

soins de moindre qualité : négligence de points d'appel somatiques, moindre recours au dépistage, retard au diagnostic des cancers, traitement insuffisant de la maladie coronarienne, etc. Les causes de cette perte de chances sont liées au patient lui-même et notamment au handicap psychique associé aux troubles mentaux, mais également à la représentation de ces troubles chez les professionnels de santé et à l'organisation du système de soins, notamment au cloisonnement persistant entre soins psychiatriques et soins somatiques.

Mots clés Accès aux soins ; Comorbidité somatique ; Handicap psychique ; Mortalité ; Perte de chances ; Qualité des soins

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

Pour en savoir plus

Druss BG, Newcomer JW. Challenges and solutions to integrating mental and physical health care. *J Clin Psychiatry* 2007;68(4):e09.
Lemogne C, Nabi H, Melchior M, Goldberg M, Limosin F, Consoli SM, Zins M. Mortality associated with depression as compared with other severe mental disorders: a 20-year follow-up study of the GAZEL cohort. *J Psychiatr Res* 2013;47(7):851–7.

Mitchell AJ, Lawrence D. Revascularisation and mortality rates following acute coronary syndromes in people with severe mental illness: comparative meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011;198(6):434–41.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.260>

Sessions thématiques

S4

Le suicide et la prévention du suicide aux différents âges de la vie

M. Sarchiapone

Department of Medicine and Health Science University of Molise, Campobasso, Italie

Adresse e-mail : marco.sarchiapone@me.com

Résumé non transmis.

Déclaration d'intérêts L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.261>

S4A

Suicide prevention and mental health promotion in adolescents: Lessons learned from the SEYLE "Saving and Empowering Young Lives in Europe" program

J.-P. Kahn

CHU de Nancy, Psychiatrie et Psychologie clinique, Nancy, France

E-mail address: jp.kahn@chu-nancy.fr

Introduction The "Saving and Empowering Young Lives in Europe" (SEYLE) has gathered 12,395 high school students in 10 countries (including 1007 students in the Lorraine Region). It has been funded by the FP7 European program and coordinated by the Karolinska Institute. Its main goals were to encourage teenagers to adopt healthier behaviors by reducing risk behaviors and suicidal behaviors, to assess the benefits from various prevention programs and recommend evidence based and culturally adapted mental health promotion programs for teenagers.

Inclusion and method SEYLE is a randomized control trial evaluating 3 mental health prevention programs:

- a program training school staff to identify and refer students at suicidal risk (QPR);
- a mental health sensibilization program, aimed at the students (the Awareness program);
- a mental health professional screening program, through self-report questionnaires and clinical interview.

These prevention programs were compared to a minimal intervention control group. The students (aged 14–16 years old) filled a 127 items questionnaire at Baseline, M3 and M12.

Results The most salient results of this research have shown:

- the efficacy on suicidal behaviors of prevention programs in schools, in particular the Awareness program (the mental health sensibilization universal program);
- the existence of an invisible group of students at risk (highly sedentary students with poor sleep and media overexposure);
- a high prevalence of depressive (10.5%) and (5.8%) anxious symptoms as well as non-suicidal injuries (7.8%) in European adolescents.

Discussion and perspectives This study has provided evidence of the efficiency of mental health awareness programs in schools to decrease the number of suicides and suicidal behaviors in teenagers and to better identify "at risk" students.

Keywords Suicide; High school Student; Mental health promotion

Disclosure of interest The author declares that he has no conflicts of interest concerning this article.

Further reading

Wasserman D et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010;10:192. doi: 10.1186/1471-2458-10-192.

Carli V, et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) project: methodological issues and characteristics of the participating pupils. *BMC Public Health* 2013;13:479; doi:10.1186/1471-2458-13-479.

Carli V, et al. A newly identified group of adolescents at "invisible" risk for psychopathology and suicidal behaviour: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry* 2014;13:78–86.

Wasserman D, A Mental Health Awareness Program is effective in preventing suicide attempts and severe suicidal ideation in adolescents: a school-based cluster RCT in 10 European Union countries. *Lancet* 2014, in press.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.262>

S4B

Que nous apprend le parcours de soins des suicidants, dans l'année suivant la tentative de suicide ?

G. Vaiva

CHRU de Lille, Hôpital Michel Fontan, Service de Psychiatrie d'Adultes (59G08), Lille, France

Adresse e-mail : guillaume.vaiva@chru-lille.fr

Introduction Faut-il veiller sur une crise suicidaire dès lors qu'un sujet a été rencontré au décours d'une TS ? Nous prôtons la simple idée de revenir un peu à distance, sur le compromis de sortie des Urgences qui avait été conclu avec le patient suicidant. Nous présentons ici la comparaison des parcours de soin dans l'année qui suit le geste, entre un groupe de sujet bénéficiant d'un dispositif de veille baptisé ALGOS et une cohorte témoin de suicidants.

Matériel et méthode Essai thérapeutique randomisé comparatif en deux groupes parallèles (ClinicalTrials.gov : NCT01123174). L'objectif principal était la réduction des conduites suicidaires à 6 mois, en comparaison d'un groupe témoin sans intervention spécifique. Un recueil exhaustif des consommations de soins directs (hospitalisations, consultations, arrêts de travail, etc.) était réalisé à 6 mois.

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

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

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*,¹, A. Marin², J.-C. Girod¹, L. Nicolleau¹, D. Maltaverne¹

¹ Hôpital de la Chartreuse, Dijon, France

² CHU Dijon, Dijon, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : 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^e 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 ;