

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