

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

AURIAT Elise, BOUSCARY Lise

Présentée et soutenue publiquement le 07 novembre 2024

EVALUATION ET ÉTUDE DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES CHEZ DES PATIENTS SUICIDAIRES ET SUICIDANTS COMPARÉS À DES PATIENTS SANS ANTÉCÉDENTS SUICIDAIRES

Directeur de thèse : Madame LAPORTE Catherine, Professeure, UFR de Médecine et Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, CHU de Clermont-Ferrand, Psychiatrie Adulte/ Addictologie

Membres du jury : Madame GENESTE-SAELENS Julie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand, Psychiatrie Adulte - Pôle Urgences Psychiatriques et Psycho-traumatismes

Madame MIELE Cécile, Docteur en psychologie, CHU Clermont-

Ferrand

Madame SHANKLAND Rebecca, Professeure en psychologie du développement, Université Lyon



N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

AURIAT Elise, BOUSCARY Lise

Présentée et soutenue publiquement le 07 novembre 2024

EVALUATION ET ÉTUDE DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES CHEZ DES PATIENTS SUICIDAIRES ET SUICIDANTS COMPARÉS À DES PATIENTS SANS ANTÉCÉDENTS SUICIDAIRES

Directeur de thèse : Madame LAPORTE Catherine, Professeure, UFR de Médecine et Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Président du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, CHU de Clermont-Ferrand, Psychiatrie Adulte/ Addictologie

Membres du jury : Madame GENESTE-SAELENS Julie, Docteur, CHU de Clermont-Ferrand, Psychiatrie Adulte - Pôle Urgence Psychiatriques et Psycho-traumatismes Madame MIELE Cécile, Docteur en psychologie, CHU Clermont-

Ferrand

Madame SHANKLAND Rebecca, Professeure en psychologie du développement, Université Lyon 2

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES : **JOYON** Louis UNIVERSITE D'AUVERGNE : **DOLY** Michel

: TURPIN Dominique

: **VEYRE** Annie

: **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES : CABANES Pierre UNIVERSITE BLAISE PASCAL : FONTAINE Jacques

: BOUTIN Christian : MONTEIL Jean-Marc : ODOUARD Albert : LAVIGNOTTE Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE : **BERNARD** Mathias

PREMIERE VICE-PRESIDENTE

CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS : FOGLI Anne

VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION : **PEYRARD** Françoise VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE : **PREVOT** Vanessa : **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES : **DETEIX Patrice**

: CHAZAL Jean

DOYEN-DIRECTEUR : CLAVELOU Pierre
DIRECTRICE ADMINISTRATIVE : ROBERT Gaëlle

. RUDER I Gae

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - GILAIN Laurent - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LAURICHESSE Henri - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - LUSSON Jean-René - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VAGO Philippe - VIALLET Jean-François - VERRELLE Pierre - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES:

Mme BARTHELEMY Isabelle

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - BIGNON Yves Jean - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - POULY Jean-Luc - VORILHON Philippe

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. **BOYER Louis** Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique M. CANIS Michel Gynécologie-Obstétrique Mme PENAULT-LLORCA Frédérique Anatomie et Cytologie Pathologiques M. **BOIRIE** Yves **Nutrition Humaine** M. **CLAVELOU Pierre** Neurologie Neurochirurgie Μ. LEMAIRE Jean-Jacques Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire M. **CAMILLERI** Lionel Psychiatrie d'Adultes M. **LLORCA Pierre-Michel** Chirurgie Digestive M. **PEZET Denis** M. SOUWEINE Bertrand Réanimation Médicale Chirurgie Orthopédique et Traumatologie M. BOISGARD Stéphane Mme **DUCLOS Martine** Physiologie M. SCHMIDT Jeannot Médecine d'Urgence M. BERGER Marc Hématologie M. GARCIER Jean-Marc Anatomie-Radiologie et Imagerie médicale Rhumatologie M. SOUBRIER Martin M. ABERGEL Armando Hépatologie

Chirurgie Maxillo-Faciale

M. **RUIVARD Marc** Médecine Interne Mme JALENQUES Isabelle Psychiatrie d'Adultes M.

Oto-Rhino-Laryngologie MOM Thierry **COUDEYRE Emmanuel** Médecine Physique et de Réadaptation M.

Dermatologie- Vénérologie M. D'INCAN Michel

Epidémiologie, Economie de la Santé M. GERBAUD Laurent

et Prévention

Mme PICKERING Gisèle Pharmacologie Clinique

Biochimie et Biologie Moléculaire M. SAPIN-DEFOUR Vincent

M. **BAY Jacques-Olivier** Cancérologie **HENG Anne-Elisabeth** Mme Néphrologie M. RICHARD Ruddy Physiologie

1ère CLASSE

M. TAUVERON Igor Endocrinologie et Maladies Métaboliques Mme **GODFRAIND Catherine** Anatomie et Cytologie Pathologiques

Hématologie **TOURNILHAC Olivier** M.

Ophtalmologie M. CHIAMBARETTA Frédéric

Anatomie - Chirurgie Thoracique et M. FILAIRE Marc

Cardio-Vasculaire

GALLOT Denis Gynécologie-Obstétrique

GUY Laurent Urologie

M. M.

M.

M.

BUC Emmanuel

TCHIRKOV Andréï

M. **TRAORE Ousmane** Hygiène Hospitalière Médecine Interne M. ANDRE Marc

M. **BONNET Richard** Bactériologie, Virologie

CACHIN Florent Biophysique et Médecine Nucléaire M. M. COSTES Frédéric Physiologie

Anesthésiologie-Réanimation M. **FUTIER Emmanuel**

M.

MOTREFF Pascal Cardiologie Gynécologie Obstétrique RABISCHONG Benoît M.

M. **CHABROT Pascal** Radiologie et Imagerie Médicale

M. **DESCAMPS Stéphane** Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

Mme HENQUELL Cécile Bactériologie Virologie

POMEL Christophe Cancérologie - Chirurgie Générale M.

M. THAVEAU Fabien Chirurgie Vasculaire

M. **BROUSSE Georges** Psychiatrie Adultes/Addictologie

Mme BRUGNON Florence Biologie et Médecine du Développement

> de la Reproduction Chirurgie Digestive Cytologie et Histologie

Mme CREVEAUX Isabelle Biochimie et Biologie Moléculaire

M. **DURANDO** Xavier Cancérologie

DUTHEIL Frédéric Médecine et Santé au Travail M.

Μ. **EVRARD Bertrand Immunologie**

M. LAUTRETTE Alexandre Néphrologie Réanimation Médicale

M. SOUTEYRAND Géraud Cardiologie

2ème CLASSE

Μ. FAICT Thierry Médecine Légale et Droit de la Santé

KANOLD LASTAWIECKA Justyna Mme Pédiatrie **CORNELIS François** M. Génétique

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère CLASSE

M. LESENS Olivier Maladies Infectieuses et Tropicales

M. AUTHIER Nicolas Pharmacologie Médicale

M. ESCHALIER Romain
 M. MERLIN Etienne
 Pédiatrie
 Mme TOURNADRE Anne
 Rhumatologie
 Mme FANTINI Maria Livia
 Neurologie

M. SAKKA Laurent Anatomie - Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas Gynécologie-Obstétrique

M. GUIEZE RomainM. POINCLOUX LaurentHématologieGastroentérologie

M. POIRIER Philippe Parasitologie et Mycologie

Mme PHAM DANG Nathalie Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie

Mme SARRET Catherine Pédiatrie

M. BOUVIER Damien Biochimie et Biologie Moléculaire

M. BUISSON Anthony Gastroentérologie

MmeCASSAGNES LucieRadiologie et Imagerie MédicaleM.GAGNIERE JohanChirurgie Viscérale et DigestiveM.JABAUDON-GANDET MatthieuAnesthésiologie-Réanimation et

Médecine Péri-Opératoire

M. LEBRETON Aurélien HématologieM. MOISSET Xavier Neurologie

M. SAMALIN LudovicM. LACHAL JonathanPsychiatrie d'AdultesPédopsychiatrie

M. ERIVAN Roger Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

M. MATHIEU SylvainM. MOUSTAFA FarèsRhumatologieMédecine d'Urgence

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme LAPORTE Catherine Médecine Générale

2ème CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1ère CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne Physiologie

2ème CLASSE

M. BIDET Yannick
Mme GUILLET Christelle

Biologie Cellulaire Physiologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. CAMBON BenoîtM. BERNARD PierreMédecine GénéraleMédecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne Nutrition

Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire

Mme GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. DELMAS Julien BactériologieM. ROBIN Frédéric Bactériologie

M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine Biochimie Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image Mme GOUMY Carole Cytologie et Histologie, Cytogénétique

Mme VERONESE Lauren Cytologie et Histologie, Cytogénétique

Mme MIRAND Audrey Bactériologie Virologie

M. OUCHCHANE Lemlih Biostatistiques, Informatique Médicale

et Technologies de Communication

Mme COSTE Karen Pédiatrie

Mme AUMERAN Claire Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline Parasitologie - Mycologie

Mme PONS Hanaë Biologie et Médecine du Développement

et de la Reproduction

M. COLL Guillaume Neurochirurgie

M. GODET Thomas Anesthésiologie-Réanimation et

Médecine Péri-Opératoire

2ème CLASSE

M. CHENAF Chouki Pharmacologie Clinique

M. ANIORT Julien Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume Cardiologie

Mme DUPUY Claire Médecine Intensive - Réanimation

Mme JULIAN Valérie Physiologie

M. LAHAY Clément Gériatrie et Biologie du Vieillissement

Mme ROLLAND-DEBORD Camille Pneumologie

M. ROUANET Jacques Dermato-Vénérologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc Biochimie et Biologie Moléculaire

M. MARCHAND Fabien Sciences du Médicament

Mme VAURS-BARRIERE Catherine Biochimie et Biologie Moléculaire

M. PIZON Frank Sciences de l'Education

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc Biologie Cellulaire
Mme AUBEL Corinne Biologie Cellulaire

M. DALMASSO Guillaume
 M. SOLER Cédric
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Biochimie et Biologie Moléculaire

M. LOLIGNIER Stéphane
 Mme MARTEIL Gaëlle
 M. PINEL Alexandre
 Monier Florie
 Neurosciences
 Biologie Cellulaire
 Physiologie
 Psychologie

Mme POLICARD Florence Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme RICHARD Amélie Médecine Générale M. TESSIERES Frédéric Médecine Générale Mme Médecine Générale ROUGE Laure Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique Médecine Générale **VICARD-OLAGNE Mathilde** Mme Médecine Générale M. **MENINI** Thibault Médecine Générale Mme BŒUF-GIBOT Sylvaine Médecine Générale

HIDALGO BACHS Louis

M.

Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Georges BROUSSE, merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

A Madame le Professeur Catherine LAPORTE, merci d'avoir été notre directrice de thèse. Merci de nous avoir soutenus et de nous avoir délivré des conseils avisés tout au long de ce travail.

Merci aux Dr Julie GENESTE et Dr Raphaël MERY pour leur contribution au recrutement.

Aux Dr GENESTE Julie et Dr MENINI Thibault, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A Mesdames MIELE Cécile et SIMAR Carine, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A Madame SHANKLAND Rebecca, merci pour votre expertise et vos recherches sur les compétences psychosociales et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

A Monsieur PEREIRA Bruno, un immense merci pour votre aide précieuse dans l'analyse de nos résultats et d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse. A Monsieur MARTINEZ Ruben, nous vous remercions pour la création de notre interface de recueil de données.

A Madame PINOL-DOMENECH Nathalie, merci pour vos conseils avisés concernant la recherche bibliographique.

Table des matières

INTRO	ODUCTION	12
1. ا	Méthode	14
:	1.1 Design	14
:	1.2 Participants	15
:	1.3 Critère de jugement principal	15
:	1.4 Critères de jugement secondaires	16
:	1.5 Déroulement de l'étude	16
:	1.6 Analyse statistique	17
2. 1	Résultats	19
;	2.1 Participants	19
;	2.2 Description	19
;	2.3 Résultats principaux	23
;	2.4 Résultats secondaires	26
;	2.5 Corrélation de Spearman	27
:	2.6 Analyse factorielle	29
3. I	Discussion	31
3	3.1 Principaux résultats	31
3	3.2 Les forces et faiblesses de l'étude	31
3	3.3 Comparaisons des résultats avec ceux de la littérature	32
CONC	CLUSION	34
REFEI	RENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	35
ANNE	EXES:	38
SERIV	1ENTS D'HIPPOCRATE :	62

Liste des tableaux et figures

TABLEAUX:

- Tableau la : Données socio-démographiques de la population étudiée.
- Tableau Ib : Parcours de soins, antécédents et usage de substances de la population étudiée
- Tableau II : Résultats des quatre axes des CPS pour chaque groupe
- Tableau III : Résultats des critères de jugement secondaires

FIGURES:

- Figure 1 : Représentation graphique des quatre axes des CPS en fonction des différents groupes
- Figure 2 : Tailles d'effet dans les quatre axes des CPS entre les groupes
- Figure 3 : Corrélation de Spearman entre le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaires
- Figure 4a : Distribution des variables dans les trois groupes
- Figure 4b : Distribution des variables dans les trois échantillons ajustés en sexe

Liste des abréviations

AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption

BREF: Batterie Rapide d'Efficience Frontale (test d'évaluation des fonctions exécutives)

CAST: Cannabis abuse screening test

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CJS: Critères de Jugement Secondaires

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CRF: Case Report Form (formulaire de récolte des données)

CPP: Comité de Protection des Personnes

CPS: Compétences psychosociales

DRCI: Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres

d'Examen de Santé

HAD scale : Echelle Hamilton Anxiété Dépression

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONS: Observatoire National du Suicide

PACS: Pacte Civil de Solidarité

RIPH: Recherche Impliquant la Personne Humaine

S3P: Social Skills in Suicidal Patient

TMT: Trail Making Test (test d'évaluation des fonctions exécutives)

INTRODUCTION

Depuis 2022 en France (1), les tentatives de suicide représentent environ 100 000 hospitalisations et 200 000 passages aux urgences par an. Le taux de suicide français est un des plus élevés d'Europe et ce phénomène touche toutes les classes d'âge de la population. Selon le 4ème rapport de l'Observatoire National du Suicide (**ONS**) de 2020 (2), le suicide représente 10 000 décès par an soit une cause de mortalité trois fois plus importante que les accidents de la route. Le risque suicidaire dépend d'une multitude de facteurs (facteurs démographiques, abus de substance, stress financier, orientation sexuelle, deuil, désespoir, la peur/l'incapacité à faire face aux symptômes des problèmes de santé mentale, l'automutilation, les antécédents de suicide dans la famille, les abus sexuels domestiques entre autres)(3,4), qui sont intriqués et pour lesquels l'estime de soi et le coping (*capacité à faire face et à mettre en place des moyens pour s'adapter aux situations de stress*) sont des médiateurs puissants (4,5). Plusieurs études montrent que le coping est un facteur protecteur de la survenue d'une tentative de suicide (6,7). Un défaut de capacité d'adaptation est à l'inverse lié à un surrisque d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (7).

Les compétences psychosociales (**CPS**) sont des fonctions cognitives supérieures définies par les capacités à interagir avec les autres en adoptant un comportement approprié et positif (8). Elles sont définies selon trois axes : (9)

- Les compétences émotionnelles (conscience et gestion du stress et des émotions, estime de soi, coping)
- Les compétences cognitives (résolution de problème, impulsivité, conscience de soi, auto-évaluation positive, pensée critique, prise de décision constructive)

 Les compétences sociales (communication et relations interpersonnelles efficaces, empathie, coopération)

L'OMS a publié la dernière version de la classification des compétences psychosociales jointe en ANNEXE I - « CPS OMS probantes ». Les CPS dépendent de facteurs génétiques mais également environnementaux (10). Chez les adultes, le renforcement des CPS améliore le sentiment personnel d'efficacité, les relations adultes-enfants et la qualité de vie (9). Les compétences sociales pourraient influencer la formation et la construction de la psychologie personnelle (soutien social, dépression, solitude). De faibles CPS sont liées à des troubles psychologiques et à des troubles psychiatriques tels que des troubles de l'humeur (11,12).

Les personnes ayant des compétences sociales élevées bénéficient d'un soutien social et d'une qualité de vie élevés et ont tendance à ne pas se retrouver dans des situations extrêmement difficiles (13). Les compétences sociales fournissent les conditions pour moduler les émotions, contrôler la violence, améliorer les compétences individuelles et sociales, prendre les décisions appropriées et résister aux conflits sociaux (14,15). De plus, le fait d'avoir subi des violences dans l'enfance est corrélé à la dégradation des CPS à l'âge adulte et à un plus grand risque d'être à nouveau victime de violences (16).

L'amélioration des CPS représente un des 5 axes stratégiques d'action de la promotion de la santé depuis de nombreuses années (17).

Des programmes de renforcement des CPS sont plébiscités dans le plan National Addiction 2018-2022 et le gouvernement vient de mettre en place une Stratégie Nationale Multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes (2022-2037) (18). Le lien entre suicidalité et les CPS a été

étudié chez les adolescents et les jeunes adultes mais peu d'études ont été réalisées dans la population générale (19,20).

Nous faisons l'hypothèse que des dysfonctionnements des CPS peuvent être associés de manière bidirectionnelle à des comportements auto-agressifs notamment suicidants et suicidaires.

L'objectif principal de cette étude est donc de comparer le niveau des CPS chez des patients ayant présenté une tentative de suicide (suicidants), à des patients ayant eu des idées suicidaires ou s'étant déjà automutilés (suicidaires) et des patients de soins primaires sans antécédents de comportement suicidaire (ni risque, ni antécédent de tentative de suicide). Les objectifs secondaires sont de décrire des profils de dysfonctionnement des CPS au sein de chaque population, et d'évaluer le lien entre les altérations des CPS et les critères sociodémographiques (genre, âge, territoire géographique), intrinsèques (fonctions exécutives) ou environnementaux (traumatisme dans l'enfance, précarité...).

1. Méthode

1.1 Design

Il s'agit d'une étude transversale comparative multicentrique étudiant les compétences psychosociales chez des patients suicidaires, suicidants, et sans antécédents suicidaires. Les patients suicidaires et suicidants étaient recrutés via le pôle psychiatrique du CHU Gabriel-Montpied à Clermont-Ferrand ainsi que dans sept Maisons de Santé Pluriprofessionnelles de la région Auvergne. Les patients de soins primaires sans antécédents de comportement suicidaire étaient recrutés dans les sept MSP.

1.2 Participants

Critères d'inclusion

Nous avons choisi d'inclure des patients majeurs, suicidaires (ayant eu des idées noires ou s'étant déjà automutilé) ou suicidants (ayant fait une tentative de suicide) ou de soins primaires sans antécédents de comportement suicidaire afin de constituer nos trois groupes d'intérêt : nous avons donc deux groupes exposés et un groupe contrôle.

Critères d'exclusion

Nous avons décidé de ne pas inclure les patients ne maîtrisant pas la langue française, les patients ayant des troubles psychotiques non stabilisés (afin d'éviter les biais), les patients privés de liberté (sous tutelle, curatelle, prisonniers), les patients n'ayant pas de couverture sociale ainsi que les femmes enceintes ou allaitantes.

Contexte éthique

Nous avons obtenu l'accord du Comité de Protection des Personnes Ile-de-France II le 13 mai 2024 pour cette étude de type RIPH 2. L'étude était conforme à la règlementation, rentrait dans la méthodologie de référence (MR001) et était conforme au RGPD : déclaration de conformité réalisée par le CHU le 30/03/2022 sous la référence : 2225795 V0.

1.3 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le score obtenu pour chacun des 4 axes au test d'évaluation ad hoc des compétences psychosociales (21). Il s'agit d'une échelle des 15 items, regroupés en 4 axes : émotionnel (5 items), cognitif (4 items), social (4 items), assertivité (2 items). La modalité de réponse est une échelle de Likert à 7 possibilités de choix de réponse allant de « Jamais » (1) à « Toujours » (7). Le

coefficient de alpha-Cronbach est de 0,754 pour l'axe cognitif, 0,731 pour l'axe social et 0,654 pour l'axe émotionnel. La durée d'administration est de 5 minutes.

1.4 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

- les critères sociodémographiques (genre, âge, lieu d'habitation),
- les critères intrinsèques avec une mesure de l'estime de soi à l'aide du test de Rosenberg (altération de l'estime de soi si score < 30) (22), des fonctions exécutives à l'aide du Trail Making Test (23) et de la Batterie Rapide d'Efficience Frontale (anormal si <16) (24).
- les antécédents du patient (traumatisme récent ou dans l'enfance, tentative de suicide, victime ou auteur de violences),
- l'état de santé mentale du patient (niveau de dépression et d'anxiété avec l'échelle
 HAD de l'anxiété et de la dépression (symptomatologie confirmée si ≥11) (25),
- la présence de douleurs chroniques
- les consommations : de tabac (avec le test de Fagerström (dépendance si score ≥ 3)
 (26)), d'alcool avec le score AUDIT-C (mésusage si ≥3 chez les femmes et ≥4 chez les hommes, dépendance si ≥10 dans les deux sexes) (27), de cannabis avec le test
 CAST (usage à risque si ≥3) (28) et autres drogues.
- le parcours de soins du patient
- les critères environnementaux (seuil de précarité à l'aide du score EPICES (précarité si score ≥30) (29).

1.5 Déroulement de l'étude

Les patients étaient invités à participer par leur médecin traitant ou les médecins du pôle psychiatrique du CHU Gabriel Montpied. Une fiche d'information détaillée leur

était remise à ce moment-là. L'étude était proposée à toute personne éligible, sans sélection préalable.

Les patients qui acceptaient de participer à l'étude étaient ensuite recontactés par trois investigateurs pour passer un unique entretien de 45 minutes. Le consentement était signé le jour de l'entretien, ce qui leur laissait un délai de réflexion de quelques jours avant leur inclusion.

Il s'agissait d'une hétéroévaluation qui comprenait le test des CPS de Rebecca Shankland validé en français en 2023 (21) ainsi que les tests validés décrits en critères secondaires.

Le même questionnaire était utilisé pour les trois groupes, permettant un recueil exhaustif et comparable chez tous les patients interrogés. Les entretiens ont été menés par les trois évaluateurs dans chacun des groupes, au fil de l'eau, de mai 2024 à septembre 2024. Il n'y avait pas de suivi de patients.

Les données étaient directement recueillies en ligne sur le logiciel Redcap ® au fur et à mesure des entretiens, grâce à l'intégration de notre CRF en version informatique grâce à un datamanager de la DRCI de Clermont-Ferrand.

Au décours de l'entretien, un compte-rendu a été remis à chaque patient ainsi qu'à son médecin traitant s'il le souhaitait.

1.6 Analyse statistique

L'objectif principal de cette étude vise à comparer le niveau des CPS des patients ayant présenté une tentative de suicide versus des patients ayant un risque suicidaire versus des patients sans antécédents suicidaires. Au regard des données rapportées dans la littérature (30), une différence d'au moins 1 point (/7) pour un écart-type de 1,2 était objectivée pour chacune des dimensions du test d'évaluation des CPS.

Pour un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 0.005 (corrections afin de prendre en compte les comparaisons multiples dues aux différentes dimensions du critère de jugement principal et aux trois groupes à l'étude) et une puissance supérieure à 80%, 39 sujets par groupe étaient nécessaires.

Au final, il a été proposé d'inclure 50 sujets par groupe, soit 150 sujets, afin de prendre en compte les données possiblement non exploitables tout en garantissant une puissance statistique satisfaisante.

Les variables de nature catégorielle sont décrites par des effectifs et pourcentages alors que les variables quantitatives sont exprimées en termes de moyenne et écart-type ou médiane et intervalle interquartile, au regard de leur distribution statistique. La normalité a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk. Les comparaisons entre groupes (suicidaire, suicidant et contrôle) pour les données de nature quantitative (notamment les scores des axes des CPS) ont été réalisées par analyse de variance (ANOVA) ou test de Kruskal-Wallis si les conditions d'application de l'ANOVA n'étaient pas respectées. L'égalité des variances a été étudiée par le test de Bartlett. Les comparaisons entre groupes ont été réalisées par le test du Chi² ou le cas échéant le test exact de Fisher pour les variables catégorielles.

Pour l'étude des relations entre variables de nature quantitative (versus scores des dimensions des CPS), des coefficients de corrélation (Spearman ou Pearson, au regard de la distribution statistique) ont été calculés, et interprétés au regard des recommandations proposées par Altman. Pour la comparaison des scores des différents axes des CPS entre les trois groupes à l'étude, les analyses précédentes ont été complétées par une approche multivariée de type régression linéaire multiple prenant en compte comme facteurs d'ajustement les possibles facteurs confondants, sexe et âge. Ces analyses ont également été complétées par une approche de type

analyse factorielle discriminante visant à déterminer si les profils des patients pouvaient être associés aux groupes à l'étude. Les variables ont été retenues, pour cette analyse, au regard de leur pertinence clinique et des résultats d'analyse univariée.

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata ® (version 15, StataCorp, College Station, US) en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%, corrigé, le cas échéant, pour les comparaisons multiples (plus précisément pour les comparaisons deux à deux entre groupes à l'étude). Les résultats sont exprimés en termes de tailles d'effet de Hedges et intervalles de confiance à 95% pour exprimer l'intensité des relations au-delà du seul test inférentiel et de la p-value associée. Une analyse de sensibilité de type *matching* a été réalisée en considérant un échantillon équilibré entre groupes en termes d'âge et de sexe. L'ensemble des analyses décrites précédemment ont été reproduites pour cet échantillon de 108 patients (contre 150 initialement).

2. Résultats

2.1 Participants

Nous avons inclus 150 patients dans l'étude : 50 dans chacun des trois groupes.

Tous les entretiens ont été réalisés intégralement et sont donc interprétables. 20 autres patients avaient accepté de participer mais n'ont jamais donné suite donc n'ont pas été inclus (3 sans antécédents suicidaires, 11 suicidants, 6 suicidaires).

2.2 Description

Les caractéristiques socio-démographiques des patients de nos trois groupes sont présentées dans le tableau I.

La population était composée de 94 femmes (62.67%), avec une part significativement plus importante dans le groupe des suicidants par rapport au groupe contrôle (patients sans antécédents suicidaires) (respectivement 72.00%, n=36 et 48.00%, n= 24, p=0.03). L'âge moyen était de 43 ans, sans différence significative entre les groupes.

La majorité des participants étaient hétérosexuels (88.67%, n=133) et mariés/liés par un PACS /en concubinage (60.00%, n=90). La population était principalement composée d'employés (26.00%, n=39), de cadres et professions intellectuelles supérieures (15.33%, n=23), de personnes sans emploi (14.00%, n=21), d'étudiants (13.33%, n=20) et de retraités (12.67%, n=19). On a retrouvé plus de célibataires dans le groupe des suicidants par rapport au groupe contrôle (respectivement 48.00%, n=24, et 20.00%, n=10, p<0.01). Nous avons retrouvé significativement plus de personnes sans emploi dans le groupe des suicidants que dans le groupe contrôle (respectivement 26.00%, n=13 vs 2.00%, n=1, p<0.01), après comparaison deux à deux par la procédure de Marascuilo.

Il y avait également significativement plus d'employés dans les groupes exposés par groupe contrôle (p<0.01). Concernant les rapport au catégories socioprofessionnelles, il y avait significativement plus de patients avec un niveau ≥ BAC+5 dans le groupe des patients sans antécédents suicidaires que chez les suicidants n=19 14,00%, (38.00%, VS n=7p < 0.01). Nous avons eu au total 49 patients (32.67%) tabagiques, et il y en avait significativement plus dans le groupe des suicidants par rapport aux patients sans antécédents suicidaires (44.00%, n=22 vs 18.00%, n=9, p=0.02). On retrouvait plus de patients douloureux chroniques dans le groupe des suicidants par rapport au groupe contrôle (64.00%, n=32 vs 34.00%, n=17, p=0.01).

Tableau la : Données socio-démographiques de la population étudiée.

	Population totale	Patients sans antécédents suicidaires	Patients suicidaires	Patients suicidants	P
	n=150	n = 50	n=50	n=50	
Sexe					p= 0,03 b
Homme	56 (37,33)	26 (52,00)	16 (32,00)	14 (28,00)	
Femme	94 (62,67)	24 (48,00)	34 (68,00)	36 (72,00)	
Genre sexuel					p = 0,04 b
Homme	55 (36,67)	26 (52,00)	15 (30,00)	14 (28,00)	
Femme	92 (61,33)	24 (48,00)	34 (68,00)	34 (68,00)	
Autre	3 (2,00)	0	1 (2,00)	2 (4,00)	
Age (moyenne +/- écart type)	42,97 +/- 18,07	43,94 +/-20,28	46,54 +/-18,64	38,42 +/-14,11	p = 0,11
Orientation sexuelle					
Hétérosexuel	133 (88,67)	49 (98,00)	44 (88,00)	40 (80,00)	p = 0,03 b
Homosexuel	2 (1,33)	1 (2,00)	0	1 (2,00)	
Bisexuel	8 (5,33)	0	3 (6,00)	5 (10,00)	
Autre	7 (4,66)	0	3 (6,00)	4 (8,00)	
Statut marital Marié/PACSE/ en					
concubinage	90 (60,00)	36 (72,00)	28 (56,00)	26 (52,00)	
Célibataire	51 (34,00)	10 (20,00)	17 (34,00)	24 (48,00)	p<0,01 b
Veuf	9 (6,00)	4 (8,00)	5 (10,00)	0	
Lieu d'habitation	, , ,	, , ,			p= 0,48
Rural	52 (34,67)	19 (38,00)	19 (38,00)	14 (28,00)	
Urbain	98(65,33)	31 (62,00)	31 (62,00)	36 (72,00)	
Catégorie socio- professionnelle selon l'INSEE					
Agriculteurs exploitants	2 (1,33)	0	2 (4,00)	0	
Artisans commerçants Cadres et professions	10 (6,67)	4 (8,00)	3 (6,00)	3 (6,00)	
intellectuelles supérieures	23 (15,33)	12 (24,00)	7 (14,00)	4 (8,00)	
Professions intermédiaires	12 (8,00)	3 (6,00)	5 (10,00)	4 (8,00)	
Employés	39 (26,00)	6 (12,00)	17 (34,00)	16 (32,00)	p<0,01 ab
Ouvriers	4 (2,67)	2 (4,00)	1 (2,00)	1 (2,00)	
Sans emploi	21 (14,00)	1 (2,00)	7 (14,00)	13 (26,00)	p<0,01 b
Etudiants	20 (13,33)	11 (22,00)	3 (6,00)	6 (12,00)	
Retraités	19 (12,67)	11 (22,00)	5 (10,00)	3 (6,00)	
Niveau d'étude	4 (0.07)			4 (0.00)	
Aucun diplôme	1 (0,67)	0	0	1 (2,00)	
Certificat d'étude primaire	2 (1,33)	2 (4,00)	0	0 (48.00)	
Brevet des collèges, BEPC	16 (10,67)	3 (6,00)	4 (8,00)	9 (18,00)	n < 0.01 a
CAP ou équivalent BAC, brevet professionnel	24 (16,00) 37 (24,67)	3 (6,00) 9 (18,00)	12 (24,00) 18 (36,00)	9 (18,00) 10 (20,00)	p < 0,01 a
Bac +2, BTS, DUT	18 (12,00)	7 (14,00)	3 (6,00)	8 (16,00)	
Bac +3, 4 - Licence, maitrise	16 (12,00)	7 (14,00)	3 (6,00)	6 (12,00)	
Bac +5, Master, DEA, DESS, doctorat de santé		19 (38,00)	10 (20,00)	7 (14,00)	p < 0,01 b

a : p<0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidaires

 $[^]b$: p <0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidants

^c: p < 0,05 entre patients suicidaires et suicidants

<u>Tableau Ib : Parcours de soins, antécédents et usage de substances de la population étudiée</u>

	Population totale	Patients sans antécédents suicidaires	Patients suicidaires	Patients suicidants	р
Substances					
Tabac	49 (32,67)	9 (18,00)	18 (36,00)	22 (44,00)	p= 0,02 b
Cannabis	26 (17,33)	5 (10,00)	12 (24,00)	9 (18,00)	p = 0,2
Autres	12 (8,00)	5 (10,00)	2 (4,00)	5 (10,00)	p= 0,44
Parcours de soins					
Suivi par un psychiatre	56 (37,33)	0	19 (38,00)	37 (74,00)	p < 0,01 abc
Suivi par un psychologue	57 (38,00)	5 (10,00)	27 (54,00)	25 (50,00)	p<0,01 ab
Suivi par un professionnel					
des médecines douces	53 (35,33)	14 (28,00)	26 (52,00)	13 (26,00)	p = 0,01 ac
Traitement psychotrope	75 (50,00)	3 (6,00)	29 (58,00)	43 (86,00)	p < 0,01 abc
Antécédents					
Victimes de violences	100 (66,67)	19 (38,00)	38 (76, 00)	43 (86,00)	p < 0,01 ab
Auteurs de violences	44 (29,33)	9 (18,00)	16 (32,00)	19 (38,00)	p = 0.08
Traumatisme récent	80 (53,33)	14 (28,00)	31 (62,00)	35 (70,00)	p < 0,01 ab
Traumatisme dans			,	, ,	
l'enfance	86 (57,33)	16 (32,00)	30 (60,00)	40 (80,00)	p < 0,01 ab
Patient douloureux					
chronique	76 (50,67)	17 (34,00)	27 (54,00)	32 (64,00)	p = 0,01 b

a : p<0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidaires

Les patients suicidants étaient davantage suivis par un psychiatre que les suicidaires et que les patients sans antécédents suicidaires (74.00%, n=37 et 38.00%, n=19 vs n=0, p<0.01). Il en était de même pour la prise de traitements psychotropes (p<0.01). En revanche, le suivi par un psychologue était plus important chez les patients suicidaires et suicidants par rapport au groupe contrôle (respectivement 54.00%, n=27 et 50.00%, n=25 vs 10.00%, n=5, p<0.01). Les suicidaires ont plus recours aux médecines douces que les patients des deux autres groupes (p=0.01). Les suicidaires et les suicidants étaient également plus victimes de violences (76.00%, n=38 et 86.00%, n=43, p<0.01), de traumatismes récents (62.00%, n=31 et 70.00%, n=35, p<0.01) et dans l'enfance (60.00%, n=30 et 80.00%, n=40, p<0.01) que les

b: p <0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidants

c: p < 0,05 entre patients suicidaires et suicidants

patients sans antécédents suicidaires (respectivement 38.00%, n=19, 28.00%, n=14, et 32.00%, n=16).

Il n'y avait pas d'autres différences statistiquement significatives dans les caractéristiques socio-démographiques en fonction des groupes.

2.3 Résultats principaux

Les résultats de la comparaison des compétences psychosociales entre les groupes sont présentés dans le <u>tableau II.</u>

Tableau II : Résultats des quatre axes des CPS pour chaque groupe

GROUPE	N	MOYENNE	ECART TYPE	INTERQUARTILE INFERIEUR	MEDIANE	INTERQUARTILE SUPERIEUR	VALEUR MINIMALE	VALEUR MAXIMALE	р
EMOTIONNEL									
SANS ANTECEDENTS	50	5,28	0,89	4,6	5,3	6	2,8	7	p< 0,01 ab p< 0,01 ab
SUICIDAIRES	50	3,94	1,2	3,2	4,1	4,6	1,4	6,8	ajusté en âge et en sexe
SUICIDANTS	50	3,6	1,47	2,2	3,6	4,6	1,2	6,4	
SOCIAL									
SANS ANTECEDENTS	50	5,75	0,79	5,25	5,75	6,25	3,25	7	p=0,40 p = 0,41,
SUICIDAIRES	50	5,75	1,13	5,25	6	6,5	2,5	7	ajusté en âge et en sexe
SUICIDANTS	50	5,88	1,02	5,5	6	6,5	2	7	
COGNITIF									
SANS ANTECEDENTS	50	5,91	0,74	5,5	6	6,25	3,25	7	p = 0,01 b p = 0,71,
SUICIDAIRES	50	5,43	1,29	5	5,75	6,25	1,75	7	ajusté en âge et en sexe
SUICIDANTS	50	5,24	1,29	4,5	5,5	6	1,5	7	
ASSERTIVITE									
SANS ANTECEDENTS	50	5,32	1,15	4,5	5,5	6	1,5	7	p=0,01 b p = 0,33,
SUICIDAIRES	50	4,72	1,52	4	4,75	6	1	7	ajusté en âge et en sexe
SUICIDANTS	50	4,38	1,65	3	4,5	5,5	1	7	

a : p<0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidaires

L'axe émotionnel était significativement différent entre les groupes (p<0.01 avec et sans ajustement selon l'âge et le sexe). Nous avons donc fait une comparaison des groupes deux à deux pour cet axe. Nous constatons que les patients suicidaires et suicidants avaient des compétences émotionnelles moins fonctionnelles que les patients sans antécédents suicidaires (respectivement $\overline{X} = 3.94 \pm 1.2$, et $\overline{X} = 3.6 \pm 1.47$ vs $\overline{X} = 5.28 \pm 0.89$).

b: p <0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidants

^c: p < 0,05 entre patients suicidaires et suicidants

Une différence significative a été retrouvée pour les axes assertivité et cognitif entre les suicidants et les patients du groupe contrôle (respectivement $\overline{X}_{assertivit\acute{e}}=4.38\pm1.65$ vs $\overline{X}_{assertivit\acute{e}}=5.32\pm1.15$, p= 0.01, et $\overline{X}_{cognitif}=5.24\pm1.29$ vs $\overline{X}_{cognitif}=5.91\pm0.74$, p=0.01). Après ajustement en sexe et en âge, nous n'avons pas retrouvé cette différence de manière significative (p_{assertivité}=0.33, p_{cognitif}=0.71). Pour ces trois axes, il n'y avait pas de différence entre les suicidaires et les suicidants.

Concernant l'axe social, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les groupes (p=0.40). Ce diagramme en boîte nous permet de voir les représentations graphiques des 4 axes des CPS pour chacun des trois groupes.

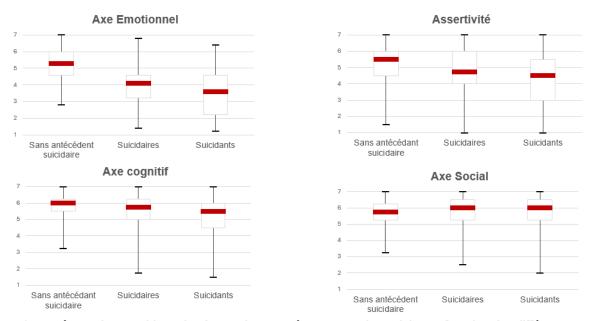


Figure 1 : représentation graphique des 4 axes des compétences psychosociales en fonction des différents groupes

Sur la figure 1, pour l'axe émotionnel, la médiane des groupes suicidaires et suicidants est plus basse que celle du groupe contrôle. Les CPS émotionnelles médianes des suicidaires et suicidants étaient donc plus faibles que celles des patients sans antécédents suicidaires. De plus, la médiane est superposable à la moyenne pour les trois groupes. Concernant l'assertivité, la médiane est plus élevée chez les patients

sans antécédents suicidaires par rapport aux deux autres groupes, avec des données très étendues. Pour l'axe cognitif, on remarque que nous n'avons pas de valeurs ≤ 3 pour le groupe contrôle. Concernant l'axe social, la médiane est plus élevée dans les groupes « suicidant » et « suicidaire » que dans le groupe contrôle, malgré des valeurs inférieures plus extrêmes.

Afin de mettre en évidence l'intensité des différences statistiques objectivées cidessus, nous avons réalisé un diagramme des tailles d'effet pour chaque axe des CPS, en fonction des groupes.

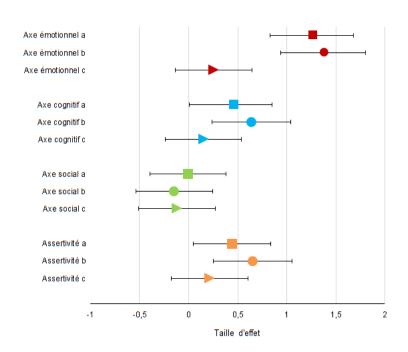


Figure 2 - Tailles d'effet dans les quatre axes des CPS entre les groupes

a : comparaison entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidaires

b : comparaison entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidants

c : comparaison entre patients suicidaires et suicidants

Concernant l'axe émotionnel, la taille d'effet retrouvée est au-delà de ce que nous avions envisagé entre les groupes exposés et le groupe contrôle (taille d'effet retrouvée = 1,2 vs taille d'effet envisagée = 0,83). Pour les patients sans antécédents

suicidaires, cette figure nous permet de voir que la différence est légèrement plus intense avec les patients suicidants qu'avec les patients suicidaires.

2.4 Résultats secondaires

Dans le tableau III nous retrouvons les résultats de nos critères de jugement secondaires.

Tableau III : Résultats des critères de jugement secondaires

		Patients sans antécédents			
	Population totale	suicidaires	Patients suicidaires	Patients suicidants	р
	n=150	n=50	n=50	n=50	
Test de Rosenberg					
Estime de soi altérée	120 (80,00)	27 (54,00)	46 (92,00)	47 (94,00)	p<0,01 ^{a b}
Fonctions exécutives					
BREF Altéré	14 (9,33)	3 (6,00)	6 (12,00)	5 (10,00)	p = 0.69
TMT A Altéré	41 (27,33)	12 (24,00)	15 (30,00)	14 (28,00)	p = 0.79
TMT B Altéré	40 (26,67)	14 (28,00)	15 (30,00)	11 (22,00)	p=0,64
Dépendance tabac -					
Fagerström	37 (24,67)	4 (8,00)	13 (26,00)	20 (40,00)	p=0,03 ^{a b}
Mésusage alcool - AUDIT					
С	62 (41,33)	26 (52,00)	20 (40,00)	16 (32,00)	p = 0.22
Dépendance alcool -					
AUDIT C	12 (8,00)	2 (4,00)	6 (12,00)	4 (8,00)	p = 0.22
HAD					
Dépression	44 (29,33)	0	17 (34,00)	27 (54,00)	p < 0,01 ab
Anxiété	58 (38,67)	1 (2,00)	25 (50,00)	32 (64,00)	p < 0,01 ab
EPICES					
Précarité	57 (38,00)	6 (12,00)	19 (38.00)	32 (64,00)	p < 0,01 abc

a : p<0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidaires

Les groupes « suicidaire » et « suicidant » présentaient une plus faible estime de soi (mesurée par un test de Rosenberg) que le groupe contrôle (respectivement 92.00%, n=46 et 94.00%, n=47 versus 54.00%, n=27, p<0.01). Il n'y avait pas de différence significative entre les suicidaires et les suicidants.

Concernant la dépendance tabagique (mesurée par le test de Fagerström), on retrouvait une différence significative entre les suicidaires et suicidants par rapport au groupe contrôle (respectivement 26.00%, n=13, et 40.00%, n=20 vs 8.00%, n=4, p=0.03).

^b : p <0,05 entre patients sans antécédents suicidaires et patients suicidants

c: p < 0.05 entre patients suicidaires et suicidants

Concernant la dépression et l'anxiété évaluées par l'échelle HAD, les suicidaires et les suicidants étaient plus concernés que les patients sans antécédents suicidaires (Dépression : respectivement 34.00%, n=17, 54.00%, n=27 vs n=0, p<0.01; Anxiété : respectivement 50.00%, n=25, 64.00%, n=32 vs 2.00%, n=1, p<0.01).

Il y avait une précarité plus importante (mesurée par un score EPICES) dans le groupe des patients suicidants (64.00%, n=32) par rapport au groupe des patients suicidaires (38.00%, n=19). Les patients des groupes exposés étaient également plus précaires que les patients du groupe contrôle (12%, n=6, p<0.01).

Il n'y avait pas de différence au niveau des fonctions exécutives, ni concernant le mésusage et la dépendance à l'alcool entre les groupes. Nous n'avions pas comparé la dépendance au cannabis (évaluée par le CAST) devant le trop faible nombre de sujets consommateurs (17.33%, n=26 (cf tableau I)).

2.5 Corrélation de Spearman

Pour établir la relation entre les quatre axes des CPS et les différents CJS, nous avons choisi de faire une analyse par corrélation de Spearman.

Dans les trois groupes, comme le montre la figure 3 : l'anxiété et la dépression étaient corrélées négativement avec les compétences émotionnelles (respectivement,

r_{suicidaires} = -0.60 et r = -0.57, r_{suicidants}= -0.55 et r = -0.58, r_{contrôle} = -0.33 et r = -0.44), ce qui signifie que plus les patients étaient anxieux et dépressifs, moins leurs compétences émotionnelles étaient fonctionnelles. Nous avons pu constater que l'estime de soi était corrélée positivement à l'assertivité dans les trois groupes (r entre 0.3 et 0.4). Nous pouvons également voir que l'estime de soi était fortement corrélée positivement avec les CPS émotionnelles dans les groupes suicidaires et suicidants (r=0.64 et r=0.66) : plus l'estime de soi était forte, plus les CPS de l'axe émotionnel étaient fonctionnelles.

Figure 3 - Corrélation de Spearman entre les CPS et les critères de jugement

secondaires

Plus le bleu est foncé, plus le coefficient de corrélation r est négatif. Les cases encadrées correspondent aux résultats corrélés $r \ge +0.3$ ou $r \le -0.3$.

Figure 3a : Corrélation de Spearman entre CPS et CJS pour le groupe des patients sans antécédent suicidaire

	Axe Cognitif	Axe Social	Axe Emotionnel	Assertivité	Fonctions exécutives	Conso alcool	Anxiété	Dépression	Précarité	Estime de soi	Victimes violences	Douloureux chroniques
Axe cognitif	1,0000											
Axe social	0,3604	1,0000										
Axe	0.0544		4 0000									
émotionnel	0,0541	0,2183	1,0000									
Assertivité	0,0158	0,2014	0,1369	1,0000								
Fonctions												
exécutives	0,0040	-0,0545	0,0708	-0,0550	1,0000							
Conso alcool	-0,2328	-0,4189	0,1140	0,1324	0,2548	1,0000						
Anxiété	-0,0086	0,0612	-0,4401	-0,0204	-0,1478	-0,2465	1,0000					
Dépression	-0,0795	-0,0003	-0,3305	0,0636	-0,2271	-0,1094	0,5152	1,0000				
Précarité	-0,0115	-0,2337	-0,0518	0,0166	-0,2922	0,0181	0,1659	0,3222	1,0000			
Estime de soi	0,0228	0,1313	0,2828	0,3335	0,0230	0,1565	-0,4291	-0,4282	-0,1288	1,0000		
Victimes						Ī						
violences	0,1785	0,2098	-0,1890	-0,1041	0,1454	-0,2435	0,2193	-0,0636	-0,1580	-0,0602	1,0000	
Douloureux								-,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		-,	,	
chroniques	0,1056	0,1722	0,0822	0,0370	-0,1286	-0,4103	0,0118	0,0770	0,0134	0,0308	0,2209	1,0000

Figure 3b : Corrélation de Spearman entre CPS et CJS pour le groupe des patients suicidaires

	Axe Cognitif	Axe Social	Axe Emotionnel	Assertivité	Fonctions exécutives	Conso alcool	Anxiété	Dépression	Précarité	Estime de soi	Victimes violences	Douloureux chroniques
Axe cognitif	1,0000	Axc oociai	Linotionner	Assertivite	CACCULIVES	alcool	Allaloto	Вергеззіон	Trecante	301	VIOICTICCS	omoniques
Axe social	0,3538	1,0000										
Axe émotionnel	0,2732	0,0845	1,0000									
Assertivité	-0,0528	-0,1634	0,2189	1,0000								
Fonctions exécutives	0,4049	0,1323	0,1478	-0,3261	1,0000							
Conso alcool	-0,2498	-0,0494	-0,1635	-0,3251	0,0991	1,0000						
Anxiété	-0,0334	-0,0268	-0,5714	-0,2432	-0,0030	0,0972	1,0000					
Dépression	-0,0499	-0,0602	-0,6000	-0,1642	-0,1083	0,1121	0,4725	1,0000				
Précarité	-0,2382	-0,1735	-0,4004	0,0807	-0,2518	0,2413	0,4664	0,4381	1,0000			
Estime de soi	0,1306	-0,0945	0,6390	0,3887	-0,0102	-0,1315	-0,5662	-0,7208	-0,4616	1,0000		
Victimes violences	0,0913	0,1989	-0,0748	0,0344	-0,0264	0,0901	0,2622	0,0456	0,2518	-0,0878	1,0000	
Douloureux chroniques	-0,1034	0,0824	-0,2690	-0,0674	-0,3005	-0,0463	0,3335	0,2900	0,1768	-0,2802	-0,0489	1,0000

Figure 3c : Corrélation de Spearman entre CPS et CJS pour le groupe des patients suicidants

	Axe Cognitif	Axe Social	Axe Emotionnel	Assertivité	Fonctions exécutives	Conso alcool	Anxiété	Dépression	Précarité	Estime de soi	Victimes violences	Douloureux chroniques
Axe cognitif	1,0000											
Axe social	0,3922	1,0000										
Axe émotionnel	0,5902	0,2823	1,0000									
Assertivité	0,4803	0,3740	0,4903	1,0000								
Fonctions exécutives	0,0798	0,3006	0,0694	0,1742	1,0000							
Conso alcool	-0,0420	-0,1727	-0,0457	-0,1651	-0,0588	1,0000						
Anxiété	-0,2485	-0,0006	-0,5834	-0,2611	0,1498	0,0668	1,0000					
Dépression	-0,4302	-0,1721	-0,5465	-0,2896	0,0720	0,0224	0,6566	1,0000				
Précarité	-0,1068	0,1557	-0,0166	0,0330	-0,2163	-0,1486	0,1190	0,1646	1,0000			
Estime de soi	0,4035	0,1092	0,6637	0,4112	-0,0239	-0,1657	-0,7264	-0,6057	-0,1656	1,0000		
Victimes violences	-0,3127	0,1728	-0,2400	-0,1043	0,0574	0,0202	0,2435	0,1224	0,2319	-0,3001	1,0000	
Douloureux chroniques	0,0029	0,1147	-0,3137	-0,0551	-0,1720	-0,0496	0,3840	0,3610	0,3453	-0,3297	0,0576	1,0000

et la dépression dans les trois groupes ($r_{dépression} = [-0.43 ; -0.72]$ et $r_{anxiété} = [-0.43 ; -0.73]$). Cela signifie que plus l'estime de soi était élevée, moins les patients présentaient des symptômes anxio-dépressifs. La précarité était corrélée négativement aux CPS émotionnelles chez les patients suicidaires (r = -0.40). Les douleurs chroniques étaient corrélées négativement aux CPS émotionnelles chez les suicidants (r = -0.31), et positivement à l'anxiété ($r_{suicidaires} = 0.33$ et $r_{suicidants} = 0.38$) et la dépression ($r_{suicidaires} = 0.29$ et $r_{suicidants} = 0.36$)

Comme logiquement attendu, l'estime de soi était corrélée négativement avec l'anxiété

 $(r_{suicidaires} = 0,33 \text{ et } r_{suicidants} = 0,38)$ et la dépression $(r_{suicidaires} = 0,29 \text{ et } r_{suicidants} = 0,36)$ dans les groupes exposés. Nous pouvons donc supposer que plus les patients présentaient des douleurs chroniques, moins leurs CPS émotionnelles étaient fonctionnelles, et plus ils étaient anxio-dépressifs.

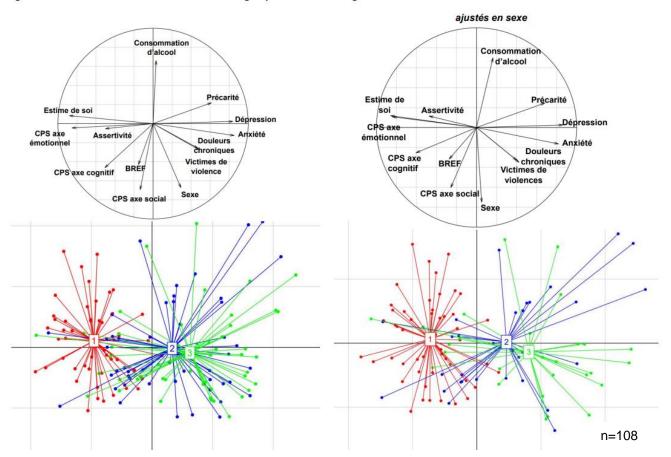
2.6 Analyse factorielle

Afin d'établir des profils de dysfonctionnement des CPS et de déterminer des composantes communes d'altération de celles-ci au sein de chaque groupe et pour l'ensemble des patients, nous avons réalisé une analyse factorielle multidimensionnelle, présentée dans la figure 4 ci-dessous.

Seules les variables statistiquement significatives entre les différents groupes ont été utilisées pour cette analyse afin d'en faciliter l'interprétation. A travers cette analyse, se sont dessinés deux profils distincts à partir de nos trois groupes d'intérêt. Sur la figure 4a, on peut voir que les patients suicidaires et suicidants sont proches, et bien différents des patients sans antécédents suicidaires. Toutefois, on peut remarquer que certaines valeurs se chevauchent entre les groupes.

Figure 4a : Distribution des variables dans les trois groupes

Figure 4b : Distribution des variables dans les trois échantillons



- 1 : groupe des patients sans antécédents suicidaires
- 2 : groupe des patients suicidaires
- 3 : groupe des patients suicidants

L'axe des abscisses tend positivement vers des composantes extrinsèques (adversité subie : présence de violences et de précarité) et un état de santé mentale (dépression, anxiété) altérés. Il tend négativement vers un bon fonctionnement psychosocial intrinsèque (notamment sur les plans cognitifs, émotionnels, sur l'assertivité et l'estime de soi). Visuellement, plus les composantes extrinsèques et l'état de santé mentale sont altérées, moins on retrouve un bon fonctionnement psychosocial intrinsèque. On constate sur la figure 4b que la différence s'atténuait après ajustement sur le sexe, mais globalement au delà du sexe, on gardait deux profils distincts.

3. Discussion

3.1 Principaux résultats

Notre étude visait à mesurer puis comparer les compétences psychosociales des adultes suicidaires, suicidants et sans antécédents de comportement suicidaire. Nous avons interrogé 150 patients, 50 dans chacun des trois groupes.

Pour l'axe émotionnel, nous avons pu confirmer notre hypothèse principale : les CPS des suicidants et des suicidaires étaient moins fonctionnelles que celles des patients sans antécédents suicidaires. Concernant l'axe cognitif et l'assertivité, nous avons également pu montrer une différence entre les suicidants et les patients sans antécédents suicidaires, mais qui n'est pas retrouvée après ajustement en âge et en sexe. Aucune différence n'a été retrouvée entre les groupes pour l'axe social.

Les violences ou traumatismes dans l'enfance et la notion de traumatismes récents étaient plus importantes dans le groupe des suicidaires et suicidants que dans celui des patients sans antécédents suicidaires. Nous avons vu que la faible estime de soi, la dépression, l'anxiété, la dépendance tabagique et la précarité étaient plus présentes dans les groupes exposés que dans le groupe contrôle. Par ailleurs, plus les patients avaient une faible estime d'eux, étaient dépressifs et anxieux, moins les CPS émotionnelles étaient fonctionnelles pour les trois groupes.

3.2 Les forces et faiblesses de l'étude

Le nombre de sujets nécessaire par groupe a été atteint, ce qui nous a permis d'avoir une puissance statistiquement satisfaisante. Nous n'avons pas eu de données manquantes puisque chaque patient inclus a répondu à la totalité du questionnaire, leurs réponses étant recueillies par un évaluateur. Notre méthode d'évaluation des CPS par un questionnaire standardisé et validé, nous a permis de ne pas avoir de biais d'évaluation. De plus, chacun des évaluateurs a effectué des entretiens dans chacun

des trois groupes de manière indifférenciée. Nos réponses paraissaient cohérentes, puisque dans les trois groupes une corrélation a été retrouvée entre l'anxiété, la dépression et l'estime de soi. On a limité le biais de sélection de type "effet centre" en recrutant des patients suicidaires et suicidants également dans les MSP. Le recrutement des patients en soins primaires était parfois compliqué, tous les médecins généralistes n'incluaient pas de patient et ceux qui le faisaient pouvaient choisir les patients qu'ils incluaient. De plus l'étude n'a pas eu de financement, ce qui a pu être un frein à la participation que ce soit du côté des médecins ou des patients.

Il s'agissait d'un hétéro-questionnaire, donc nous pouvions craindre un biais de déclaration de type prévarication face à l'évaluateur (par exemple sous estimation des consommations de substances illicites). A cela, a pu s'ajouter un biais de mémorisation (oubli involontaire) et d'autoévaluation (sur- ou sous- estimation de leurs compétences). A noter que ces trois biais étaient non différentiels, car présents de manière identique dans les trois groupes.

Par ailleurs, on n'a évidemment pas pu évaluer les CPS des patients suicidés (c'està-dire décédés de leur TS).

L'ensemble de ces analyses ne présageait en rien d'un lien de cause ou de conséquence entre les différentes caractéristiques. Elles seront donc complétées par une analyse de médiation statistique, pour mieux identifier les liens entre les différents facteurs.

3.3 Comparaisons des résultats avec ceux de la littérature

Il n'y a que peu voire pas d'études qui évaluent le lien entre les compétences psychosociales et le risque suicidaire, à part chez les enfants et adolescents (19,20). Aucune étude évaluant tous les axes des CPS dans leur globalité n'a été retrouvée, elles évaluaient plutôt plusieurs aspects de chaque axe (14).

Selon O'Connor et Shahram (4,5), l'estime de soi était un médiateur important du risque suicidaire : nos résultats vont également dans ce sens, puisque nous avons retrouvé plus de patients suicidants et suicidaires avec une faible estime de soi en comparaison avec les patients sans antécédents suicidaires. De plus, l'estime de soi est corrélée positivement aux CPS émotionnelles.

Une autre étude avait mis en avant un lien direct entre les CPS émotionnelles et sociales et le risque de dépression (12) mais n'avait pas retrouvé de lien direct entre CPS et idées suicidaires. Aucune évaluation chez les patients ayant fait une tentative de suicide n'avait été réalisée dans cette étude. Dans le cadre de notre travail, nous avons pu objectiver que les CPS émotionnelles étaient moins fonctionnelles chez les patients suicidants et suicidaires. Une étude espagnole renforçait notre résultat : un lien entre CPS émotionnelles (stress et anxiété) et risque suicidaire a été retrouvé (31). Une étude réalisée durant la période Covid avait mis en avant que l'anxiété (CPS émotionnelles) et le sentiment d'auto-efficacité (CPS cognitives) étaient directement liés aux idées suicidaires (32).

D'autres études rapportent que les compétences sociales étaient protectrices vis-à-vis des « situations extrêmement difficiles », telles que les idées suicidaires (13). Nous n'avons pas pu montrer de lien entre les CPS de l'axe social et le risque suicidaire avant et après ajustement en sexe et en âge.

Dans une étude de 2016 (15), un lien entre automutilation, comportement suicidaire et impulsivité - considérée comme une compétence émotionnelle dans cette étude - a été démontré. Dans notre étude nous avions considéré l'impulsivité comme une compétence cognitive (selon l'OMS). Il est difficile de faire le distinguo entre la part émotionnelle et la part cognitive de l'impulsivité, c'est pourquoi il aurait peut-être été intéressant d'ajouter un questionnaire évaluant l'impulsivité indépendamment du reste.

CONCLUSION

Cette étude était un état des lieux des compétences psychosociales en population adulte chez les patients sans antécédents suicidaires, les patients suicidaires et les patients suicidants. Elle a montré que les compétences émotionnelles (conscience et gestion du stress et des émotions, estime de soi) des patients suicidaires et suicidants étaient moins fonctionnelles que celles des patients sans antécédents suicidaires. Nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les groupes suicidaire et suicidant. On a retrouvé plus de précarité, de dépression, d'anxiété et de faible estime de soi dans les groupes suicidaire et suicidant que chez les patients sans antécédents suicidaires. Pour les trois groupes, une faible estime de soi, la dépression et l'anxiété étaient corrélées négativement avec les compétences émotionnelles : plus ces paramètres sont présents, plus les CPS émotionnelles sont dysfonctionnelles. A l'aide d'une analyse factorielle, nous avons pu mettre en évidence que les profils des suicidaires et des suicidants étaient assez comparables, et bien distincts du profil des patients sans antécédents suicidaires. Ce dernier présente un profil de fonctionnement psychosocial intrinsèque (notamment sur les plans cognitifs, émotionnels, sur l'assertivité et l'estime de soi) plus adapté aux situations vécues. Ces résultats permettront de réfléchir à un programme de renforcement des CPS adapté, ciblé et individuel, chez les patients suicidaires et suicidants, en soins primaires. Cette étude est une étude pilote d'un projet global d'évaluation des CPS chez les auteurs et victimes de violence, alcooliques et douloureux chroniques.

Le Président du Jury,
Pierre CLAVELOU

Georges BROUSSE

211-12-24

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

- 1. Crise suicidaire : prévenir et agir | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/crise-suicidaire-prevenir-et-agir
- 2. ons_2020.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
- 3. Shepherd D, Taylor S, Csako R, Liao AT, Duncan R. Predictors of Suicide Ideation and Attempt Planning in a Large Sample of New Zealand Help-Seekers. Front Psychiatry. 2022;13:794775.
- 4. O'Connor M, Dooley B, Fitzgerald A. Constructing the Suicide Risk Index (SRI): does it work in predicting suicidal behavior in young adults mediated by proximal factors? Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. 2015;19(1):1-16.
- 5. Shahram SZ, Smith ML, Ben-David S, Feddersen M, Kemp TE, Plamondon K. Promoting « Zest for Life »: A Systematic Literature Review of Resiliency Factors to Prevent Youth Suicide. J Res Adolesc Off J Soc Res Adolesc. mars 2021;31(1):4-24.
- 6. McLafferty M, Armour C, Bunting B, Ennis E, Lapsley C, Murray E, et al. Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. PsyCh J. sept 2019;8(3):293-306.
- 7. Werbart Törnblom A, Sorjonen K, Runeson B, Rydelius PA. Life Events and Coping Strategies Among Young People Who Died by Suicide or Sudden Violent Death. Front Psychiatry. 2021;12:670246.
- 8. Elrington J. Skills for Health 22 04 03.
- 9. 2022_Referentiel CPS_Sante Publique France_Octobre.pdf.
- 10. Friedman NP, Miyake A. Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. Cortex J Devoted Study Nerv Syst Behav. janv 2017;86:186-204.
- 11. Dueweke AR, Schwartz-Mette RA. Social-Cognitive and Social-Behavioral Correlates of Suicide Risk in College Students: Contributions from Interpersonal Theories of Suicide and Depression. Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res. juin 2018;22(2):224-40.
- 12. Shim SH, Kwon YJ, Lee D, Lee HS, Jin MJ, Kim JS. Impact of Interpersonal Relationships and Acquired Capability for Suicide on Suicide Attempts: A Cross-Sectional Study. Psychiatry Investig. mai 2022;19(5):362-70.
- 13. Sánchez-Teruel D, García-León A, Muela-Martínez JA. High suicidal ideation and psychosocial variables in university students. Electron J Res Educ Psychol. 1 sept 2013;11(2):429-50.

- 14. Rigucci S, Sarubbi S, Erbuto D, Rogante E, Hantouche EG, Innamorati M, et al. Negative emotion dysregulation is linked to the intensity of suicidal ideation in a mixed inpatient sample. J Affect Disord. 15 févr 2021;281:605-8.
- 15. Kranzler A, Fehling KB, Anestis MD, Selby EA. Emotional dysregulation, internalizing symptoms, and self-injurious and suicidal behavior: Structural equation modeling analysis. Death Stud. juill 2016;40(6):358-66.
- 16. Luquet J. Liens entre compétences psycho-sociales et victimes de violences conjugales: revue systématique de la littérature.
- 17. Ottawa Charter for Health Promotion.
- 18. 202208_Instruction-interministerielle-de-rentree_CPS_vierge.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: https://scholavie.fr/wp-content/uploads/2023/01/202208_Instruction-interministerielle-de-rentree_CPS_vierge.pdf
- 19. Kahn JP, Cohen RF, Tubiana A, Legrand K, Wasserman C, Carli V, et al. Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. Eur Child Adolesc Psychiatry. déc 2020;29(12):1671-81.
- 20. Hermosillo-de-la-Torre AE, González-Forteza C, Rivera-Heredia ME, Méndez-Sánchez C, González-Betanzos F, Palacios-Salas P, et al. Understanding suicidal behavior and its prevention among youth and young adults in Mexico. Prev Med. sept 2020;138:106177.
- 21. Lantheaume S, Shankland R, Ben Youssef Mnif S. Evaluer le bien être et les ressources psychologiques A l'école, au travail et en psychothérapie. Deboeck supérieur; 2023.
- 22. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton Univ Press, 1965.
- 23. TMT © 2008, The Neuropsychology Center, PC, 1979, 1992, Ralph M. Reitan, PhD.
- 24. Dubois B, Slachewsky A, Litvan I, Pillon B. Le FAB: une batterie d'évaluation frontale au chevet du lit. Neurologie. 2000 Dec 12;55(11):1621-6.
- 25. HADS copyright © R.P. Snaith et A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Documents publiés à l'origine dans Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361-70, copyright © Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhague, 1983. Publié par GL Assessment Limited, 1st Floor Vantage London, Great West Road, Londres TW8 9AG, Royaume-Uni. tous droits réservés. GL Assessment fait partie du GL Education Group.
- 26. Prokhorov AV, Pallonen UE, Fava JL, Ding L, Niaura R. Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. Addict Behav. 1996 Jan-Feb;21(1):117-27.

- 27. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. Les questions d'AUDIT sur la consommation d'alcool (AUDIT-C): un bref test de dépistage efficace pour les problèmes d'alcool. Projet d'amélioration de la qualité des soins ambulatoires (ACQUIP). Test d'identification des troubles liés à la consommation d'alcool. Archinter Med. 1998 Sep 14;158(16):1789-95.
- 28. Beck F, Legleye S. (2003). Drogues et adolescence : usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans, évolutions récentes ESCAPAD 2002. OFDT, Paris.
- 29. Sass C, Moulin JJ, Gueguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupre C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe E, La Rosa E, Magnier P, Martin E, Royer B, Rubirola M, Gerbaud L Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2006, n°. 14, p. 93-6.
- 30. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. Seventh edition. NY, NY: Pearson; 2019. 832 p.
- 31. Montero ES, Morales-Rodríguez FM. Evaluation of Anxiety, Suicidal Risk, Daily Stress, Empathy, Perceived Emotional Intelligence, and Coping Strategies in a Sample of Spanish Undergraduates. Int J Environ Res Public Health. 3 févr 2021;18(4).
- 32. Delgadillo J, Budimir S, Barkham M, Humer E, Pieh C, Probst T. A Bayesian network analysis of psychosocial risk and protective factors for suicidal ideation. Front Public Health. 2023;11:1010264.

ANNEXES:

Annexe I : Classification des Compétences Psycho-sociales selon l'OMS « CPS OMS probantes »

Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences)
		Capacité d'auto-évaluation positive
Compétences		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
cognitives	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables
		Capacité à résoudre des problèmes de façon créative
	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
Compétences	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
émotionnelles		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires)
0	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés)
Compétences sociales		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
	Résoudre des conflits de façon constructive	

Annexe II : Questionnaire de Collecte de Données (CRF)

Genre

- 1- Quel est votre sexe (défini à la naissance, au sens anatomique du terme) ?
- o Féminin
- Masculin
- 2- Quel est votre genre sexuel actuel (sur les plans culturel, comportemental, social) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)
- o Féminin
- Masculin
- Homme trans
- Femme trans
- Autre
- 3- Quelle est votre orientation sexuelle?
- Asexuelle
- Bisexuelle
- o Hétérosexuelle
- o Gai
- Lesbienne
- o Pansexuelle
- Autre

Age du patient : ...

Statut marital:

- o Marié / PACSE
- En concubinage
- Célibataire
- Veuf

Caractéristique du lieu d'habitation :

- Rural
- o Urbain

Niveau d'étude :

Quelle est le plus haut diplôme que vous ayez obtenu ?

- o Aucun diplôme
- Certificat d'études primaires (CEP)
- Brevet des collèges, BEPC, brevet élémentaire
- o BEP, CAP, ou diplôme de niveau équivalent
- BAC, brevet professionnel
- o Diplôme de niveau bac+2 : BTS, DUT, ou diplôme de niveau équivalent
- Diplôme de niveau bac+3 ou bac+4 : Licence, maîtrise, ou diplôme de niveau équivalent
- o Diplôme de niveau bac+5 : Master, DEA, DESS, doctorat de santé
- Doctorat de recherche (hors santé)

Catégorie socio-professionnelle : (selon INSEE 2020) Quelle est votre situation professionnelle? Agriculteurs exploitants o Artisans/ commerçants/ Chefs d'entreprise Cadres et professions intellectuelles supérieures o Professions intermédiaires Employés o Ouvriers Sans emploi o Etudiant Retraités o En service civique Évaluation des Compétences Psychosociales chez l'adulte : questionnaire « Évaluer le bien-être et les ressources psychologiques », Lantheaume, Shankland & Ben Youssef Mnif (2023), Bruwelles : De Boeck Ι. Quand je lis une information sur internet, j'essaie de vérifier si elle est vraie. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2-3-4-5-6-7- Toujours II. Quand il y a une situation stressante, j'arrive à me calmer par moi-même. Quelle est votre réponse en chiffre de 1 (jamais) à 7 (toujours ?) 1- Jamais 2-3-4-5-6-7- Toujours III. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2-3-

4-5-6-

7- Toujours

IV.	Je suis toujours prêt(e) à aider les autres. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
V.	Quand je ne suis pas d'accord avec quelqu'un, je lui dis. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
VI.	Quand on me demande de faire quelque chose qui ne me semble pas raisonnable ou qui me met mal à l'aise, j'arrive facilement à dire non. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
VII.	J'arrive à comprendre les sentiments de mes proches quand ils sont en colère ou tristes. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours

VIII.	J'arrive à comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
IX.	Quand je prends des décisions, je réfléchis au pour et au contre. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
X.	Je prends le temps de réfléchir avant de faire quelque chose pour résoudre un problème. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
XI.	Pour résoudre un problème, je cherche plusieurs solutions possibles. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours

XII.	J'arrive facilement à savoir ce que je ressens. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
XIII.	J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens. Quelle est votre réponse (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
XIV.	Quand je suis triste, j'arrive ensuite à me remettre de bonne humeur. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours
XV.	Les autres viennent facilement se confier à moi. Quelle est votre réponse de 1 (jamais) à 7 (toujours) ? 1- Jamais 2- 3- 4- 5- 6- 7- Toujours

Mesure de l'estime de soi – Test de Rosenberg :

- I. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- II. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- III. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- IV. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- V. Je sens peu de raisons d'être fier de moi
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- VI. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- VII. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord

- VIII. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- IX. Parfois je me sens vraiment inutile
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord
- X. Il m'arrive de penser que je suis bon à rien
 - 1- Tout à fait en désaccord
 - 2- Plutôt en désaccord
 - 3- Plutôt en accord
 - 4- Tout à fait en accord

Fonctions exécutives :

- Mesure de la flexibilité : Trail Making Test (TMT)
 - 1- Partie A : Le participant doit relier les 25 cercles avec un crayon, aussi rapidement que possible, dans l'ordre croissant des chiffres en commençant par 1 jusqu'à 25. (Maximum 100secondes)

Temps en secondes :

- 1-39sec (normal)
- 40sec- 100sec (terminé mais anormal)
- 101 sec ou plus (score attribué aux patients qui n'ont pas fini le test)
- (20) (19)
 (16) (18)
 (5) (4) (22)
 (13) (6)
 (14) (7) (1) (24)
 (14) (8) (10) (2)
 (8) (10) (2)
 (9) (11) (25) (23)

(17)

(15)

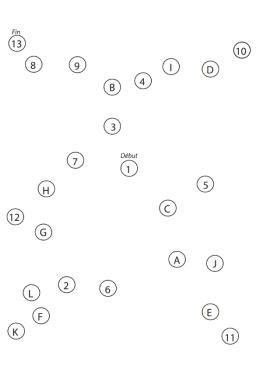
(21)

2. Partie B: Le participant doit relier les 25 cercles avec un crayon, aussi rapidement que possible, mais en alternant les chiffres (1 à 13) et les lettres (A à L), tous deux dans l'ordre croissant (i.e. 1, A, 2, B, 3, C, ...) (maximum 300 secondes)

Temps en seconde

- o 1-91sec. (Normal)
- 92sec-300sec (terminé mais anormal)
- 301 secondes ou plus (score attribué aux patients qui n'ont pas fini le test en 5minutes)

Le score ne se fait qu'en fonction du temps, pas en fonction du nombre d'erreur. A chaque erreur l'examinateur doit dire « non » et le patient recommence au cercle précédent.



- Test BREF (batterie rapide d'efficience frontale)

Cotation 1. Similitudes (conceptualisation) « En auoi se ressemblent : une banane et une orange Nombre de réponses correctes : |__ une tulipe, une rose et une marguerite » Si le patient donne une réponse complétement incorrecte (il dit par exemple: « Ceux-ci n'ont rien en commun ») ou en partie incorrecte (« les deux ont une écorce »), vous l'aidez en disant : « La banane et aussi l'orange sont un fruit. » N'attribuez cependant aucun point pour la réponse. N'aidez pas avec les items suivants. 2. Fluence verbale (flexibilité mentale) « Dites-moi autant de mots que possible qui commencent **par la lettre S**, sauf des prénoms ou des noms propres. » 0 = moins de 3 mots 1 = 3 à 5 mots Donnez 1 minute de temps pour l'épreuve Si le patient n'a pas répondu au bout de 5 secondes dites: « par exemple, serpent. » Si le patient ne répond pas pendant 10 secondes, faites une autre suggestion et dites-lui « N'importe quel mot qui commence par la lettre S » 2 = 6 à 9 mots 3 = > 9 mots 3. Séquence motrice de Luria (programmation) 0 = ne peut pas effectuer 3 séquences consécutives même avec l'aide de l'exam « Regardez exactement ce que je fais. » 1 = échoue seul mais peut effectuer 3 séquences correctes à l'aide de l'examinateur L'examinateur est assis devant le patient et il effectue seul trois fois la séquence « Poing – bord de main – paume » de la main gauche. 2 = peut effectuer seul au moins 3 séquences « Faites la même chose de la main droite d'abord avec moi puis tout seul. » consécutives correctement L'examinateur effectue la série avec le patient trois fois et dit ensuite : « Maintenant 3 = peut effectuer seul 6 séquences consécutives 4. Consignes conflictuelles (sensibilité à l'interférence) 0 = tape au moins quatre fois consécutives comme « Tapez deux fois quand je tape une fois. » Pour être sûr que le patient ait compris 1 = plus de 2 erreurs l'instruction, faites trois fois l'exercice: 1-1-1, 2 = 1 ou 2 erreurs « Taper une fois quand je tape deux fois. » Pour être sûr que le patient ait compris l'instruction, faites trois fois l'exercice: 2-2-2. 9 = refusé/abandonné L'examinateur effectue ensuite la série suivante: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. 5. Go / no go (inhibition de comportement) 0 = frappe au moins quatre fois consécutives comme « Tapez une fois quand je tape une fois. » Pour être sûr que le patient ait compris l'instruction, faites trois fois l'exercice: 1-1-1. 1 = plus de 2 erreurs « Ne taper pas quand je tape deux fois. » Pour être sûr que le patient ait compris l'instruction, faites trois fois l'exercice: 2-2-2. 2 = 1 ou 2 erreurs 3 = aucune erreur L'examinateur effectue ensuite la série suivante: 1-1-2-1-2-2-1-1-2. 6. Comportement d'utilisation (autonomie environnementale) 0 = prend la main de l'examinateur bien qu'on lui ait dit L'examinateur est assis devant le patient. Le patient met ses mains sur ses genoux plaçant ses paumes en haut. Sans rien dire et sans regarder le patient, l'examinateur place ses mains à la proximité de celles du patient et touche les paumes des deux mains du patient pour voir s'il saisit sa main. 2 = hésite et demande ce qu'elle/il doit faire 3 = ne prend pas la main de l'examinateur Si le patient prend sa main, l'examinateur essaye de nouveau après avoir dit: « Ne me prenez pas mes mains cette fois-ci. » Nom: Prénom : Total de la BREF : |____

Anormal si <16

Antécédents du patient :

- I. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?
 - o Oui
 - o Non
- II. Avez-vous déjà été victime de violences physiques, morales, sexuelles (conjugales, intra-familiales, harcèlement scolaire ou au travail...) ?
 - o Oui
 - o Non
- III. Avez-vous vécu un traumatisme récent ? (Deuil, suicide, etc) ?
 - o Qui
 - o Non
- IV. Avez-vous subit un traumatisme dans l'enfance (Deuil, suicide, etc) ?
 - o Oui
 - o Non
- V. Pensez-vous avoir déjà commis des violences (physiques, morales, sexuelles) envers quelqu'un (intrafamiliales, intraconjugales, au travail/à l'école)?
 - o Oui
 - o Non

AUDIT C: mesure consommation d'alcool

- I. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
 - 0. Jamais
 - 1. 1 fois par mois ou moins
 - 2. 2 à 4 fois par mois
 - 3. 2 à 3 fois par semaine
 - 4. Au moins 4 fois par semaine
- II. Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
 - 0- 1 ou 2
 - 1- 3 ou 4
 - 2- 5 ou 6
 - 3-7à9
 - 4- 10 ou plus
- III. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?
 - 1. Jamais
 - 2. Moins d'une fois par mois
 - 3. Une fois par mois
 - 4. Une fois par semaine
 - 5. Tous les jours ou presque

Fumez-	-vous du tabac/ de la nicotine quotidiennement ou régulièrement ?
	Oui
0	Non
Si oui -	FAGERSTROM
Test de	FAGERSTROM - mesure de la dépendance au tabac/nicotine
l.	Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ? 1. Dans les 5 minutes (3) 2. De 6 à 30 minutes (2) 3. 31 à 60 minutes (1) 4. Plus de 60 minutes (0)
II.	Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinémas, bibliothèques)
	1. Non (0) 2. Oui (1)
III.	A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
	 La première de la journée (1) Une autre (0)
IV.	Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
	1. 10 ou moins (0) 2. 11 à 20 (1) 3. 21 à 30 (2) 4. 31 ou plus (3)
V.	Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les 1eres heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
	1. Oui (1) 2. Non (2)
VI.	Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de devoir rester au lit toute la journée ?
	1. Oui (1) 2. Non (0)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé du cannabis ?

- 1. Non
- 2. Oui

Si oui → Questionnaire CAST

<u>Questionnaire CAST</u>: détection des usages problématiques de cannabis, au cours des 12 derniers mois :

- Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?
 - 1. Jamais
 - 2. Rarement
 - 3. De temps en temps
 - 4. Assez souvent
 - 5. Très souvent
- II. Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e)?
 - 1. Jamais
 - 2. Rarement
 - 3. De temps en temps
 - 4. Assez souvent
 - 5. Très souvent
- III. Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?
 - 1. Jamais
 - 2. Rarement
 - 3. De temps en temps
 - 4. Assez souvent
 - 5. Très souvent
- IV. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
 - 1. Jamais
 - 2. Rarement
 - 3. De temps en temps
 - 4. Assez souvent
 - 5. Très souvent

V.	Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis
	sans y arriver?

- 1. Jamais
- 2. Rarement
- 3. De temps en temps
- 4. Assez souvent
- 5. Très souvent
- VI. Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école, ...) ?
 - 1. Jamais
 - 2. Rarement
 - 3. De temps en temps
 - 4. Assez souvent
 - 5. Très souvent

<u>Usages d'autres drogues</u>

- I. Avez-vous déjà consommé de la cocaïne dans les 12 derniers mois ?
 - o Oui
 - o Non
- II. Avez-vous déjà consommé de l'héroïne/du LSD/ des champignons hallucinogènes / autres drogues au cours des 12 derniers mois ?
 - o Oui
 - o Non

Niveau de douleur

- I. Présentez-vous des douleurs chroniques ?
 - o Oui
 - o Non
- II. Si oui, ou se situe en moyenne cette douleur ? Sur une échelle de 0 (pas du tout mal) à 10 (douleur maximale) : où se situe votre douleur ? (À l'aide d'une EVA)

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Anxiété et dépression- Échelle HAD

- I. Je suis tendu(e)
 - 0. Jamais
 - 1. Quelquefois
 - 2. Souvent
 - 3. Très souvent
- II. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'avant
 - 0. Tout à fait autant
 - 1. Pas tout à fait autant
 - 2. Un peu seulement
 - 3. Presque plus du tout
- III. J'éprouve une certain appréhension comme si quelque chose de terrible allait m'arriver
 - 0. Jamais
 - 1. Parfois, mais cela ne m'inquiète pas
 - 2. Oui mais ce n'est pas trop fort
 - 3. Oui, et c'est très fort
- IV. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
 - 0. Autant que par le passé
 - 1. Plus autant qu'avant
 - 2. Vraiment moins qu'avant
 - 3. Jamais
- V. Des idées inquiétantes me passent par la tête
 - 0. Très rarement
 - 1. Pas trop souvent
 - 2. Souvent
 - 3. Pratiquement tout le temps
- VI. Je me sens gai(e)
 - 0. Très souvent
 - 1. Parfois
 - 2. Rarement
 - 3. Jamais

VII. J'arrive à rester tranquille et à me détendre

- 0. Toujours
- 1. Souvent
- 2. Rarement
- 3. Jamais

VIII. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- 0. Jamais
- 1. Parfois
- 2. Très souvent
- 3. Pratiquement tout le temps

IX. J'éprouve une certaine appréhension, comme si j'avais l'estomac noué

- 0. Jamais
- 1. Parfois
- 2. Assez souvent
- 3. Très souvent

X. J'ai cessé de m'intéresser à mon apparence physique

- 0. Je m'y intéresse autant qu'avant
- 1. Je m'y intéresse peut être moins qu'avant
- 2. Je ne m'y intéresse pas autant que je le devrais
- 3. Tout à fait

XI. Je suis agité(e) comme si je n'arrivais pas à tenir en place

- 0. Pas du tout
- 1. Pas beaucoup
- 2. Beaucoup
- 3. Vraiment beaucoup

XII. Je me réjouis à l'idée des choses à venir

- 0. Autant qu'avant
- 1. Un peu moins qu'avant
- 2. Vraiment moins qu'avant
- 3. Presque plus du tout

XIII. Il m'arrive d'être pris(e) de panique

- 0. Jamais
- 1. Pas très souvent
- 2. Assez souvent
- 3. Vraiment très souvent

XIV.	J'arrive à apprécier un bon livre ou une bonne émission de radio ou de télévision
1. 2.	Souvent Parfois Rarement Très rarement
	urs de soins vous un médecin traitant ?
	Oui Non
Si oui	, Avez-vous vu votre médecin traitant au cours des 12 derniers mois ?
	Oui Non
Avez-	vous vu un psychiatre au cours des 12 derniers mois ?
	Oui Non
Avez-	vous vu un psychologue au cours des 12 derniers mois ?
0	Oui Non
Êtes-\	ous suivi par un autre professionnel de santé? (Algologue, infirmier,)
0	Oui Non
	vous vu un professionnel des médecines douces au cours des 12 derniers ? (Sophrologue, acuponcture, réflexologue, magnétiseur,)
0	Oui Non
Prene	z-vous un traitement psychotrope ?
0	Oui Non

Précarité : score EPICES

- I. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?
 - Oui
 - 2. Non
- II. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- III. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- IV. Vivez-vous en couple?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- V. Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- VI. Vous est-il arrivé de pratiquer du sport au cours des 12 derniers mois ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- VII. Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- VIII. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- IX. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- X. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
 - 1. Oui
 - 2. Non
- XI. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?
 - 1. Oui
 - 2. Non

Annexe III : Équation de recherche dans PubMed et Psychinfo pour la bibliographie

("suicide"[MeSH Terms] OR "suicid*"[Title]) NOT ("Non-suicid*"[Title] OR "Nonsuicid*"[Title]) NOT Suicide, Completed[MeSH Terms]

AND ("Emotional Competences"[Text Word] OR "Emotion Dysregulation"[Text Word] OR "Emotional Skill" [Text Word] OR "Emotional Skills" [Text Word] OR "Social Skills"[MeSH Terms] OR "Social Skills"[Text Word] OR "Social Skill"[Text Word] OR "social Competence" [Text Word] OR "social Competences" [Text Word] OR "cognitive" Skills"[Text Word] OR "cognitive Skill"[Text Word] OR "Cognitive Competencies"[Text Word] OR "Cognitive Competence" [Text Word] OR "coping" [Text Word] OR "coping" [Title/Abstract:~2]OR "psychosocial"[Title] OR "psychosocial"[Title] OR "psychosocial" problems"[Title/Abstract:~2] "psychosocial problem"[Title/Abstract:~2] OR OR psychosocial aspects"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial aspect"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial context"[Title/Abstract:~2] "psychosocial challenges"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial environment"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial environments"[Title/Abstract:~2] OR prevention"[Title/Abstract:~2] "psychosocial "psychosocial OR variables"[Title/Abstract:~2] "psychosocial variable"[Title/Abstract:~2] OR characteristics"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial OR "psychosocial "psychosocial dysfunctions"[Title/Abstract:~2] characteristic"[Title/Abstract:~2] OR OR "psychosocial dysfunction"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial factor"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial factors"[Title/Abstract:~2] "psychosocial risk"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial risks"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social problems"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social problem"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social aspects"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial aspect"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social context"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social challenges"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social environment"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social environments"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social prevention"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social variables"[Title/Abstract:~2] OR "psvcho-social variable"[Title/Abstract:~2] "psycho-social characteristics"[Title/Abstract:~2] "psycho-social OR OR characteristic"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social dysfunctions"[Title/Abstract:~2] "psycho-social dysfunction"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social factor"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social factors"[Title/Abstract:~2] OR "psychorisks"[Title/Abstract:~2] OR social risk"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social competence"[Title/Abstract:~2] "psychosocial OR "psycho-social competence"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial competencies"[Title/Abstract:~2] "psycho-social competencies"[Title/Abstract:~2] "psycho-social skills"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial skills"[Title/Abstract:~2] OR "psycho-social skill"[Title/Abstract:~2] OR "psychosocial skill"[Title/Abstract:~2] OR "Psychosocial Skills"[Text Word] OR "Psycho-social Skills"[Text Word] OR "Psychosocial Skill"[Text "psychosocial competencies"[Text Word] OR "psychosocial Word1 OR competence"[Text Word] OR "psycho-social competence"[Text Word])

NOT ("Child"[Mesh] OR "Infant"[Mesh] NOT ("Adult"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh]))

NOT ("Asia"[Mesh] OR "Africa"[Mesh] OR "south america"[MeSH Terms] OR "Latin America"[Mesh])

Annexe IV : Compte rendu remis à chaque patient ayant participé à l'étude





COMPTE-RENDU ENTRETIEN COMPETENCES PSYCHOSOCIALES

Mme XX née le xx/xx/xxxx

Le xx/xx/2024 à Clermont-Ferrand

Vous avez participé à l'étude S3P (Social Skills of Suicidal Patients) le xx/xx/2024 menée dans le cadre d'un travail de thèse en partenariat avec le Département de Médecine Générale et les urgences psychiatriques du CHU de Clermont-Ferrand. Elle vise à comparer le niveau de compétences psycho-sociales de patients suicidants/suicidaires et de soins primaires.

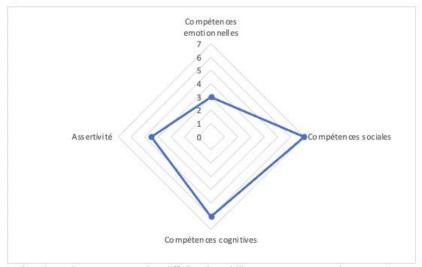
Les compétences psychosociales sont définies par l'OMS selon 3 axes :

- Émotionnelles (gestion du stress et des émotions)
- Cognitives (conscience de soi, autoévaluation positive, pensée critique, créative, prise de décisions constructives)
- Sociales (empathie, communication efficace, habilité dans les relations interpersonnelles)

Pour cela nous avons utilisé le test validé de Rebecca SHANKLAND, professeure en psychologie du développement, qui rajoute l'évaluation de l'**assertivité** à ces trois axes qui correspond à la <u>capacité à s'exprimer, à défendre ses droits et son opinion, sans empiéter sur ceux des autres. Il s'agit d'une posture d'affirmation de soi, tout en respectant l'autre.</u>

C'est dans ce cadre que nous vous adressons le bilan de vos compétences psychosociales.

Le graphique ci-dessous est un **état des lieux** des 4 axes **de vos compétences psychosociales** (trait bleu).



<u>Au niveau émotionnel :</u> ressources plus difficiles à mobiliser pour vous pour le moment Au niveau social : ressources déjà accessibles vous.

Au niveau cognitif: ressources déjà plutôt accessibles pour vous.

Concernant l'assertivité : ressources moins faciles à mobiliser pour vous pour le moment.





Ce graphique peut vous permettre par la suite de vous **entraîner à utiliser davantage les ressources les plus difficiles à mobiliser** afin de les renforcer.

Voici les résultats que vous avez obtenu aux tests utilisés comme critères de jugement secondaires :

	Score patient	Interprétation de résultats
Test de Rosenberg (estime de soi)	26/40	L'estime de soi est faible.
Fonctions exécutives		Fonctions exécutives normales
BREF	17/18	BREF normal
TMT	A: <39sec, B: <90sec	TMT A normal, TMT B normal
AUDIT-C (dépendance alcool)	4	Mésusage de l'alcool
CAST (mésusage cannabis)	21	Consommation à risque élevée
FARGESTROM (dépendance tabac)	5	Dépendance moyenne
HADs	22/42	Présence d'anxiété, dépression possible
Dépression	8/21	Symptomatologie douteuse (8-11)
Anxiété	14/21	Symptomatologie certaine (>11)
		Situation de vulnérabilité sociale (seuil
EPICES (précarité)	64.5/100	>31.17)
Évaluation de la douleur	9/10	Douleurs chroniques de forte intensité

Nous vous invitons, en cas de besoin ou de questionnements, à vous rapprocher de votre médecin traitant pour en parler avec lui.

AURIAT Élise,

(interne en médecine générals, en année de recherche)

Pr LAPORTE Catherine

(Directrice du Département de Médecine Générale)

DÉPARTEMENT de MÉDECINE GÉNÉRALE CLERMONT-FERRAND

Annexe V : Affiche que nous avons réalisé pour l'étude (à destination des patients)

Etude qui évalue les compétences psycho-sociales (CPS) chez des patients de soins primaires



Pourquoi participer à l'étude ?

Etablir un profil de mes CPS et possibilité de participer à des renforcement des CPS.

Permettre de développer un outil de dépistage du risque programmes de suicidaire en soin primaire.

Ma participation à l'étude consiste à :

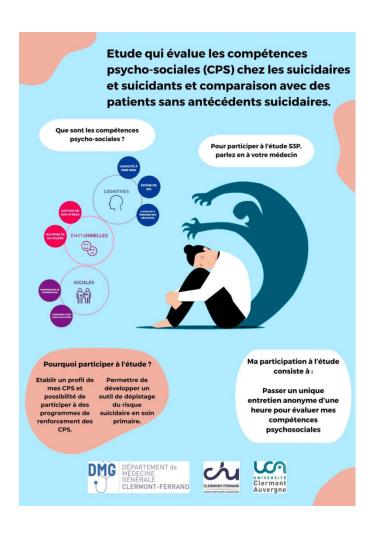
Passer un unique entretien anonyme d'une heure pour évaluer mes compétences psychosociales







Annexe VI : Flyers réalisés pour l'étude (à destination des médecins)



- Proposer à des patients répondant aux critères d'inclusion de participer à une étude.
- S'ils acceptent vous devez simplement prendre leurs coordonnées (via une fiche que nous vous fournirons) et nous les transmettre à l'adresse mail:

eauriat@chu-clermontferrand.fr

Nous les recontacterons par la suite afin de programmer avec eux un rendez-vous soit lors de la consultation post-urgence ou en hospitalisation pour que nous puissions leur faire passer un unique entretien de 45 min environ.

Le jour de cet entretien il faudra seulement qu'un médecin soit présent pour leur faire signer une fiche de consentement.

Critères d'inclusion :

- Patients majeurs
- Patients suicidaires OU suicidants

Critères d'exclusion:

- Patients ne maitrisant pas la langue française
- Troubles psychotiques non stabilisés
- Patients privés de liberté (tutelle, curatelle)
- Patients n'ayant pas de couverture sociale
- Femmes enceintes et allaitantes

Elise AURIAT et Lise BOUSCARY, internes en médecine générale
Emilien LAFARGE, interne en médecine générale
Sous la direction du Pr Catherine LAPORTE, médecin généraliste

Annexe VII: Attestation de réussite aux bonnes pratiques cliniques



Hereby Certifies that

Elise AURIAT

has completed the e-learning course

RECHERCHE EN SOINS PREMIERS

Formation aux bonnes pratiques cliniques $(ICH\ E6\ (R2))$

with a score of

100%

On

20/02/2024

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.

Collège National des Généralistes Enseignants Formation

https://www.cnge.fr/la formation/

Version 01-21



Hereby Certifies that

Lise BOUSCARY

has completed the e-learning course

RECHERCHE EN SOINS PREMIERS

Formation aux bonnes pratiques cliniques (ICH E6 (R2))

with a score of

96%

On

20/02/2024

This e-learning course has been formally recognised for its quality and content by the following organisations and institutions

This ICH E6 GCP Investigator Site Training meets the Minimum Criteria for ICH GCP Investigator Site Personnel Training identified by TransCelerate BioPharma as necessary to enable mutual recognition of GCP training among trial sponsors.

Collège National des Généralistes Enseignants Formation

https://www.cnge.fr/la_formation/

Version 01-21

SERMENTS D'HIPPOCRATE:

(Conseil national de l'ordre des médecins) SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

Nom, Prénom	Signature
Non, Frenon	Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire audessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom Signature

Evaluation et étude des Compétences Psychosociales chez des patients suicidaires et suicidants comparés à des patients sans antécédents suicidaires

Résumé:

CONTEXTE Le suicide est une cause de mortalité importante en France et dans le monde. Les compétences psychosociales (CPS) sont définies selon trois axes : émotionnel (conscience et gestion du stress et des émotions, estime de soi, coping), cognitif (impulsivité, conscience de soi, autoévaluation positive, pensée critique et prise de décision constructive) et social (empathie, communication et relations interpersonnelles efficaces). Des études ont déjà montré qu'un défaut d'adaptation et une faible estime de soi sont liés à un surrisque d'événements suicidaires chez les jeunes. L'évaluation des CPS en population adulte est très peu étudiée. Établir et comprendre le lien entre CPS et suicide permettrait de repérer le risque suicidaire en soins primaires.

OBJECTIF Evaluer et comparer les CPS entre 3 groupes : patients sans antécédents suicidaires (sans risque ni tentative), suicidaires (patients ayant un risque suicidaire), suicidants (patients ayant fait une tentative de suicide).

MÉTHODE: Cette étude transversale visait à comparer les CPS au sein des trois groupes. Ces CPS étaient mesurées par un score validé, qui explorait 4 axes : émotionnel, cognitif, social et assertivité. Pour avoir une puissance satisfaisante 150 entretiens (50 par groupe) étaient nécessaires. Ils ont été menés par trois évaluateurs par le biais d'un questionnaire unique. Tous les résultats ont été tirés d'une analyse univariée, multivariée et factorielle.

RÉSULTATS: Notre analyse principale a montré que les groupes de patients suicidaires et suicidants avaient des CPS émotionnelles moins fonctionnelles que les patients sans antécédents suicidaires (p<0,01). Aucune différence a été retrouvée entre les groupes de patients suicidaires et suicidants. On retrouvait plus de précarité, de dépression, d'anxiété et de faible estime de soi dans les groupes suicidaire et suicidant que chez les patients sans antécédents suicidaires. A travers les différentes analyses, nous avons donc mis en évidence que les profils des suicidaires et des suicidants étaient assez comparables, et bien distincts du profil des patients sans antécédents suicidaires.

CONCLUSION: Notre étude était un état des lieux des CPS en population adulte : les CPS émotionnelles des groupes de suicidaires et suicidants étaient significativement moins fonctionnelles que celles du groupe de patients sans antécédents suicidaires, ce qui encourage à développer des programmes de renforcement des CPS sur la prévention du risque suicidaire en soins primaires.

Mots-clés:

- Suicide

- Compétence psychosociales

Emotionnel

- Assertivité

Cognitif

Social

Estime de soi