

IMPACT DE LA PRISE DE TOXIQUE SUR LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE CHEZ LE SCHIZOPHRENE

BENELMOULOU O.

*E.H. Psychiatrique de Constantine, Faculté de Médecine de
Constantine, Université de Constantine 3.*

E-mail : benelmouloudouafia@gmail.com

RÉSUMÉ :

Les conduites suicidaires chez les schizophrènes sont fréquentes et demeurent multifactorielles (la non observance thérapeutique, la durée de psychose non traitée, la mauvaise prise en charge socio familiale, la forme clinique, les comorbidités associées en l'occurrence la prise de toxique). Les conduites addictives accélèrent l'émergence des troubles schizophréniques et en même temps précipitent le passage à l'acte suicidaire. Pour cela une étude cas-témoin (un cas pour 02 témoins) soit au total 50 cas pour 100 témoins, sur le suicide parmi les schizophrènes est menée au niveau de l'EHS psychiatrique durant l'année 2016. Les deux paramètres de comparaison sont le type de toxique (tabac, psychotrope, stupéfiant, autre, sans informations) et le début de la prise de toxique avant ou après la psychose. Dans notre série, on retrouve que 86% de schizophrènes suicidaires ont goûté au toxique avant le début des troubles contrairement aux non suicidaires où la fréquence est de l'ordre de 65%. La différence entre les deux populations est assez significative ($p=0.022$), alors que le début de la prise du toxique après la psychose se trouve élevé dans la population des non suicidaires de l'ordre de 35% contre seulement 14% chez les schizophrènes suicidaires. La population des schizophrènes suicidaires consomme plus le cannabis (46%) que celle des non suicidaires (20%) et plus de psychotropes (16%) contre seulement 4%. Cette différence se trouve est hautement significative et prouve l'impact des stupéfiants sur la fréquence des passages à l'acte suicidaire chez le schizophrène ($p < 0.001$).

Mots clés : Schizophrénie, Tentative de suicide, Comorbidité addictive.

ABSTRACT : IMPACT OF TOXIC TAKING ON SUICID BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIA.

Suicidal behavior in schizophrenics is frequent and remains multifactorial (non-compliance with therapy, the duration of untreated psychosis, poor socio-family care, the clinical form, the comorbidities associated in this case with the taking of toxicants). Addictive behavior accelerates the emergence of schizophrenic disorders and at the same time precipitates the onset of suicide. This is a case-control study of suicide among schizophrenics. Study conducted at the psychiatric EHS for one year (2016). The two comparison parameters are type of toxic (tobacco, psychotropic narcotic, other, without information) and the beginning of the catch of toxic before or after the psychosis. In our series, we find 86% of suicidal schizophrenics have tasted the toxic substance before the onset of the disorders, unlike non-suicidal patients where the frequency is around 65%. The difference between the two populations is quite significant ($p = 0.022$), while the onset of drug intake after psychosis is high in the non-suicidal population of around 35% against only 14% in schizophrenics. suicidal. The population of suicidal schizophrenics consume more cannabis (46%) than that of non-suicidal people (20%) and more psychotropic drugs (16%) compared to only (4%). This difference is highly significant and proves the impact of narcotics on the frequency of suicidal attacks in schizophrenics ($p < 0.001$).

Key words : Schizophrenia, Suicide attempt, Addictive comorbidities.

INTRODUCTION

On a constaté dans le passé que des patients souffrant de schizophrénie et qui se sont suicidés, présentaient fréquemment des signes de perturbations de l'adaptation sociale avant l'âge de 25 ans, en terme de délinquance, de difficultés professionnelles ou de difficultés dans l'initiation et le maintien de relations stables et durables.

De plus, les patients souffrant de toxicomanie (90% au cannabis) caractérisés par l'âge jeune, apparaissent comme vulnérables à la mortalité par suicide.

Les conduites suicidaires chez les schizophrènes sont fréquentes et demeurent multifactorielles (la non observance thérapeutique, la durée de psychose non traitée, la mauvaise prise en charge socio-familiale, la forme clinique, les comorbidités associées en l'occurrence la prise de toxique).

Les conduites addictives accélèrent l'émergence des troubles schizophréniques et en même temps précipitent le passage à l'acte suicidaire

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude cas-témoin sur le suicide parmi les schizophrènes. Etude menée au niveau de l'EHS psychiatrique de Constantine pendant une année (2016).

Le témoin représente tout malade chez lequel le diagnostic posé est une schizophrénie et admis au niveau de l'EHS pour un motif autre qu'une tentative de suicide quelque soit son âge, sexe ou l'ancienneté de sa psychose.

Les deux paramètres de comparaison sont le type de toxique (tabac, psychotrope, stupéfiant, autre, sans informations) et le début de la prise de toxique avant ou après la psychose.

Le cas est défini par le malade chez lequel le diagnostic posé est une schizophrénie (selon les critères d'inclusions du DSMIV) et admis au niveau de l'EHS ou les urgences médicales du CHUC pour tentative de suicide quelque soit son âge, sexe ou l'ancienneté de sa psychose et qui sont de l'ordre de 50 malades.

Les Tests statistiques utilisés : Khi-Deux de Pearson ou de Mantel-Haenszel pour les comparaisons entre 2 variables qualitatives, tests T de Student, ANOVA ou Test de Wilcoxon pour les comparaisons entre une variable qualitative et une quantitative et une analyse multi-variée de type régression logistique.

RESULTATS ET DISCUSSION

1. Type de toxique

La population des schizophrènes suicidaires consomme plus de cannabis (46%) que celle des non suicidaires (20%) et plus de psychotropes (16%) contre seulement 4% (figure 1).

Cette différence se trouve hautement significative et prouve l'impact des stupéfiants sur la fréquence des passages à l'acte suicidaire chez le schizophrène ($p < 0.001$).

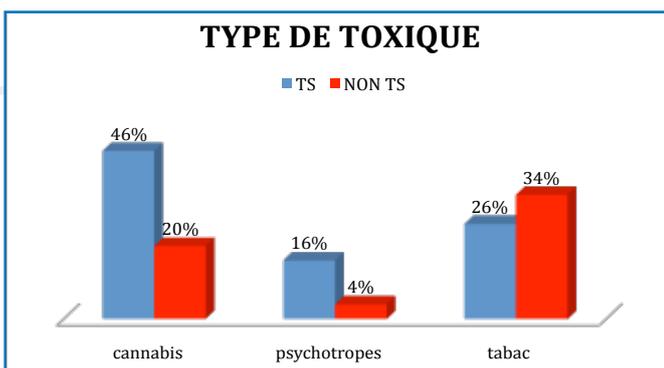


Figure 1. Comparaison des deux populations selon le type de toxique.

Les raisons de la fréquence de la consommation de cannabis chez les schizophrènes sont mal connues.

Une association entre abus de cannabis et conduite suicidaire chez le schizophrènes est retrouvée dans plusieurs études [1-3]. Les pathologies addictives associées aux troubles schizophréniques sont des facteurs de gravité de la pathologie psychotique et souvent de résistance à la prise en charge.

Ces sujets présentent d'une façon générale, plus d'abandon de traitement, plus de rechutes, plus d'hospitalisations, plus de tentatives de suicide, une moins bonne observance et une socialisation de moins bonne qualité [4].

Néanmoins, il est difficile de conclure à une augmentation du risque suicidaire par le cannabis, ce risque pouvant être aussi lié à une désinhibition due à la consommation ou à un trouble dépressif associé, et surtout au fait que les deux troubles suicide et abus de substance sont probablement associés à une caractéristique de personnalité commune : l'impulsivité [4].

Le tabac est l'une des principales causes de mortalité prématurée chez les patients schizophrènes.

Malgré cela, les patients ont beaucoup de difficultés à s'abstenir de fumer, vraisemblablement du fait que la nicotine corrige certaines anomalies cognitives liées à certaines anomalies neurobiologiques retrouvées dans la schizophrénie.

De plus, la consommation de tabac est sous estimée et sous traitée par les soignants, notamment en raison du déni ou de la banalisation des effets nocifs du tabac.

La consommation de tabac fait partie de la culture de certaines institutions psychiatriques.

Dans notre série, les schizophrènes suicidaires consomment d'une façon régulière du tabac dans 26% des cas contre 34% chez la population témoin et 38% des schizophrènes suicidaires prennent en même temps du cannabis et du tabac.

Alors qu'on pensait autrefois que les patients schizophrènes fumaient surtout par ennui ou en raison de l'absence de conditions de vie stimulantes, plusieurs auteurs ont suggéré que la consommation de tabac était une forme d'automédication, en particulier des symptômes cognitifs de la schizophrénie, en favorisant la transmission glutaminergiques [5].

La consommation de tabac pourrait être également favorisée par l'administration de traitements neuroleptiques, le tabac atténuant certains effets indésirables extrapyramidaux et cognitifs induits par les neuroleptiques.

Ainsi, il est démontré que l'instauration d'un traitement par halopéridol est suivie d'une augmentation de la consommation de tabac [6].

Néanmoins, d'autres auteurs ont souligné que la consommation de tabac débutait dans 90 % des cas avant l'instauration des traitements médicamenteux.

Notons une incongruité épidémiologique, le moindre taux de cancer du poumon chez les patients schizophrènes malgré une consommation de tabac plus importante, de surcroît les patients schizophrènes atteints de cancer de poumon ont une espérance de vie plus prolongée [7].

2. Début du toxique par rapport à la psychose

Dans notre série, on retrouve que 86% de schizophrènes suicidaires ont goûté au toxique avant le début des troubles contrairement aux non suicidaires où la fréquence est de l'ordre de 65% (figure 2) [8,9].

La différence entre les deux populations est assez significative ($p=0.022$), alors le début du toxique après la psychose se trouve élevé dans la population des non suicidaires de l'ordre de 35% contre seulement 14% chez les schizophrènes suicidaires.

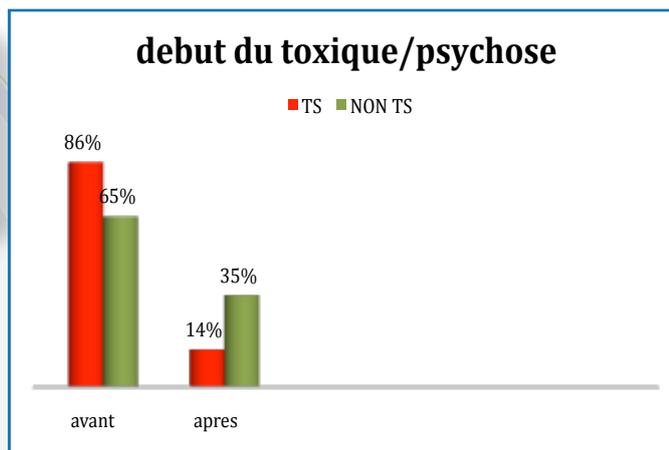


Figure 2. Comparaison des deux populations en fonction du début du toxique.

Swofford CD et al. [10] mettent l'accent sur le point d'impact d'un début de prise de toxique à l'adolescence et son implication dans le déclenchement d'une psychose, surtout de mauvais pronostic avec un grand risque de suicide dans les premiers mois de l'évolution de la maladie.

Certaines études plaident pour un âge de début de la schizophrénie plus précoce qui serait favorisé par une vulnérabilité induite par une toxicomanie précoce [8].

Dans l'état actuel des recherches, il n'est pas permis de conclure si les addictions constituent un facteur de risque de suicide indépendant, ou bien si elles contribuent à accroître le risque en augmentant, la fréquence des hospitalisations, en aggravant l'isolement social et en réduisant la compliance aux soins.

CONCLUSION

Les conséquences de cette comorbidité impliquent une mauvaise compliance au traitement, une élévation du taux de récidive [10], une augmentation de la consommation de soins et d'hospitalisations, des complications cognitives et dépressives [11], de même qu'une résistance au traitement [12] et une augmentation du taux de suicide [13].

Peu d'informations sont retrouvées dans la littérature sur l'évaluation des stratégies de traitement.

La majorité des protocoles visant à évaluer les antipsychotiques ont pour critères d'exclusion les addictions. L'efficacité de ces médicaments est incertaine [6]. Les tendances actuelles de ne pas considérer comme critère d'exclusion l'addiction aux drogues dès lors qu'un tiers des schizophrènes est concerné par cette comorbidité et exclure cette population des études d'AMM d'un produit semble peu cohérent.

CONFLITS D'INTERETS:

Aucun.

DATE D'ENVOI : 25/07/2021.

DATE D'ACCEPTATION : 20/08/2021.

DATE DE PUBLICATION : 23/09/2021.

REFERENCES

1. **Belaid A.** Prévalence des conduites suicidaires et addictives dans une population de schizophrènes hospitalisés. 2004.
2. **Aiouaz Kh.** Les conduites suicidaires dans le parcours du schizophrène « analyse des facteurs de risque et aspects préventifs », thèse de doctorat en sciences médicales. Alger. 2009.
3. **Dixon L, Breier A.** Dual diagnosis of substance abuse in schizophre-

nia ;prevalence and impact on outcomes, Schizo Res. 1999; 35: 93-100.

4. **Gutt-Fayaud, Olié JP, Loo H.** Substance abuse and suicidality in schizophrenia, A common risk factor linked to impulsivity. Psy Res. 2001; 102: 65-72.

5. **Harkvay Friedman et al.** Suicidal behavior in schizophrenia. Am J Psy. 1998.

6. **Rouillon F.** Consommation de toxiques et schizophrénies, données épidémiologiques, Encephale. 2003, XXIX, 16-9.

7. **Mortenson P.B.** The incidence of cancer in schizophrenic patients, J. Epidemiol. Community Health; 1989; 43: 43-7.

8. **Hamberchet M, Hafner F.** Substance abuse and the onset of schizophrenia. Biol. Psychiatry. 1996; 40: 115-6.

9. **Linszen DH, Dingrenans PM, Lenior ME.** Cannabis abuse and the cancer of recent onset schizophrenic disorder. Archiv. Gen Psychiatry; 1994; 51: 273-9.

10. **Swofford CD, Kascow JW, Scheller-Gilkey G.** Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. Schizophrenia Res. 1996; 20: 140-51.

11. **Sevy S, Kay S, Ople L.** Significance of cocaine history in schizophrenia. J. Nerv Ment Dis. 1990; 178: 642-8.

12. **Bowers MB, Mazure CM, Nelson JC.** Psychotogenic drug and neuroleptic response. Schizophrenia Bull. 1990; 16: 81-5.

13. **Verdoux H, Liraud F, Gonzales B.** Suicidality and substance misuse in first admitted subject with psychotic disorder. Acta Psychiat Scand. 1999; 100: 389-98.

ABREVIATIONS :

DSM .IV : Manuel Statistique des Maladies Mentales, 4^{ème} version; **TS :** Tentative de Suicide (cas); **NON TS ;** Schizophrènes qui n'ont pas fait de tentative de suicide (témoin); **AMM:** Autorisation de Mise sur le Marché.