

téléphonique au professionnel référent (M3) et la mise à disposition d'un numéro d'appel téléphonique pour le patient et son référent. Une évaluation téléphonique finale à un an (M12) a été effectuée dans les deux groupes.

#### Résultats :

- le taux d'adhésion aux rappels téléphonique est important. Un contact téléphonique a été établi dans 85,5 % des cas à j8–j15, 80,9 % des cas à M1 et 72,4 % des cas à j8–j15 et à M1 ;
- le taux de récurrence suicidaire à un an ne diffère significativement pas entre G1 et G2 : 14,5 % vs 14,0 % (analyse en « intention de traiter »), 14,5 % vs 11,5 % (analyse « per protocole ») ;
- l'initiation d'un suivi ambulatoire (ISA), au plus tard dans le mois suivant le mois de la TS, ne diffère également pas entre les deux groupes : 31,0 % (G1) vs 24,2 % (G2) ;
- il existe une forte perte d'information lors du recueil à M12.

Dans le groupe G2, la prise en compte de l'ensemble des données collectées à j8–j15, M1, M3 et M12, montre un taux de récurrence suicidaire de 19,4 % (vs 14,0 % selon les seules données M12), mais aussi un taux d'ISA de 70,6 % (vs 24,2 %).

*Discussion et conclusion.* – Ces résultats sont confrontés aux données récentes de la littérature [1]. La discussion porte sur la méthodologie la plus appropriée à l'évaluation des effets de la veille sanitaire et aux moyens de contrôler les effets de l'évaluation sur les variables étudiées.

#### Références

- [1] Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, et al. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can J Psychiatry* 2011;56:621–9.
- [2] OMS. Étude multicentrique d'intervention sur les comportements suicidaires – SUPRE-MISS : protocole de la SUPRE-MISS. OMS; 2006.
- [3] Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomized controlled study. *BMJ* 2006;332:1241–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.230>

P95

### Les réhospitalisations en urgence chez les patients atteints de troubles psychiatriques dans les données de l'assurance maladie

C. Montete, F. Journeau, J.L. Touret, P. Gabach, A. Fagot-Campagna

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris, France

*Mots clés :* Réhospitalisation ; Urgence ; SNIIRAM ; PMSI

*Introduction.* – Les réhospitalisations en urgence des adultes atteints de maladies psychiatriques et les déterminants de ces réhospitalisations sont peu étudiés.

*Méthodes.* – L'étude a inclus tous les adultes du régime général de l'Assurance Maladie, pris en charge pour troubles psychiatriques en 2010, identifiés dans le SNIIRAM et ayant eu une hospitalisation temps plein au 4<sup>e</sup> trimestre 2010 (PMSI-MCO, RIM-P) avec un diagnostic principal psychiatrique. Les « patients incidents » ont été définis comme des adultes non hospitalisés pour motif psychiatrique dans les deux ans précédents l'hospitalisation incluant. Le critère de jugement est la survenue d'une réhospitalisation après passage dans un accueil des urgences dans les six mois suivant l'hospitalisation incluant.

*Résultats.* – Parmi les 2,08 millions de patients pris en charge pour troubles psychiatriques, 92 186 ont été hospitalisés à temps plein pour motif psychiatrique lors du 4<sup>e</sup> trimestre 2010, dont 43 002 (47 %) étaient « incidents ». Au total 20 226 d'entre eux (22 %) ont été réhospitalisés en urgence pour toutes causes, soit 15 % des incidents versus 28 % des non incidents. Parmi ces patients réhospitalisés, 68 % ont eu au moins une réhospitalisation pour motif

psychiatrique (54 % des incidents versus 75 % des non incidents). L'addiction était le motif le plus fréquent (40 %). Les patients réhospitalisés en urgence pour une affection psychiatrique étaient plus jeunes (44 versus 48 ans), plus souvent pris en charge pour affection psychiatrique de longue durée (51 % versus 44 %) et plus précaires (32 % versus 22 %) que les patients non-réhospitalisés.

*Discussion.* – Les réhospitalisations en urgence chez les personnes déjà hospitalisées pour un motif psychiatrique sont fréquentes et le plus souvent pour un motif psychiatrique. Une analyse plus détaillée du parcours de soins permettrait de mieux expliquer ces situations pour éventuellement mettre en œuvre des actions adaptées.

*Pour en savoir plus*

Rapport Charges et produits 2014 - <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.231>

P96

### Une prise en charge fréquente de la population adulte pour troubles psychiatriques ou traitements psychotropes, à travers les données de l'Assurance Maladie

S. Samson, J.P. Fagot, J. Merlière, P. Gabach,

A. Fagot-Campagna

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris, France

*Mots clés :* Épidémiologie ; Sniiram ; PMSI

*Introduction.* – Utiliser les bases de l'Assurance Maladie (Sniiram et PMSI) pour estimer la fréquence des prises en charge liées à la psychiatrie chez l'adulte en France.

*Méthodes.* – Parmi les bénéficiaires du régime général en 2010 de plus de 18 ans (45 millions), ceux ayant une prise en charge liée à la psychiatrie ont été identifiés à partir :

- des diagnostics liés aux hospitalisations (PMSI-MCO, RIM-P, SSR), aux affections de longue durée, aux arrêts de travail ou invalidité ;
- du remboursement de consultation avec un psychiatre ou à des soins ambulatoires psychiatriques ;
- d'au moins trois remboursements de médicaments de la dépendance ou neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques [1].

*Résultats.* – Près de 8,2 millions des adultes (18 %) ont reçu des soins liés à la psychiatrie, dont 5,6 millions (69 %) ont eu uniquement des délivrances médicamenteuses sans diagnostic identifié dans les bases. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées étaient les épisodes dépressifs/troubles de l'humeur (889 000), les troubles anxieux (464 000), les addictions (383 000), les troubles de la personnalité et du comportement (340 000). Schizophrénie, autres troubles psychotiques, troubles bipolaires et anorexie mentale étaient retrouvés chez respectivement 181 000, 224 000, 164 000 et 23 000 adultes. L'âge moyen variait de 42 (anorexie mentale) à 58 ans (patients identifiés seulement par les médicaments). Le pourcentage de femmes (65 %) s'élevait de 28 % (addictions) à 68 % (épisodes dépressifs/troubles de l'humeur, ou patients identifiés seulement par psychotropes) et 87 % (anorexie mentale). Le pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C (11,5 %) variait de 11 % (troubles bipolaires) à 26 % (addictions).

*Discussion.* – Dix-huit pour cent de la population adulte a eu recours à des soins liés à la psychiatrie en 2010. Un diagnostic spécifique est retrouvé dans les bases chez plus d'un quart de ces patients, avec une forte proportion d'épisodes dépressifs et autres troubles de l'humeur.

## Référence

[1] Rapport Charges et produits 2014 – <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.232>

P97

### L'association fréquente des pathologies somatiques aux troubles psychiatriques en population adulte, à travers les données de l'Assurance Maladie

J.P. Fagot, S. Samson, J. Merlière, P. Gabach, A. Fagot  
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris, France

**Mots clés :** Épidémiologie ; SNIIRAM ; PMSI

**Introduction.**– Les fréquences des pathologies somatiques chez les adultes atteints de maladies psychiatriques sont peu documentées.

**Méthodes.**– Les bénéficiaires du régime général de l'Assurance Maladie en 2010, âgés d'au moins 18 ans, pris en charge pour troubles psychiatriques ont été identifiés dans le SNIIRAM à partir des diagnostics liés aux :

- affections de longue durée ;
- hospitalisations (PMSI-MCO, SSR, RIM-P) ;
- arrêts de travail et invalidité [1].

Les maladies somatiques ont été déterminées à partir des diagnostics liés aux affections de longue durée et aux hospitalisations [1]. Les prévalences ont été standardisées sur âge et sexe pour comparaison à celles observées en population générale.

**Résultats.**– En 2010, près de 2,1 millions d'adultes (5 %) avaient un trouble psychiatrique retrouvé dans le SNIIRAM, et 44 % d'entre eux avaient également une pathologie somatique retrouvée. Les pathologies somatiques les plus fréquemment retrouvées étaient les maladies cardiovasculaires (15 %), les affections respiratoires (11 %), le diabète (10 %) et les cancers (9,3 %). Par rapport à la population générale, une maladie cardiovasculaire était moins fréquemment retrouvée en cas de schizophrénie (fréquence brute : 5 %, ratio standardisé : 0,9), mais plus souvent en cas d'autres pathologies psychiatriques (16 %, ratio : 1,8 en cas d'épisode dépressif ou troubles de l'humeur). Un cancer était également moins souvent retrouvé que dans la population générale en cas de schizophrénie (3,3 %, ratio : 0,8), mais plus souvent en cas d'addictions (10,7 %, ratio : 2,1) ou de troubles anxieux (12 %, ratio : 1,6).

**Discussion.**– Par rapport à la population générale, certaines pathologies somatiques sont plus fréquemment retrouvées en présence de troubles psychiatriques, sauf en cas de schizophrénie. La connaissance de ces associations peut permettre aux soignants d'améliorer la prise en charge des pathologies somatiques comme des pathologies psychiatriques.

## Référence

[1] Rapport Charges et produits 2014 – <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.232>

P98

### Génie, créativité et bipolarité

S. Charradi, W. Homri, F. Jelassi, A. Hairri, R. Labbene  
Hôpital Razi, la Manouba, Tunis, Tunisie

**Mots clés :** Créativité ; Trouble bipolaire ; Tempérament

**Introduction.**– La créativité et le génie sont associés dans la conscience populaire, à la folie. Pourtant l'image de l'artiste a évolué

toutes ces décennies, passant d'une sorte de schizophrène évidemment tourmenté à un bipolaire bienheureux et hyperactif.

**Objectif.**– Établir les mécanismes des liens unissant la créativité et l'humeur.

**Méthodologie.**– Revue de littérature en utilisant les mots clés : créativité, trouble bipolaire et tempérament.

**Résultats et discussion.**– Selon Hagop et Kareen Akiskal (1988) la prévalence des troubles bipolaires chez les créateurs est de 65 % de sujets cyclothymiques dans leur population d'artistes et d'écrivains, chanteurs de blues. British Study (1989) a établi un lien direct entre le trouble bipolaire ou cyclothymique d'artistes et d'écrivains britanniques et leur créativité : 38 % ont été traités pour des troubles de l'humeur et le 1/3 de ces artistes et écrivains font état d'oscillations sévères de l'humeur (*moodswings*). Elie Hantouche (2010) a souligné dans une analyse exhaustive de la littérature scientifique sur bipolarité et créativité en insistant sur le tempérament cyclothymique, que ce dernier est « un marqueur robuste de la bipolarité atténuée » et « le caractère le plus fortement lié à la créativité ». Toutefois, trop d'hypomanie tue la créativité, en effet l'hyperactivité sans période de réflexion et de contemplation ne favorise pas le processus artistique pur qui a besoin de la phase sombre de la mélancolie et de la lucidité autocritique (absente dans l'hypomanie). Bernard Granger (2004) a conclu que la bradypsychie et l'anesthésie affective de la dépression empêchent l'artiste de créer et stérilisent sa pensée. Et que dans les états maniaques les productions sont facilement débridées, inabouties et superficielles.  
**Conclusion.**– Faut-il soigner les créateurs ? Faut-il privilégier l'équilibre thymique, mais respecter autant que possible la trajectoire de vie du patient sans étouffer sa créativité ?

*Pour en savoir plus*

Akiskal HS. Reassessing the prevalence of bipolar disorders: clinical significant and artistic creativity. *Psychiatry Psychobiol* 1988;3:S29–S36.

Kyaga S et al. Mental illness, suicide and creativity: 40-year prospective total population study. *J Psychiatr Res* 2013.

Richards RL et al. Creativity in manic-depressive, cyclothymic, their normal first degree relatives, and control subjects. *J Abnorm Psycho* 1999.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.234>

P99

### Troubles post-traumatiques chez des sujets ayant été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans : aspects cliniques, thérapeutiques et médico-économiques

S. Vacher-Boulogne<sup>a</sup>, G. Abgrall-Barbry<sup>b</sup>, P. Levy<sup>c</sup>, L. Jehel<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Université Paris-Descartes (Paris V), UFR de médecine, Paris, France

<sup>b</sup> Unité de psychiatrie, hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

<sup>c</sup> Département de santé publique, hôpital Tenon, AP-HP, Paris, France

<sup>d</sup> Service de psychiatrie et psychologie médicale, psychotraumatologie & addictologie, CHU de Martinique, Martinique, Fort-de France

**Mots clés :** Violences sexuelles ; Troubles post-traumatiques ; Consommation médicale ; Impact sociétal

Avant la majorité, jusqu'à 9,7 % des femmes [2] et 4,6 % des hommes [1] sont victimes de violences sexuelles. Le cadre juridique fournit les définitions consensuelles de ces actes. Les données épidémiologiques et de la littérature aident à caractériser les facteurs de risque, la psychopathologie et les comorbidités observés chez les victimes. Ainsi, majoritairement féminines, elles connaissent leur agresseur dans trois quart des cas ; eux, surtout masculin, ont pour la moitié moins de 20 ans. Les troubles rapportés, dont l'état de stress post-traumatique, la dépression, les troubles de personnalité et les manifestations somatiques, doivent bénéficier de prises en charge spécifiques suivant plusieurs axes :