

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

automédication en partie non consciente et non perçue est soulevée.

Pour en savoir plus

Magne-Ingvar U, Ojehagen A. Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 1999;34/2:73–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.120>

Posters

P40

Syndrome métabolique et promotion de l'activité physique en psychiatrie

A. Nasfi, D. Martin, E. Jouet

EPS Maison Blanche, Paris, France

Mots clés : Syndrome métabolique ; Psychiatrie ; CLAN ;

Promotion de l'activité physique

Le syndrome métabolique est fréquemment retrouvé en psychiatrie avec ses conséquences connues sur les risques cardio- et cérébrovasculaires. Le Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) de l'EPS Maison Blanche a réalisé suite à une enquête sur la traçabilité des indicateurs métaboliques un programme d'actions autour du dépistage de ce syndrome : équipement en matériel (pèse-personne, toise, mètre ruban), rédaction d'un protocole de dépistage prévention et prise en charge du syndrome métabolique, affiches et brochures d'information à l'attention des professionnels et des usagers, formations auprès des professionnels, traçabilité des indicateurs nutritionnels dans le dossier informatisé. Le CLAN s'est ensuite consacré à la sensibilisation de la prévention et de prise en charge du syndrome métabolique en s'intéressant à la promotion de l'activité physique. Une première journée sportive a eu lieu en 2012, réunissant 60 professionnels et usagers de tous services intra- et extrahospitaliers avec le soutien de la Fédération française de sport adapté (FFSA). L'évaluation de cette journée a confirmé l'importance de la place du sport dans la prise en soins. Une enquête dans les différentes unités a mis en évidence les activités existantes ainsi que les besoins et attentes des professionnels dans ce domaine. Une deuxième journée, plus ambitieuse, a réuni en 2013 plus d'une centaine de personnes (directeurs, administratifs, professionnels soignants, usagers) en partenariat avec la mairie de Paris, la direction de la jeunesse et des sports, et la FFSA. Son objectif, en réunissant les différents partenaires impliqués autour du moyen-sport, est de pérenniser ces actions dans le quotidien de la prise en charge avec une aide structurelle et fonctionnelle adaptée. Le projet actuel du CLAN est de créer une association à destination des usagers leur facilitant l'accès à une activité sportive.

Pour en savoir plus

Afssaps avril 2010- PNNS3 Axe 2.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.121>

P41

Trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité chez des adultes souffrant d'un trouble de l'humeur : le rôle des dimensions de la personnalité

M. Di Nicola^a, L. Sala^b, L. Romo^c, V. Catalano^a, C. Dubertret^d, G. Martinotti^e, M. Mazza^a,

J.-D. Guelfi^b, F. Rouillon^b, L. Janiri^a, P. Gorwood^c

^a École médicale de l'université catholique, l'institut de psychiatrie et psychologie, 00168 Rome, Italie

^b CH Sainte-Anne, 75014 Paris, France

^c Centre hospitalier Sainte-Anne, CPN Inserm U894, 75014 Paris, France

^d Hôpital universitaire Louis-Mourier, Colombes, France

^e Université « G. d'Annunzio », Chieti, Italie

Introduction.– Dans les cas des troubles bipolaires, les taux de comorbidité avec un TDAH peut varier entre 9,5 % et 27 % [1]. Ces patients présentent un début de trouble plus précoce, avec plus d'épisodes dépressifs et des épisodes mixtes. Il existe peu d'étude sur le lien entre ces deux pathologies et les différentes dimensions de personnalité selon le modèle de Big Five.

Méthode.– Notre étude comporte 106 patients souffrant de dépression, 102 patients bipolaires et 120 témoins, tous homogènes vis-à-vis de leurs caractéristiques démographiques. Le diagnostic de TDAH se basait sur les critères DSM-IV-TR. Les traits de TDAH étaient autoévalués avec la Wender Utah Rating Scale (WURS), la Adult ADHD Self-rating Scale (ASRS) et la Brown Attention Déficit Disorder Scale (ADD). L'Inventaire de Personnalité-Révisé, le NEO PI-R, servait également à évaluer les dimensions de la personnalité au sein des groupes cliniques.

Résultats.– 15,7 % des adultes souffrant d'un trouble bipolaire et 7,5 % souffrant d'une dépression sévère manifestaient une comorbidité d'un TDAH en comparaison avec seulement 3,3 % des témoins. Il existe des corrélations significatives entre des traits de personnalité et la présence d'un TDAH. Une analyse de régression logistique de l'ensemble des 208 sujets cliniques a montré que ceux avec des faibles niveaux de névrosisme manifestaient un taux moins important de comorbidité avec un TDAH.

Discussion.– Notre étude souligne le lien entre des troubles de l'humeur, notamment les troubles bipolaires, et la présence d'un TDAH chez des adultes. Nos résultats soutiennent la nécessité d'évaluer les sujets souffrant des troubles d'humeur sur une éventuelle comorbidité de TDAH en milieu clinique. Il faudra étudier d'une façon plus approfondie ces traits de personnalité et les liens entre des troubles de l'humeur et un TDAH afin de pouvoir adapter la prise en charge.

Référence

[1] Nierenber, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry* 2005;57(11):1467–73.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.122>

P42

L'art de l'entretien ou le chemin du diagnostic à la thérapeutique

M.A. Birem, M.C. Mardaci, S. Bensaïda

EHS Errazi, Annaba, Algérie

Mots clés : Entretien psychiatrique ; Alliance thérapeutique ;

Relation médecin malade ; Facilique

C'est un art que chaque thérapeute pratique plus ou moins, mais sans vraiment une claire conscience de son pouvoir et de son importance. C'est d'autant plus vrai que psychiatres et psychologues, mais aussi beaucoup d'intervenants sociaux, ne disposent pas d'une véritable formation à l'entretien au cours de leurs études. Celle-ci émergera progressivement au décours d'une pratique, laissée le plus souvent à leur seule responsabilité. De par l'application de certaines techniques et l'utilisation de stratégies bien définies, un entretien de qualité constitue une sorte de « pont » : du diagnostic à la thérapeutique, sorte d'outil majeur de l'évaluation, du diagnostic et de l'orientation thérapeutique et psychothérapeutique. De par l'alliance créée entre le médecin et son patient, le premier entretien trace indéniablement le bon chemin vers la guérison de l'esprit et de l'âme. Pourquoi c'est un art ? Parce qu'il passe par « la création », la création d'une relation : équilibre subtile entre empathie, regard positif inconditionnel et expertise plus ou moins autoritaire. Cette alchimie fait que, certains praticiens réussissent là où d'autres échouent. Nous allons passer en revue ces techniques et cette façon