

Association entre conduites suicidaires et tempérament cyclothymique chez des patients avec trouble dépressif récurrent

Anwar Mechri, Neila Kerkeni, Rym Hassine, Sana Khalfaoui, Imen Touati, Miloud Bacha

Université de Monastir, Faculté de Médecine de Monastir, Hôpital Universitaire Fattouma Bourguiba, Service de psychiatrie, 5000, Monastir

A. Mechri, N. Kerkeni, R. Hassine, S. Khalfaoui, I. Touati, M. Bacha

A. Mechri, N. Kerkeni, R. Hassine, S. Khalfaoui, I. Touati, M. Bacha

Association entre conduites suicidaires et tempérament cyclothymique chez des patients avec trouble dépressif récurrent

Association between suicidal behaviour and cyclothymic temperament in patients with recurrent depressive disorder

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°08/09) : 509-513

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°08/09) : 509-513

R É S U M É

Prérequis : Les conduites suicidaires constituent un problème majeur de santé et surtout chez les patients présentant des troubles dépressifs.

Buts : Déterminer la fréquence des conduites suicidaires chez des patients suivis pour trouble dépressif récurrent et explorer la relation entre ces conduites et le tempérament cyclothymique (TC).

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale portant sur 98 patients suivis pour trouble dépressif récurrent. Les informations concernant les conduites suicidaires ont été recueillies à partir d'une fiche préalable. L'évaluation du TC a été réalisée par la sous-échelle extraite du questionnaire des tempéraments affectifs, avec un score seuil de 10 pour distinguer les patients cyclothymiques (groupe TC+) et ceux non cyclothymiques (groupe TC-).

Résultats : Des antécédents de tentatives de suicide ont été relevés chez 22,4% des patients. Le nombre moyen de tentatives de suicide antérieures était significativement plus élevé chez les patients du groupe TC+ ($0,7 \pm 1,4$) contre $0,2 \pm 0,6$ chez les patients du groupe TC- ($p=0,01$). Les idées de mort récurrentes et les tentatives de suicide, lors du dernier épisode dépressif, étaient significativement plus élevées dans le groupe TC+, avec respectivement 57,5% versus 24,6% dans le groupe TC- ($p=0,001$) et 33,3% versus 10,7% dans le groupe TC- ($p=0,006$). L'analyse multivariée a retenu le TC comme un facteur indépendamment lié aux conduites suicidaires, avec deux autres facteurs : l'âge jeune des patients et la fréquence d'hospitalisations antérieures.

Conclusion : Ces résultats confirment la fréquence des conduites suicidaires et suggèrent l'implication du TC dans l'augmentation du risque suicidaire chez les patients présentant une dépression récurrente.

S U M M A R Y

Background: Suicidal behaviour is a major health problem, particularly among patients with depressive disorders.

Aims: To determine the frequency of suicidal behavior among sample of patients with recurrent depressive disorder and to explore the relationship between suicidal behavior and cyclothymic temperament in these patients.

Methods: This was a cross-sectional study bearing on 98 patients (43 men and 55 women, mean age of 46.8 ± 9.9 years) followed for recurrent depressive disorder according to the criteria of DSM-IV recruited during partial or complete recovery interval. Information about suicidal behavior was collected from medical records. Cyclothymic temperament (CT) was assessed using the cyclothymic subscale (21 items). Patients who had scores above the threshold score of 10 and were considered as cyclothymic (CT+ group) and other patients were considered non-cyclothymic (CT- group).

Results: History of suicide attempts were reported in 22.4% of patients. The mean number of previous suicide attempts was significantly higher among patients in the TC+ group (0.7 ± 1.4) versus 0.2 ± 0.6 for patients in the TC- group ($p=0.01$). Recurrent thoughts of death and suicide attempts in the last depressive episode, were significantly higher in the CT+ group, with a 57.5% versus 24.6% in the CT- group, ($p=0.001$) and 33.3% versus 10.7% in the TC- group ($p=0.006$). A multivariate analysis retained the TC as an independent factor associated with suicidal behavior, with two other factors: the young age of patients and the frequency of previous hospitalizations.

Conclusion: Our findings the frequency of suicidal behavior and suggest the involvement of CT in the increased risk of suicide among patients with recurrent depressive disorder.

M o t s - c l é s

Tentatives de suicide, facteurs de risque suicidaire, tempérament cyclothymique, trouble dépressif récurrent

Key - words

Suicide attempts, suicide risk factors, cyclothymic temperament, recurrent depressive disorder

Les conduites suicidaires constituent un problème majeur de santé et surtout chez les patients présentant des troubles de l'humeur. En effet, environ 90% de ces conduites surviennent chez des patients souffrant des troubles psychiatriques et en particulier des troubles dépressifs [1-3]. Le trouble dépressif récurrent ou trouble unipolaire, caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs majeurs, représente une pathologie à risque suicidaire élevé et par conséquent une cible majeure des stratégies de prévention. Dans le but de prédire et de prévenir ces conduites chez les patients déprimés, plusieurs travaux se sont intéressés à l'identification des facteurs de risque suicidaire [2-7]. Parmi ces facteurs, les antécédents familiaux thymiques et suicidaires, la récurrence et la sévérité des épisodes dépressifs et l'existence d'une comorbidité ont été fréquemment rapportés. Dans ce cadre, le rôle des tempéraments affectifs et en particulier du tempérament cyclothymique, comme indicateur potentiel du risque suicidaire, a été évoqué [8-9]. Ce tempérament se caractérise par l'instabilité émotionnelle et des alternances rapides entre léthargie-eutonie, pessimisme-optimisme, rumination-insouciance, autodépréciation-mégalomanie, introversion-désinhibition sociale et hypersomnie-insomnie [10]. Les objectifs de ce travail étaient de déterminer la fréquence des conduites suicidaires chez des patients suivis pour trouble dépressif récurrent et d'explorer la relation entre ces conduites suicidaires et le tempérament cyclothymique.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude transversale réalisée à la consultation externe de psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Monastir portant sur 98 patients suivis pour trouble dépressif récurrent selon les critères diagnostiques du DSM-IV [11]. Les critères d'inclusion étaient l'âge de plus de 20 ans et l'épisode dépressif majeur le plus récent en rémission partielle ou complète. Les patients ayant des antécédents familiaux de troubles bipolaires n'étaient pas inclus. Tous les patients inclus ont été préalablement informés des principes du travail et ont donné leur consentement pour participer à l'étude.

Il s'agit de 43 hommes et 55 femmes, d'âge moyen de $46,8 \pm 9,9$ ans, avec un âge moyen au premier épisode dépressif de $35,3 \pm 10,7$, un nombre moyen d'épisodes dépressifs antérieurs de $4,8 \pm 2,6$ et un nombre moyen d'hospitalisations antérieures de $1,4 \pm 2,5$. Le délai moyen d'évaluation par rapport au dernier épisode dépressif était de 3,7 mois avec des extrêmes de 2 et 24 mois. Sur le plan thérapeutique, la majorité des patients (90,8%) était sous traitement antidépresseur, associé à un traitement anxiolytique dans 51% des cas et à un traitement neuroleptique dans 12,2% des cas.

Les données relatives aux antécédents suicidaires et aux conduites suicidaires lors du dernier épisode dépressif (représentées par les idées ou les tentatives de suicide) ont été recueillies à l'aide d'une fiche préétablie à partir des dossiers médicaux et complétées au cours de l'entretien avec le patient. L'évaluation du tempérament cyclothymique (TC) a été réalisée grâce à la passation d'une sous-échelle de 21 items extraite du

questionnaire des tempéraments affectifs [12], traduit et adapté en arabe littéraire [13]. La passation de cette sous-échelle du TC a été réalisée en hétéro-évaluation, lors d'entretien clinique mené par un enquêteur préalablement entraîné. Les réponses aux questions sont dichotomiques (oui/non). Ainsi, cette sous-échelle permet d'obtenir un score de TC (entre 0 et 21) en attribuant un point à chaque réponse par un « oui ». Nous avons adopté le score seuil de 10, proposé par Hantouche et al. [14], pour définir le tempérament cyclothymique. Les patients qui avaient des scores supérieurs à la note seuil de 10 étaient considérés comme cyclothymiques (groupe TC+). Les autres patients étaient considérés comme non cyclothymiques (groupe TC-).

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel SPSS 10,0. Nous avons procédé à la comparaison des conduites suicidaires entre ces deux groupes, en utilisant le test « χ^2 » pour les variables qualitatives et le test « t » de Student pour les variables quantitatives. Nous avons également recherché les corrélations entre les scores du TC et la fréquence des tentatives suicidaires par le calcul du coefficient de corrélation de « Pearson ». Enfin, nous avons réalisé une analyse multivariée à travers une régression logistique avec la méthode ascendante. Les tentatives de suicide antérieures ou lors du dernier épisode dépressif ont été introduites comme variable dépendante. Les variables explicatives étaient le score du tempérament cyclothymique avec les variables démographiques (âge et sexe) et cliniques (âge au premier épisode dépressif, nombre d'épisodes dépressifs et d'hospitalisations antérieurs). Pour l'analyse multivariée, les odds ratios ont été calculés avec leur intervalle de confiance à 95%. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

RÉSULTATS

Fréquence des conduites suicidaires

Des antécédents de tentatives de suicide ont été relevés chez 22,4% des patients. Pour ces patients, le nombre moyen de tentatives de suicide antérieures était de $1,9 \pm 1,4$ avec des extrêmes de 1 et 6. Ces tentatives de suicide étaient commises dans la majorité des cas (81,6%) au cours d'un épisode dépressif. Au cours du dernier épisode dépressif majeur, des idées de mort récurrentes étaient rapportées par 35,7% des patients. Dans 18,4% des cas, les patients avaient passé à l'acte suicidaire au cours de ce dernier épisode dépressif. Par ailleurs, il y avait une association significative entre la présence d'antécédents suicidaires et l'existence d'idées ou de tentatives de suicide au cours du dernier épisode dépressif ($p < 0,001$).

Fréquence et scores du tempérament cyclothymique

Le score moyen du TC était de $6,5 \pm 5,2$ avec des extrêmes de 0 et 18. Un tiers des patients (33,7%) avaient des scores élevés (≥ 10) et ont constitué le groupe TC+. Le score moyen du TC dans ce groupe était de $13,1 \pm 2,5$ contre $3,1 \pm 2,1$ dans le groupe TC- comportant les patients ayant des scores inférieurs au score seuil.

Relation entre conduites suicidaires et tempérament cyclothymique

Les antécédents de tentatives de suicide étaient plus fréquents dans le groupe TC+ (33,3%), contre 16,9% dans le groupe TC, mais sans différence statistiquement significative ($p=0,06$). Alors que le nombre moyen de tentatives de suicide antérieures était significativement plus élevé chez les patients du groupe TC+ ($0,7 \pm 1,4$) contre $0,2 \pm 0,6$ chez les patients du groupe TC- ($p=0,01$). De même, le score du TC était positivement corrélé au nombre des tentatives de suicide antérieures ($r=0,38$, $p<0,001$). Par ailleurs, une association significative a été mise en évidence entre le TC et le risque suicidaire lors du dernier épisode dépressif. Ainsi, les idées de mort récurrentes et les tentatives de suicide étaient significativement plus élevées dans le groupe TC+, avec respectivement 57,5% versus 24,6% dans le groupe TC- ($p=0,001$) et 33,3% versus 10,7% dans le groupe TC- ($p=0,006$) (Tableau 1). Après analyse multivariée par régression logistique, les facteurs associés aux tentatives de suicides antérieures ou lors du dernier épisode dépressif étaient la fréquence d'hospitalisations antérieures ($p=0,003$), l'âge jeune ($p=0,004$) et le score élevé du TC ($p=0,007$) (Tableau 2).

DISCUSSION

Notre étude confirme la fréquence des conduites suicidaires chez les patients ayant un trouble dépressif récurrent. Des antécédents de tentatives de suicide ont été relevés chez 22,4% des patients et un passage à l'acte suicidaire a été constaté chez 18,4% des patients au cours du dernier épisode dépressif. Ainsi, les dépressions récurrentes représentent une cible importante pour la prévention du suicide, en raison de leur prévalence élevée et leur forte association aux conduites suicidaires [6]. Par

ailleurs, une association significative a été trouvée entre la fréquence d'antécédents suicidaires et le TC. Ceci rejoint les résultats d'Akiskal et al. [15] rapportant des antécédents suicidaires significativement plus fréquents chez les patients avec TC (47% versus 26%, $p=0,0002$). De leur part, Hantouche et al. [16] ont constaté que le taux d'antécédents suicidaires doublait chez les patients TC+ (20% versus 12% chez les patients TC-, $p<0,0001$). Nous avons également constaté une association significative entre le TC et le risque suicidaire lors du dernier épisode dépressif. En concordance avec ces résultats, certains auteurs ont rapporté que les patients déprimés ayant commis des tentatives de suicide récentes, avaient des scores élevés du TC [4, 17, 18]. Dans une population d'enfants et d'adolescents déprimés, Kochman et al. [8] ont constaté que 81% des sujets cyclothymiques avaient eu au moins une idée de mort récurrente au cours du dernier épisode dépressif, contre 36,4% des sujets non cyclothymiques ($p<0,0001$). Ces auteurs ont conclu que la présence du TC multiplie le risque des idées de mort récurrentes par 7,4 fois et le risque des tentatives de suicide par 10,5 fois. D'autres auteurs ont souligné que les changements rapides de l'humeur étaient associés à l'augmentation des idées de mort et des tentatives de suicide [19] et que les fluctuations des idées suicidaires, probablement consécutives du TC, étaient un facteur prédictif des tentatives de suicide [20]. Ces données suggèrent alors que le TC serait un facteur prédictif du risque de passage à l'acte suicidaire chez les patients avec dépressions récurrentes [8-9, 15-18].

Deux hypothèses ont été formulées pour expliquer l'impact des tempéraments affectifs et en particulier du TC sur les conduites suicidaires. La première stipule que les patients dépressifs avec TC, avaient un trouble plus sévère, plus résistant aux traitements, avec plus de récurrences, un retard diagnostique et

Tableau 1 : Comparaison des conduites suicidaires chez les patients ayant un trouble dépressif récurrent selon la présence ou non d'un tempérament cyclothymique

Conduites suicidaires	Groupe TC+ (n=33)		Groupe TC- (n=65)		Tests statistiques
	Nombre	%	Nombre	%	
Antécédents de tentative de suicide	11	33,3	11	16,9	$p=0,06$
Nombre moyen de tentatives de suicide antérieures		$0,7 \pm 1,4$		$0,2 \pm 0,6$	$p=0,01$
Idées de mort lors du dernier épisode dépressif	19	57,5	16	24,6	$p=0,001$
Tentative de suicide lors du dernier épisode dépressif	11	33,3	7	10,7	$p=0,006$

TC : tempérament cyclothymique

Tableau 2 : Analyse multivariée par régression logistique de la relation entre les tentatives de suicides antérieures ou lors du dernier épisode dépressif et le score du tempérament cyclothymique

Variables retenues	Bêta	Wald (ddl=1)	Odds Ratios
			(intervalle de confiance à 95%)
Nombre d'hospitalisations antérieures	0,4	8,8	1,47 (1,14-1,96)
Age du patient	-0,1	8,4	0,87 (0,80-0,96)
Score du tempérament cyclothymique	0,2	7,2	1,21 (1,06-1,40)

des troubles de personnalité associés. Ceci pourrait expliquer en partie l'impact de ce tempérament sur les conduites suicidaires par le biais de la sévérité du trouble dépressif. Alors que la deuxième hypothèse suggère un impact direct des tempéraments affectifs sur les conduites suicidaires, qui n'est pas nécessairement dû à leur influence sur la symptomatologie dépressive et la sévérité du trouble. Dans notre étude, l'analyse multivariée faisait ressortir le TC comme un facteur indépendamment lié au risque suicidaire avec le nombre d'hospitalisations antérieures et l'âge jeune. Ce résultat rejoint celui d'Azorin et al. [4], qui ont retenu le TC comme un facteur de risque suicidaire, à côté du nombre d'épisodes dépressifs antérieurs, du nombre d'hospitalisations et de la présence du cycle rapide.

Ainsi, la relation entre les tempéraments affectifs et en particulier le TC et les conduites suicidaires apparaît plus complexe qu'une simple addition de l'effet des composantes d'une personnalité à un épisode dépressif. Par ailleurs, l'association entre le TC et la fréquence des conduites suicidaires qui caractérise plus les troubles bipolaires par rapport aux troubles unipolaires [21], renforce l'intérêt de ce tempérament comme indicateur de bipolarité atténuée et son utilité dans l'approche diagnostique des troubles du spectre bipolaire [22-24]. Il ressort alors que les déprimés suicidants, ayant des scores élevés de TC, seraient plus proches des patients bipolaires, justifiant la mise en place des stratégies cliniques et thérapeutiques appropriées [13, 21]. Toutefois, des limites méthodologiques devraient être prises en considération dans l'interprétation de nos résultats. Le recrutement des patients étudiés était exclusivement hospitalier. Les patients ayant des antécédents familiaux de bipolarité n'étaient pas inclus puisque certains auteurs les considèrent comme

appartenant aux troubles bipolaires [23]. Le recueil rétrospectif des données concernant les conduites suicidaires peut comporter certains biais inhérents en rapport avec le manque de fiabilité des informations, la maîtrise incertaine des paramètres et l'existence d'examineurs différents. Certains patients n'étaient pas en rémission complète de leur épisode dépressif le plus récent lors de l'évaluation du TC.

Le tempérament affectif est, toutefois, considéré comme le composant biologique inné de la personnalité, qui serait faiblement influencé par l'épisode dépressif. Aussi, la passation du questionnaire du TC a été réalisée en hétéro-évaluation. Nous avons adopté ce mode de passation pour faciliter le remplissage du questionnaire et pallier aux éventuelles difficultés de compréhension. Enfin, nous n'avons pas recherché les antécédents d'hypomanie chez les patients étudiés, alors que certains auteurs ont suggéré leur fréquence chez les patients avec dépressions récurrentes et leur association au risque suicidaire [7, 25].

CONCLUSION

Nos résultats confirment la fréquence des conduites suicidaires chez les patients présentant un trouble dépressif récurrent et suggèrent l'implication du TC dans l'augmentation du risque suicidaire. L'évaluation de ce tempérament aurait un intérêt particulier dans la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires chez ces patients. Par ailleurs, ces données soulignent la relation entre bipolarité et majoration du risque suicidaire chez les patients déprimés. D'autres travaux seront nécessaires pour mieux étudier cette relation ainsi que les implications cliniques et thérapeutiques qui pourraient en découler.

Références

1. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med.* 2002; 136:302-11.
2. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66:412-7.
3. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:17-22.
4. Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N et al. Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2010;123:87-94.
5. Mechri A, Mrad A, Ajmi F et al. Les récurrences suicidaires : étude comparative des caractéristiques des suicidants à répétition et des primosuicidants admis aux urgences d'un hôpital général tunisien. *Encéphale* 2005;31:65-71.
6. Courtet P. Suicidal risk in recurrent depression. *Encéphale* 2010;36:127-31.
7. Hantouche E, Angst J, Azorin JM. Explained factors of suicide attempts in major depression. *J Affect Disord.* 2010;127:305-8.
8. Kochman FJ, Hantouche EG, Ferrari P, Lancrenon S, Bayart D, Akiskal HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005;85:181-91.
9. Pompili M, Innamorati M, Rihmer Z et al. Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *J Affect Disord* 2012;136:405-11.
10. Hantouche EG, Akiskal HS. Troubles bipolaires précoces et tempéraments affectifs pré-bipolaires. *Ann Med Psychol* 1997;155:481-96.
11. American Psychiatric Association. DSM-IV, critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par Guelfi et al. Paris: Masson, 1996.
12. Akiskal HS, Akiskal KK. TEMPS: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego. *J Affect Disord* 2005;85:1-242.
13. Mechri A, Kerkeni N, Touati I, Bacha M, Gassab L. Association between cyclothymic temperament and clinical predictors of bipolarity in recurrent depressive patients. *J Affect Disord.* 2011;132:285-8.
14. Hantouche EG, Akiskal HS, Lancrenon S et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in

- mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *J Affect Disord* 1998;50:163-73.
15. Akiskal HS, Akiskal KK, Lancrenon S, Hantouche E. Validating the soft spectrum in the French National EPIDEP Study: The prominence of BP-II ½. *J Affect Disord* 2006;96:207-13.
 16. Hantouche EG, Angst J, Akiskal HS. Factor structure of hypomania: interrelationships with cyclothymic and the soft bipolar spectrum. *J Affect Disord* 2003;73:39-4.
 17. Pompili M, Rihmer Z, Akiskal HS et al. Temperament and personality dimensions in suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology* 2008;41:313-21.
 18. Rihmer A, Rozsa S, Rihmer Z, Gonda X, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters. *J Affect Disord* 2009;116:18-22.
 19. Mackinnon DF, Potash JB, McMahon FJ et al. Rapid mood switching and suicidality in familial bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7:441-8.
 20. Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE Jr, Schmidt NB. Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation? *J Affect Disord* 2005;88:131-6.
 21. Guillaume S, Jausse I, Jollant F, Rihmer Z, Malafosse A, Courtet P. Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *J Affect Disord*. 2010;122:53-9.
 22. Gassab L, Mechri A, Bacha M, Gaddour N, Gaha L. Affective temperaments in the bipolar and unipolar disorders: distinctive profiles and relationship with clinical features. *Encéphale* 2008;34:477-82.
 23. Hirschfeld RM, Caabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003;64:53-9.
 24. Touati I, Mechri A, Gassab L, Bacha M, Gaha L. Tempéraments affectifs prébipolaires dans les dépressions récurrentes : vers un dépistage de fausse unipolarité. *Ann Med Psychol* 2009;167:787-91.
 25. Hantouche E, Azorin JM, Lancrenon S, Garay RP, Angst J. Prévalence de l'hypomanie dans les dépressions majeures récurrentes ou résistantes : enquêtes Bipolact. *Ann Med Psychol* 2009;167:30-7.