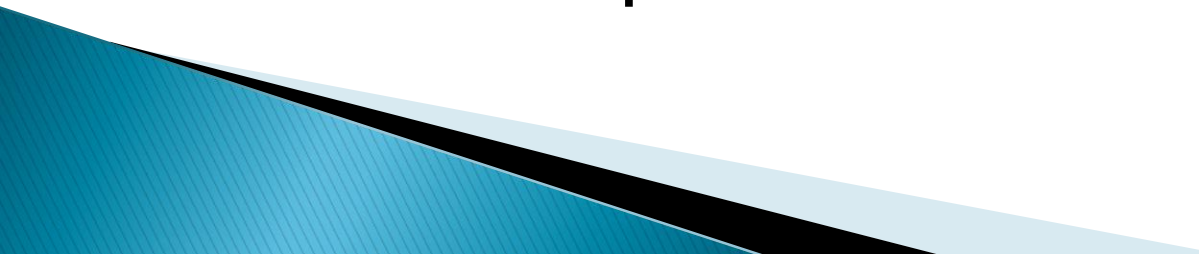


L'INFLUENCE DU RAPPORT À LA MALADIE SUR LE RISQUE SUICIDAIRE DES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE

Georgia Vrakas. Ph.D.



PLAN DE LA PRÉSENTATION

- ▶ **Contexte théorique**
 - ▶ **But de l'étude**
 - ▶ **Méthodologie**
 - ▶ **Hypothèses**
 - ▶ **Résultats**
 - ▶ **Discussion**
 - **Limites et forces de l'étude**
 - **Implications pour la recherche**
 - **Retombées pour l'intervention**
- 

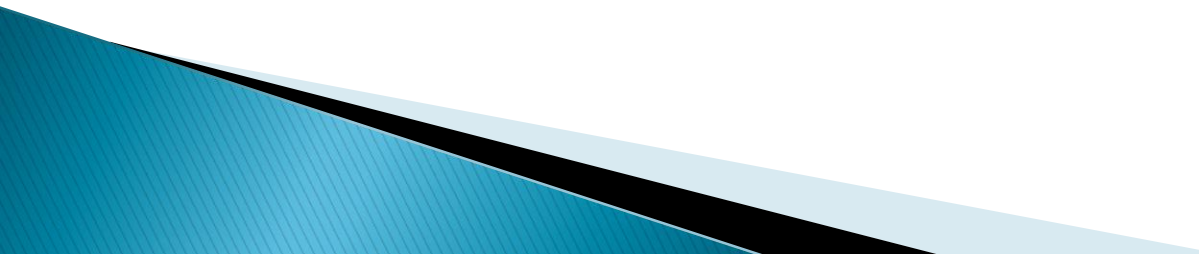
CONTEXTE THÉORIQUE

Schizophrénie

- ▶ Trouble de santé mentale grave et persistant
- ▶ Plusieurs signes et symptômes (positifs et négatifs)
- ▶ Perturbation sociale ou occupationnelle prononcée
- ▶ Déficiences cognitives et émotionnelles
- ▶ Prévalence : 0.87 %
- ▶ Incidence : 1 par 10 000

CONTEXTE THÉORIQUE

Schizophrénie et suicide

- ▶ Taux de tentatives: entre 20 % et 42 %
 - ▶ Taux de suicide : entre 4 % et 15 %
 - ▶ Suicide première cause de décès prématuré
 - ▶ Suicides en milieu hospitalier: 31 % et 78 %
- 

CONTEXTE THÉORIQUE

Facteurs de risque de suicide

- ▶ **Démographiques**
 - Hommes – jeunes, célibataires, vivant seuls
- ▶ **Écologique**
 - Événements de vie – sévérité
 - Famille – stress, instabilité

CONTEXTE THÉORIQUE

Facteurs de risque de suicide

▶ Cliniques

- Tentatives de suicide passées – 20 à 50 %
- Comorbidité – dépression non dépistée
- Sortie de l'hôpital – 1^{ère} hospitalisation
- Traitement médicamenteux – non adhérence
- Cours de la maladie – 5 à 10 premières années
- Conscience – résultats contradictoires
- Acceptation de la maladie – aucune étude

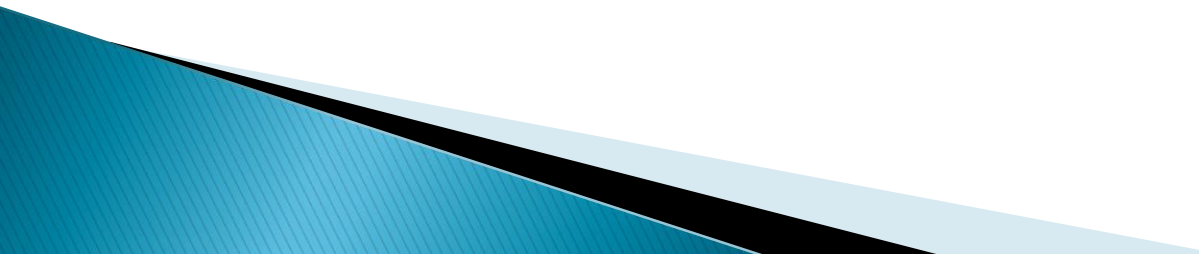
CONTEXTE THÉORIQUE

Synthèse

- ▶ Risque de suicide est élevé chez les patients atteints de schizophrénie
- ▶ Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés – « internes » et « externes » reflétant la relation du patient face à sa maladie et celle de ses proches

CONTEXTE THÉORIQUE

CEPENDANT:

- ▶ Pas de consensus concernant la nature du rôle de la conscience de la maladie sur le suicide complété
 - ▶ Aucune étude sur le rôle de l'acceptation
 - ▶ Peu de recherches sur la nature des événements de vie associés au suicide chez cette population
 - ▶ Peu d'études sur le rôle de la famille sur le suicide
- 

BUT DE L'ÉTUDE

Objectif

Examiner l'influence du rapport à la maladie sur le suicide chez les personnes atteintes de schizophrénie tel que reflétés par:

- ▶ la conscience, l'acceptation de la maladie et la période durant laquelle a lieu le suicide
- ▶ l'acceptation et l'implication de la famille
- ▶ les événements de vie associés à la maladie
(ex.: hospitalisations, problèmes avec la justice, perte d'emploi, etc.)

MÉTHODOLOGIE

Type d'étude

- ▶ **Retrospective**
 - Autopsie psychologique

Participants

- ▶ **Groupe suicide: n = 29**
 - ▶ **Groupe témoin: n = 33**
- ⇒ **Participants pairés pour l'âge, sexe et diagnostic**

MÉTHODOLOGIE

Recrutement des participants

▶ Groupe suicide:

- Bureau du Coroner
- SQS
- FFAPAMM

▶ Groupe témoin:

- Clinique des jeunes adultes
- Clinique communautaire de Verdun
- Institut Allan Memorial
- SQS
- FFAPAMM

MÉTHODOLOGIE

► Description des participants

Groupe		Suicide	Témoin
Âge (années)		31.7	34.9
Scolarité (années)		11.28	12.33
Emploi (n=)	Sans emploi	74 % (20)	69 % (20)
	Bénévolat	4 % (1)	3 % (1)
	Travail et/ou études	22 % (6)	28 % (8)
Statut marital (n=)	Séparé/divorcé	17 % (5)	3 % (1)
	Marié/conjoint de fait	3 % (1)	18 % (6)
Résidence (n=)	Seul	29 % (8)	25 % (8)
	Avec parents	43 % (12)	31 % (10)
	Foyer de groupe	23 % (7)	16 % (5)

MÉTHODOLOGIE

► Descriptions des répondants

Groupe	Suicide (n=)	Témoin (n=)
Répondants		
Mère	52 % (15)	53 % (17)
Père	3 % (1)	6 % (2)
Parents	10 % (3)	3 % (1)
Fratrie	28 % (8)	16 % (5)
Enfant adulte	7 % (2)	6 % (2)
Conjoint	0 % (0)	16 % (5)

MÉTHODOLOGIE

Instruments de mesure

- ▶ **Données sociodémographiques:** première section du K-SADS-E
- ▶ **Diagnostics psychiatriques:**
 - Structured clinical interview for DSM IV (SCID)- I pour les troubles de l'Axe I
 - SCID II pour les troubles de l'Axe II.

MÉTHODOLOGIE

Instruments de mesure

- ▶ **Questionnaire développé et validé pour les besoins de l'étude:**
 - **Conscience, acceptation de la maladie et du traitement**
 - **Acceptation de la maladie par la famille**
 - **Implication de la famille dans le traitement de leur proche**

MÉTHODOLOGIE

Instruments de mesure (suite)

- ▶ **Événements de vie: Life events and Difficulties Schedule (LEDS)**

RÉSULTATS

Hypothèse 1

Les sujets du groupe suicide (cas) seront moins conscients de leur maladie que les sujets du groupe témoin

Non confirmée

	Groupe suicide	Groupe témoin	p
Conscience de la maladie	79 % (22)	88 % (29)	.490

RÉSULTATS

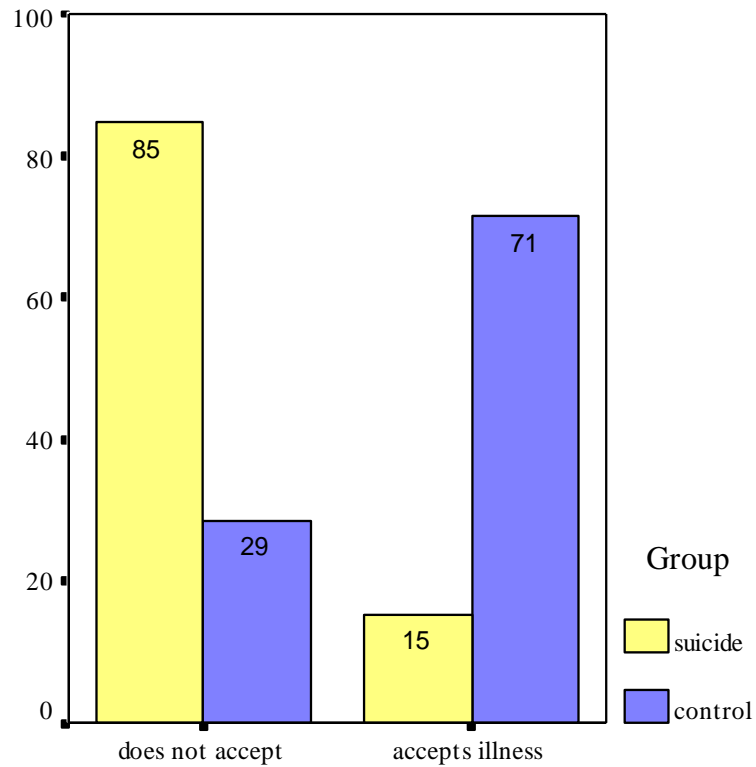
Hypothèse 2

Les cas refuseront d'accepter leur maladie plus souvent que les sujets du groupe témoin

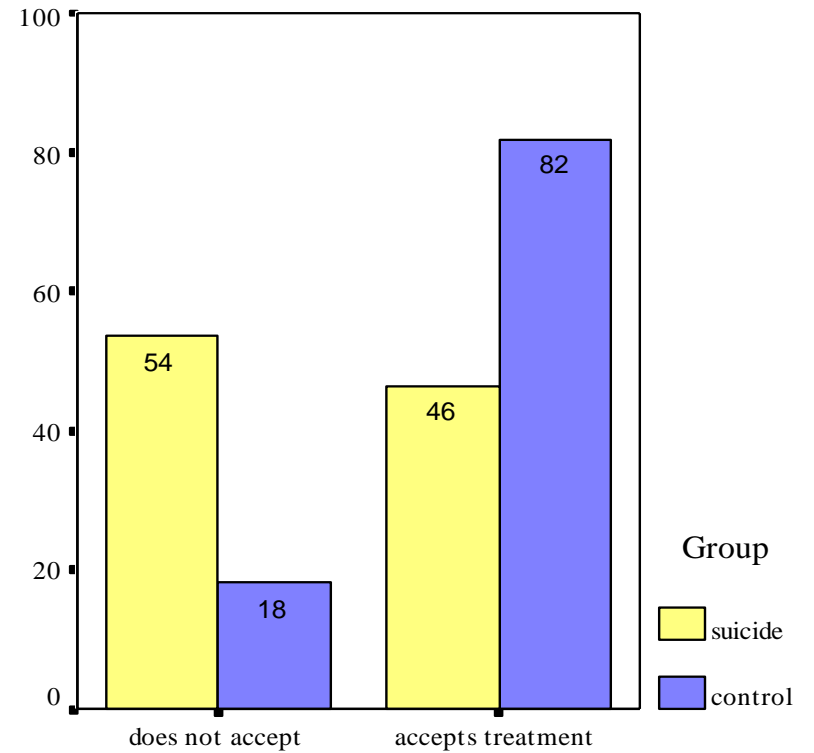
- a. Les cas refuseront leur traitement médicamenteux plus souvent que les sujets du groupe témoin

Confirmée

RÉSULTATS



Subject's acceptance of illness



Subject's acceptance of treatment

RÉSULTATS

Hypothèse 3

Le risque de suicide sera plus élevé durant les 10 premières années suivant le diagnostic

Confirmée

- Les cas sont décédés, en moyenne, 7.5 ans suivant leur diagnostic initial

RÉSULTATS

Hypothèse 4

Une plus grande proportion des parents dans le groupe suicide n'accepteront pas la maladie de leur enfant au moment du diagnostic comparativement aux parents dans le groupe témoin

Non confirmée

RÉSULTATS

Hypothèse 5

Les parents dans le groupe suicide seront moins impliqués dans le traitement de la maladie de leur enfant au moment du décès comparativement aux parents dans le groupe témoin

Non confirmée

RÉSULTATS

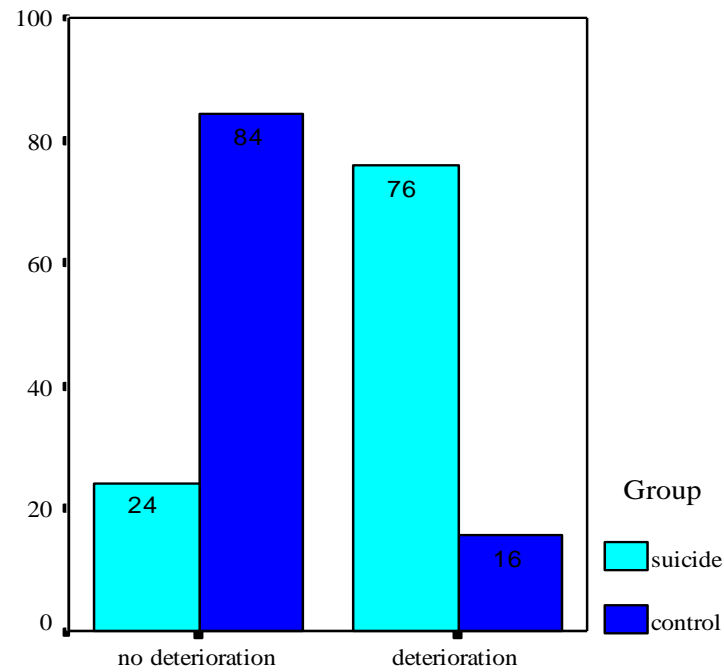
Hypothèse 6

Les événements de vie seront plus souvent associés à la maladie chez les cas que chez les patients du groupe témoins

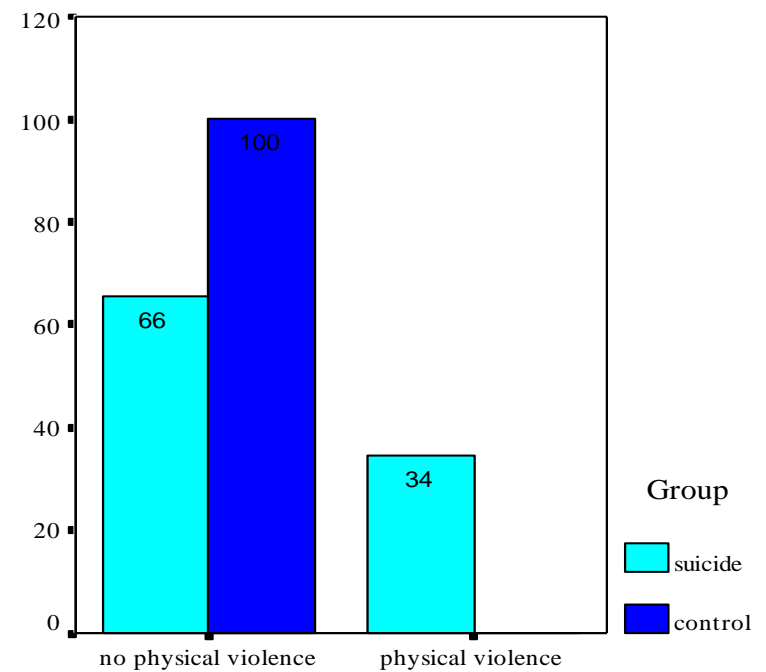
Confirmée

- La majorité de ces événements étaient sévères chez les cas (91 %) comparativement à ceux vécus par le groupe témoin (42 %).

RÉSULTATS



Presence of life events reflecting a marked deterioration in subject



Presence of life events involving physical violence

RÉSULTATS

▶ Nombre moyen d'événements de vie et de difficultés

Groupe	Suicide	Témoin	t
Variables			
Événements de vie	6.24	6.23	-.583
Événements de vie liés à la maladie	2.64	.68	4.808**
Événements de vie sévères	3.56	1.77	2.973**
Événements de vie sévères – maladie	2.31	.28	7.069** *
Difficultés sévères	.80	.29	2.528*

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

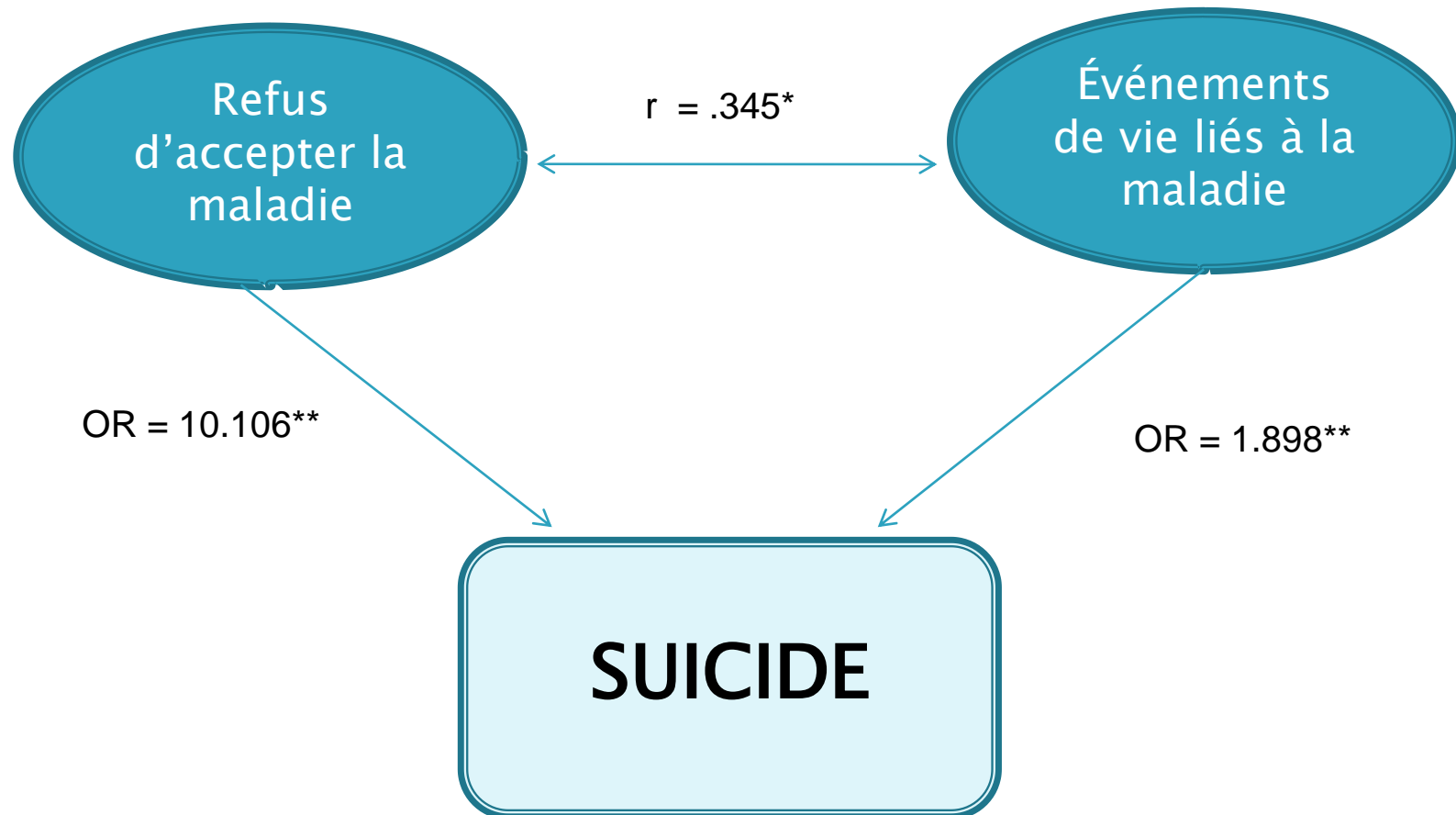
RÉSULTATS

► Analyses secondaires

Groupe		Suicide	Témoin
Variables			
Symptômes Psychotiques (nombre moyen)	Positifs	7.7	10.7
	Négatifs	.8	1.2
Troubles de l'Axe I (% de patients)	Dépression non- spécifiée	26 %	3 %

RÉSULTATS

► Prédicteurs du suicide



* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

DISCUSSION

Facteurs internes et risque de suicide

- ▶ Conscience de la maladie: aucun effet sur le suicide
- ▶ **Refus d'accepter la maladie** – prédit le suicide
- ▶ **Les premières années** suivant le diagnostic initial – période la plus à risque
 - ⇒ Selon la littérature, la **dépression** est présente au début du développement de la maladie et dans la rechute

DISCUSSION

Facteurs externes et risque de suicide

- ▶ Acceptation et implication de la famille – aucun effet sur le risque de suicide
- ▶ **Événements de vie associés à la maladie prédisent le suicide:**
 - ⇒ « Générés » par la maladie et le refus de l'accepter

DISCUSSION

Rapport à la maladie

- ▶ Les résultats indiquent que le risque de suicide augmente chez ceux ayant un rapport négatif à leur maladie tel que reflété par:
 - ⇒ Leur refus d'accepter la maladie
 - ⇒ Les événements de vie « générés » par la maladie
 - ⇒ La dépression au moment du décès
 - ⇒ Souffrance élevée exprimée aux proches durant les dernières semaines – 66 % des cas

LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Limites de l'étude

- ▶ Autopsie psychologique
- ▶ Petite taille de l'échantillon

Forces de l'étude

- ▶ LEDS
- ▶ Questionnaire sur la conscience et l'acceptation de la maladie

IMPLICATIONS POUR LA RECHERCHE

- ▶ Étudier d'avantage le lien entre le refus d'accepter la maladie et le suicide
 - ⇒ Rôle du désespoir
- ▶ Examiner le lien entre les symptômes psychotiques et le suicide – facteurs protecteurs?

RETOMBÉES POUR L'INTERVENTION

Stratégies de prévention du suicide

- ▶ Former les professionnels de la santé – mieux dépister et traiter la dépression et le risque suicidaire
- ▶ Suivi étroit du patient suite à sa sortie de l'hôpital
- ▶ Travailler avec le patient afin d'augmenter son acceptation de la maladie
- ▶ Travailler avec les familles – interventions impliquant la famille