

Mots clés : Suicide ; Dépression ; Sujet âgé ; Facteurs de risque ; Prévention

En France, un tiers des suicides sont des suicides de personnes âgées. Chaque année, près de 3000 personnes de plus de 65 ans mettent fin à leurs jours, c'est-à-dire, un tiers des 10 499 suicides recensés par l'Inserm en 2009. Selon une enquête de « France Prévention suicide », en fin 2010, les plus de 85 ans sont les plus exposés aux tentatives de suicide (39,7 morts par suicide pour 100 000 habitants de plus de 85 ans, soit un taux deux fois supérieur à celui des 25–44 ans). Dans 70 % des cas, ces suicides ont lieu à domicile, chez des personnes en situation d'isolement. Et les études épidémiologiques ont montré que plus de 50 à 75 % des personnes âgées décédées par suicide ont consulté leur médecin généraliste dans le mois précédent le décès. En tenant compte des liens entre tentatives de suicide et suicide, la prévention passe par la connaissance des facteurs de risque et des facteurs de vulnérabilité. La dépression est au premier plan dans cette population. L'isolement, le deuil, les difficultés financières, la perte d'autonomie, une maladie invalidante, l'entrée en institution sont autant de situations pouvant conduire à la dépression chez une personne âgée. De plus, des études récentes chez les sujets âgés dépressifs suggèrent que des altérations cognitives, en particulier de l'inhibition cognitive, pourraient être liées à un risque plus élevé de tentatives de suicide chez les sujets âgés.

Pour en savoir plus

Haffen E, Vandell P, Sechter D. Évaluation du risque suicidaire dans la pratique. Les risques chez le suicidant : court et long terme, 105–110. in: Suicides et tentatives de suicide. Courtet P Lavoisier ed; 2004.

Monnin J, Thiemard E, Vandell P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J Affect Disord* 2012;136(1-2):35–43.

Richard-Devantoy S, Jollant F, Kefi Z, Turecki G, Olié JP, Anweiler C, et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord* 2012;140(2):193–9.

Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France, Institut de veille sanitaire, Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°47-48, décembre 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.114>

Nouveaux enjeux cliniques chez les patients souffrant de troubles bipolaires et de schizophrénie

Président : J.-M. Azorin, Assistance publique–Hôpitaux de Marseille, SHU psychiatrie adultes, hôpital Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

S31A

Consommation de cannabis chez les patients souffrant de troubles bipolaires. Quelles conséquences cliniques ?

M. Barde

Hôpital Fernand-Widal, AP–HP, 75010 Paris, France

Mots clés : Trouble bipolaire ; Troubles liés à l'utilisation de cannabis ; Comorbidités ; Impact clinique ; Aspects sociaux démographiques

Le trouble bipolaire (TB) apparaît comme étant la pathologie psychiatrique la plus associée aux comorbidités addictives. Parmi elles les Troubles Liés à l'Utilisation de Cannabis (TLUC) sont très fré-

quents (entre 30 et 60 % en fonction des cohortes). Devant cette réalité clinique, comprendre l'impact des TLUC sur le cours évolutif des troubles bipolaires paraît une question importante. Notre étude porte sur 910 patients bipolaires inclus dans la cohorte des centres experts sur le TB. L'évaluation du TB ainsi que des comorbidités addictives ont été réalisés avec la Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), le fonctionnement, la sévérité et les comorbidités ont été évalués à l'aide d'échelles spécifiques. Les patients souffrant de TB et d'un TLUC sont préférentiellement des hommes avec un âge de début plus jeune et une durée d'évolution plus courte que ceux sans comorbidité addictive. Le TB est plus sévère lorsqu'il est comorbide d'un TLUC. On note chez ce sous-groupe plus d'épisodes maniaques ou mixtes ainsi que plus d'épisodes psychotiques. Nous relevons plus d'épisodes thymiques (et notamment plus de cycles rapides) et d'hospitalisations sur les 12 derniers mois. Les tentatives de suicides (TS) et en particulier les TS graves ne semblent pas être corrélées à l'abus ou à la dépendance de cannabis chez les patients bipolaires. Le TLUC s'accompagne d'autres comorbidités avec plus de TDAH, plus de troubles anxieux et plus de troubles liés à l'utilisation de substances sur la vie entière (tabac et autres substances). Sur le plan dimensionnel, nous trouvons une association entre le TLUC dans le TB avec une hostilité, une impulsivité mesurées plus importantes, un fonctionnement global mesuré moins bon. À l'inverse, nous ne trouvons pas de lien entre TLUC et antécédents de traumatismes durant l'enfance (ni pour le score global du Childhood Trauma Questionnaire ni pour les sous scores).

Pour en savoir plus

Krishnan KR. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosom Med* 2005;67:1–8.

Lev-Ran S, Le Foll B, McKenzie K, George TP, Rehm J. Bipolar disorder and co-occurring cannabis use disorders: characteristics, co-morbidities and clinical correlates. *Psychiatr Res* 2013;12:014.

Sherwood Brown E, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *J Affect Disord* 2001;65:105–15.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.115>

S31B

Conscience du trouble et troubles cognitifs, chez les patients souffrant de schizophrénie. Quelles interactions ?

A. Meary

Hôpital Chenevier, 94000 Créteil, France

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.116>

S31C

Observance chez les patients souffrant de troubles bipolaires. Quels déterminants ?

R. Belzeaux

Assistance Publique hôpitaux de Marseille, Aix-Marseille université, CNRS, CRN2M UMR 7286, Fondation FondaMental, 13009 Marseille, France

Mots clés : Observance ; Symptômes résiduels ; Impulsivité

Les difficultés d'observance sont fréquentes chez les patients souffrant de Troubles Bipolaires (TB). Les conséquences des difficultés d'observance sont graves, tel qu'un plus grand nombre de rechutes ou récidives ou un risque suicidaire accru. La littérature fait état de nombreux facteurs associés à la mauvaise observance [2,3]. Nous avons conduit des études transversales afin d'améliorer les connaissances sur ces facteurs associés à l'observance dans la cohorte de patients souffrant de TB des centres experts Fondamental (FACE-

BD). Les patients inclus dans ces analyses ont été évalués de façon standardisée à l'aide d'hétéro-évaluations et d'autoquestionnaires. L'observance a été mesurée à l'aide de l'échelle Medication Adherence Rating Scale. Les analyses statistiques ont consisté en des comparaisons de moyenne ou de médiane ainsi que des corrélations paramétriques et non-paramétriques. Par ailleurs, des analyses multivariées par régression linéaire ont été conduites. Un premier résultat montre, dans une population de patients souffrant de trouble bipolaire à distance d'un épisode thymique et ne souffrant pas de troubles liés à l'utilisation d'une substance, que les symptômes résiduels dépressifs et les effets secondaires du traitement influencent négativement l'observance [1]. Ensuite, dans une cohorte de patients en rémission symptomatique, l'impulsivité et les antécédents de symptômes psychotiques au décours des épisodes thymiques sont des facteurs également associés à une moins bonne observance. Les limites de ces études sont leur design transversal, l'absence de prise en compte de la nature des traitements médicamenteux et l'absence de prise en compte de facteurs telles que les connaissances du trouble ou la souffrance de la famille liée au trouble. Ces résultats amènent à discuter de plusieurs modèles explicatifs de l'observance médicamenteuse dans les troubles bipolaires, associant des facteurs liés à l'état, comme les symptômes dépressifs résiduels et des traits stables influençant l'observance, comme l'impulsivité. Les conséquences cliniques résident en une adaptation individualisée des stratégies d'amélioration de l'observance.

Références

- [1] Belzeaux R, Correard N, Boyer L, et al. Depressive residual symptoms are associated with lower adherence to medication in bipolar patients without substance use disorder: results from the FACE-BD cohort. *J Affect Disord* 2013 [in press].
- [2] Leclerc E, Mansur RB, Brietzke E. Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *J Affect Disord* 2013;149(1–3):247–52.
- [3] Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, et al. Expert Consensus Panel on Adherence Problems in, S., Persistent Mental, I., The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl. 4):1–46 [quiz 47–48].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.117>

Suicide : environnement maltraitant et maltraité

Président : P. Courtet, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, U888 Inserm, 34000 Montpellier, France

S32A

La maltraitance dans l'enfance : épicerie des conduites suicidaires

N. Perroud

Hôpitaux universitaires de Genève, hôpital Belle Idée, 1225 Chêne-Bourg, Suisse

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.118>

S32B

Quand l'environnement fait mal. . .

E. Olié

Hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, U888 Inserm, 34000 Montpellier, France

Mots clés : Suicide ; Douleur ; Ostracisme

La présence de facteurs environnementaux précipitant le passage à l'acte suicidaire est indéniable. Cependant, seuls les sujets por-

teurs d'une vulnérabilité suicidaire, lorsqu'ils sont soumis à des facteurs de stress, passent à l'acte [3]. Les facteurs environnementaux sont généralement associés à une menace du statut social de l'individu. Tout comme on ressent une douleur lorsque l'intégrité physique est menacée, l'être humain perçoit une douleur lorsque son « intégrité sociale » est menacée. La douleur sociale peut être considérée comme un sous-type de douleur psychologique en lien avec une menace du besoin fondamental d'affiliation [5]. Il est probable qu'une sensibilité accrue à la douleur sociale et psychologique participe à la vulnérabilité suicidaire [4]. Par exemple, la présence d'abus dans l'enfance est fortement associée à la survenue de tentative de suicide à l'âge adulte, mais aussi à une sensibilité accrue au rejet [1] ainsi qu'une plus forte prévalence de comorbidités algiques [2]. L'étude de la perception douloureuse nécessite des travaux supplémentaires afin de favoriser la mise en place de nouvelles stratégies thérapeutiques vis-à-vis des conduites suicidaires.

Références

- [1] Ehnvall A, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Malhi G. Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females – but not for males. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:50–6.
- [2] Hart-Johnson T, Green CR. The impact of sexual or physical abuse history on pain-related outcomes among blacks and whites with chronic pain: gender influence. *Pain Med* 2012;13:229–42.
- [3] Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003;4:819–28.
- [4] Olie E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F. Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *J Affect Disord* 2009.
- [5] Williams KD. Ostracism. *Annu Rev Psychol* 2007;58:425–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.119>

S32C

N'oublions pas les survivants ! Impact psycho-économique de la tentative de suicide sur les proches du suicidant

G. Vaiva

CHRU de Lille, hôpital Michel-Fontan, 59000 Lille, France

Mots clés : Suicide ; Entourage ; Psychotrauma ; Médicoéconomique ; Automédication

Hypothèse.– La tentative de suicide d'un sujet propage une souffrance en cascade sur les différents cercles de l'entourage familial et affectif, qui peut se mesurer en termes de stress traumatique et d'impact médicoéconomique. Chaque année, 3 750 000 français sont concernés par une TS de l'un de leurs proches.

Sujets étudiés.– Homme ou femme, âgé de plus de 16 ans sans limite supérieure d'âge, membre de l'entourage proche d'un suicidant (sujets habitant sous le même toit que le suicidant). Au total, 171 familles ; soit 171 suicidants et 171 « informateurs ménages ». Ces sujets ont été comparés aux données de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) sur la population française (échantillon de 20 000 personnes, représentatif de 95 % des ménages français). L'ensemble des sujets a été recontacté par téléphone après 3 mois et 1 an.

Résultats.– Quatre-vingt-sept pour cent des proches vont « plutôt bien » à 1 an ; les 13 % qui vont moins bien sont importants à qualifier au plus tôt après la TS. Un modèle explicatif de la probabilité d'aller mal après 1 an est possible ; modèle dominé par l'impact psychotraumatique de la scène suicidaire ou de l'activation des secours (70 % de symptômes psychotraumatiques dans ce sous-groupe). Sur le plan médicoéconomique, nous observons une grande stabilité des contacts de soin à 1 an, qui contraste avec une forte augmentation des consommations médicamenteuses ($\times 2,37$) ; toutes les catégories pharmacologiques sont concernées. L'hypothèse d'une