

**Résultats** Vingt-trois centres d'urgence français de tous horizons (CHU, CHG, PSPH) ont inclus 1055 suicidants dans l'essai. À 6 mois, l'analyse en ITT était positive : (96/493) 19,5 % vs. (124/494) 25,1 % adverse outcomes, Khi square = 4,194 ;  $p = 0,041$ . Nous observions dans le groupe témoin, une différence significative dans le nombre de consultants en Rhumatologie, dans le nombre de séances chez le Kinésithérapeute (903 vs 419 dans le groupe ALGOS), dans le nombre de jours hospitalisations en MCO (Algos : 157,5 et Témoins : 316) pour un nombre d'hospitalisations quasi identique (Algos : 71 et Témoins : 73), une différence quasi significative du nombre de consultations auprès des assistantes sociales (moyenne Algos : 0,29 et moyenne Témoins : 0,17 ;  $p = 0,07$ ).

**Discussion et perspectives** Ce programme montre pour la première fois l'efficacité d'un dispositif de veille à 6 mois ; ce genre de dispositif se montrerait peu onéreux à mettre en place et ne génère pas d'augmentation des consommations de soin dans le groupe étudié, au contraire.

**Mots clés** Analyse médico-économique ; Suicide ; Follow-up

**Déclaration d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.263>

## S4C

### Spécificités et approche préventive du suicide chez le sujet âgé

F. Limosin

Hôpitaux Universitaires Paris Ouest (AP-HP), Hôpital Corentin-Celton, Service de Psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, Issy-les-Moulineaux, France  
Adresse e-mail : [frederic.limosin@ccl.aphp.fr](mailto:frederic.limosin@ccl.aphp.fr)

L'impact de l'allongement de l'espérance de vie, qui s'accompagne d'un accroissement du nombre de personnes souffrant de troubles mentaux, fait de la prise en charge des troubles psychiatriques du sujet âgé un enjeu majeur de l'organisation de notre offre de soins. Les troubles psychiatriques sont fréquents chez le sujet âgé, notamment la dépression, avec des chiffres de prévalence dépassant 40 % chez les sujets de plus de 75 ans institutionnalisés. Or les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité prématurée chez le sujet âgé, et représentent les 3/5èmes des sources d'incapacité liées au vieillissement.

Un risque est particulièrement préoccupant chez le sujet âgé : celui du suicide. En Europe, c'est chez les personnes âgées que le taux de suicide est le plus élevé (en 2005, de 16,4 à 22,9 pour 100 000), les suicides de la population des 60 ans et plus représentant 30 % du total des suicides. Ce taux augmente avec l'âge et c'est parmi les hommes de plus de 85 ans que le suicide est le plus fréquent (6 à 7 fois plus que les hommes âgés de 15 à 24 ans). En France entre 2002 et 2003, les taux de suicide étaient de 60 pour 100 000 hommes de 75 à 84 ans et de 124 pour 100 000 hommes de 85 ans ou plus. Au total, 10 % des décès du sujet âgé sont le fait de suicides.

Compte-tenu des particularités liées à la présentation clinique de la dépression chez le sujet âgé, ainsi que des fréquentes comorbidités somatiques et cognitives associées, il est essentiel de développer des actions spécifiques d'information et de prévention du passage à l'acte suicidaire dans cette tranche d'âge.

**Mots clés** Suicide ; Sujet âgé ; Épidémiologie ; Prévention

**Déclaration d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

*Pour en savoir plus*

Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicide en France. DREES: études et résultats;2006/05 [n° 488].  
Mykletun A, Bjerkeset O, Overland S, Prince M, Dewey M, Stewart R. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. Br J Psychiatry 2009;195:118–25.

Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, Malafosse A, Boulenger JP. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry 2004;184:147–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.264>

## S5

### Clinique de l'expertise

C. Jonas

CHU Tours, Psychiatrie A, Tours, France

Adresse e-mail : [c.jonas@chu-tours.fr](mailto:c.jonas@chu-tours.fr)

L'expertise est une activité psychiatrique à part entière nécessitant des compétences diverses en plus de la formation de base du psychiatre. Parmi celles-ci figurent celles qui ont trait aux particularités des populations rencontrées. Chacun pense d'abord aux auteurs d'agressions sexuelles bien connus maintenant mais les délinquants ou criminels peuvent réserver des surprises diverses. Dans cette session, il n'est pas envisageable d'aborder toute la spécificité de cette clinique. Nous ciblons 3 situations de survenue plus ou moins rare mais ayant une valeur heuristique quant aux compétences que doit développer l'expert et éclairant l'intérêt de cette clinique. Les meurtres au cours du sommeil doivent être connus notamment pour faire le diagnostic différentiel avec des psychoses brèves lors d'actes sans lendemain. La pédopornographie sur Internet se développe et est de plus en plus souvent rencontrée en expertise. Enfin le cannibalisme pour extraordinaire qu'il soit révèle une catégorie de patients intrigants et fascinants.

**Mots clés** Expertise ; Psychiatrie ; Meurtres ; Pathologie sexuelle ; Cannibalisme

**Déclaration d'intérêts** L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.265>

## S5A

### Clinique des pathologies médico-légales du sommeil

R. Didi<sup>\*1</sup>, A. Marin<sup>2</sup>, J.-C. Girod<sup>1</sup>, L. Nicolleau<sup>1</sup>, D. Maltaverne<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital de la Chartreuse, Dijon, France

<sup>2</sup> CHU Dijon, Dijon, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [secretariat.secteur6@chs-chartreuse.fr](mailto:secretariat.secteur6@chs-chartreuse.fr) (R. Didi)

**Introduction** Psychiatrie et médecine légale se côtoient devant les Assises. Si les meurtres au cours du sommeil sont rares (3 cas en 30 ans d'expertise pénale), ce phénomène est connu de longue date – 19<sup>e</sup> siècle (Fodéré, Lutaud, Brouardel, Briand, Chaudé, Casper).

**Objectifs** – reconnaître et dépister les pathologies du sommeil capables de conduire à de tels drames souvent interprétés de manière erronée ;

– au regard des données neurophysiologiques, comprendre ces comportements moteurs nocturnes non REM à la frontière de la comitialité :

– L. Nobili–Milan,

– Tassinari–Bologne ;

– évoquer l'irresponsabilité pénale devant l'état hypnoïde, meurtrier en proposant l'article 122.1 ou 122.2 du Code pénal ;

– maintenir un esprit critique d'expert et s'entourer d'avis spécialisés (sommnologique, neurologique, neurophysiologique) avant de conclure un rapport qui risque de conduire le prévenu à 20 ans de réclusion criminelle.

**Méthodologie** – à partir de trois dossiers de meurtre au cours du sommeil, d'une analyse électrophysiologique, de la littérature, deux pathologies émergent dans la transition sommeil (non REM)–veille :

– le somnambulisme,

– la confusion de l'éveil ;

– ces états meurtriers sont sauvages, violents, complexes, auto-mates, inexplicables, sans motif conscient, avec au réveil une amnésie totale ou partielle ;

– le prévenu face à ces comportements se retrouve devant les Assises condamné alors que la doctrine devrait conduire à l'irresponsabilité.

*Discussion* – des critères médico-légaux ont été définis par Bonkalo au 5<sup>e</sup> Meeting international de Forensic Science–Toronto 1969 ;

– les actes impulsifs, insensés, survenant au cours de la transition sommeil lent-veille s'inscrivent dans le cadre des parasomnies caractérisées par des éveils incomplets ;

– les générateurs de ces comportements sont les mêmes que ceux de l'épilepsie fronto-limbique ;

– le cerveau est capable de générer des états dissociés avec éveil de certaines structures cortico-sous-corticales et sommeil du lobe préfrontal ;

– le sommeil et l'éveil peuvent se côtoyer dans le temps et l'espace sur le cortex.

*Conclusions* – dans ce type d'affaire criminelle la répression prédomine ;

– l'expert aux Assises est souvent bafoué, voire humilié ;

– la méconnaissance des avocats, des magistrats, des experts, des jurés conduit à des décisions qui s'opposent au Code pénal ;

– pourtant dans son manuel de médecine légale, Lutaud (1886) rappelait : « Le somnambule endormi peut conduire à des actes criminels et n'en conserver aucun souvenir à son réveil. Il en résulte que, comme l'aliéné, il ne saurait être responsable des actions commises pendant son sommeil ».

*Mots clés* Crime ; Sommeil ; Somnambulisme ; Confusion de l'éveil ; Irresponsabilité

*Déclaration d'intérêts* Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.266>

## S5B

### Clinique de la pédopornographie sur Internet

S. Prat

Forensic Psychiatry Department, McMaster University, Hamilton, Canada

Adresse e-mail : [sebastienprat@hotmail.fr](mailto:sebastienprat@hotmail.fr)

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.267>

## S5C

### « Je mange, donc je suis » : étude clinique du cannibalisme à partir de cinq cas

S. Raymond

Hôpital Paul Guiraud, UMD Henri Colin, Villejuif, France

Adresse e-mail : [raymond.sophie@yahoo.fr](mailto:raymond.sophie@yahoo.fr)

Le cannibalisme consiste à consommer un individu de sa propre espèce. Du fait de la rareté du cannibalisme humain, la littérature scientifique se restreint à des cas isolés à l'image de Dahmer [1], Meiwes [2] ou Sagawa [3]. Afin d'explorer les caractéristiques de patients cannibales, nous avons étudié tous les patients hospitalisés pour cannibalisme à l'UMD H. Colin ces quinze dernières années, soit 5 patients.

Tous sont de sexe masculin (âge moyen 26 ans). Trois patients n'ont pas d'antécédent hétéroagressif. Tous ont des antécédents psychiatriques : trois patients présentent une schizophrénie paranoïde, les deux autres une structure de type perverse.

Dans le sous-groupe de patients schizophrènes, l'acte, non prémédité, semble favorisé par une rupture de traitement ou une prise de toxique. Le délire est au premier plan, ainsi que les perturbations relationnelles avec la victime qui appartient au couple parental,

l'acte cannibalique s'intégrant dans un acte parricide, réaction de défense pathologique visant l'annihilation de la victime. Les zones ingérées correspondent à des zones relationnelles.

Dans le sous-groupe de patients pervers, on retrouve une perte du tabou cannibalique. La relation avec la victime est marquée par l'emprise. Un vécu d'humiliation précipite l'acte, qui semble venir restaurer narcissiquement le sujet dans une jouissance destructrice majeure, avec une dimension sexuelle. Les organes ingérés sont choisis (projet de dégustation).

Notre étude a permis d'identifier deux sous-groupes de patients cannibales, distincts sur un plan clinique et dans la dynamique de l'acte. La petite taille de la cohorte ne nous permet cependant pas de généraliser ces données.

*Mots clés* Cannibalisme ; Anthropophagie ; Passage à l'acte

*Déclaration d'intérêts* L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

*Références*

[1] Jentzen J, Palermo G, Johnson LT, et al. Destructive hostility: the Jeffrey Dahmer case. *Am J Forensic Med Pathol* 1994;15(4):283–94.

[2] Pfäfflin F. Good enough to eat. *Arch Sex Behav* 2008;37:286–93.

[3] Duval P. Le Japonais cannibale. Paris: Stock; 2001.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.268>

## S14

### Vulnérabilité psychique de l'avancée en âge

P. Clery-Melin

Groupe Sinoue, Clinique du Château de Garches, Garches, France

Adresse e-mail : [pcm@groupe-sinoue.com](mailto:pcm@groupe-sinoue.com)

La transition vers le grand âge s'accompagne de modifications neurobiologiques, physiques, psychologiques et environnementales augmentant le risque de décompensation psychiatrique. Cette vulnérabilité psychique du sujet âgé intègre des dimensions multiples endophénotypiques (génétiques, épigénétiques), diachroniques (traumas précoces, expériences de vie passées) et synchroniques (facteurs de stress actuels liés à la transition vers le grand âge). Les schémas cognitifs précoces inadaptés et les schémas de détresse subjective plus spécifiques de la personne âgée ont été identifiés comme possible marqueur de vulnérabilité psychologique à la dépression [1]. Tout particulièrement la réactivité cognitive, définie comme la propension à l'activation des schémas dans des contextes de stress de moins en moins importants au fur et à mesure des épisodes dépressifs successifs, pourraient être l'expression au niveau psychologique de dysrégulations neurobiologiques sous-tendant la vulnérabilité psychique [2]. Un des mécanismes neurobiologiques souvent impliqué dans cette vulnérabilité psychique du sujet âgé est la perturbation de l'axe du stress (hypothalamo-hypophysosurrénalien) [3] avec une hypercortisolemie sérique et atrophie hippocampique secondaire expliquant aussi que la dépression du sujet âgé représente un facteur de risque important de développer une démence ultérieure [4]. La relation dépression tardive/démence est probablement bidirectionnelle, la physiopathologie de la maladie Alzheimer pouvant aussi induire une atrophie hippocampique, les symptômes dépressifs représente alors un prodrome du processus neurodégénératif. Cette session thématique propose en première partie un exposé du concept de vulnérabilité psychique du sujet âgé particulièrement pertinent dans une démarche de screening de patients à risque pour lesquels des mesures thérapeutiques spécifiques doivent être proposées. Puis sera abordé le concept de réactivité cognitive et ses liens probables avec des dysrégulation des systèmes hippocampiques et amygdaliens. Enfin, les liens entre dépression tardive et démence seront analysés sur les plans épidémiologiques et physiopathologiques.

*Mots clés* Vulnérabilité psychique ; Sujet âgé ; Dysrégulation émotionnelle

*Déclaration d'intérêts* L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.