

RETENTISSEMENT DE LA TENTATIVE DE SUICIDE SUR L'ENTOURAGE PROCHE DU SUICIDANT : ENQUETE A MOYEN ET LONG TERME.

Investigateur Principal et Coordonnateurs

Guillaume Vaiva (CHU Lille & INSERM U 513)
Paul Dourgnon, Julien Mousquès, Philippe Le Fur (IRDES, Paris)

Co-Investigateurs principaux par Centres (N=15)

Professeur Michel Goudemand et Docteur Virginie Boss (CHU de Lille), Professeur Jean Bernard Garré (CHU Angers), Professeur Michel Walter (CHU Brest), Professeur Jean-Louis Terra (CHU de Lyon), Professeur Yves Sarfati (CHU Versailles), Docteur Xavier Pommereau (Centre Abadie de Bordeaux), Professeur Isabelle Jalenques et Docteur Georges Brousse (CHU Clermont Ferrand), Professeur Jean Pierre Clément et Docteur Eric Charles (CHU de Limoges), Docteur Bernard Vilamot (CH d'Albi), Docteur Louis Jehel (CHU Paris-Tenon), Docteur Catherine Pichené (CHU Nancy), Docteur Catherine Thevenon-Gignac (EPSM Lille Métropole secteur Tourcoing), Docteur Michel Benoît (CHU de Nice), Docteur Thierry Della (CH de Pau), Docteur Philippe Lesieur (Centre de Bouffemont).

Développement, suivi et monitoring de l'étude

Professeur Christian Libersa (Centre d'Investigation Clinique, INSERM & CHU de Lille).

Conseil méthodologique

Professeure Monique Seguin (Mac Gill University, Montréal, Québec, Canada)

Professeur Frédéric Rouillon (Faculté de Créteil / INSERM U513 / DGS, France)

**Etude épidémiologique clinique, prospective, multicentrique,
Avec bénéfice individuel direct.**

I- Situation du problème

Avec 11.000 décès et 150.000 tentatives par an en France, le suicide est un problème de santé publique majeur. Si l'on s'intéresse aux retombées de ces conduites sur l'environnement relationnel, ce sont des centaines de milliers de personnes qui vont être confrontées à des situations de stress susceptibles d'entraîner des retentissements sur la santé physique ou mentale.

Pour un décès par suicide, on estime que l'on peut compter 6 endeuillés « directs » et 20 personnes au total en rapport plus indirect avec ce deuil (Terra 2001, programme national de prévention du suicide). L'impact de la tentative de suicide est sans doute un peu différent en ce sens que l'irréversible ne s'est pas produit, mais en revanche, la crainte permanente que se produise une récurrence (qui alors peut-être mortelle) conduira l'entourage proche à vivre des situations de stress importantes. Si l'on applique à l'entourage des sujets ayant fait une tentative de suicide la même arithmétique que celle décrite pour les endeuillés, on aboutit à ce qu'entre 600.000 et 3.500.000 de personnes soient concernées chaque année.

Peut-on mesurer l'impact de la tentative de suicide sur les proches, en terme de stress, de traumatisme psychique et de conséquences sur la Santé ? Quel est l'ordre de grandeur de l'impact médico-économique pour ces proches ?

Les travaux de la littérature abordent : 1) la question spécifique du deuil après le décès d'un proche, 2) les réactions post-immédiates de l'entourage après une tentative de suicide, et 3) le retentissement de différents types d'évènements traumatogènes en terme de stress traumatique. Un seul travail, à notre connaissance, a effectué un suivi sur le long terme d'un groupe de 84 proches après la tentative de suicide d'un des leurs (Magne-Ingvar 1999).

D'un point de vue plus global, la littérature est très pauvre en ce qui concerne le coût socio-économique du retentissement des conduites suicidaires. En prendre la (une) mesure pourra certainement soutenir les efforts de tous, dans la priorisation de cet aspect de Santé Publique

II- Revue de Littérature

II- 1. Travaux sur le deuil après suicide.

Les résultats d'études notamment canadiennes montrent que les endeuillés suite à un suicide cumulent plusieurs des mêmes éléments de vulnérabilité retrouvés chez la personne suicidée (Séguin 1995). Le lien entre la psychopathologie familiale, l'adversité lors du développement et la psychopathologie personnelle font l'objet de recherches récentes (Bifulco 1998).

L'expérience du deuil par suicide amène des sentiments et des réactions de choc, de culpabilité, de honte et d'embarras à l'égard du décès. Les endeuillés se sentent souvent rejetés et abandonnés par la personne qui s'est suicidée et ils interprètent le suicide comme une preuve du peu de valeur qu'ils devaient avoir aux yeux de la personne suicidée.

Les rares études cas-témoin (Farberow 1992, Cleiren 1993, Séguin 1995a) rapportent dans certaines familles, des difficultés d'ajustement social suite au décès par suicide, des difficultés de cohésion familiale, moins de soutien affectif de la part de l'entourage et, par conséquence, des réactions émotionnelles douloureuses comme la honte, la culpabilité, l'auto-accusation et le sentiment de rejet et d'abandon. Séguin et al. (1995b) observent que les difficultés du deuil ne sont pas qu'une conséquence du suicide, puisqu'il existait une fragilité chez la majorité des personnes endeuillées avant même le décès (notamment une vulnérabilité dépressive). Les expériences de séparation durant l'enfance, souvent reliées à des difficultés familiales et à la mauvaise qualité des rapports parents-enfants, sont source de difficultés dans le développement des relations d'attachement, dans le développement de l'estime de soi et dans la capacité de développer des relations intimes à l'âge adulte (Tousignant 1988). Tous ces facteurs augmentent le risque de dépression, et la perte par suicide se rajoute ici à d'autres éléments de souffrance chez des personnes déjà vulnérables.

Le deuil est révélateur de la reconstruction des relations d'attachement, puisque à ce moment les ressources adaptatives d'un individu sont déployées au maximum. C'est dans cette perspective que les difficultés d'attachement augmentent la vulnérabilité aux épisodes dépressifs et influencent la probabilité d'un deuil difficile suite à une perte par suicide.

Enfin, quelques travaux insistent sur les conséquences en terme de stress traumatique chez les proches ayant été directement exposés à la scène du suicide (James et Hawton 1985, Brent 1996).

En résumé, la littérature indique qu'il existe des difficultés considérables et un risque de développement de psychopathologie suite à un décès par suicide. Intervenir mieux et de manière plus précoce auprès des familles dans lesquelles une personne a fait une tentative de suicide peut prévenir des décès par suicide et la souffrance des familles concernées.

II- 2. Travaux concernant les proches d'un sujet survivant à une TS.

Des travaux déjà anciens montrent bien l'intensité des réactions de stress à court, moyen et long terme, chez les proches, après la tentative de suicide de l'un des leurs (Kiev 1975, James et Hawton 1985). Wolk-Wasserman (1986), a interrogé 40 patients admis dans une unité de soins intensifs après une TS et observe que 37 patients sur 40 ont communiqué leur intention suicidaire ; 31 proches ont répondu avoir reconnu la communication suicidaire. Wasserman (1989) dans une étude auprès de 40 patients suicidaires observe que dans 8 cas les proches reconnaissent avoir évité d'être présents au moment où ils savaient que la TS devait se produire. Ces situations se sont produites surtout dans les familles où le suicidant avait une longue histoire de tentatives de suicide, d'abus d'alcool et drogues ; dans ces cas, les proches étaient aussi des gens âgés. Varadajar (1986) a interrogé 98 patients suite à une TS et leurs proches quant aux raisons de la TS. Les proches interprétaient cette TS comme une réaction de vengeance et de désespoir alors que les personnes ayant fait la TS identifiaient la raison principale comme étant une recherche d'aide. Rotheram-Borus (1996) rapportent un travail sur les réactions des familles lorsqu'ils accompagnent un proche à l'urgence suivant une TS. Il semble que la famille n'appuie pas toujours l'adhésion au traitement, il ne savent pas comment agir en salle d'urgence, ils ont peur d'être jugés ou d'être tenus responsables pour la TS du proche.

Une attention particulière doit être accordée au travail de Wagner et al. (2000). Les auteurs ont étudié un groupe de 22 mères et 12 pères de 23 adolescents suicidants, en analysant leurs comportements et réactions le jour précédant la tentative de suicide et le jour suivant. Les sentiments d'inquiétude et d'anxiété étaient trouvés augmentés chez les proches avant la tentative de suicide, et ces sentiments continuaient d'augmenter chez les mères dans la journée suivant la TS. Des sentiments hostiles envers le suicidant étaient relevés chez environ 50% des mères ; cependant, les parents verbalisaient peu ces sentiments d'hostilité en privilégiant un discours de soutien et en étant très vigilants aux paroles qu'ils prononçaient.

Ce travail récent confirme à certains égards les résultats de deux autres études : 1) celle de Coyne et al. (1976) montrant qu'un comportement suicidaire, comme une symptomatologie dépressive, pouvait favoriser chez les proches des attitudes agressives ; 2) celle de Baechler et al. (1979) insistant sur le message punitif et engendrant la culpabilité pour les proches, contenu dans bon nombre de comportements suicidaires.

Le seul travail à notre connaissance proposant un suivi sur le long terme de l'entourage du suicidant est celui de Magne Ingvar en Suède. Une première partie de l'étude concerne 84 sujets, membre de l'entourage proche de suicidants, rencontrés au décours immédiat de la tentative de

suicide (93% d'une série consécutive d'admissions pour TS) (Magne Ingvar 1999a). Dans un second temps, les sujets étaient interrogés par téléphone sur leur bien être général à un an, ainsi que sur d'éventuels problèmes somatiques et psychopathologiques dans les 2 semaines précédant l'interview (Magne Ingvar 1999b).

La majorité d'entre eux (83%) trouvait que leur bien être était satisfaisant à 1 an (« bon » ou « plutôt bon ») ; celui des conjoints était souvent moins bon que celui de parents ou d'amis proches. Parmi ces sujets « allant bien », certains rapportaient un ou plusieurs des symptômes suivants : inquiétude (34%), fatigue (31%), maux de tête (30%), irritabilité (29%), découragement (28%), douleur épigastrique (28%), sommeil altéré (25%), tension psychologique (18%), désespoir (18%) et anxiété (14%). Un tiers d'entre eux rapportaient quatre symptômes ou plus. Parmi les sujets souffrant de troubles psychologiques, 32% signalaient être aidé par un professionnel et/ou prendre un traitement, tandis que 16 autres pourcents pensaient qu'ils auraient besoin d'une aide spécialisée.

Parmi les 84 membres de l'entourage suivis, 17% rapportaient un mal être général, avec plus de quatre symptômes parmi la liste précédente. Ce sous-groupe signalait plus volontiers d'importantes questions non résolues ou non abordées en rapport avec la tentative de suicide du proche ; il y avait également un moins bon support social global chez ces sujets.

Les auteurs notaient qu'il n'y avait pas de corrélation entre la gravité du geste suicidaire ou la psychopathologie du suicidant, et l'intensité du retentissement sur le bien être de l'entourage à un an. Enfin, 95% des proches recontactés étaient satisfaits de ce contact, tandis que les autres répondaient qu'ils n'avaient pas été dérangés par l'appel.

Du travail de Magne-Ingvar, nous retenons plusieurs points :

- La fréquence des éléments de détresse psychologique, au retentissement certes très variable
- L'importance de la psychopathologie pré-existante à la TS du proche, dans l'évolution de l'entourage
- L'importance du soutien social et son pendant : les difficultés relationnelles intra-familiales

Ce travail présente quelques limites, la plupart pointées par les auteurs eux-mêmes :

- le nombre de sujets reste faible pour tenter des analyses plus fines ; principalement pour distinguer entre les types de proches, et surtout entre sujets exposés ou non à la scène du suicide,
- pas d'évaluation de l'idéation suicidaire,
- pas d'évaluation du stress traumatique ou de l'impact potentiellement traumatique de la TS,

- le seul suivi disponible dans ce travail se situe à 1 an ; or, nombre de proches étudiés rapportaient des difficultés plus tôt dans l'évolution. Il y aurait donc intérêt, en plus du suivi à 1 an, de placer un point d'évaluation à moyen terme, par exemple aux alentours des 3 mois.

II- 3. Travaux concernant l'impact d'un stress traumatique, en terme psychopathologique et de coût médico-économique.

L'état de stress post-traumatique (PTSD) représente dans nos pays un problème de santé publique au handicap souvent sérieux (Blanchart, 1996 ; Brom, 1993 ; Classens, 1998 ; Ehler, 1998 ; Frommberger, 1998 ; Harvey, 1999). L'intensité des troubles repérés est variable tout comme le retentissement fonctionnel. Les victimes sont sujettes à des phénomènes de reviviscences diurnes et nocturnes (la scène traumatique est revécue sans cesse), il existe fréquemment des cauchemars, une insomnie tenace ; elles présentent également une hypertonie neurovégétative avec des sueurs, une tachycardie et surtout des réactions de sursaut caractéristiques au moindre imprévu. Les troubles s'accompagnent enfin de comportements d'évitement extrêmement fréquents. Ces conduites d'évitement génèrent à leur tour un handicap évident sur le plan social, relationnel et professionnel.

Il est maintenant reconnu que certains facteurs, individuels ou contextuels, puissent rendre le sujet plus vulnérable au risque de développer des séquelles psychotraumatiques ou bien encore d'en récupérer plus difficilement (Emily 2003, Brewin 2000). Il s'agira d'une rencontre antérieure avec un événement traumatique, notamment dans l'enfance, de la présence de troubles psychiques chez le sujet lui-même ou dans son histoire familiale, de l'absence d'un support social adéquat ou de conditions de vie difficiles.

L'étude épidémiologique la plus importante concerne près de 6.000 personnes (Kessler 1995). Dans ce travail, la proportion de sujets impliqués dans un événement traumatique est de 60.7 % pour les hommes et 51.2 % pour le femmes, mais le risque de développer un PTSD varie en fonction du type d'événement. Un autre travail, celui de Breslau et al. (1998) sur 2.181 sujets âgés de 18 à 45 ans, semble plus intéressant sur le plan méthodologique en échantillonnant au hasard un des événements traumatiques rapportés par les sujets, au lieu de prendre le pire événement traumatique. Le risque de développer un ESPT après exposition à un événement traumatogène est alors retrouvé à 9.2% et l'évènement le plus fréquemment rapporté était la disparition soudaine d'un proche.

Le coût socio-économique et le retentissement en terme de santé sont très importants ; 6.369.519 dollars australiens dans une étude sur 391 victimes d'accident de la route, neuf mois après le trauma (Chan 2003). Dans cette étude très récente, les troubles psychopathologiques sont nombreux : 31% de dépression, 62% de troubles anxieux et 29% de PTSD. L'impact médico-économique pour les sujets présentant un PTSD est significativement supérieur ; surtout, l'impact économique des sujets présentant un PTSD non traité est très nettement supérieur à celui des sujets PTSD traités.

Ainsi, bien que le soutien et les soins après une tentative de suicide soient souvent confiés, formellement ou informellement, aux proches du suicidant, peu d'études ont tenté de vérifier dans quel état de bien-être ou de mal être se trouvaient ces proches.

Il semble donc important de vérifier cet impact de la TS et ainsi mieux documenter leur capacité à soutenir le suicidant.

III- Hypothèse et objectifs

Bien souvent confié très rapidement à l'entourage proche, le soutien au suicidant prend rarement en compte le retentissement et la souffrance qu'il pourrait engendrer sur l'entourage. Il nous semble en effet important de disposer de données scientifiques quantifiées de Santé Publique sur ce retentissement en cascade du geste suicidaire. La communication et la sensibilisation des acteurs de première ligne (en particulier les médecins de famille) n'en seront de plus que meilleures.

L'objectif de notre recherche est de mesurer de façon prospective (7 jours, 3 mois et 1 an) l'impact de la tentative de suicide chez les proches du suicidant ; « proches » définis comme les sujets habitant sous le même toit que le sujet ayant survécu à la TS (issu de la définition INSEE / IRDES du ménage ordinaire).

Cet impact de la TS sera mesuré :

- 1) en terme médico-économique en comparaison d'un échantillon apparié en population générale (conséquences sur la Santé à travers les consultations médicales, les éventuelles hospitalisations, la consommation de médicament ou les arrêts de travail, etc...),**
- 2) mais aussi en terme de détresse psychique, parmi les proches du suicidant dans leur ensemble et de stress traumatique parmi les personnes ayant été exposés à la scène de la tentative de suicide.**

Hypothèse = la tentative de suicide propage un stress et une souffrance en cascade sur les différents cercles de l'entourage familial et affectif d'un sujet ; la consommation de soin de ces sujets devrait augmenter dans les suites de la TS, pour être supérieure à celle de la population générale.

Objectif principal

- Mesurer l'impact médico-économique de la tentative de suicide suivie du retour au domicile au cours des douze mois suivant l'acte. Cette évaluation sera réalisée par la comparaison des consommations de soins avec celles d'un échantillon apparié issu d'une enquête en population générale. Les « proches »

sont définis comme les autres membres du ménage du sujet ayant survécu à la TS (définition INSEE / IRDES qui permet d'apparier l'échantillon test et l'échantillon témoin).

Objectifs secondaires

- En terme de stress traumatique et de détresse psychique:
 - ✓ Mesurer l'impact de la tentative de suicide en terme stress traumatique sur les proches du suicidant ayant été confronté à la scène suicidaire
 - ✓ Identifier, s'il existe, un lien éventuel entre le retentissement en terme de stress traumatique chez les proches et la consommation de soins
 - ✓ Identifier, s'il existe, un lien éventuel entre stress traumatique chez les proches et l'existence de pathologies somatiques comorbides apparues depuis la TS
- En terme médico-économique :
 - ✓ Comparer l'évolution des consommations de soins des proches et du suicidant pendant toute la durée de l'étude
 - ✓ Mesurer l'évolution de l'état de santé général des proches et du suicidant pendant toute la durée de l'étude
 - ✓ Mener les analyses comparatives entre proches et suicidant
- En terme d'étude des inégalités sociales de santé :
 - ✓ Etudier les prédicteurs sociaux de l'appartenance à un ménage de suicidant en étudiant plus particulièrement l'impact de variables telles que le capital social, la structure du ménage, les épisodes de pauvreté, etc. Là encore il ne s'agit pas d'un « cas témoin » stricto sensu, puisque l'on oppose des cas -les ménages de suicidant sélectionnés dans les centres d'accueil - à une population générale : les ménages de l'enquête ESPS, lesquels contiennent une faible proportion de ménages de suicidant.

IV- Type d'étude

- **Enquête épidémiologique clinique comparative,**
- **prospective,**
- **multicentrique,**
- **avec bénéfice individuel direct.**

V- Populations étudiées

V-1 Définition de la population

Tout type de tentative de suicide sera considéré dans ce travail, en particulier, quelle que soit la modalité de la TS et que le suicidant soit hospitalisé ou non au décours de son geste.

Dans ce travail, seront considérés comme « proches du suicidant », toutes personnes habitant sous le même toit que le suicidant (notion de « ménage » INSEE / IRDES). Parmi les proches de plus de 18 ans, un « informateur ménage » sera distingué en accord avec le suicidant et l'intéressé ; à l'exception des questions de santé (posées aux intéressés individuellement), il répondra aux questions médico-économiques pour l'ensemble du ménage.

V-2 Critères d'inclusion

- Critères relatifs au suicidant :
 - o âgé d'au moins 16 ans ;
 - o survivant à une tentative de suicide datant de moins de 7 jours ;
 - o donnant son consentement à contacter ses proches pour participer à la recherche.
- Critères d'inclusion des proches :
 - o homme ou femme, âgé de plus de 16 ans sans limite supérieure d'âge ;
 - o habitant sous le même toit que le suicidant ;
 - o pouvant être joint au téléphone ;
 - o maîtrisant le français parlé (téléphone) et écrit (auto questionnaires) ;
 - o acceptant le principe de l'enquête.

V-3 Critères de non inclusion

- Sujets isolés (sans « entourage proche ») ou vivant en institution ;
- Sujets pour lesquels la TS signe une rupture avec les proches : suicidant devenant isolé ;
- Ne résidant pas dans la région d'inclusion ;
- Sans domicile fixe ;
- Refusant ou dans l'impossibilité de donner un consentement ;
- Sujet incapable majeur, sous tutelle, sous protection judiciaire.

V-4 Population contrôle

En termes médico-économiques et de santé des populations, nous comparerons ces familles de suicidants aux données d'enquête de l'Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) sur la population française.

- Ces données proviennent de l'Enquête « Santé Protection Sociale » de l'IRDES, réalisée bis annuellement et dont l'objectif est la description et l'analyse des liens entre recours au système de soins, protection sociale, état de santé et statut social.
- La base de sondage est issue des échantillons permanents des assurés des caisses CNAMTS, CANAM, et MSA. Ce protocole permet l'appariement des données de remboursement des caisses et ceux des enquêtés qui sont présents dans l'échantillon permanent et leur suivi au cours du temps.
- Le principe de l'enquête est le suivant : chaque assuré principal tiré dans l'échantillon est contacté et l'information recueillie concerne l'ensemble des membres de son ménage. Cette procédure assure une très bonne représentativité : l'échantillon ESPS est représentatif de 95% des ménages français.
- L'enquête associe interview (téléphone ou face à face) et questionnaires auto-administrés. Ces derniers concernent plus spécifiquement l'état de santé et les consommations de soins, qui sont donc renseignées par chacun des membres du ménage. Notons que l'enquête proches suicidant adoptera une procédure de recueil similaire, ce qui garantit une bonne comparabilité des consommations de soins in fine.
- **A partir de ces bases de données, nous constituerons une population contrôle appariée sur :**
 - ✓ le sexe,
 - ✓ l'âge,
 - ✓ la composition du ménage,
 - ✓ la couverture maladie (complémentaire, CMU, ...)
 - ✓ et le statut social (éducation, catégorie socioprofessionnelle, occupation).

V-5 Nombre de sujets

Calcul sur l'objectif principal, celui de l'impact médico-économique. Nous faisons l'hypothèse d'une consommation de soins plus importante chez les proches du suicidant en comparaison de la population générale. Selon les données de l'IRDES, le taux de recours au généraliste sur le mois de l'enquête se situe aux alentours de 25% pour la population générale approchée (représentative de 95% des ménages français). En considérant une exposition de 20% en population générale, pour mettre en évidence un risque relatif (OR) de 1,5 avec une puissance de 80% et un risque alpha de 5%, il nous faut étudier 500 ménages participants, soit de l'ordre de 900 personnes proches du suicidant si l'on compte une taille de ménage moyenne de 2,8 personnes.

Calcul sur l'objectif secondaire, qui compare les proches du suicidant ayant été témoin de la scène suicidaire aux autres proches. La taille moyenne des ménages français est de l'ordre de 2,8 dans les enquêtes IRDES, soit 1,8 proches par suicidant en moyenne. En réunissant 500 ménages, c'est donc 900 proches attendus, dont on estime entre 30 et 40% le pourcentage de ceux ayant été témoin de la scène de la TS ; la comparaison 360/540 ou 270/630 sera donc valide.

La recherche réunit 15 centres dont la plupart rencontrent au moins 100 suicidants par mois. En envisageant une durée d'inclusion de 3 mois, nous partons de 300 ménages par centre : 1/3 des suicidants sont « isolés » donc sans autre personne partageant le même toit (restent 200), 10% des suicidants ont moins de 16 ans (restent 180), nous ne connaissons pas le nombre de suicidants qui accepteront le contact des proches (pré enquête), nous ne connaissons pas le nombre de proches qui accepteront l'enquête (pré enquête), nous estimons le pourcentage de perdus de vue à 12 mois à 20%. Pour tenir l'objectif, chaque centre devra fournir 34 dossiers de « ménage », complets à 12 mois.

Il est important de noter que les résultats du pilote permettront d'affiner ces estimations.

VI- Durée de l'étude

Moment de l'étude. L'épidémiologie des décès par suicide montre deux pics saisonniers, au printemps et à l'automne ; le phénomène est beaucoup moins marqué en ce qui concerne les tentatives de suicide. Dans un souci important de faisabilité, nous envisageons une période d'inclusion concentrée dans le temps. Dès lors, nous choisissons une période de pic (augmentation de contacts avec des suicidants) et tous les ménages participant à la recherche seront recrutés pendant la même période. Nous envisageons de réaliser l'inclusion des ménages pendant le pic printanier de 2006, du 15 mars au 15 juin.

Planning de l'étude.

- 3 mois d'inclusions
- + 12 mois de suivi
- + 3 mois " procédure de finalisation " (qualifications des " perdus de vue ")
- + 6 mois d'analyse et de diffusion (statistiques, interprétations, publications, réunions de restitution dans les centres, etc.)

Total ==> 24 mois (2 ans)

VII- Protocole d'étude

VII-1. Déroulement des étapes

1.1 Entretien de sélection des sujets suicidants

Une première sélection sera opérée en qualifiant certains suicidants (cf critères d'inclusion). Dès lors qu'un sujet suicidant répondra aux critères d'inclusion, de manière à mieux définir l'échantillon final sélectionné, des données de screening anonymisées seront recueillies : sexe, âge, nombre de personnes habitant sous le même toit, composition du « ménage ».

L'enquête sera alors présentée et un consentement écrit au contact des proches sera demandé au suicidant. A cette étape, les éléments suivants seront colligés :

- caractéristiques sociodémographiques générales (âge, sexe, emploi, statut familial, etc...) ; nombre de TS antérieures, description de la TS et de la scène potentiellement traumatique
- cotation d'une échelle de létalité du geste suicidaire ; important puisque l'un des objectifs du travail est de mesurer l'impact sur les proches en terme de stress traumatique
- délivrance et recueil du « questionnaire santé » de l'IRDES (auto questionnaire)
- recueil de la consommation de soins de la veille de la TS.

1.2 Présentation de l'enquête / Inclusion des “ proches ”

Sur les indications et avec le consentement du suicidant, l'investigateur prendra contact avec les proches, présentera l'enquête, ses modalités et son intérêt.

L'« informateur ménage » sera ainsi identifié et une date de rendez-vous sera convenue. Lors de cet entretien, un accord écrit de participation à l'enquête lui sera demandé et une lettre d'information lui sera remise, rappelant les rendez vous de l'enquête et fournissant toutes les coordonnées utiles pour joindre l'investigateur. Au cours de cet entretien, les éléments suivants seront colligés :

- identification éventuelle d'un proche ayant été témoin de la scène de la TS
- passation du « questionnaire principal » de l'IRDES (composition du ménage, caractéristiques socio-économiques, couverture maladie) ; recueil de la consommation de soins du ménage, la veille de la TS.
- délivrance et recueil du « questionnaire santé » de l'IRDES (auto questionnaire)
- mesure du niveau de « détresse psychologique » (cf Annexe)

Chacun des autres membres de l'entourage recevra par l'intermédiaire de « l'informateur ménage », une lettre d'information sur le travail envisagé, ainsi que le « questionnaire santé » de l'IRDES et l'échelle de « détresse psychologique », à compléter et à retourner par la poste au moyen de l'enveloppe de retour. Dix jours après le rendez vous, un appel téléphonique sera donné à « l'informateur ménage » de manière à s'assurer du bon retour des questionnaires.

1.3 Le recontact des membres du ménage:

L'ensemble des participants (le suicidant et ses proches) seront recontactés après 3 mois (+/- 10 jours), puis à 1 an (+/- 1 mois). Ces deux étapes seront menées et gérées par l'équipe du CIC de Lille (ARC et psychologue-enquêteur formés à l'intervention téléphonique) pour tous les centres de l'enquête.

Elles comporteront l'envoi d'un formulaire par courrier à tous les sujets (avec enveloppe de retour jointe), suivi d'un appel téléphonique de « l'informateur ménage » :

- ✓ **Le formulaire** sera composé :
 - du « Questionnaire Santé » de l'enquête IRDES pour tous les sujets,
 - de l'échelle de « détresse psychologique » pour tous les sujets,
 - de la PTSD Check List Symptoms (PCL-s) pour les seuls sujets exposés à la scène suicidaire
- ✓ **L'appel téléphonique** réévaluera les items du « Questionnaire Principal » de l'IRDES, de manière à identifier les points qui auraient pu changer depuis l'entretien d'inclusion, en particulier les changements dans la composition du ménage qui auraient pu intervenir.

La gestion des courriers et des recontacts sera réalisée au moyen de la base de gestion des essais cliniques développée au CIC. Cet outil permettra de générer automatiquement un récapitulatif des sujets à recontacter sur la période désirée. Un courrier adressé à « l'informateur ménage » sera parallèlement généré par le logiciel, qui sera envoyé 10 jours avant la date du contact téléphonique. Il rappellera au sujet les termes de son accord de participation et lui indiquera la période pendant laquelle il sera recontacté.

Si, au cours d'une des évaluations, le sujet rapporte des difficultés psychopathologiques, les démarches de soins possibles seront proposées et explicitées, et le sujet sera orienté vers une prise en charge spécifique.

VII-2 Outils d'évaluation :

Voir les échelles et questionnaires en annexes.

Lethality of Suicide Attempt Rating Scale. L'Échelle de létalité de la tentative de suicide correspond au "Lethality of Suicide Attempt Rating Scale" de Smith, Conroy et Ehler (1984). Cette grille d'estimation permet d'évaluer, auprès du suicidant, le caractère sérieux de la tentative de suicide à partir de l'évaluation de la gravité de la méthode employée lors du geste suicidaire (p. ex., le dosage de médication) et des circonstances entourant la conduite autodestructrice (p. ex., le sauvetage probable). Un score est attribué par le clinicien et le chercheur selon une table d'informations graduées allant de 0 à 10. Plus le score est élevé, plus la létalité de la tentative de suicide est importante. Une cote de 3,5 indique la présence d'une tentative de suicide grave. Les qualités métrologiques exposées dans l'article de Smith, Conroy et Ehler en font un outil valide pour évaluer la gravité du geste suicidaire.

Temps de passation = 5 minutes

Mesure du niveau de détresse psychologique.

Nous utiliserons un outil de Santé Publique développé au Québec, l'indice de détresse psychologique dans sa version à 29 items (Boyer 1993). Cet outil mesure sur la semaine écoulée, 4 facteurs : anxiété, dépression, irritabilité, et problèmes cognitifs.

Temps de passation = 5 minutes

Informations médico-économiques recueillies et modalités de recueil.

La procédure de recueil des données médico-économique reprend celle développée par l'IRDES et figure en annexe à ce protocole. Tous les items sélectionnés pour ce travail ont leur correspondant dans l'échantillon ESPS en population générale.

L'enquête associe l'interview standardisée directe (par téléphone ou en face-à-face) et l'envoi ou le dépôt de questionnaires auto-administrés.

Le « Questionnaire Principal », administré au téléphone ou en face à face, reprend les informations relatives aux caractéristiques socio-économiques du ménage, aux opinions, comportements des enquêtés, etc.

Toutes les informations relatives à la santé sont recueillies sur le « Questionnaire Santé », auto administré, c'est-à-dire remplis par la personne concernée elle même. Le questionnaire "santé et soins médicaux" a pour objectifs :

- De repérer l'ensemble des affections présentées par un individu à un moment donné une liste de maladies classées par grands groupes d'affections est proposée à l'enquête.
- D'évaluer la consommation pharmaceutique au cours des 24 heures précédant le remplissage du questionnaire,
- D'évaluer le nombre de séances de médecins (généralistes et spécialistes) et d'autres personnels de santé, au cours des mois précédant l'évaluation,
- De décrire, pour la dernière séance de généraliste et la dernière consultation de spécialiste, les motifs de recours et le déroulement de l'acte.

Temps de passation = 15 minutes

PTSD Check List Symptoms (PCL-s). Cet outil ne sera proposé qu'aux proches du suicidant ayant été témoin de la scène suicidaire. Comme son nom l'indique, la PCL-s se présente sous la forme d'une liste des symptômes du syndrome de stress post-traumatique (PTSD), et permet le diagnostic selon les critères du DSM-IV (cotés en « présents / absents »).

Temps de passation = 5 minutes

VII-3 Tableau de l'étude :

Cette étude vise à mesurer l'impact des effets d'une tentative de suicide sur l'entourage proche en faisant les mesures suivantes :

	Tous les membres du ménage du Suicidant		
	<i>Inclusion</i>	<i>M3</i>	<i>M12 – FIN</i>
Screening (<i>suicidant</i>) Consentement (<i>suicidant et proches</i>)	X		
Létalité du geste suicidaire	X	X (si récurrence)	X (si récurrence)
Détresse psychologique	X	X	X
Histoire des comportements suicidaires	X	X	X
Questionnaire santé IRDES	X	X	X
Questionnaire Principal IRDES (<i>informateur ménage</i>)	X	X	X
PCL-S (<i>sujets témoins de la TS</i>)		X	X

VII-4 Critères de jugement :

- **Critère principal =**
 - Consommation de soins chez les proches de suicidants, aux différentes étapes d'évaluation, comparée à un échantillon apparié en population générale (données IRDES). On pourra ainsi évaluer non seulement si la consommation des proches est supérieure à la moyenne, mais encore si cette différence s'accroît ou au contraire diminue au cours du temps.

- **Critères secondaires :**
 - Niveau de détresse psychologique chez les proches ; relations avec les données médico-économiques. Etude du lien entre consommations de soins en chaque point d'enquête ou en évolution et niveau de détresse psychologique.
 - Chez les seuls membres de l'entourage ayant été exposé à la scène de la TS :
 - ✓ Présence d'un trouble de stress post-traumatique à M3 et M12, tel qu'évaluée par la PTSD Check List Symptoms
 - ✓ Comparaison de prévalence du trouble de stress post-traumatique par rapport à l'indice de létalité de la TS index.
 - Chez les suicidants : Evolution des consommations de soins par rapport au reste du ménage/ à la population générale.

VII-5 Saisie des données et analyses statistiques

La gestion de la saisie des données se fera sous le contrôle du C.I.C. Après remplissage des cahiers d'observations, les données retenues pour l'analyse seront contrôlées et incrémentées dans une base de données spécifiquement paramétrée pour les tests statistiques retenus.

➤ **Analyses statistiques univariées:**

- pour les comparaisons de fréquence, nous utiliserons le test du chi 2
- pour les comparaisons de moyenne, nous utiliserons le test de Student.

➤ **Analyses statistiques multivariées:**

- dans les cas le nécessitant, nous aurons recours à des régressions logistiques ou à des modélisations de variables discrètes (nombres de séances de médecins : modèle de Poisson ou Negbin) ou continues (dépense de médicament : modèles emboîtés, tobit généralisé, modélisation de la log-dépense...).
- pour l'analyse du délai de survenue d'un phénomène (par ex, l'apparition d'un PTSD), nous utiliserons une analyse de survie dans le modèle de Kaplan-Meier et/ou Cox.

VIII- Organisation de l'étude

VIII-1 Equipes participant à la recherche

- CHU de Lille (Clinique de Psychiatrie & Service des Urgences)
- Secteur de Tourcoing (EPSM Lille Métropole)
- CHU de Nancy (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CHU de Brest (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CHU d'Angers (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- Centre Abadie de Bordeaux
- CHU de Lyon (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CHU de Nice (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CHU de Paris-Tenon (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CH de Pau (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CHU de Clermont Ferrand (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud de Bouffemont
- CHU de Versailles (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CHU de Limoges (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)
- CH d'Albi (Service de Psychiatrie & Service des Urgences)

VIII-2. Collaborations

- **L'INSERM (U513) et le Centre d'Investigation Clinique de Lille :**
 - o mise en place et suivi de l'étude
 - o saisie des données.
 - o Temps de chercheur : Contrat "INSERM / CHRU de Lille" d'interface de 3 ans à temps partiel pour le docteur Guillaume Vaiva
- **L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) :**
 - o Collaboration scientifique sur la méthodologie
 - o Formation des psychologues / enquêteurs
 - o Outils de saisie et de traitement des informations médico-économiques recueillies

- **La Direction Générale de la Santé (DGS) :**
 - o Allocations de crédits PIC (Programme d'Intérêt Commun INSERM/DGS) pour 2004 et la réalisation de la pré-enquête (23.000€)
 - o Demande de crédits fléchés “ Violences et Familles ”, proposés en 2005 à la suite de la loi de programmation en Santé Publique de 2004

- **L'UNAFAM** (soutien)

- **La Fondation de France** (demande de crédits complémentaires)

- Avec le soutien scientifique de :
 - o **Le Centre Collaborateur Français de l'OMS pour la santé mentale (CC OMS)**
 - o **Le Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide (GEPS)**
 - o **L'Association de FORMation et de Recherche des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques _ Société Française de Psychotraumatologie (AFORCUMP)**

VIII-3 Faisabilité

- **Des centres experts dans le suivi des suicidants et des contextes suicidaires.** Les équipes intéressées témoignent d'une forte implication dans la prise en charge des sujets survivant à une tentative de suicide (passage d'un minimum de 100 suicidants par mois). Elles ont tissé des partenariats étroits avec les systèmes de soins pouvant suivre les suicidants à distance et sur le long cours ; une grande partie d'entre elles disposent d'un dispositif d'hospitalisation de courte durée (CAP 48 H, CAC 72 H, service de Médecine ou centre spécialisé pour jeunes suicidants).

- **Recrutement.** Des travaux portant sur la participation des membres de l'entourage aux programmes de recherche, dans ces contextes suicidaires ou de deuil après suicide, montrent que l'acceptabilité est bonne et que la très grande majorité des participants en tirent une expérience positive voire très positive (Dyregrov 2004, Magne Ingvar 1999b).
Nous analyserons l'exhaustivité des tentatives de suicide consécutivement reçues sur la période d'inclusion ; nous considérerons notre échantillon comme représentatif d'une population générale de suicidants, si le taux de refus de l'étude ne représente pas plus 20% des familles correspondant aux critères d'inclusion.

- **Expérience acquise dans de précédents programmes.** Nous avons développé, avec l'aide du Centre d'Investigation Clinique de Lille, une bonne connaissance de certaines modalités de suivi spécifiques à ce travail. Dans le cadre du PHRC 1998, nous étudions l'impact d'un recontact systématique par les Services d'Urgence sur le devenir des suicidants non hospitalisés (Vaiva, 2001) ; le travail a porté sur 600 sujets. Dans le cadre de deux projets couplés (PHRC 2001 + crédits " Fondation Tramapsy "), nous menons actuellement un programme de recontact systématique de sujets victimes d'un accident de la route ; le travail concernera à terme environ 300 sujets. Nous pratiquons donc ces techniques de recontact depuis maintenant quatre ans, avec des repères validés. De plus, nous avons développé la méthodologie de ce travail en partenariat complet avec l'IRDES, pour s'assurer de la meilleure comparabilité de nos données sur l'entourage du suicidant avec celle recueillies en population générale par l'IRDES.

- **Réalisation d'une pré-enquête ++++.** En devant travailler sur l'entourage, nous devons valider la bonne compréhension et l'acceptation de la procédure utilisée. La pré-enquête sera proposée dans chaque centre et testera l'engagement des équipes partenaires. Nous bénéficions d'un soutien financier de la Direction Générale de la Santé, pour un montant de 23.000 euros en 2005 Elle se déroulera en juin 2005, sur une période de 5 jours consécutifs (du lundi au vendredi), pendant les heures ouvrables (de 8H30 à 18H30). Les premiers résultats seront donc disponibles fin juin 2005 (inclusions) ; les derniers fin septembre 2005 (étape M3). A partir de ces données, la procédure de l'enquête pourra être finalisée et la mise place programmée pour la période du 15 mars au 15 juin 2006.

La pré enquête consistera :

1. à évaluer l'éligibilité dans l'enquête des 10 premiers suicidants de plus de 16 ans consécutivement rencontrés (*= nombre de suicidants partageant son toit avec au moins une autre personne*)
2. à évaluer le nombre de suicidants acceptant le contact des proches
3. à évaluer le nombre de ménages acceptant de participer à l'enquête
4. à évaluer la qualité du retour des questionnaires par la poste
5. à évaluer le nombre de ménages effectivement joints au téléphone au contact de M3.

VIII-4 Retombées de la recherche.

- en termes de Santé Publique

- Les décès par suicide sont estimés à environ 11.000 par an ; deux fois plus que sur la route. La sous-estimation des tentatives de suicide est assez flagrante, aux alentours de 20 à 30% (Guyotat 1997 ; 120 à 180.000 TS par an). Les résultats de cette recherche, en montrant le retentissement en terme de Santé Publique sur les proches, devraient contribuer à mesurer et à plus correctement appréhender le poids réel des conduites suicidaires dans notre pays.
- D'autre part, les médecins de famille sont assez "résistants" sur la question du suicide ; l'un des arguments les plus répandus étant l'impression de n'être concerné que par 1 ou 2 tentative de suicide par an (dans les faits, pas plus que pour l'infarctus du myocarde postéro diaphragmatique, qui pourtant ne leur pose aucun problème de conduite à tenir...). En montrant le retentissement sur les proches du suicidant (en terme de souffrance, mais aussi de résilience), passant ainsi de 150.000 situations à 3,5 millions de français par an, nous avons une chance d'augmenter significativement leur attention envers ces proches et par là même envers ces suicidants.

- en termes de Prévention

Les sujets endeuillés par suicide sont un groupe vulnérable au risque de suicide, totalement reconnu. Qu'en est-il des sujets proches d'un suicidant ? Cette recherche pourrait répondre à la question et au-delà, identifier un sous-groupe de sujets plus à risque de difficultés psychopathologiques en général, en particulier dans le registre psychotraumatique.

Cette étude permettra de déterminer si les familles des personnes ayant fait une TS sont suffisamment en état de bien être pour soutenir la personne suicidante, comme c'est souvent le cas actuellement. Elle permettra sans doute de distinguer plusieurs types de familles, certaines étant mieux disposées pour venir en aide à la personne suicidante.

Enfin, cette étude pourrait permettre de déterminer quels types de soutien devraient être offerts aux différents proches/familles après une TS.

IX- Analyse financière.

Les recontacts des informateurs ménage seront confiés à un psychologue / enquêteur, formé à l'évaluation médico-économique par l'IRDES, formé à la détection des sujets présentant des difficultés psychopathologiques et à leur orientation dans la démarche de soin adéquate. L'étude demande un investissement de son temps très variable en fonction des étapes : 4 mois de temps plein à M3 et à M12, beaucoup moins entre ces étapes. De manière à homogénéiser la ligne budgétaire, nous proposons un mi-temps sur 24 mois.

En marge du temps clinique que chaque investigateur accepte de consacrer au PHRC, nous proposons dans chaque centre des vacations de temps psychologue pour l'évaluation médico-économique initiale : ½ heure par inclusion.

En ce qui concerne le temps d'ARC, l'investissement de temps est lui aussi très variable en fonction des étapes : un temps plein le premier semestre (ou plutôt 2 mi-temps), un mi-temps le second, et un quart temps l'année suivante.

Les frais de missions représentent :

- ✓ les deux réunions nationales d'investigateurs (lancement et clôture) : prises en charge accordée des Laboratoires SANOFI, qui assurent déjà ce rôle pour la pré-enquête de 2005.
- ✓ les déplacements dans chaque centre (1 deplas de mise en place pour 2 personnes, 1 de fin d'inclusion + 1 pendant la période, 1 de clôture du centre = soit 5 déplacements par centre) : ligne budgétaire estimée à 23.000 euros, entrant dans l'utilisation des crédits PIC INSERM / DGS.

Dispositions réglementaires

-1 Promotion

Une demande de promotion sera formulée auprès du CHRU de Lille. L'envoi de la déclaration d'intention à la Direction Générale de la Santé sera donc assuré par le promoteur.

-2 Assurances

Conformément à l'article L 1121-7 du Code de la Santé Publique, un contrat d'assurance sera souscrit par le Promoteur. Ce contrat sera conforme aux dispositions du décret n° 91-440 du 14 mai 1991.

-3 Comité Consultatif de Protection des Personnes se prêtant à la Recherche Biomédicale

Le protocole sera soumis au CCPPRB du CH&U de Lille

-4 Confidentialité

***Cahiers d'observation :** ils seront préparés en concertation avec les équipes impliquées. Le suivi, la qualité du recueil des données seront assurés par une Assistante de Recherche Clinique. Les données seront conservées dans les archives **sécurisées** du Centre d'Investigation Clinique du CHRU de Lille.*

***Informatique et Libertés :** Les renseignements obtenus seront sauvegardés sur fichier informatique de façon anonyme. Seules les personnes directement impliquées dans la Recherche seront habilitées à intervenir sur ces fichiers.*

Une demande d'avis sera formulée auprès du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en Matière de Recherche dans le Domaine de la Santé, préalablement à la saisine de la CNIL.

-5 Lettre d'information

Les sujets qui rempliront les critères d'inclusion et de non inclusion recevront une information de la part du médecin investigateur sous la forme d'un entretien et de la remise d'une lettre d'information (Loi n° 2002-303, art. L 1122-1).

-6 Evènements indésirables

Tout évènement inattendu survenant pendant la période de participation sera noté. Les évènements indésirables graves (hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, décès, menace du pronostic vital, séquelles durables, anomalie congénitale) directement reliés à la procédure d'évaluation de l'étude seront déclarés dans les plus brefs délais.

-7 Autres

Assurance qualité : les investigateurs s'engagent à réaliser cette étude selon les Bonnes Pratiques Cliniques en vigueur dans la Communauté Européenne.

Références

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, IV ed.* American Psychiatric Press, Washington 1994, Traduction française par JD Guelfi, Masson 1997

Baechler J. *Suicide*. New York 1979, Basic Books.

Barczack P., Kane N., Andrews S., Congdon A.M., Clay J.C., Betts T. *Patterns of psychiatric morbidity in a genito-urinary clinic : a validation of the Hospital Anxiety Depression scale (HAD)*. *Brit. J. Psychiatry*, 1988, 152, 698-700.

Bifulco, A.T., Brown G.W., Harris, T.O. (1987). *Childhood Loss of Parent, Lack of Adequate Parental Care and Adult Depression: A Replication*. *Journal of Affective Disorders*, 12, 115-128.

Bifulco, A.T., Brown G.W., Lillie, A. & Jarvis, J. (1996). *Memories of childhood neglect and abuse. Corroboration in a series of sisters*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 365-374.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). *The development of a clinician-administered PTSD scale*. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.

Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor AE, Loos WR, Froneris CA, Jaccard J : *Who develops PTSD from motor vehicle accidents ? Behav Res Ther* 1996 ; 34 : 1-10.

Boyer R, Prévaille M, Légaré G, Valois P. *La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec*. *Can J Psychiatry* 1993, 38 : 339-343.

Brent DA, Moritz G, Bridge J, Perper J, Canobbio R. *The impact of adolescent suicide on siblings and parents: a longitudinal follow-up*. *Suicide Life Threat Behav* 1996, 26 (3): 253-9.

Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E (1991). *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. *Archives of General Psychiatry* 48:216-222.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68(5):748-66.

- Brom D., Kleber R.J., Hofman M.C. *Victims of traffic accidents : incidence and prevention of PTSD. Journal of Clinical Psychology* 1993, vol. 49/2 : 131-140.
- Brunet A, Saint-Hilaire A, Jehel L, King S. *Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R). Canadian Journal of Psychiatry* 2003;48(1):56-61.
- Chan AOM, Air TM, Mc Farlane AC. *Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health cost of motor vehicule accidents in South Australia. J Clin Psychiatry* 2003, 64:175-181.
- Classen C., Koopman C., Hales R., Spiegel D. *Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. Am J Psychiatry* 1998 ; 155 : 620-4.
- Cleiren, M., (1993). *Bereavement after Suicide Compared to Other Modes of Death. Congress of the International Association for Suicide Prevention. Montréal.*
- Coyne JC. *Depression and the response to others. J Abnorm Psychol* 1976, 85 :186-193.
- Cremniter D. *Les conduites suicidaires et leur devenir. Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 1997, Masson edt, 201p*
- Dyregrov K. *Bereaved parents' experience of research participation. Soc Sci Med* 2004, 58 (2):391-400
- Ehlers A.Q., Mayou R.A., Bryant B. *Psychological predictors of chronic post traumatic stress disorder after motor vehicle accidents. Journal of Abnormal Psychology* 1998 ; 107 : 508-519.
- Emily JO, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. *Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychological Bulletin* 2003; 129(1):52-73.
- Farberow, N., Gallager, D., Gilewski, M., et al., (1992). *The Role of Social Support in the Bereavement Process of Surviving Spouses of Suicide and Natural Deaths. Suicide and Life-Threatening Behavior, 1, 107-124.*
- Frommberger U.H., Stielglitz R.D., Nyberg E., Schlickewei W., Kuner E., Berger M. *Prediction of PTSD by immediate reaction to trauma : a prospective study in road traffic accident victims. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998, 248 ; 6 : 316-321.
- Harvey A.G., Bryant R.A. *Predictors of acute stress following motor vehicle accident. Journal of Traumatic Stress* 1999 ; 12 : 519-525.
- Hansenne M, Charles G, Pholien P, Panzer M, Pichot W, Gonzalez Moreno A, Ansseau M. *Mesure subjective de l'impact d'un événement : traduction française et validation de l'échelle d'Horowitz. Psychol Med* 1993, 25/1 :86-88.
- James D, Hawton K. *Overdoses : explanations and attitudes in self-poisoners and significant others. Br J Psychiatry* 1985, 146:481-485.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. *PTSD in the national comorbidity survey. Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060
- Kiev A. *The attitudes of significant others toward suicidal behaviour: prognostic significance. Psychiatr Fenn Annual Volume* 1975, 271-278.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorin P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. *The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry* 1997, 12:232-241.
- Lépine J.P., Godchau M., Brun P., Lemperière T. *Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne, Ann. Medico-psychol., 1985, 143, 175 - 189.*
- Magne-Ingvar U, Ojehagen A. *Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999, 34/2:73-9.

- Magne-Ingvar U, Ojehagen A. *One-year follow-up of significant others of suicide attempters. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1999, 34/9:470-476.
- Razavi D., Delvaux N., Farvacques C., Robaye E. *Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. Rev. Psychol. App.*, 1989, 39, 295-308.
- Rotheram-Borus, M.J., et al. (1996) *Toward Improving treatment adherence among adolescent suicide attempters. Clinical Child Psychol Psychiatr*, 1, 99-108.
- Séguin M., Lesage A., Kiely M., (1995a) *Parental Bereavement after Suicide: A Comparative Study, Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25,4, 489-498.
- Séguin M., Lesage A., Kiely M., (1995b) *History of Early Loss Among a Suicide Group Crisis.*
- Smith K, Conroy RW, Ehler BD. *Lethality of suicide attempt rating scale. Suicide Life Threat Behav* 1984, 14(4):215-42.
- Tousignant, M., (1993a). *Écologie sociale des familles de réfugiés et processus de socialisation des adolescents. Privation d'affection parentale (PAP), cahier de codification. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale (LAREHS). Université du Québec à Montréal.*
- Vaiva G, Bondu C, Brochart O, Cottencin O, Ducrocq F, Meyer P, Andries M, Averland B, Babe M, Bourez JM, Campagne JB, Fichaux T, Lestavel P, Mathieu D, Durocher A, Meurisse C, Ruolt N, Valette P, Vanhoutegem A, Jezequel K, Debien C, Bailly D, Thomas P, Libersa C, Goudemand M. *SYSCALL :Influence of systematic recontacting on the 14-month outcome of non-hospitalized patients attempting suicide. WHO Collaborating Center European Meeting, Lille, janvier 2001*
- Van der Sande R, Van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawton K, Van Graaf Y, Van Engeland H. *Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. Br J Psy* 1997, 171:35-41
- Varadajar, R., .(1986). *Motives and intent : a comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. Canadian Journal of psychiatry*, 31, 621-24.
- Wagner BM, Aiken C, Mullaley PM, Tobin JJ. *Parents' reactions to adolescents' suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, 39/4:429-436.
- Wasserman, D. (1989). *Passive euthanasia in response to attempted suicide. One form of aggressiveness by relatives. Acta psychiatrica Scand*, 79, 460-76.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook (pp. 399-411). New York: Guilford Press.*
- Wolk-wasserman, D. (1986) *Suicidal communication of persons attempting suicide and response of significant others. Acta Psychiatr Scand*, 73, 481-99.
- Zigmond A.S., Snaith R.P. *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand*, 1983, 67, 361-370.

Annexes

- ÉCHELLES :

- ✓ Évaluation IRDES médico-économique
 - Le « Questionnaire Principal »
 - Le « Questionnaire Santé »
- ✓ Indice de détresse psychologique
- ✓ Échelle de létalité du geste suicidaire
- ✓ PTSD Check List Symptoms (PCL-S)

Informations médico-économiques recueillies selon les modalités IRDES.

Les documents d'enquête ont été élaborés en collaboration avec les chercheurs de l'IRDES. Pour un certain nombre de questions de base relatives à la description socioéconomique de l'entourage, à la mesure de l'état de santé, des consommations médicales et de la protection sociale, l'enquête biennale ESPS 2002 (Enquête Santé et Protection Sociale) de l'IRDES se recouvre avec l'enquête décennale ESSM (Enquête Santé Soins Médicaux) réalisée par l'INSEE en collaboration notamment avec l'IRDES, entre octobre 2002 et octobre 2003.

L'enquête ESPS, en 2002 comme en 2004 et en 2006, associe l'interview standardisée directe (par téléphone ou en face-à-face) et l'envoi ou le dépôt de questionnaires auto-administrés. Les questionnaires auto-administrés, sont remplis par chacun des membres du ménage sauf pour les personnes (et enfants) ne sachant pas lire ou écrire. Le terrain de l'enquête est confié à un institut de sondage disposant d'enquêteurs téléphone mais aussi d'enquêteurs face à face répartis sur la totalité du territoire.

1. Les informations recueillies par l'enquêteur : le « Questionnaire Principal ».

Les informations relatives aux caractéristiques socio-économiques de l'entourage, aux opinions, comportements des enquêtés etc. sont recueillies soit par téléphone, soit en face-à-face, sur la base d'un questionnaire précis, dit questionnaire principal. Toutes les questions sont posées à une seule personne adulte du ménage. Celle-ci répond alors pour elle-même aux questions d'opinion et à certaines questions de comportement (recours aux urgences, médecin référent, état de santé perçu...). Par contre, elle répond pour les autres membres de son foyer comme pour elle-même aux questions plus factuelles (profession, niveau d'études, couverture sociale, revenu...).

2. Le « Questionnaire Santé ».

Toutes les informations relatives à la santé et à la consommation de soins sont recueillies depuis 2004 sur un questionnaire « santé et soins médicaux ». Celui-ci est dit auto-administré car il est complété par la personne concernée elle-même, hors de la présence d'un enquêteur.

Il comporte trois parties qui concernent :

- 1. La santé.** La mesure de l'état de santé est essentiellement basée sur une liste d'affections classées par appareil. L'enquêté doit préciser pour chaque affection proposée s'il en est ou non atteint. Si c'est le cas, il doit préciser si ce diagnostic lui a

été confirmé par un médecin, s'il a traité cette affection au cours des 12 derniers mois, ainsi que le nombre d'année dont il en souffre. Pour chaque appareil, un item « autre préciser » lui permet d'indiquer une autre maladie dont il est atteint mais qui n'est pas citée dans la liste proposée. Par ailleurs, dans cette partie sur la santé, l'enquêté doit préciser s'il a consommé des médicaments au cours des 24 heures précédant l'enquête. Si c'est le cas, il lui est demandé de noter pour chaque médicament consommé : le nom, la forme, la quantité de produit contenue dans la boîte, et la quantité consommée depuis la veille ; il doit également préciser si ce médicament lui a été prescrit.

2. **Les soins de généraliste.** L'objet est d'une part, de décrire de manière très précise les circonstances et le déroulement de la dernière consultation ou visite du médecin généraliste, et d'autre part de tenter d'approcher le nombre de séances de généralistes au cours des 12 derniers mois.
3. **Les soins de spécialistes et autres professionnels de santé.** L'objet est, d'une part de décrire les circonstances et le déroulement de la dernière consultation de spécialiste et d'autre part de tenter de quantifier, par spécialité, le nombre de séances de spécialistes et/ou d'autres professionnels de santé vus dans les 12 mois précédant l'enquête.

ECHELLE DE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE (IDPESQ 14)¹

DATE DE PASSATION :/...../.....

Instructions : Les questions qui suivent portent sur votre santé. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence **au cours des 7 derniers jours**.

		Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1.	Vous êtes-vous sentie désespérée en pensant à l'avenir ?	1	2	3	4
2.	Vous êtes-vous sentie seule ?	1	2	3	4
3.	Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	1	2	3	4
4.	Vous êtes-vous sentie découragée ou avez-vous eu le « blues » ?	1	2	3	4
5.	Vous êtes-vous sentie tendue ou sous pression ?	1	2	3	4
6.	Vous êtes vous laissée emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	1	2	3	4
7.	Vous êtes-vous sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses ?	1	2	3	4
8.	Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ?	1	2	3	4
9.	Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	1	2	3	4
10.	Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous sentie sur le point de pleurer ?	1	2	3	4
11.	Vous êtes-vous sentie agitée ou nerveuse intérieurement ?	1	2	3	4
12.	Vous êtes-vous sentie négative envers les autres ?	1	2	3	4
13.	Vous êtes-vous sentie facilement contrariée ou irritée ?	1	2	3	4
14.	Vous êtes-vous fâchées pour des choses sans importance ?	1	2	3	4

M Prévile, R Boyer, L Potvin et al., 1991.

PTSD Check List Symptoms (PCL-S for DSM-IV)
 (11/1/94 Weathers, Litz, Huskn et Kean-National Center
 for PTSD Behavioral Science Division. Traduction J. Cottraux)

Nom : Prénom : Date :/...../.....

Instructions : Veuillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie traumatique. Veuillez lire chaque problème avec soin puis entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème dans le mois précédent.

Date de l'événement :/...../.....	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1- Etre perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2- Etre perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement	1	2	3	4	5
3- Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre)	1	2	3	4	5
4- Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant	1	2	3	4	5
5- Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant	1	2	3	4	5
6- Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui	1	2	3	4	5
7- Eviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant	1	2	3	4	5
8- Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante	1	2	3	4	5
9- Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir	1	2	3	4	5
10- Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes	1	2	3	4	5
11- Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous	1	2	3	4	5
12- Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci	1	2	3	4	5
13- Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e)	1	2	3	4	5
14- Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère	1	2	3	4	5
15- Avoir des difficultés à vous concentrer	1	2	3	4	5
16- Etre en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes	1	2	3	4	5
17- Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement	1	2	3	4	5

SCORE TOTAL :

