positive est moins bonne par rapport au SIQ-Jr (43,8 % ; IC à 95 % : 19,8-70,1) que par rapport au SIQ (54,6 % ; IC à 95 % : 32,2-75,6).

La valeur prédictive négative de l'outil ASQ est plus élevée par rapport au SIQ-Jr (99,1 % ; IC à 95 % : 95-99,9) que par rapport au SIQ (96,1 % ; IC à 95 % : 86,5-99,5). Enfin, l'aire sous la courbe ROC²¹ est à 0,93, que ce soit avec le SIQ-Jr ou le SIQ (IC à 95 % : 0,87-0,97 et IC à 95 % : 0,85-0,98 respectivement) (graphiques 1 et 2).

TABLEAU 4 • Performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ-Jr, sujets âgés de 10 à 14 ans

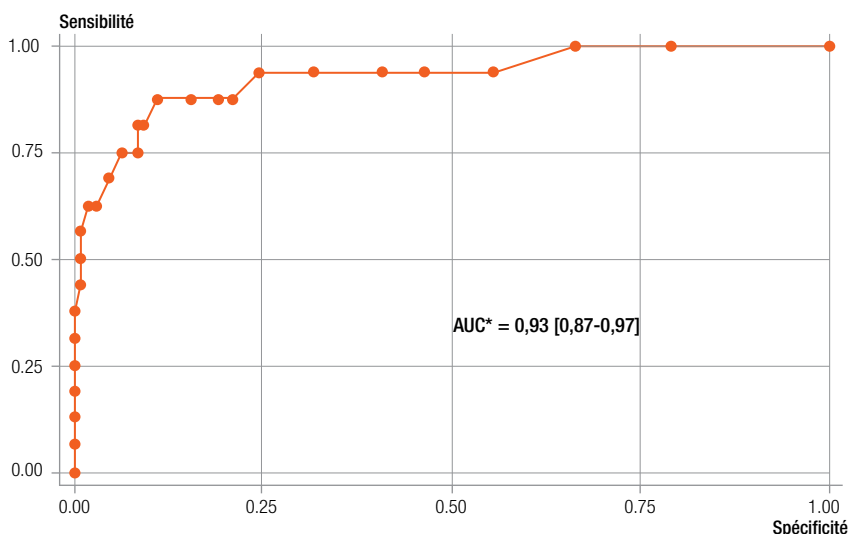
		Repérage par ASQ		
		-	+	Total
Repérage par SIQ-Jr	-	109 (99,1 %)	9 (56,2 %)	118
	+	1 (0,9 %)	7 (43,8 %)	8
	Total	110	16	126

Lecture • Sur les 8 sujets repérés par le SIQ-Jr comme ayant des idées suicidaires, l'outil ASQ en repère 7. Sur les 16 sujets repérés comme ayant des idées suicidaires par l'outil ASQ, 9 ne le sont pas par le SIQ-Jr.

	Valeur	Intervalle de confiance à 95 %
Sensibilité	87,5 %	[47,4-99,7]
Spécificité	92,4 %	[86,0-96,5]
Valeur prédictive positive	43,8 %	[19,8-70,1]
Valeur prédictive négative	99,1 %	[95,0-99,9]

21. La courbe de ROC est une mesure de la performance entre deux groupes distincts sur la base d'une ou de plusieurs des caractéristiques de chacun de ces éléments.

GRAPHIQUE 1 • Courbe ROC concernant la performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ-Jr, sujets âgés de 10 à 14 ans



* L'AUC (Area Under Curve) correspond à l'aire sous la courbe.

Lecture • Une personne présentant un risque d'idées suicidaires selon le questionnaire ASQ a une probabilité de 93 % d'avoir un score au SIQ-Jr supérieur à celui d'une personne n'ayant pas d'idées suicidaires

TABLEAU 5 • Performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ, sujets âgés de 15 ans ou plus

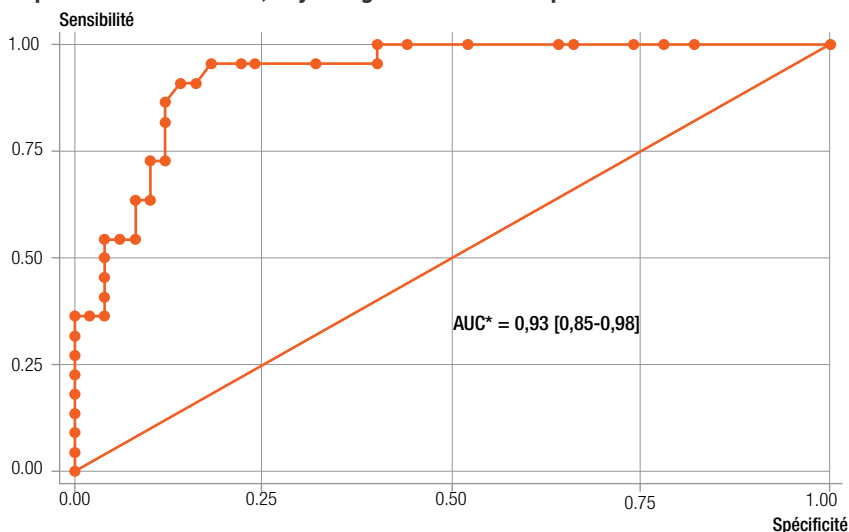
		Repérage par ASQ		
		-	+	Total
Repérage par SIQ	-	49 (96,1 %)	10 (45,4 %)	59
	+	2 (3,9 %)	12 (54,6 %)	14
	Total	51	22	73

Lecture • Sur les 14 sujets repérés par le SIQ comme ayant des idées suicidaires l'outil ASQ en repère 12 mais n'en identifie pas 2. Sur les 22 sujets repérés comme ayant des idées suicidaires par l'outil ASQ, 10 ne le sont pas par le SIQ.

	Valeur	Intervalle de confiance à 95 %
Sensibilité	85,7 %	[57,2-98,2]
Spécificité	83,1 %	[71,0-91,6]
Valeur prédictive positive	54,6 %	[32,2-75,6]
Valeur prédictive égate	96,1 %	[86,5-99,5]



GRAPHIQUE 2 • Courbe ROC concernant la performance de l'outil ASQ comparativement au SIQ, sujets âgés de 15 ans ou plus



* L'AUC (Area Under Curve) correspond à l'aire sous la courbe.

Lecture • Une personne présentant un risque d'idées suicidaires selon le questionnaire ASQ a une probabilité de 93 % d'avoir un score au SIQ supérieur à celui d'une personne n'ayant pas d'idées suicidaires.

Acceptabilité du test par les parents et vécu subjectif des sujets étudiés

Nous avons procédé à une évaluation de l'acceptabilité par les parents de la procédure de repérage des idées suicidaires chez leurs enfants consultant aux urgences pédiatriques et du vécu subjectif de ces enfants. Cette partie qualitative de l'étude a porté sur vingt dyades parent/enfant à qui nous avons proposé un entretien libre. L'analyse de ces données est en cours.

Discussion

Outre le nombre de questions posées, la concordance moyenne observée entre les deux outils pourrait aussi être en rapport avec le fait qu'ils ne sont pas construits de la même manière. Le SIQ/SIQ-Jr implique une évaluation selon une échelle de Likert²² s'intéressant à la fréquence de certains symptômes sur une période de temps allant de « jamais » à « presque chaque jour » et aboutissant à un score comparé à une valeur seuil, alors que l'outil ASQ est de type binaire (oui/non). Par ailleurs, ils n'explorent pas la même période de temps, le SIQ/SIQ-Jr pouvant prendre en compte des symptômes anciens de plus d'un mois, l'outil ASQ se centrant sur « les semaines passées » et, pour sa question 3, sur « les huit derniers jours ».

22. Il s'agit d'une échelle de jugement.

Si l'on se place dans une situation de dépistage, l'intérêt est de pouvoir repérer les personnes dont la situation justifierait une prise en charge, mais surtout il est important que les personnes non retenues par le test soient effectivement bien celles qui n'ont pas besoin de soins. Il est donc indispensable que l'outil de dépistage ait une valeur prédictive négative élevée. Dans la situation qui nous intéresse, il s'agit de repérer les personnes qui justifieraient un examen complémentaire (en l'occurrence une évaluation adéquate par un professionnel de santé mentale). C'est cet examen complémentaire qui permettra de poser le diagnostic de certitude. Dans une situation de repérage (*screening*) la version française de l'outil ASQ semble donc remplir le rôle attendu : repérer les personnes ayant besoin de cet examen complémentaire en ayant un faible risque de ne pas repérer celles qui en auraient besoin.

L'échantillon comporte davantage de sujets âgés de 10 à 14 ans que de sujets âgés de 15 ans ou plus. Or ils ne sont pas explorés par le même outil de référence et plusieurs études soulignent le fait que les idées suicidaires augmentent avec l'âge. Par ailleurs, le sex ratio est en faveur des filles. Or les études montrent des différences selon le sexe concernant la problématique suicidaire. Il est donc probable qu'avec un échantillon plus équilibré sur le plan sociodémographique les résultats auraient été différents.

Les résultats de l'étude qualitative concernant l'acceptabilité du test permettront de savoir si l'utilisation de la version française de l'outil ASQ peut être proposée en routine. Il convient également d'étudier si l'utilisation de cet outil peut s'avérer utile dans d'autres contextes où un repérage pourrait être intéressant en étant effectué soit de manière systématique, soit de manière ciblée dans des groupes à risque. Cela est notamment le cas, par exemple, chez les infirmiers scolaires, en médecine générale, chez un groupe d'adolescents endeuillés par le suicide d'un pair, etc.

Conclusion

La version française de l'outil ASQ avec une bonne sensibilité et surtout une valeur prédictive négative élevée semble donc prometteuse pour repérer des adolescents à risque suicidaire dans une population consultant aux urgences pédiatriques, sous réserve qu'une telle procédure soit acceptable pour le sujet et ses proches, ce qui sera précisé par l'analyse des données qualitatives restant à exploiter.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Au terme de cette présentation le débat a porté, entre autres, sur l'échantillonnage. Christian Baudelot s'interroge sur la constitution de l'échantillon. Erick Gokalsing précise que tous les patients qui se sont présentés aux urgences ont été sollicités, sachant que sur l'un des deux centres étudiés, la traumatologie était plutôt traitée par les services adultes. Seuls 25 % de l'échantillon ont été recrutés dans cet

établissement. Toutefois, Erick Gokalsing n'est pas en mesure d'expliquer l'écart entre garçons et filles dans la population étudiée. Pour Christian Baudelot, l'échantillon est donc représentatif de la population qui a consulté les urgences pendant l'étude. Il n'y a donc pas *a priori* de biais dans la méthode.

Un intervenant s'interroge pour sa part sur la mise en place d'un suivi pour les enfants ayant répondu positivement au test et si c'est le cas, quel est le protocole. Erick Gokalsing confirme que le patient qui répond positivement à la cinquième question ne doit pas quitter le service sans consulter un psychiatre. Pour ceux qui ont répondu négativement à cette question, mais positivement à au moins une des quatre premières questions, afin d'éviter tout risque, ils ont également reçu un avis spécialisé avant de quitter l'établissement.

Une autre question a porté sur la confrontation de ces données aux autres informations cliniques. Erick Gokalsing explique que ce point ne faisait pas partie des objectifs de l'étude, qui visait à adapter l'échelle américaine à un contexte d'urgence pédiatrique, dans la mesure où l'outil de référence est trop long pour être utilisé en urgence. Pour autant, Erick Gokalsing avance qu'il serait effectivement pertinent de vérifier la concordance entre ces résultats et les données cliniques de ces patients.

Une intervenante souhaite savoir si des questions sont posées sur l'environnement familial. Erick Gokalsing confirme que le contexte familial est un sujet pertinent, cependant à ce jour il n'a pas été analysé. Des informations sur cette problématique ont été collectées, et sont en cours d'étude pour préciser le contexte de vie de l'enfant. Toutefois, les résultats ne seront peut-être pas exploitables statistiquement, dans la mesure où les sous-groupes seront de taille réduite.

Le débat a porté ensuite sur le risque possible qu'il y a à interroger des enfants sur d'éventuelles idées suicidaires, celles-ci pouvant les conduire à envisager le suicide. Erick Gokalsing indique que cette question a été soulevée. Cependant, des travaux menés précédemment montrent que poser des questions sur le suicide n'entraîne pas de risque supplémentaire. Au contraire, aborder régulièrement ce sujet diminue le nombre de passages à l'acte. L'enfant peut verbaliser son mal-être, ce qui est positif.

Un intervenant demande des précisions sur l'échelle de temps sur laquelle est mesuré le risque. Erick Gokalsing explique que l'étude porte surtout sur les idées suicidaires. Si des idées suicidaires sont détectées, le patient est renvoyé vers un spécialiste pour déterminer l'existence d'un risque imminent. En cela, il ne s'agit pas de mesurer la probabilité de suicide. Cet outil permet du *screening*, c'est-à-dire la détection des personnes pour lesquels des examens plus poussés s'avèrent pertinents. Ce sont ces examens qui aboutissent à un diagnostic.

Références bibliographiques

- **Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M. et al.** (2005, avril). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs : a randomized controlled trial. *JAMA*, 293 (13), 1635-1643.
- **Horowitz, L., Ballard, E., Teach, S. J., Bosk, A., Rosenstein, D. L., Joshi, P., Dalton, M. E., Pao, M.** (2010, novembre). Feasibility of screening patients with nonpsychiatric complaints for suicide risk in a pediatric emergency department : a good time to talk? *Pediatric Emergency Care*, 26 (11), 787-792. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181fa8568
- **Horowitz, L., Bridge, J., Teach, S. et al.** (2012, décembre). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) : a brief instrument for the pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine*, 166 (12), 1170-1176. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1276
- **Luoma, J. B., Martin, C. E., Pearson, J. L.** (2002, juin). Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159 (6), 909-916.
- **McAuliffe, C.M.** (2002). Suicidal ideation as an articulation of intent : a focus for suicide prevention. *Archives of Suicide Research*, 6 (4) 325-338. doi: 10.1080/13811110214524
- **ORS La Réunion** (2013, décembre). Tableau de bord sur les suicides et tentatives de suicide à La Réunion.
- **Pinto, A., Wishman, M. A., McCoy, K. J. M.** (1997, mars). Suicidal ideation in adolescents : Psychometric properties of the Suicidal Ideation Questionnaire in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 9 (1), 63-66.
- **Potard, C., Kubiszewski, V., Gimenes, G., Courtois, R.** (2014, février). Validation of the french version of the Suicidal Ideation Questionnaire among adolescents. *Psychiatry Research*, 215 (2), 471-476.
- **Reynolds, W.** (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire*. Odessa, États-Unis : Psychological Assessment Resources.
- **Rhodes, A. E., Khan, S., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Bethell, J., Leslie, B., Lu, H., Manion, I.** (2013, mai). Sex differences in suicides among children and youth : the potential impact of help-seeking behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58 (5), 274-282

3.4. Médiation des technologies de l'information et de la communication dans l'expression du suicide : le cas des associations d'écoute de prévention contre le suicide

Romain HUËT^a

Ce projet de recherche est le résultat d'un partenariat entre :

- une équipe interdisciplinaire en sciences humaines et sociales basée en France et au Canada : cette équipe est labellisée par la Maison des sciences humaines et de l'homme de Bretagne (2015-2017) pour ses travaux sur l'écoute et la souffrance sociale ;
- l'association de prévention contre le suicide SOS Amitié. Depuis 2005, SOS Amitié a mis en place un webchat destiné à accueillir les individus en situation de détresse. Après une première recherche effectuée entre 2011 et 2013 sur la messagerie électronique (contrat Inpes), l'association a cédé à l'équipe de recherche l'ensemble de ses correspondances avec les utilisateurs de leur webchat entre 2005 et 2015 afin de permettre une analyse fine tant des maux énoncés que des problèmes et des opportunités posés par l'écoute à distance, particulièrement l'écoute par webchat.

Les associations d'aide à distance se développent fortement en France depuis quelques années, afin de prévenir la souffrance sociale et le suicide. Ces structures accueillent des personnes qui rencontrent des difficultés existentielles, dont certaines ont des idées suicidaires. Elles leur proposent un contact social, à distance et avec des bénévoles qui ne sont pas des professionnels qualifiés. Ces associations sont contactées par des milliers de personnes tous les ans.

L'étude vise à montrer que leur développement s'est accompagné d'un effort théorique pour appréhender la souffrance et mettre en mots les malaises. La parole possède un pouvoir performatif, dans la mesure où elle favorise le retour à soi et aide l'individu à dépasser sa situation. L'objectif général de l'étude est de comprendre comment les personnes qualifient leur propre souffrance et à quelle conception de la souffrance renvoient ces pratiques de soins. Elles possèdent en effet cinq caractéristiques :

- le soin est confié à des personnes ordinaires, formées et préparées ;
- cette préparation psychologique repose sur une idée rogérienne²³ de l'écoute, non normative et non directive ;

a. Maître de conférences en sciences de la communication, université Rennes 2.

23. La méthode rogérienne est une méthode de psychothérapie et de relation d'aide qui repose sur une approche centrée sur la personne.

- l'écoute vise à concentrer en un même endroit les plaintes hétérogènes sur la vie ;
- une perception commune de la souffrance se développe, comme altération subjective de l'homme par rapport à lui-même ;
- cette perception repose sur l'évidence institutionnelle de la performativité de la parole comme retour à soi.

Le travail repose sur du matériau empirique confié par une association de prévention contre le suicide, à savoir dix ans de conversations par messagerie instantanée, soit près de 80 000 pages de texte. Des entretiens ont également été menés avec les bénévoles, et un travail d'archive a été réalisé pour suivre l'évolution de la conception de la souffrance. Enfin, les statistiques de l'association ont été exploitées pour dresser un profil des appelants.

L'équipe de recherche est pluridisciplinaire, avec une dominante en philosophie et en sociologie, mais elle comprend également des linguistes. La première approche repose sur la textométrie²⁴ et la lexicométrie²⁵, afin de procéder à une lecture statistique du texte pour identifier une éventuelle trame typique des échanges. Il s'agit ainsi de repérer les spécificités lexicales en fonction du sexe, de l'âge, du moment ou des thématiques. Les scénarios de conversation peuvent également être caractérisés, ce qui est utile dans la mesure où, au vu des sujets abordés, l'entrée et la sortie de l'échange ne sont pas des exercices faciles. Des configurations énonciatives peuvent en outre être détectées. Enfin, l'impact des questions des écoutants est étudié, pour déterminer celles qui favorisent ou non la parole.

La deuxième équipe étudie le contenu des conversations de façon qualitative, à savoir comment les appelants décrivent leur situation, et quelles causes ils lui attribuent. Il apparaît que l'échange par chat implique une écriture permanente pour maintenir la coprésence. Le silence est moins toléré. Cela a un effet concret sur les conversations, par exemple la fragmentation des textes et de l'expression, ce qui pourrait altérer les processus d'élucidation. En effet, cette forme d'échange cherche à maintenir le lien plutôt qu'à créer les conditions d'une délibération, qui passe par des moments de silence. Par ailleurs, les tours de parole et les figures utilisées sont étudiés pour déterminer s'il existe un scénario typique de conversation. Enfin, une analyse plus spécifique est menée sur la question du travail.

Le troisième axe d'étude porte sur les limites de ces dispositifs d'écoute. Leur fonction est l'apaisement, pour aider les personnes à retrouver leur faculté de jugement. Cependant, certaines caractéristiques pourraient aller à l'encontre de cet objectif. En effet la méthode rogérienne, qui vise à ne jamais donner de conseils, conduit le bénévole à adopter un langage impersonnel, et à ne jamais prendre position. Elle

24. La textométrie, appelée aussi analyse de données textuelles (ADT), est une approche méthodologique mobilisée par les sciences humaines qui vise à analyser des textes à partir d'un ensemble de manipulations informatiques.

25. La lexicométrie vise à analyser et étudier statistiquement l'usage des mots dans un texte donné.

pourrait aboutir à un sentiment d'inhumanité. Il convient en outre de s'interroger sur la tendance à la psychologisation et à l'accommodement à sa situation. L'idée est de savoir comment examiner ce qui, dans la situation vécue, n'a rien de personnel mais trouve plutôt son origine dans un ordre social problématique. Un tel dispositif peut conduire à se focaliser sur la réponse affective, au lieu d'une activité d'interprétation. Il convient d'aider la personne à accéder à la dimension cognitive de la souffrance. L'objectif en l'occurrence est de sociologiser le mal-être, c'est-à-dire d'aider la personne à interpréter sa situation en termes sociaux.

Enfin, la dernière dimension étudiée consiste à savoir comment l'appelant interroge notre manière d'être ensemble, c'est-à-dire quelles sont les attentes ordinaires de l'individu en situation de souffrance. La souffrance n'est pas vécue comme une simple tonalité affective, mais plutôt comme un événement connu. L'individu semble prendre conscience que sa vie, telle qu'elle est, n'est pas acceptable, ce qui sous-entend un sens du possible. Lorsque la souffrance est telle, des idées suicidaires, de la haine ou encore du cynisme peuvent naître chez l'individu, entraînant un changement dans la perception de la réalité.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Christian Baudelot relève que cette étude en est encore au stade de définition des hypothèses, mais que leur formulation montre que ce travail a beaucoup avancé. En outre, elle démontre la diversité et la fécondité des approches scientifiques sur ce sujet.

Une intervenante demande si de telles études peuvent dégager une typologie des appelants, qui permettrait d'améliorer les parcours de soins, notamment en évitant les ruptures. Romain Huët confirme que le profilage des appelants et la caractérisation des effets de la conversation constituent l'un des objectifs de ce travail. À terme, cela pourrait permettre de préciser la lisibilité des dispositifs de soins.

Une autre question porte sur la méthode. Plus spécifiquement, un intervenant souhaite savoir si les méthodes utilisées pourront démontrer des écarts de pratique importants et des facteurs d'efficacité de la part des écoutants. La qualité de la clôture de l'échange est en effet variable selon les personnes. Romain Huët confirme que l'équipe cherche à mener ce travail, par exemple en isolant les conclusions de discussions. Pour autant, l'appréciation de la conversation par l'appelant reste subjective. Par ailleurs, l'analyse de la conversation permet de déterminer si l'exposé initial de la situation a fait l'objet d'interrogations spécifiques. Il en ressort que la réflexion tend à se focaliser sur la trajectoire propre de la personne. Il convient sans doute de réfléchir à la façon de décentrer l'individu par rapport au statut d'exception de sa propre souffrance, et sur les attentes qui apparaissent en creux dans ces

échanges. Les attentes normatives ordinaires déçues sont souvent implicites, ce qui les rend difficiles à cerner. L'un des enjeux est de les reconstituer et de déterminer comment les conversations pourraient aider à les formaliser.

Un intervenant demande si cette étude considère que l'écoute impersonnelle conduit l'appelant à accepter sa situation sans réagir. Romain Huët précise que l'écoute rogérienne soulève des problèmes concrets quand elle est pratiquée par messagerie instantanée. En outre, elle n'est pas neutre, mais engage des normativités particulières, notamment psychologiques. Elle présente des régularités quand il s'agit de pointer ou d'occulter des traits de la souffrance. L'idée est donc d'en souligner les limites. Le président de SOS Amitié confirme que cette question est désormais étudiée par les associations d'écoute.

Une intervenante souhaite des précisions sur la finalité de cette étude en matière de soins. Elle se félicite par ailleurs que ce travail mette en avant les limites de l'écoute rogérienne. Et elle demande si cette étude permet un suivi des personnes qui appellent régulièrement. Elle ajoute que ce travail serait sans doute à étendre aux forums de discussion. Romain Huët explique qu'une meilleure compréhension de la parole des appelants et de leurs attentes sera certainement utile en matière de prévention. Cette étude est l'occasion d'un travail sur la méthodologie d'écoute et de formation.

Pour finir, le débat a souligné l'importance de recherches sur la meilleure méthode pour réaliser une bonne performance d'écoute et de construction de solutions.

3.5. Défaut d'inhibition cognitive et tentative de suicide chez le sujet âgé : caractérisation par *eye tracking* et impact des interactions psychosociales

Pierre Vandel^{ab}, Yoan Barsznica^{ab}, Julie Monnin^{ab}, Éric Laurent^c, Nicolas Noiret^c, Cynthia Morgny^d, Bérénice Lambert^d, Kristina Mouyabi^e, Claire Dumas-Bonnetain^e

Ce projet se situe dans une perspective de caractérisation des liens entre l'inhibition cognitive²⁶ et le passage à l'acte suicidaire, et du rôle des interactions sociales dans les processus cognitifs et sociaux menant à la tentative de suicide, dans une population de sujets âgés dépressifs. Il vise à éclairer l'articulation entre des capacités d'inhibition diminuées du fait d'un vieillissement naturel et d'une dépression d'une part, et des interactions sociales susceptibles de compenser ces défaillances, d'autre part.

La littérature mentionne parmi les facteurs de risque aggravés de tentative de suicide pour les personnes âgées, celui d'une dépression. Une étude (Richard-Devantoy *et al.*, 2012) pointe des antécédents de tentative de suicide associés à l'altération de l'inhibition cognitive, évaluée par des tests neuropsychologiques, dans une population de personnes âgées déprimées de 65 ans ou plus. L'inhibition cognitive est la capacité du cerveau à ignorer ou se détourner d'un stimulus qui ne serait pas pertinent pour une tâche en cours. C'est une forme de contrôle neurocognitif et comportemental qui permet de résister aux habitudes, aux tentations, aux distractions et de s'adapter aux situations complexes. Le défaut d'inhibition cognitive favoriserait l'émergence d'idées suicidaires et serait lié à la prise de décision déclenchant un passage à l'acte suicidaire.

Ce défaut d'inhibition peut être mesuré par une simple tâche de mouvements oculaires (anti-saccades), déjà utilisée dans l'unité de recherche pour caractériser cette altération (Carvalho *et al.*, 2014). Notre première étude a montré que les sujets dépressifs âgés présentaient des performances dégradées par rapport au groupe témoin, avec une augmentation du temps de réaction dans les deux tâches (voir

a. Service de psychiatrie de l'adulte, CHRU de Besançon.

b. Université de Franche-Comté, laboratoire de neurosciences cliniques et intégratives, EA 481.

c. Université de Franche-Comté, laboratoire de psychologie, EA 3188.

d. Observatoire régional de la santé Bourgogne Franche-Comté, Dijon.

e. Délégation à la recherche clinique et à l'innovation, CHRU de Besançon.

26. Il s'agit d'une altération de la capacité de résister aux distractions ou à inhiber une réponse attendue ou un commentaire qui traverse l'esprit.

infra pour la description des tâches) et du taux d'erreur à la tâche d'anti-saccades comparativement aux sujets contrôles.

Les capacités d'inhibition ont aussi un rôle particulier dans la gestion des informations par le sujet, et dans la production de comportements adaptés. Elles interviennent sur des aspects cognitifs permettant au sujet de traiter, d'ordonner et de hiérarchiser des informations pour qu'il réponde ensuite par des gestes, des solutions, des projets, etc. Dans ces processus, les interactions sociales en tant qu'échanges, verbaux et non verbaux, entre au moins deux personnes, qui agissent en interrelation, pourraient également avoir un rôle important et agir dans le sens d'une compensation de la diminution ou de la perte des capacités d'inhibition. En effet, la vitalité et la qualité des interactions pourraient, en ancrant le sujet dans une relation d'échange, à la fois l'inscrire dans un contrat moral d'échanges et soutenir/résoudre des difficultés en les introduisant dans les discussions.

Pour autant, les capacités d'un sujet à interagir au sein d'interactions sociales varient selon ses capacités d'inhibition et la densité/variété/qualité de son entourage social, mais aussi selon l'« inscription sociale » précédant l'état dépressif. Schématiquement, un sujet âgé, veuf, résidant sur un territoire isolé, ayant un réseau social faible et peu entouré serait plus touché par la perte de ces capacités d'inhibition qu'un sujet âgé en couple, résidant dans une zone dense, ayant conservé un cercle social et familial. Outre leur rôle sur le traitement des informations, les capacités d'inhibition sont mobilisées dans les processus de décision qui conduisent un individu à tenter de se suicider. Ainsi, les capacités d'inhibition interviennent sur les processus individuels et sociaux, dans la capacité du sujet à répondre aux processus de communication de façon adaptée. Les interactions sociales, comme vecteur d'isolement ou d'insertion sociale, peuvent être perçues comme une conséquence de la diminution des capacités d'inhibition.

L'objectif principal de notre projet consiste à déterminer les relations entre le défaut d'inhibition cognitive, caractérisé par le taux d'erreur à la tâche d'anti-saccades, et le comportement suicidaire chez les sujets âgés souffrant de dépression. D'autres critères secondaires sont étudiés comme la qualité des interactions sociales afin de déterminer leurs liens avec le défaut d'inhibition et de caractériser leurs impacts dans les processus de compensation des pertes des capacités d'inhibition. Les scores de tests neuropsychologiques permettront de repérer une éventuelle perturbation du fonctionnement exécutif, en évaluant notamment les composantes « flexibilité » et « inhibition » dont l'altération pourrait être associée à la vulnérabilité suicidaire des personnes âgées déprimées.

Deux groupes de patients âgés de 65 ans ou plus sont constitués. Le groupe témoin est composé de sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur caractérisé, ne

présentant pas d'antécédent de tentative de suicide. Le groupe cas est composé de sujets aux caractéristiques sociomédicales comparables ayant un ou plusieurs antécédents de tentative de suicide (récent ou plus ancien). Les deux groupes sont appariés sur l'âge et le sexe.

Nous présentons aux patients trois tâches sur l'*eye tracker*. Dans la première tâche expérimentale, un paradigme de pro-saccades est utilisé pour mesurer l'attention à l'aide de points. Un paradigme d'anti-saccades est également utilisé pour mesurer l'inhibition. La deuxième tâche présente des mots à connotation émotionnelle en remplacement des points afin d'étudier l'impact de ces mots sur les capacités d'attention et d'inhibition des patients. Pour terminer, nous avons également établi une troisième tâche de visionnage d'images à connotation émotionnelle présentant des portraits d'individus affichant différentes émotions. Cette tâche permet de mesurer les fixations des patients afin d'étudier le traitement de l'information de ces derniers et de mettre en évidence de potentielles « stratégies » de traitement spécifiques aux patients souffrant de dépression avec risque suicidaire.

Actuellement, la programmation des tâches expérimentales est terminée. La phase d'inclusion des participants a commencé. Les premiers sujets répondant aux différents critères ont été inclus et d'autres inclusions sont prévues dans les semaines à venir.

Références bibliographiques

- **Benoit, M.** (2010). Particularités du suicide chez la personne âgée. Dans Courtet P. (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (p. 181-185). Paris, France : Flammarion.
- **Carvalho, N., Noiret, N., Vandell, P., Monnin, J., Chopard, G., Laurent, E.** (2014, août). Saccadic eye movements in depressed elderly patients. *PLoS One*, 9 (8). doi: 10.1371/journal.pone.0105355
- **Deguigne, F., Jollant, F., Lhuillier, J. P., Garre, J. B., Richard-Devantoy, S.** (2012, septembre). Déficit de l'inhibition cognitive identique dans la dépression précoce et tardive chez la femme âgée. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 10 (3), 255-265.
- **Mucchielli, R.** (2000). *La dynamique des groupes* (15^e édition). ESF éditeur.

Réflexions soulevées lors des échanges avec la salle

Au terme de cette intervention, Christian Baudelot demande quelles sont les suites envisagées de cette étude. Pierre Vandel répond que l'objectif est de préciser les facteurs de risque et de protection chez les sujets âgés. Il n'est sans doute pas envisageable de corriger les défauts d'inhibition, mais il est possible de s'appuyer sur des facteurs correcteurs liés aux interactions sociales. Une des difficultés pratiques de ce travail est l'acceptation de l'entretien sociologique, qui est réalisé à distance. Un intervenant en conclut donc qu'une personne souffrant de défaut d'inhibition peut être distraite par le processus suicidaire. Pierre Vandel explique que ce point a déjà été démontré. Le défaut d'inhibition favorise les idées suicidaires.

Une question porte sur le moment de la tentative de suicide. Certains patients sont sauvés parce qu'ils sont distraits par un événement extérieur lors du passage à l'acte. Pierre Vandel est d'avis que l'inhibition cognitive n'est sans doute pas homogène. Il est intéressant d'étudier son éventuelle disparité et la possibilité pour les interactions sociales de compenser ce défaut. Toutefois, un intervenant rappelle que chez les personnes âgées, le goût de la nouveauté peut permettre de faire face aux idées suicidaires. Ces différents sujets pourraient être associés.

Une intervenante demande comment sont mesurées les interactions sociales, et si l'étude porte à la fois sur des personnes âgées vivant à domicile et en établissement. Par ailleurs, en ce qui concerne le choix des mots, il est délicat de trouver des termes neutres. Pierre Vandel est d'accord. Les mots ont différentes connotations selon les personnes. En ce qui concerne l'échantillon, l'équipe de l'ORS crée des groupes en fonction de la qualité des interactions. Un intervenant ajoute que des bases de mots et d'images ont été développées à l'occasion des nombreuses études qui utilisent ces techniques. Il souhaite par ailleurs des précisions sur les liens entre inhibition cognitive, dépression et vieillissement. Pierre Vandel explique que l'inhibition est liée à la fois à la dépression et au vieillissement.

