



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Idées et conduites suicidaires chez les jeunes avec un trouble psychotique
émergent : revue de la littérature.**

Présentée et soutenue publiquement le 20/09/2022 à 17H30
au Pôle de Formation
par Valentina DE VINCENTI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anaïs VAGLIO

Monsieur le Docteur Arnaud LEROY

Table des matières

Résumé	6
Introduction	9
I. Contexte	9
A. Données épidémiologiques sur le suicide	9
B. Quelles sont les personnes exposées ?	12
C. La nature de la psychose : définitions	13
II. Méthode	16
III. Résultats :	16
A. Incidence du suicide dans le premier épisode psychotique.....	16
B. Idées suicidaires et psychose	17
C. Facteurs de risque pour le suicide dans le PEP.....	18
D. Prédire le comportement suicidaire après un premier épisode de psychose non affective : le rôle du fonctionnement neurocognitif	21
E. Fonctionnement neurocognitif et impulsivité dans le premier épisode psychotique avec idéation et comportement suicidaires.....	22
F. Les conséquences subjectives d'un premier épisode psychotique : traumatismes et conduites suicidaires	24
G. Différences entre les sexes dans le comportement suicidaire chez les patients présentant un premier épisode de psychose	25

H.	<i>Expériences psychotiques et incidents, idées et comportements suicidaires.....</i>	27
I.	<i>Dépression au cours du premier épisode psychotique et risque de suicide ultérieur.</i>	28
IV.	<i>Discussion.....</i>	32
A.	<i>La prévention du suicide</i>	33
B.	<i>Stratégies de prévention dans le PEP.....</i>	34
V.	<i>Conclusion</i>	38
	Références.....	39

RÉSUMÉ

Contexte : Les idées et comportements suicidaires chez les personnes souffrant de troubles psychotiques constituent un enjeu majeur de santé publique. La plupart des tentatives de suicide surviennent avant ou pendant la première phase du premier épisode psychotique (PEP) (1).

Lors du premier contact des patients présentant un PEP avec une unité de soins psychiatriques, la prévalence des idées suicidaires retrouvée dans la littérature varie entre 21 et 50% (2).

La présence d'idées suicidaires lors du premier contact avec une unité de soins psychiatriques majore le risque de tentative de suicide à un an avec un facteur 5. Entre 18 et 26% des patients passeraient à l'acte avant ce premier contact et entre 2,9 et 18,2 % des patients après l'entrée dans un PEP(3). Le taux de conduites suicidaires est particulièrement élevé la première année, voire les six premiers mois (4).

Des altérations cognitives telles qu'un déficit intellectuel, des troubles des fonctions exécutives, de la mémoire verbale, de la vitesse de traitement, de la cognition sociale et émotionnelle et de la théorie de l'esprit sont retrouvées parmi les patients avec un PEP. Le risque suicidaire important des patients avec PEP pourrait s'expliquer en partie par ces altérations neurocognitives. Enfin, une plus grande impulsivité peut être associée à la présence d'idées suicidaires et à l'acte suicidaire.

L'objectif de ce travail était d'explorer la suicidalité dans les psychoses émergentes, plus précisément d'identifier les déterminants des conduites suicidaires, et de proposer une ouverture sur l'amélioration des pratiques d'évaluation du risque suicidaire, ainsi que sur le développement de stratégies thérapeutiques et de prévention.

Méthode : Au travers d'une revue de la littérature, nous avons étudié la prévalence et les facteurs de risque de la suicidalité pendant le premier épisode psychotique. Les bases de données consultées sont PubMed, Web of Science, Science Direct, PsycInfo, et PsychArticles. Les mots-clés ou termes « MeSH » utilisés étaient : ('first psychosis episode' OR 'at-risk mental state' OR

UHR OR ARMS OR CHR OR 'early psychosis') AND suicid*. D'autres études ont été identifiées visuellement à partir des listes de référence des articles qui répondaient aux critères d'inclusion.

Résultats : À la lumière des résultats obtenus, il semble que les PEP s'accompagnent d'un risque plus élevé de suicide. Les facteurs de risque majeurs de suicide dans cette population particulière sont classiques : antécédents de tentative de suicide, dépression et abus de substances. Le vécu d'exclusion sociale de la maladie représente également une cible thérapeutique d'intérêt accru, et aussi une perspective de recherche très actuelle. La prise en compte de ces impératifs doit déboucher naturellement sur des études évaluant les stratégies de soins et leur rôle potentiel dans la prévention du suicide. L'exposition importante des patients avec PEP au risque suicidaire pourrait s'expliquer en partie par rapport aux altérations neurocognitives, dont une impulsivité plus marquée, retrouvées chez ces patients.

En pratique, chez les patients présentant un premier épisode psychotique, les points suivants doivent être pris en compte :

- Un comportement d'automutilation non suicidaire et un comportement impulsif peuvent être associés au risque de tentative de suicide et de suicide réussi.
- Certains troubles cognitifs, comme un déficit de la théorie de l'esprit, augmentent la probabilité de tentative de suicide. Identifier clairement les profils neuropsychologiques à haut risque suicidaire peut aider à prévenir les comportements suicidaires lors de la prise en charge précoce des patients.
- Les agents de santé devraient être formés à l'identification précoce, à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi chez cette particulière catégorie de patients.

Conclusion : Lors du premier épisode psychotique le risque de suicide est particulièrement élevé. Les facteurs de risque majeurs de suicide sont : antécédents de tentative de suicide, dépression et abus de substances. Les résultats de cette revue soulignent l'importance d'identifier précocement les profils neuropsychologiques à haut risque suicidaire afin d'améliorer les stratégies de prévention à travers d'une prise en charge multidisciplinaire.

Introduction

I. Contexte

A. Données épidémiologiques sur le suicide

Selon les dernières estimations de l'organisation mondiale de la santé, chaque année dans le monde, 703 000 personnes se suicident. En 2019, plus d'un décès sur 100 (1,3 %) était le résultat d'un suicide. Il est à noter que le nombre de décès par suicide est plus importants comparé à ceux dû au paludisme, au VIH/sida, au cancer du sein ou à la guerre et aux homicides. Ainsi, le suicide reste l'une des principales causes de décès dans le monde et un grave problème de santé publique. (5)

Chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans le suicide est la quatrième cause de décès après les accidents de la voie public, la tuberculose et la violence interpersonnelle. Les taux varient selon le pays, la région et le sexe. Ces taux sont deux fois et plus, plus importants chez les hommes que les femmes (taux de 12,6 pour 100 000 hommes contre 5,4 pour 100 000 femmes). Ils sont généralement plus élevés chez les hommes dans les pays développés (16,5 pour 100 000). Pour les femmes, les taux de suicide les plus élevés sont constatés dans les pays en voie de développement (7,1 pour 100 000).

Les taux de suicides rapportés par l'OMS - en Afrique (11,2 pour 100 000), en Europe (10,5 pour 100 000) et en Asie du Sud-Est (10,2 pour 100 000)- étaient supérieurs à la moyenne mondiale (9,0 pour 100 000) en 2019. C'est la région de la méditerranée orientale qui enregistre le taux de suicide le plus faible (6,4 pour 100 000). (6)

Tout de même, ces taux calculés peuvent être sous-estimés à la suite de plusieurs facteurs.(7)

En raison de l'incertitude de l'intention suicidaire, de problèmes juridiques et procéduraux liés à la nature de décès, certains suicides pourraient être pris pour des accidents, et être sujets à des classifications incorrectes. En outre, dans certains pays, la déclaration du suicide est découragée par l'illégalité de l'acte et/ou la stigmatisation sociale qui en découle. (8) (9)

La tentative de suicide est un comportement nuisible auto-infligé avec une intention explicite ou implicite de mourir. (10)

C'est généralement le résultat final d'une séquence de processus tels que le désir de mort, les idées suicidaires, la contemplation du suicide et les comportements suicidaires. Les personnes qui tentent de se suicider sont 38 fois plus susceptibles de mourir par suicide au cours de leur vie. (11) (12)

Le suicide affecte les populations les plus vulnérables de la planète et plus particulièrement les groupes sociaux qui souffrent déjà de marginalisation et de discrimination. Ce problème grave de santé publique n'est pas exclusif des pays développés. Il pèse plus lourdement encore sur les pays en voie de développement ou sous-développés où les ressources et les services, s'ils existent, sont souvent insuffisants pour identifier précocement, prendre en charge et aider les personnes en détresse. ("Risque suicidaire et ses facteurs de risque chez les adolescents ")

Le suicide est un sérieux problème social et de santé publique. Ses répercussions prennent des dimensions plus importantes, et touchent non seulement les familles mais aussi les communautés. De ce fait, la médecine joue un rôle crucial dans la sauvegarde de la vie et le soulagement de la souffrance. Le rôle des médecins s'avère indispensable si l'on considère que, parmi les patients qui se sont suicidés, environ 80 % ont eu au moins un contact avec des médecins généralistes et environ 25 % avec des spécialistes en psychiatrie l'année précédant le suicide. (13) (14)

Environ 50 à 70 % des personnes qui meurent par suicide n'ont pas eu de contact préalable avec un professionnel de la santé mentale avant l'acte d'autolyse. Certaines recherches évoquent une différence entre les caractéristiques de ceux qui adoptent un comportement suicidaire, sans être connus des services psychiatriques, et celles de ceux qui ont eu recours à ces services.

Cependant, la prévention et la prise en charge du suicide pour les personnes à risque de suicide sont historiquement des tâches confiées à la religion. (15)

La médecine n'est devenue un promoteur actif de la prévention du suicide qu'au début du XXe siècle, lorsque les premiers services ont été ouverts à Londres et à New York pour lutter contre ce phénomène. En 1947, un service universitaire de prévention du suicide a été ouvert à Vienne. Quelques années plus tard, Edwin S. Shneidman a aidé à fonder le Los Angeles Suicide Prevention Center et a ensuite formé l'American Association of Suicidology. Depuis les années soixante-dix, le phénomène est de plus en plus abordé par diverses réalités et depuis les années quatre-vingt grâce à la plus grande implication de l'OMS. (16)

Ces dernières années, il y a eu une expansion massive de la recherche, qui s'est produite sur tous les fronts, y compris la psychiatrie, la psychologie, les sciences sociales, la biologie et la génétique. (17)

En 2013, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) inclut le trouble du comportement suicidaire comme une condition nécessitant une étude plus approfondie pour être reconnu comme une entité clinique à part entière. (18)

Le comportement suicidaire a souvent été considéré comme un symptôme résultant d'un état psychiatrique, ainsi de nombreuses études se sont intéressées à mettre en évidence cette corrélation. Le taux de mortalité suicidaire standardisé des patients psychiatriques est d'environ 21 %, autrement dit la population psychiatrique est 21 fois plus susceptible de se suicider que la

population générale. Cependant, environ 10 % des suicides ont été constatés chez des populations sans aucune pathologie psychiatrique identifiable.(19) (20) (21)

B. Quelles sont les personnes exposées ?

Le suicide n'est pas le seul fait des pays à revenu élevé, c'est un phénomène mondial. En fait, plus de 77 % des suicides surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire en 2019. (22)

Le lien entre suicide et troubles mentaux (en particulier la dépression et les troubles liés à l'usage de l'alcool) est bien établi dans les pays à revenu élevé, et de nombreux suicides ont lieu de manière impulsive dans un moment de crise et de défaillance de l'aptitude à faire face aux stress de la vie, tels que les problèmes financiers, une rupture, une maladie ou une douleur chronique.

De plus, les conflits, les catastrophes, la violence, la maltraitance ou un deuil et un sentiment d'isolement sont fortement associés au comportement suicidaire. Les taux de suicide sont également élevés dans les groupes vulnérables confrontés à la discrimination, tels que les réfugiés et les migrants, les populations autochtones, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres ou intersexuées (LGBTI) et les prisonniers. (WHO 2022)

Pour ce travail, nous avons choisi d'étudier la suicidalité dans une population particulière, chez des sujets présentant des troubles psychiatriques émergents, c'est-à-dire des sujets présentant des prodromes de troubles psychotiques ou réalisant un premier épisode psychotique (PEP). L'objectif était d'identifier les déterminants des conduites suicidaires et de proposer une ouverture sur l'amélioration des pratiques d'évaluation du risque suicidaire, ainsi que sur le développement de stratégies appropriées de prévention et d'intervention de la psychose précoce.

C. La nature de la psychose : définitions

Tous les états psychotiques, quelle que soit leur nature, se caractérisent par la présence de symptômes psychotiques dans lesquels il y a une mauvaise interprétation et une mauvaise compréhension de la nature de la réalité: symptômes négatifs (retrait social, émoussement affectif, etc), symptômes positifs (hallucinations, délire) et un syndrome de désorganisation. Les *symptômes* psychotiques doivent être distingués des troubles psychotiques, comme indiqué ci-dessous. Les systèmes de classification diagnostique (p. ex., Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association, ou DSM-5; La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, ou CIM), énumèrent généralement des troubles psychotiques spécifiques plutôt que la psychose ou le trouble psychotique plus largement. Le DSM, par exemple, identifie les psychoses comme schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, trouble de la personnalité schizotypique, trouble délirant, trouble psychotique bref, trouble psychotique induit par une substance / médicament, trouble psychotique dû à une autre condition médicale, catatonie, catatonie associée à un autre trouble mental, trouble catatonique dû à une autre condition médicale, catatonie non spécifiée, autre spectre de schizophrénie spécifié et non spécifié et autre trouble psychotique. Le respect des critères diagnostiques pour l'un de ces troubles est généralement considéré comme seuil de traitement. De tels diagnostics, cependant, nécessitent à la fois des profils de symptômes clairs et une durée spécifiée de ces symptômes, ce qui semble plus approprié dans le contexte de la chronicité.

Faire la distinction entre les catégories diagnostiques au début de la psychose peut être difficile. Cela peut être dû à la fluidité des symptômes aigus ou aux aléas des nosologies elles-mêmes. Les diagnostics initiaux de trouble psychotique bref de premier épisode, de spectre de schizophrénie non spécifié et d'autres troubles psychotiques, de psychose induite par une substance ou un médicament et de trouble schizophréniforme sont particulièrement susceptibles

de changer au cours des périodes de suivi. De plus, le pessimisme traditionnel associé au diagnostic de schizophrénie a imprégné la culture professionnelle et populaire dans une certaine mesure. Poser des diagnostics rigides et trop spécifiques peut donc non seulement être peu fiable, mais aussi avoir des effets iatrogènes sur l'optimisme des cliniciens et des personnes recevant des soins et sur le potentiel de rétablissement.

« Psychose précoce » fait référence à l'évolution précoce du trouble psychotique, et dans ces lignes directrices, il fait spécifiquement référence au prodrome et à la période allant jusqu'à cinq ans à compter de la première entrée dans le traitement pour un épisode psychotique (c'est-à-dire la psychose du premier épisode, ou PEP).(23)

L'impact de la survenue de la psychose a été décrit par Jackson et al. dans les termes suivants:

« L'effet de la survenue de la psychose sur le self et sur le développement peut être cataclysmique, entraînant le déraillement, l'amputation ou la paralysie de la trajectoire de développement de la personne. La psychose peut changer ou altérer la façon du sujet à construire sa personne, son environnement et son futur. Cet aspect dévastateur est d'autant plus marqué quand la personne est relativement jeune et immature. » (Jackson et al, 1999)

Le premier épisode de psychose (PEP) peut être divisé en quatre phases :

- (a) La phase prodromique ou la psychose émergente
- (b) La psychose non traitée (UP), la durée de la psychose non traitée est étiquetée comme DUP, "Duration of untreated psychosis"
- (c) La psychose aiguë et son traitement
- (d) "Post-psychotic recovery "

Chaque phase est caractérisée par un risque différent de suicide tel que résumé dans le tableau

1.

TABLE 1 | Risk of suicide during the first psychosis episode (FEP) phases.

Phase	Incidence/epidemiology	Possible risk factors
Prodromic phase or emerging psychosis	About 90% of the young people meeting criteria for an at-risk mental state report suicidal ideation (91)	Distress caused by unfamiliar emerging pre-psychotic experiences
Untreated psychosis (UP-phase) and duration of untreated psychosis (DUP)	Most of patients report suicidal risk during this phase, and 25% have already attempted suicide before seeing a psychiatrist. Rate of completed suicides during the UP is very high (92)	The average delay in accessing health-care system during this phase is 1 year. Suicidality is higher when DUP is longer
Acute psychosis and its treatment (phase)	11% of suicide attempts in the FEP are associated with hallucinations, fear, shame, stigma, guilt, loss, rejection, and despair (76)	Patient's hallucinations, fear, shame, stigma, guilt, loss, rejection, and despair
Post-psychotic recovery (phase)	After an acute episode, 15% of the patients experience high suicidality for the following 18 months (93–96)	Even if the symptoms of psychosis may remit in this phase, neurocognitive deficits may have an impact on studying, working, and recreational activities

Dans la première phase (qui peut être appelée « état mental à risque » ou « prodromique »), les comportements suicidaires peuvent être dus à la détresse causée par des expériences prépsychotiques émergentes inconnues. Le retard dans l'accès au système de soins de santé mentale et le début du traitement (appelé DUP) peut grandement contribuer à augmenter le risque de suicide chez les patients atteints de schizophrénie à la PEP.

II. Méthode

Pour la réalisation de cette revue littéraire nous avons suivi les directives PRISMA. Les bases de données consultées sont notamment PubMed, Web of Science, Science Direct, PsycInfo, et PsychArticles. Les mots-clés ou termes « MeSH » utilisés étaient liés au premier épisode psychotique et à le suicide : ('first psychosis episode' OR 'at-risk mental state' OR UHR OR ARMS OR CHR OR 'early psychosis') AND suicid*. D'autres études ont été identifiées visuellement à partir des listes de référence des articles qui répondaient aux critères d'inclusion.

III. Résultats :

Une dizaine d'articles de recherche ont été inclus dans les bases de données recherchées. Tous les autres articles supplémentaires ont été inclus à partir de références bibliographiques ou d'avis d'experts.

A. Incidence du suicide dans le premier épisode psychotique

Une étude de suivi britannique il y a 10 ans a montré que les sujets touchés par un PEP décédait plus de causes non naturelles que la population générale (OR : 13). Le suicide a été reconnu comme étant la cause de ces décès, et la plupart des suicides se sont produits au cours des 2 premières années. (26)

Selon les preuves disponibles sur les taux de suicide chez les patients psychotiques en première admission, 23 % d'entre eux ont déjà tenté de se suicider et 15 % l'ont fait avant l'hospitalisation. (27)

Ces données peuvent suggérer qu'une intervention et une thérapie précoces améliorent la tendance suicidaire chez les patients atteints de PEP, même s'ils peuvent tenter de se suicider avant leur contact avec un service de santé mentale. En fait, les taux de mortalité peuvent être sous-estimés en raison de suicides complets commis avant de demander une aide professionnelle. (28)(29)

B. Idées suicidaires et psychose

La méta-analyse de Chapman (2015) a examiné si l'expression des idées suicidaires était liée à des suicides ultérieurs pour deux groupes différents d'individus - les adultes diagnostiqués avec des troubles de l'humeur (11 études faisant état de 860 suicides) et les adultes diagnostiqués avec des troubles psychotiques du spectre de la schizophrénie (14 études faisant état de 567 suicides). Les résultats ont montré que les personnes atteintes de psychose du spectre schizophréniforme qui expriment une idéation suicidaire présentaient une multiplication par six du nombre de suicides [14 études ; Odds ratio (OR) 6,49, intervalle de confiance à 95 % (IC) 3,82-11,02]. Pendant ce temps, l'association entre l'expression de SI et le suicide chez les patients souffrant de troubles de l'humeur n'était pas significative (11 études ; OR 1,49, IC à 95 % 0,92-2,42). Ces résultats suggèrent que l'association entre l'idéation suicidaire et le suicide ultérieur est plus forte dans la psychose du spectre de la schizophrénie que dans les troubles de l'humeur, (30).

Une autre méta-analyse a utilisé les données de 50 études longitudinales qui ont suivi des personnes ayant éprouvé des symptômes psychotiques. Ces chercheurs ont tenté de différencier l'impact des symptômes positifs et négatifs de la psychose et leur association avec SI. Les résultats ont montré que les symptômes positifs de la psychose étaient faiblement associés à l'IS (50 études ; OR = 1,70, IC à 95 % 1,39-2,08). D'autre part, les symptômes négatifs dans la psychose n'ont pas montré de signification avec SI et se sont avérés être des facteurs de protection contre la mort par suicide.

Une méta-analyse et une revue systématique d'études longitudinales d'individus dans la population générale (n > 84 000 représentant 12 échantillons de 23 pays) ont montré que les personnes qui ont déclaré avoir eu au moins une expérience psychotique au cours de leur vie avaient deux fois plus de chances de vivre l'IS à l'avenir (5 articles ; n = 56 191 ; OR 2,39, IC à 95 %, 1,62-3,51) ; triple la probabilité d'une future tentative de suicide (8 articles ; n = 66 967 ; OR = 3,15 IC à 95 %, 2,23-4,45) et quatre fois la probabilité d'un futur décès par suicide (1 article ; n = 15 049 ; OR = 4,39 95 % CI, 1.63-11.78].

Les auteurs ont conclu que ces risques élevés dépassent ce qui pouvait être expliqué par une psychopathologie concomitante suggérant que les professionnels de la santé devraient être attentifs au risque d'idées suicidaires chez toute personne ayant des antécédents d'expérience psychotique.

C. Facteurs de risque pour le suicide dans le PEP

La prévalence des idées suicidaires et des comportements suicidaires chez les personnes souffrant de troubles psychotiques constitue un enjeu majeur de santé publique. La plupart des tentatives de suicide surviennent avant ou pendant les premières phases du premier épisode psychotique (PEP). Les idées et comportements suicidaires sont fréquents avant et après l'entrée dans un premier épisode psychotique (PEP).

Les expériences psychotiques (délires de détresse, hallucinations etc) et les sentiments, tels que la peur, la stigmatisation et la perte (chez les patients ayant un certain degré de perspicacité), sont des facteurs pertinents pour le suicide. Le risque de suicide au cours de la phase suivante de rétablissement post-psychotique peut être lié à la perte de rôle et de fonction due principalement à des séquelles neurocognitives.

Lors du premier contact avec une unité de soins psychiatriques des patients avec PEP, la prévalence des idées suicidaires retrouvée dans la littérature varie entre 21 et 50%. La

prévalence est de 70% s'il est considéré la durée totale de psychose non traitée. Elles pourraient persister pour plus d'un tiers des patients jusqu'à 10 ans de suivi. La présence d'idées suicidaires lors des premiers contacts avec une unité de soins psychiatriques serait associée à un risque environ cinq fois plus élevé de tentative de suicide à un an. Entre 18 et 26% des patients passent à l'acte avant ce premier contact et 2,9 à 18,2 % des patients après l'entrée dans un PEP. Enfin il est rapporté entre 0,4 à 4,3% de décès par suicide après cette transition soit 12 fois plus important que dans la population générale. De plus, le taux de conduites suicidaires est plus important lorsque l'on se rapproche du début du PEP, particulièrement la première année voire les six premiers mois.

L'intensité des idées suicidaires au début du PEP peut être un facteur prédictif du risque de passage à l'acte. En effet, il est possible de retranscrire l'évolution des idées suicidaires selon la fréquence de l'idéation l'année précédant le contact médical.

- Ceux présentant une fréquence faible (une à quelques fois) vont à terme avoir plutôt une régression des idées suicidaires.
- Ceux présentant des fréquences plus élevées ont 4,5 fois plus de chance d'avoir encore des idées suicidaires à 5 ans de suivi et environ 4 fois plus à 10 ans que ceux présentant des fréquences faibles. Ces patients réaliseront 2,8 et 6,6 fois plus de tentatives de suicide respectivement à 5 et 10 ans de suivi.

Le PEP est ainsi une période de transition critique sur le plan suicidaire. Cela justifie l'intérêt de l'évaluation du risque suicidaire et de développer la recherche sur des facteurs associés à des fins de dépistage et prévention.

Les facteurs de risque les plus pertinents pour le suicide dans la PEP sont :

- L'âge d'apparition des symptômes psychotiques,
- La DUP
- Les caractéristiques démographiques,

- La psychopathologie,
- Le traumatisme et la perspicacité

Une liste de facteurs de risque et de protection contre le suicide pendant la PEP est présentée dans le tableau 2.

Risk factors	Protective factors
Acute psychotic symptoms/experiences (e.g., hallucinations)	At least one close relationship
Mood variability and depression	Family support
Pre-existing or comorbid conditions, such as personality disorder and substance abuse/dependence	Things to live for, e.g., plans for the future, children, pets, etc.
The individual reaction to the impact of the illness	Strong positive cultural/religious/personal values and anti-suicide attitudes
Traumatic life events	Social stability
PTSD features related to earlier trauma or prior suicide attempt	Good service engagement and optimism about recovery (hope)
Trauma associated with an unsatisfactory pathway to care	Compliance to treatments
Lower insight	Good insight
Longer DUP	Shorter DUP

PTSD, post-traumatic stress disorder; DUP, duration of untreated psychosis.

Tableau 2 | Risk and protective factors for suicide in FEP patients. Ventriglio et al.(31)

D. Prédire le comportement suicidaire après un premier épisode de psychose non affective : le rôle du fonctionnement neurocognitif

Les personnes ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre psychotique présentent une espérance de vie plus faible que la population générale en raison d'une mortalité plus élevée à la fois pour des causes naturelles et non naturelles. Il a été estimé que l'espérance de vie moyenne est réduite d'environ 14,6 ans chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. De plus, dans un large échantillon de patients atteints du premier épisode de psychose (PEP), le suicide a été identifié comme la cause de décès non naturel la plus fréquente, avec une augmentation de vingt fois du risque de décès par suicide que leurs pairs.

Cependant, les cliniciens ont encore du mal à prédire le comportement suicidaire chez les patients atteints de troubles psychotiques. Il a été suggéré que d'autres facteurs contributifs, tels que le fonctionnement neurocognitif, peuvent être plus sensibles dans la prédiction du comportement suicidaire que les facteurs de risque classiques. En effet, certaines études antérieures ont suggéré que la présence de comportement suicidaire était associée à une meilleure performance neurocognitive dans des domaines tels que le fonctionnement exécutif.

Kim et al. ont constaté que les patients ayant des antécédents de SB surpassaient ceux qui n'ont pas d'antécédents de SB en termes de vitesse psychomotrice, d'attention, de mémoire de travail, de fluidité verbale, de mémoire verbale et de fonctionnement exécutif, cette relation étant médiée par le désespoir (32).

Certaines études prospectives ont rapporté que la présence d'une symptomatologie dépressive sévère au cours de la période de suivi était liée au comportement suicidaire. Le FVC (Forced vital capacity) s'est avéré être le prédicteur le plus robuste du comportement suicidaire avec une symptomatologie dépressive sévère. Par conséquent, une moins bonne performance cognitive du patient présentant un PEP semble apparaître comme un facteur de risque de

comportement suicidaire dès les premiers stades de la maladie et une évaluation neurocognitive complète peut contribuer à l'évaluation du risque si ces résultats étaient reproduits. Il a été reconnu l'importance possible du fonctionnement neurocognitif en tant que facteur prédictif du comportement suicidaire. (33)

E. Fonctionnement neurocognitif et impulsivité dans le premier épisode psychotique avec idéation et comportement suicidaires

Des altérations cognitives telles qu'un déficit en quotient intellectuel, fonctions exécutives, mémoire verbale, vitesse de traitement, cognition sociale et émotionnelle et théorie de l'esprit sont retrouvées parmi les patients avec PEP. (34)

Des études concluent à des fonctions cognitives sociales et émotionnelles (reconnues comme endophénotype et marqueur de vulnérabilité à une entrée dans un PEP chez des sujets prodromaux) plus détériorées chez les patients présentant des conduites suicidaires ou idées suicidaires isolées (34–36). De plus une plus grande impulsivité peut être associée à la présence d'idées suicidaires et la réalisation de tentative de suicide (37) ou suicides aboutis (38).

Selon les résultats d'une méta-analyse récente (35), d'un point de vue neuropsychologique, aucun déficit particulier n'a été trouvé significativement associé à l'idéation suicidaire. Mais les déficits se sont avérés associés à la probabilité de tentative de suicide; et la présence d'idéation suicidaire ou du moins leur fréquence était fortement associée à ce risque. Cependant, pour une étude des anomalies neuropsychologiques moins prononcées ont été trouvées associées aux patients PEP et ceux avec SI étaient plus déprimés que ceux sans. Face au manque d'études avec des résultats concordants significatifs, il n'a jamais été possible de conclure à une association jusqu'à présent. De même, concernant la mort par suicide, aucune étude cherchant une association entre des facteurs neuropsychologiques (hors QI) ou des échelles psychologiques mesurant l'impulsivité n'a été trouvée. Comme le suicide réel est moins courant que l'idéation suicidaire ou que l'on passe par le tentative de suicide, les restrictions en termes

de méthodologie d'étude sont beaucoup plus importantes. Des antécédents de comportement impulsif restent fortement associés au risque de décès par suicide dans toutes les études incluses.

Une seule étude du 2018 a montré une plus grande altération du score global pour une batterie de tests neurocognitifs (réalisés au moment du premier contact pour la PEP dans une unité de soins psychiatriques) chez des patients avec des comportements suicidaires. Cette étude était parmi celles qui comprenaient les plus grands échantillons. Cependant, aucune différence n'a été trouvée pour la plupart des tests dans l'autre étude avec une population similaire (mêmes critères diagnostiques et mode de recrutement), et une batterie de tests neuropsychologiques avec un temps de suivi de plus de 3 ans. Dans les deux études, les patients avec idéation suicidaire étaient nettement plus déprimés que ceux sans idéation suicidaire et avaient un ajustement prémorbide moins bon. Par ailleurs, les groupes étaient comparables pour les variables étudiées et il n'y avait pas d'ajustement statistique. Seules les altérations de la vitesse de traitement se sont révélées être associées séparément aux tentatives de suicides, comme dans l'étude précédente. Cette variation des résultats soulève des doutes sur l'exactitude et la reproductibilité des tests neuropsychologiques dans ce contexte clinique. Enfin, une dernière étude a également trouvé des déficits de l'attention, des fonctions exécutives et du QI chez 152 patients. Une seule étude a trouvé une altération de la théorie de l'esprit chez les patients suicidaires. Les autres études avec moins de patients inclus et des évaluations neuropsychologiques partielles ne révèlent aucune différence ou sont contradictoires.

Ainsi, des anomalies neuropsychologiques peuvent être trouvées dans des échantillons suffisamment puissants. Néanmoins, jusqu'à présent, ces anomalies sont toujours restées trop incohérentes dans la littérature pour être utilisées pour évaluer le risque suicidaire et sa prévention en pratique clinique. À l'inverse, les comportements d'automutilation, même élargis aux comportements violents, qui pourraient être considérés comme un marqueur d'impulsivité, sont systématiquement retrouvés en association avec les tentatives de suicide. De tels comportements doivent alerter le clinicien sur une probabilité accrue de suicide. (36)

F. Les conséquences subjectives d'un premier épisode psychotique : traumatismes et conduites suicidaires

Il existe peu d'études sur le traumatisme dans le PEP et son impact négatif sur les résultats cliniques. Il est bien connu que les événements traumatisants de la vie peuvent entraîner de l'anxiété, de la dépression et des symptômes psychotiques et peuvent contribuer au développement d'un état à risque de psychose. Les effets du traumatisme et du TSPT comorbide peuvent ajouter un risque supplémentaire de suicide chez les patients atteints de PEP.

Conus et al. ont décrit la prévalence d'événements stressants chez 658 patients ambulatoires de PEP et leurs associations avec les caractéristiques prémorbides, les différences de base et les résultats entre les sujets qui ont signalé et n'ont pas signalé d'abus sexuels et/ou physiques (APS) passés. Ils ont constaté que 83 % de ces patients avaient été exposés à au moins un événement stressant au cours de leur vie et 34 % d'entre eux à des abus physiques et/ou sexuels (surtout de sexe féminin). Les patients APS étaient plus susceptibles de déclarer un trouble de stress post-traumatique (TSPT) et un trouble lié à l'utilisation de substances avant le début de la psychose d'avoir tenté de se suicider dans le passé et pendant le traitement. (37) Par ailleurs l'impact subjectif d'un premier épisode psychotique peut être profond, entraînant potentiellement la perte de rôles sociaux, d'espoirs et d'aspirations et conduisant à la stigmatisation, à un traumatisme et à un risque suicidaire élevé.

Une étude conduite en 2007 (TARRIER et Al) visait à évaluer l'effet subjectif et les conséquences d'un premier épisode de psychose. Il a été émis l'hypothèse que le comportement suicidaire serait associé aux conséquences négatives de la psychose et du TSPT symptomatique comorbide. Les patients ont été évalués au moyen d'un entretien semi-structuré sur leurs réactions et leur expérience de leur épisode psychotique et de son traitement et au moyen de méthodes standardisées pour les symptômes psychotiques (PANSS) et liés aux traumatismes (CAPS). Au total, 35 patients souffrant de leur premier épisode de psychose ont été interrogés.

À la suite de l'apparition de leur maladie, 77 % ont indiqué avoir subi une perte ou une perturbation de leur vie, 60 % avaient contrarié leurs aspirations futures, 38 % avaient subi des violences ou du harcèlement, 53 % avaient subi la stigmatisation et 50 % l'exclusion sociale. Au total, 80 % ont estimé avoir été traumatisés par leur traitement et 38 % étaient des cas de TSPT symptomatique. Le TSPT symptomatique était significativement associé à l'hospitalisation involontaire mais pas aux symptômes psychotiques. Les symptômes psychotiques positifs étaient associés au harcèlement, à la stigmatisation et à l'exclusion sociale. Des idées suicidaires ont été signalées par 40 % et 31 % ont déclaré avoir tenté de se suicider. Le comportement suicidaire était plus important chez les personnes souffrant de SSPT symptomatique, mais ce n'était pas significatif, le comportement suicidaire était significativement associé à l'expérience du traumatisme, mais pas à la gravité de ce traumatisme, avant le début de leur psychose. Les conséquences négatives d'un épisode psychotique sont importantes. L'effet iatrogène potentiel des soins psychiatriques doit être pris en compte. Des interventions doivent être développées pour réduire les traumatismes et le risque de suicide. (38)

G. Différences entre les sexes dans le comportement suicidaire chez les patients présentant un premier épisode de psychose

Dans la population générale, le suicide et les comportements suicidaires sont liés au genre. Dans la plupart des pays, les hommes se suicident plus souvent, tandis que les idées suicidaires et les comportements suicidaires non mortels sont plus fréquents chez les femmes (39). Le fait que le comportement suicidaire soit plus répandu chez les femmes alors que la majorité des suicides sont commis par des hommes a été qualifié de « paradoxe de genre du suicide » (40). Le taux de suicide entre hommes et femmes varie d'un pays à l'autre avec une moyenne de 3,5 :1 (OMS 2011b). Dans l'étude OMS/EURO sur le parasuicide, les taux moyens

de tentatives de suicide chez les femmes étaient 1,5 fois plus élevés que chez les hommes (Kerkhof 2000).

Le modèle de genre pour le suicide et le comportement suicidaire dans les troubles psychotiques diffère quelque peu de la population générale. En ce qui concerne le suicide réussi, la plupart des études sur la schizophrénie démontrent les mêmes différences entre les sexes que celles observées dans la population générale ; plus d'hommes que de femmes meurent par suicide (41). Quelques études ne rapportent aucune différence entre les sexes dans le suicide réussi chez les patients atteints de schizophrénie (42). Il a été indiqué que les différences de genre dans le suicide réussi sont moins marquées chez les patients souffrant de troubles psychotiques que dans la population générale, avec une odds ratio pour le suicide chez les hommes de 1,57 (43).

La recherche sur les différences de genre pour les idées suicidaires dans le PEP est limitée. Des modèles de genre contradictoires dans les comportements suicidaires chez les patients atteints de FEP ont été trouvés. Certains d'entre eux n'ont montré aucun lien avec le risque de suicide, ce qui suggère que la gravité d'un état clinique pourrait outrepasser les différences de genre dans les comportements suicidaires. Dans certaines études, les hommes semblent être plus suicidaires que les femmes, tandis que d'autres rapports montrent que les patientes atteintes de la FEP peuvent présenter un risque plus élevé de suicide et de comportements suicidaires.

Une étude sur des patients atteints de PEP n'a rapporté aucune différence entre les sexes dans les idées suicidaires (Thorup, Petersen et al. 2007), tandis qu'une autre étude a rapporté une prévalence plus élevée d'idées suicidaires chez les femmes (Barrett, Sundet et al. 2010). Les différences entre les sexes pour les tentatives de suicide dans le PEP ont été étudiées plus en détail que les différences entre les sexes pour les idées suicidaires. Les résultats sont cependant ambigus. Le modèle de genre dans la population générale, selon lequel plus de femmes font des tentatives de suicide, est reproduit dans un certain nombre d'études PEP. (44)

Contrairement à ces résultats, plusieurs études n'ont trouvé aucune différence dans les tentatives de suicide liées au sexe (45). Une étude a révélé une prévalence plus élevée de tentatives de suicide chez les hommes (46), mais cela semble être une exception.

Dans l'ensemble, la recherche sur les différences entre les sexes dans le suicide et le comportement suicidaire dans le PEP donne un schéma contradictoire.

H. Expériences psychotiques et incidents, idées et comportements suicidaires

Récemment, les expériences psychotiques (EP) ont été identifiées comme un facteur de risque d'idées et de comportements suicidaires chez les individus de la population générale (Honings et al., 2015). Une association similaire a été rapportée pour les personnes à risque de psychose (Taylor et al., 2015). Le fait référence à des expériences délirantes ou hallucinatoires en dessous du seuil d'un trouble psychotique diagnosticable, souvent en l'absence de détresse psychologique significative (Kelleher et al., 2012a ; Linscott et van Os, 2013).

Des enquêtes en population générale ont montré que l'expérience psychotique est très répandue dans la population générale, avec une prévalence méta-analytique de 7,2 % (Kelleher et al., 2012a ; Linscott et van Os, 2013). L'expérience psychotique a été identifiée comme un facteur de risque pour plusieurs problèmes de santé mentale, y compris la psychopathologie psychotique (Kaymaz et al., 2012 ; Linscott et van Os, 2013) et non psychotique (Kelleher et al., 2012b) et est associée à une utilisation accrue des traitements. et le besoin de soins dans des échantillons de la population générale (Murphy et al., 2012). De plus, l'expérience psychotique sert d'indicateur de la gravité de la maladie et des mauvais résultats chez les personnes atteintes de psychopathologie non psychotique (Guloksuz et al., 2015 ; Kelleher et al., 2012b ; Perlis et al., 2011 ; Wigman et al., 2012 ; Wigman et al., 2014). Une méta-analyse récente a rapporté que les personnes de la population générale atteintes d'une expérience psychotique avaient un risque accru de pensées suicidaires (c'est-à-dire d'idées suicidaires ou de plans suicidaires) et de

comportement suicidaire (c'est-à-dire de tentatives de suicide ou de suicide) par rapport aux personnes sans l'expérience psychotique.

Une étude de 2016 (Honings et al.) a montré que l'expérience psychotique dans la population générale est associée à un risque accru d'idées et de comportements suicidaires. Des travaux antérieurs ont identifié des causes communes d'expérience psychotique et de tentatives de suicide, notamment des facteurs psychologiques et sociaux (DeVylder et al., 2015a), une réactivité émotionnelle accrue au stress (Lataster et al., 2009), des styles d'adaptation axés sur les émotions (Lin et al., 2011) et l'exposition à des événements traumatisants de la vie (Iga et al., 2007). Cependant, d'autres recherches sur les mécanismes sous-jacents sont en cours.

Les résultats de l'étude du 2016 (Honings et al.) montrent que l'expérience psychotique sert d'indicateur de la gravité de la maladie et des mauvais résultats chez les personnes atteintes de psychopathologie non psychotique, conformément à des recherches antérieures (47) Par conséquent, l'évaluation de l'expérience psychotique chez les personnes atteintes de psychopathologie non psychotique devrait être intégrée à la fois dans la pratique clinique et dans les recherches futures, comme suggéré précédemment (Kelleher et al., 2013), afin d'identifier les personnes à risque de comportement suicidaire. De plus, les recherches futures devraient examiner le rôle de l'expérience dans la transition des idées suicidaires aux tentatives de suicide, car les preuves montrent que la plupart des facteurs de risque d'idées suicidaires ne font pas de distinction entre les idéateurs et les tentateurs (Klonsky et May, 2014 ; May et Klonsky, 2016).(48)

I. Dépression au cours du premier épisode psychotique et risque de suicide ultérieur.

Les preuves suggèrent que le PEP est associé au suicide, et l'influence de la dépression sur le comportement suicidaire dans les études transversales est claire. Cependant, l'influence de la dépression au cours du PEP sur la mortalité à plus long terme n'est pas certaine. Les

preuves existantes ont été synthétisées pour comprendre l'influence des symptômes dépressifs pendant le PEP sur le comportement suicidaire ultérieur.

La dépression comorbide est liée au comportement suicidaire dans le PEP, que ce soit dans les phases prodromiques, aiguës ou post-psychotiques précoces. Plusieurs études (Upthegrove et al., 2010). (Dutta et al., 2010) ont démontré que les 12 premiers mois après la PEP sont une période de risque le plus élevé de suicide réussi, mais il est également clair que ce risque s'étend jusqu'à 5 ans. Dans les populations à haut risque de développer une psychose, Kelleher et al., montrent que les expériences psychotiques atténuées étaient relativement fréquentes chez les jeunes qui avaient un diagnostic de trouble dépressif modéré, et que la combinaison des expériences dans cet échantillon était significativement associée à comportement suicidaire.

Comprendre l'influence des symptômes dépressifs pendant la PEP sur le risque ultérieur de suicide pourrait aider à éclairer la prise en charge précoce, améliorant ainsi le pronostic et les soins, car les symptômes dépressifs comorbides présentent une cible modifiable (Häfner et al., 2005). Une revue existante publiée en 2013 a enquêté sur plusieurs facteurs de risque d'automutilation délibérée après un premier épisode de psychose et a découvert que la dépression jouait un rôle important (Challis et al., 2013). Une autre revue systématique portant sur les facteurs de risque associés au comportement suicidaire après la PEP a conclu que les symptômes dépressifs étaient systématiquement associés (Coentre et al., 2017). Cependant, aucune méta-analyse n'a été réalisée. De plus, l'exclusion des études portant sur les symptômes dépressifs pendant la psychose aiguë signifiait que l'influence des symptômes dépressifs pendant la PEP sur le risque suicidaire à long terme n'a pas été explorée. D'autres revues portant spécifiquement sur l'influence longitudinale des facteurs de risque (y compris la dépression) sur le comportement suicidaire ont été de nature non systématique ou narrative (Pompili et al., 2011; Ventriglio et al., 2016).

Les résultats d'une étude conduite par McGinty, Sayeed Haque, suggèrent que les symptômes dépressifs pendant la PEP sont associés à une plus grande probabilité de

comportement suicidaire ultérieur, dans un délai de suivi médian de 24 mois. Cette revue ajoute à la preuve que les symptômes dépressifs au cours de la PEP ont une faible signification pronostique à long terme. Ces résultats sont renforcés par des analyses de sensibilité, où les résultats sont restés significatifs. Ces résultats renforcent les preuves de Sönmez et al., 2016, qui ont découvert que la dépression persistante au cours de la première année de traitement de la PEP était associée à des niveaux systématiquement plus élevés de comportement suicidaire sur une période de suivi de 10 ans, par rapport à aucune dépression persistante pendant la première année. De plus, les résultats sont cohérents avec ceux d'une méta-analyse systématique précédente qui a enquêté sur plusieurs facteurs associés à l'automutilation délibérée (définie comme l'automutilation indépendamment de l'intention létale) dans la psychose précoce, qui a démontré que la dépression comporte un risque similaire (Challis et al., 2013). Nos résultats se concentrent spécifiquement sur la dépression pendant la PEP et le risque que cela peut entraîner pour un comportement suicidaire ultérieur, ce qui suggère qu'un traitement précoce est nécessaire.

Il est spéculatif de suggérer comment la dépression pendant la PEP conduirait à un risque à plus long terme de comportement suicidaire. Il est possible que pour certains individus, la présence d'une dépression dans la PEP représente un trait persistant, ou une propension à d'autres épisodes dépressifs et avec ces autres comportements suicidaires. Il existe également des preuves que la dépression dans la PEP est associée à une gamme de résultats plus médiocres, de rechutes et d'admissions répétées. Il se peut que l'association entre la dépression et le comportement suicidaire futur soit médiée par le fardeau cumulé de ces événements négatifs supplémentaires (Conley et al., 2007). Cette étude a également démontré que la dépression pendant la PEP est associée à une plus grande appréciation négative de la perte, de la honte du diagnostic de psychose et des sentiments de piégeage (Upthegrove et al.). La guérison de ceux-ci n'est pas nécessairement colinéaire avec la guérison des symptômes positifs ou de la dépression : en effet, certaines preuves suggèrent le contraire, à savoir que les évaluations négatives de la maladie peuvent nécessiter une thérapie spécifique et ciblée ou être sujettes à

un retard d'amélioration (Brunet et al., 2012). Ces évaluations négatives sont significativement associées au risque de suicide et peuvent donc être le véhicule par lequel la dépression entraîne un risque à plus long terme de comportement suicidaire (Upthegrove, 2016). Ce domaine justifie d'autres essais d'intervention ciblés pour bien comprendre la direction de l'influence et l'amélioration potentielle des résultats.

Il est possible que l'influence des symptômes dépressifs sur le risque suicidaire longitudinal diffère entre les diagnostics de PEP affectifs et non affectifs, et constitue un domaine à explorer plus avant. Les futures études longitudinales bien conçues devraient également tenir compte des effets des facteurs de confusion, tels que les tentatives de suicide antérieures et la toxicomanie.

Actuellement, il n'existe pas de lignes directrices claires pour la prise en charge de la dépression pendant la PEP, bien que des preuves croissantes démontrent l'innocuité et l'efficacité des antidépresseurs dans la schizophrénie (Gregory A., 2017 ; Tiihonen et al., 2015). La thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose s'est avérée efficace pour réduire les symptômes positifs et négatifs, mais les symptômes dépressifs n'ont pas été considérés comme un résultat principal dans les essais (Jauhar et al., 2014).

Le suicide dans les troubles psychotiques reste une préoccupation importante, et les résultats de cette synthèse de preuves s'ajoutent aux preuves de la nécessité d'une identification efficace et d'un traitement précoce de la dépression pendant la PEP afin de réduire le risque de comportement suicidaire ultérieur. Des essais cliniques à grande échelle sont nécessaires pour identifier une prise en charge efficace de la dépression pendant la PEP.(49)

IV. Discussion

Il s'agit d'une revue de la littérature concernant l'association entre les idées ou comportements suicidaires chez les patients atteints de PEP. Compte tenu du faible nombre d'études retrouvées dans la littérature, ce sujet semble avoir été peu exploré à ce jour.

À la lumière des résultats obtenus, il semble que les PEP s'accompagnent d'un risque plus élevé de suicide. Les facteurs de risque majeurs de suicide dans cette population particulière sont classiques : antécédents de tentative de suicide, dépression et abus de substances. Le vécu d'exclusion sociale de la maladie représente également une cible thérapeutique d'intérêt accru, et aussi une perspective de recherche très actuelle. ("Risque suicidaire lors du premier épisode psychotique"). La prise en compte de ces impératifs doit déboucher naturellement sur des études évaluant les stratégies de soins et leur rôle potentiel dans la prévention du suicide. L'exposition importante des patients avec PEP au risque suicidaire pourrait s'expliquer en partie par rapport aux altérations neurocognitives, dont une impulsivité plus marquée, retrouvées chez ces patients. Améliorer les connaissances sur le risque suicidaire dans les premiers stades de la maladie est essentiel pour développer des stratégies thérapeutiques et de prévention.

En pratique, chez les patients présentant un premier épisode psychotique, les points suivants doivent être pris en compte :

- Un comportement d'automutilation non suicidaire et un comportement impulsif peuvent être associés au risque de tentative de suicide et de suicide réussi.
- Certains troubles cognitifs, comme un déficit de la théorie de l'esprit, augmentent la probabilité de tentative de suicide. Identifier clairement les profils neuropsychologiques à haut risque suicidaire peut aider à prévenir les comportements suicidaires lors de la prise en charge précoce des patients.

- Les agents de santé devraient être formés à l'identification précoce, à l'évaluation, à la prise en charge et au suivi chez cette particulier catégorie de patients

A. La prévention du suicide

La prévention du suicide n'a pas été convenablement traitée tant que l'on n'avait pas conscience du fait que le suicide constitue un problème majeur de santé publique et parce que de nombreuses sociétés le considèrent comme un tabou et n'en parlent pas ouvertement. À ce jour, seuls quelques pays ont inscrit la prévention du suicide au nombre de leurs priorités sanitaires et 38 pays seulement déclarent s'être dotés d'une stratégie nationale de prévention du suicide.

La réduction de la mortalité par suicide est répertoriée comme "un impératif mondial " par le Plan d'action de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, qui vise à réduire le taux global de suicide de 10 %. Dans de nombreux pays, des programmes de prévention du suicide sont mis en place qui visent à augmenter les facteurs de protection et à réduire les facteurs de risque.

Les interventions mises en œuvre peuvent être de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

- Les interventions de prévention primaire sont idéalement mises en place avant la période de risque suicidaire. Ils s'adressent donc à la population générale et visent à réduire l'incidence des comportements suicidaires. La stratégie de prévention primaire la plus utilisée consiste à limiter l'accès aux moyens par lesquels les actes d'autosuppression peuvent être mis en œuvre.
- Les interventions de prévention secondaire consistent à identifier les personnes présentant des facteurs de risque suicidaires afin de les évaluer et éventuellement initier un traitement. L'identification des personnes à risque peut avoir lieu, par exemple, grâce

à des interventions de dépistage effectuées dans les écoles ou par des médecins de famille. Dans le cas où des sujets présentant des symptômes psychiatriques sont identifiés, un important rôle de prévention secondaire peut être exercé par les thérapies pharmacologiques et les psychothérapies. De nombreuses recherches ont montré l'effet protecteur anti-suicidaire de certains médicaments. L'effet anti-suicidaire pourrait s'expliquer grâce à la réduction des troubles de l'humeur et aussi grâce à la réduction de l'agressivité et de l'impulsivité. La psychothérapie joue un rôle crucial dans la prévention du suicide. Une alliance thérapeutique solide peut favoriser la réduction de la souffrance et réduire le poids de l'émotivité.

- Les interventions de prévention tertiaire visent à réduire l'impact négatif des comportements suicidaires. Ces interventions ciblent les individus qui ont fait une tentative de suicide et ceux qui ont subi le suicide d'un proche. Dans une perspective de prévention tertiaire, le suivi des patients ayant commis des comportements suicidaires est fondamental et il est important de souligner que la période post-sortie d'un service psychiatrique est à haut risque suicidaire.

B. Stratégies de prévention dans le PEP

Concernant cette population spécifique, les données suggèrent que les taux de suicide sont plus faibles dans les services d'intervention précoce que dans les cohortes précédentes de jeunes atteints de PEP traités dans les services généralistes.

Cependant, les « ingrédients actifs » du modèle de réduction des risques ne sont pas clairs, et une fois le traitement interrompu, cet effet semble diminuer. Bien que l'efficacité des services d'intervention précoce reste au centre d'un débat important, les données suggèrent que l'extension de ce modèle de soins au-delà de la période initiale de 18 mois à 2 ans pourrait réduire le risque de suicide au fil du temps pour cette population.

Un certain nombre de stratégies peuvent être utilisées pour prévenir le suicide. Les stratégies universelles de prévention du suicide à l'échelle du service impliquent la formation du personnel et des soignants afin d'accroître la confiance et les compétences dans la détection, l'évaluation et la gestion du risque de suicide. Les stratégies sélectives visant à réduire le risque de suicide comprennent le dépistage et la surveillance par le biais d'une évaluation de routine des risques et de l'élaboration de systèmes de gestion des risques, et sont généralement appropriées pour toutes les personnes présentant des facteurs de risque de suicide. Les interventions indiquées, ou les traitements spécifiques pour les personnes identifiées comme présentant un risque élevé à l'étape du dépistage, comprennent le confinement du risque aigu de suicide (y compris la fréquence croissante des contacts et du soutien ou de l'hospitalisation), les traitements pharmacologiques et physiques spécifiquement pour le risque de suicide, les interventions psychologiques, les interventions psychosociales et l'auto-assistance.

Selon le dernier rapport de l'Observatoire National du Suicide, en 2019 la France a enregistré 8885 décès par suicide, ce qui représente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe (50). Une stratégie nationale de prévention du suicide a été mise en place avec l'objectif de mettre œuvre de façon coordonnée dans les territoires un ensemble d'actions intégrées qui sont :

- Le dispositif Vigilans de maintien du contact avec la personne qui a fait une tentative de suicide.
- "La formation actualisée au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire". ("Santé mentale, la prévention du suicide")
- Les actions de prévention de la contagion suicidaire.
- La mise en place du numéro national de prévention du suicide, le 3114.

Cependant, l'avantage supplémentaire de ces interventions est généralement faible. Les données suggérant que le principal facteur de risque à prendre en compte dans la réduction du

suicide est le traitement pharmacologique approprié des troubles psychotiques et autres troubles psychiatriques, et l'observance de ce traitement. Comme pour toutes les thérapies, ces interventions doivent être adaptées à l'individu, en tenant compte de la gamme de facteurs qui pourraient contribuer au risque de suicide, y compris les symptômes psychotiques aigus, le trouble de l'humeur comorbide, d'autres comorbidités telles que le trouble de la personnalité, les réactions psychologiques à une maladie psychotique, les facteurs externes tels que les réactions d'autres personnes importantes et les pertes, et les réactions à la suicidalité chez d'autres, y compris les réactions post-traumatiques et les pactes de suicide entre les clients.

Les traitements pharmacologiques et physiques incluent, pour le groupe PEP, l'utilisation de SGA plutôt que de FGA et de clozapine. Des preuves empiriques en dehors du domaine du PEP suggèrent d'autres interventions. Par exemple, la littérature sur la psychose affective suggère que l'ECT peut être utile pour la suicidalité, et ceux qui ont une maladie plus établie ont montré des améliorations de la suicidalité lorsqu'ils sont traités avec des antidépresseurs (cf., en l'absence de cela), et peut-être du lithium.

Les interventions psychologiques dans la psychose précoce sont rarement conçues spécifiquement pour réduire le risque de suicide. La seule intervention spécifique pour la suicidalité chez les personnes atteintes de PEP, LifeSPAN, est un programme individuel de TCC de 10 sessions créant une formulation de facteurs à court et à long terme contribuant à la suicidalité et traitant les facteurs à court terme. Les données à ce jour suggèrent que LifeSPAN est associé à des réductions significatives du désespoir et des idées suicidaires, mais pas dans les tentatives de suicide. TCC pour la psychose à elle seule ne semble pas réduire le risque de comportement suicidaire chez les personnes atteintes de PEP en plus du counseling ou du traitement de soutien comme d'habitude. Les interventions psychosociales telles que la fourniture d'un soutien, l'encouragement de l'activité quotidienne et le soutien des relations avec les pairs et de la participation professionnelle peuvent réduire le risque de suicide, bien que cela n'ait pas été exploré dans le domaine de la PEP en particulier. Les ressources d'auto-assistance peuvent

également être utiles, bien que, encore une fois, leur impact sur la psychose précoce n'ait pas été examiné.

De même, l'amélioration de l'observance du traitement réduirait probablement le risque, tout comme le fait de travailler avec les jeunes autour de l'automutilation délibérée, compte tenu de sa relation avec le suicide.

Les cliniciens doivent évaluer le risque de suicide dans la phase prodromique avec des symptômes infraliminaires ainsi que pendant le PEP et tout au long de l'évolution de la maladie. Un suivi plus exhaustif avec évaluation systématique des risques devrait être effectué régulièrement durant ces phases pour faciliter la détection précoce des cas à haut risque et assurer sans délai les interventions de prévention du suicide. Le traitement antipsychotique reste crucial pour réduire le suicide chez les patients atteints de PEP. La clozapine a montré sa supériorité dans la réduction du risque de suicide chez les patients schizophrènes. D'autres études sont nécessaires pour identifier les interventions psychothérapeutiques et psychosociales spécifiques qui peuvent offrir plus d'avantages pour la prévention des comportements suicidaires chez ces patients. Des équipes multidisciplinaires spécialisées dans la psychose précoce (psychiatre, psychothérapeute, travailleur social, etc.) pourraient fournir les interventions nécessaires pour soutenir les patients atteints de PEP et leur famille de manière globale.

Recommandations:
<ul style="list-style-type: none">• Un traitement intensif doit être fourni pendant les phases à haut risque de la maladie.• Les services devraient élaborer et mettre en œuvre des interventions appropriées et fondées sur des données probantes pour l'automutilation délibérée. GPP Le programme LifeSPAN est susceptible d'être d'un certain avantage pour les personnes suicidaires.
Les SGAsB, en particulier la clozapine, peuvent être utiles pour la suicidalité. (51)

V. Conclusion

Pour ce travail, nous avons choisi d'étudier la suicidalité chez des psychoses émergentes, c'est à dire des sujets présentant des prodromes de troubles psychotiques ou réalisant un premier épisode psychotique (PEP), avec l'objectif d'identifier les déterminants des conduites suicidaires et de proposer une ouverture sur l'amélioration des pratiques d'évaluation du risque suicidaire, ainsi que sur le développement de stratégies appropriées de prévention et d'intervention de la psychose précoce.

A la lumière des résultats de cette revue de littérature, lors du premier épisode psychotique le risque de suicide s'avère être particulièrement élevé.

Plusieurs facteurs ont été définis comme précurseurs de ce risque suicidaire, ne citant que : la présence ou non d'un déficit neurocognitif au cours et/ou après le PEP - notamment l'impulsivité- les comorbidités toxiques, les comorbidités traumatiques, la dépression, et la présence ou non d'antécédents de tentative de suicide, sans oublier « la marginalisation » vécu par cette population.

Les résultats de cette revue soulignent l'importance d'identifier précocement les profils neuropsychologiques à haut risque suicidaire afin d'améliorer les stratégies de prévention à travers d'une prise en charge multidisciplinaire.

Références

1. Diaz et al., «Neurocognitive Functioning and Impulsivity in First-Episode Psychosis with Suicidal Ideation and Behavior».
2. Honings et al., «Psychotic Experiences and Incident Suicidal Ideation and Behavior».
3. Nordentoft et al., «OPUS Study».
4. Aas, M., Dazzan, P., Mondelli, V., Melle, I., Murray, R.M., Pariante, C.M., 2014. A systematic review of cognitive function in first-episode psychosis, including a discussion on childhood trauma, stress, and inflammation. *Front. Psych.* 4, 182. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00182>.
5. Addington, J., Saeedi, H., Addington, D., 2005. The course of cognitive functioning in first episode psychosis: changes over time and impact on outcome.
6. Addington J, Williams J, Young J, et al. Suicidal behavior in early psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2004 Feb;109(2):116-20.
7. Allott, K., Fraguas, D., Bartholomeusz, C.F., Díaz-Caneja, C.M., Wannan, C., Parrish, E. M., Amminger, G.P., Pantelis, C., Arango, C., McGorry, P.D., Rapado-Castro, M., 2018. Duration of untreated psychosis and neurocognitive functioning in first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis.
8. Ayesa-Arriola, R., Alcaraz, E.G., Hernández, B.V., Pérez-Iglesias, R., Lopez Morínigo, J. D., Duta, R., David, A.S., Tabares-Seisdedos, R., Crespo-Facorro, B., 2015. Suicidal behavior in first-episode non-affective psychosis: specific risk periods and stage related factors.
9. Barrett EA, Mork E, Færden A, et al. The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res* 2015 Mar;162(1-3):97-102.

10. Barrett, E.A., Sundet, K., Faerden, A., Nesvåg, R., Agartz, I., Fosse, R., Mork, E., Steen, N. E., Andreassen, O.A., Melle, I., 2010. ("Suicidal Thoughts and Behavior (STB) and Psychosis-risk Symptoms among ...") Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis.
11. Barrett, E.A., Sundet, K., Simonsen, C., Agartz, I., Lorentzen, S., Mehlum, L., Mork, E., Andreassen, O.A., Melle, I., 2011. Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders.
12. Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., Quach, P.L., Christensen, T.Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., Nordentoft, M., 2007. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Bourgeois M, Swendsen J, Young F, et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial.*
13. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br J Psychiatry Suppl* 2007 Dec;51: s140-6. Barkl, S.J., Lah, S., Harris, A.W.F., Williams, L.M., 2014. Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: a systematic review with meta-analysis.
14. Bjorkenstam, C., Bjorkenstam, E., Hjern, A., Boden, R., Reutfors, J., 2014. Suicide in first episode psychosis: a Nationwide cohort study.
15. Bora, E., Pantelis, C., 2013. Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis.
16. Bornheimer, L.A., Wojtalik, J.A., Li, J., Cobia, D., Smith, M.J., 2021. Suicidal ideation in first-episode psychosis: considerations for depression, positive symptoms, clinical insight, and cognition.

17. Canal-Rivero, M., Barrigón, M.L., Perona-Garcelán, S., Rodríguez-Testal, J.F., Giner, L., Obiols-Llandrich, J.E., Ruiz-Veguilla, M., 2016. One-year follow-up study of first suicide attempts in first episode psychosis: personality traits and temporal pattern.
18. Canal-Rivero, M., Lopez-Morínigo, J.D., Barrigón, M.L., Perona-Garcelán, S., JimenezCasado, C., David, A.S., Obiols-Llandrich, J.E., Ruiz-Veguilla, M., 2017. The role of premorbid personality and social cognition in suicidal behavior in first-episode psychosis: a one-year follow-up study.
19. Canal-Rivero, M., Lopez-Morínigo, J.D., Setién-Suero, E., Ruiz-Veguilla, M., AyusoMateos, J.L., Ayesa-Arriola, R., Crespo-Facorro, B., 2018. Predicting suicidal behavior after first episode of non-affective psychosis: the role of neurocognitive functioning.
20. Canal-Rivero, M., Tordesillas-Gutiérrez, D., Ruiz-Veguilla, M., Ortiz-García de la Foz, V., Cuevas-Esteban, J., Marco de Lucas, E., Vázquez-Bourgon, J., Ayesa-Arriola, R., Crespo-Facorro, B., 2020. ("Predicting suicidal behaviour after first episode of non-affective ...") Brain grey matter abnormalities in first episode nonaffective psychosis patients with suicidal behaviors: the role of neurocognitive functioning.
21. Challis S, Nielssen O, Harris A, et al. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis.
22. Chang, W.C., Chen, E.S.M., Hui, C.L.M., Chan, S.K.W., Lee, E.H.M., Chen, E.Y.H., 2014. The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis.
23. Chapman CL, Mullin K, Ryan CJ, et al. Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder.
24. Coentre, R., Talina, M.C., Góis, C., Figueira, M.L., 2017. Depressive symptoms and suicidal behavior after first-episode psychosis: a comprehensive systematic review.

25. Cohen, S., Lavelle, J., Rich, C.L., Bromet, E., 1994. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients.
26. Comparelli, A., Corigliano, V., Lamis, D.A., De Carolis, A., Stampatore, L., De Pisa, E., Girardi, P., Pompili, M., 2018. Positive symptoms and social cognition impairment affect severity of suicidal ideation in schizophrenia.
27. De Hert, M., McKenzie, K., Peuskens, J., 2001. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study.
28. Delaney, C., McGrane, J., Cummings, E., Morris, D.W., Tropea, D., Gill, M., Corvin, A., Donohoe, G., 2012. Preserved cognitive function is associated with suicidal ideation and single suicide attempts in schizophrenia.
29. Depp, C.A., Villa, J., Schembari, B.C., Harvey, P.D., Pinkham, A., 2018. Social cognition and short-term prediction of suicidal ideation in schizophrenia.
30. Dutta, R., Murray, R.M., Hotopf, M., Allardyce, J., Jones, P.B., Boydell, J., 2010. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis.
31. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, et al. Mortality in first-contact psychosis patients in the U.K.: a cohort study. *Psychol Med* 2012 Aug;42(8):1649-61.
32. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, et al. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort.
33. Fedyszyn, I.E., Robinson, J., Harris, M.G., Paxton, S.J., Francey, S., 2012. Predictors of suicide-related behaviors during treatment following a first episode of psychosis: the contribution of baseline, past, and recent factors.
34. Fedyszyn IE, Robinson J, Harris MG, et al. Suicidal behaviours during treatment for first-episode psychosis: towards a comprehensive approach to service-based prevention.

35. Galderisi, S., Davidson, M., Kahn, R.S., Mucci, A., Boter, H., Gheorghe, M.D., Rybakowski, J.K., Libiger, J., Dollfus, S., López-Ibor, J.J., Peuskens, J., Hranov, L.G., Fleischhacker, W.W., 2009. Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: the EUFEST study.
36. Glenn, C.R., Klonsky, E.D., 2010. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal. Disord. Theory Res.*
37. Grattan, R.E., Tryon, V.L., Carter, C.S., Niendam, T.A., 2020. Suicide behavior is associated with childhood emotion dysregulation but not trait impulsivity in first episode psychosis.
38. Healey, K.M., Bartholomeusz, C.F., Penn, D.L., 2016. Deficits in social cognition in first episode psychosis: a review of the literature. *Clin. Psychol.*
39. Hegde, S., Thirthalli, J., Rao, S.L., Raguram, A., Philip, M., Gangadhar, B.N., 2013. ("Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego | Mosiołek ...") Cognitive deficits and its relationship with psychopathology and global functioning in first episode schizophrenia. *Asian J. Psychiatr.* 6, 537–543.
40. Hoff, A.L., Sakuma, M., Wieneke, M., Horon, R., Kushner, M., DeLisi, L.E., 1999. Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia.
41. Huber, C.G., Schöttle, D., Lambert, M., Hottenrott, B., Agorastos, A., Naber, D., Schroeder, K., 2012. Brief psychiatric rating scale - excited component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis.
42. Iancu, I., Bodner, E., Roitman, S., Piccone Sapir, A., Poreh, A., Kotler, M., 2010. ("Sci-Hub | Impulsivity, Aggression and Suicide Risk among Male ...") Impulsivity, aggression, and suicide risk among male schizophrenia patients.
43. Long, Y., Ouyang, X., Liu, Z., Chen, X., Hu, X., Lee, E., Chen, E.Y.H., Pu, W., Shan, B., Rohrbaugh, R.M., 2018. ("Reduced white matter integrity associated with cognitive deficits in

- ...”) Associations among suicidal ideation, white matter integrity and cognitive deficit in first-episode schizophrenia.
44. Lopez-Morinigo, J.-D., Di Forti, M., Ajnakina, O., Wiffen, B.D., Morgan, K., Doody, G.A., Jones, P.B., Ayesa-Arriola, R., Canal-Rivero, M., Crespo-Facorro, B., Murray, R.M., Dazzan, P., Morgan, C., Dutta, R., David, A.S., 2019. Insight and risk of suicidal behavior in two first-episode psychosis cohorts: effects of previous suicide attempts and depression.
45. Madsen, T., Karstoft, K.-I., Secher, R.G., Austin, S.F., Nordentoft, M., 2016. Trajectories of suicidal ideation in patients with first-episode psychosis: secondary analysis of data from the OPUS trial.
46. Mesholam-Gately, R.I., Giuliano, A.J., Goff, K.P., Faraone, S.V., Seidman, L.J., 2009. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review.
47. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., Group, T.P., 2009. "Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement." ("Preferred reporting items for systematic reviews and meta ... - BMJ") ("PRISMA Reporting Guidelines for Meta-analyses and Systematic Reviews")
48. Nangle, J.-M., Clarke, S., Morris, D.W., Schwaiger, S., McGhee, K.A., Kenny, N., Murphy, K., Gill, M., Corvin, A., Donohoe, G., 2006. ("Executive performance of depressed suicide attempters: the role of ...") Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders.
49. Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kasso, P., Petersen, L., Thorup, A., Krarup, G., Hemmingsen, R., Jørgensen, P., 2002. ("Suicidal behavior in psychosis: Prevalence and ... - Cambridge Core") OPUS study: suicidal behavior, suicidal ideation, and hopelessness among patients with first-episode psychosis: one-year follow-up of a randomized controlled trial.
50. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry 2011

51. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Mar;62(3):247-53. [5] Dutta R, Murray RM, Hotopf M, et al. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2010
52. Robinson, J., Harris, M.G., Harrigan, S.M., Henry, L.P., Farrelly, S., Prosser, A., Schwartz, O., Jackson, H., McGorry, P.D., 2010. Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4-year follow-up study.
53. Sanchez-Gistau V, Baeza I, Arango C, et al. Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2013 Jan;74(1):59-66.
54. Secher, R.G., Hjorthøj, C.R., Austin, S.F., Thorup, A., Jeppesen, P., Mors, O., Nordentoft, M., 2015. Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis.
55. Tarrier, N., Khan, S., Cater, J., Picken, A., 2007. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour.
56. Wastler, H.M., Moe, A.M., Pine, J.G., Breitborde, N.J.K., 2021. Cognition and suicide risk among individuals with first-episode psychosis: a 6-month follow-up. *Psychiatr.*
57. Yin, Y., Tong, J., Huang, J., Tian, B., Chen, S., Cui, Y., An, H., Tan, S., Wang, Z., Yang, F., Tian, L., Tong, Y., Hong, L.E., Tan, Y., 2020. Suicidal ideation, suicide attempts, and neurocognitive dysfunctions among patients with first-episode schizophrenia. *Suicide Life.*
58. McGinty J, Sayeed Haque M, Upthegrove R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and metaanalysis of longitudinal studies. *Schizophr Res* 2017 Oct 2. pii: S0920-9964(17)30602-3.
59. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, et al. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2010 Sep;122(3):211-8.

60. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 2010 Apr;117(2):575-600.

AUTEURE : Nom : DE VINCENTI

Prénom : Valentina

Date de soutenance : 20/09/2022

Titre de la thèse : Idées et conduites suicidaires chez les jeunes avec un trouble psychotique émergent : revue de la littérature.

Thèse - Médecine - Lille « Année »

Cadre de classement : *Médecine*

DES + FST/option : *Psychiatrie*

Mots-clés : Premier épisode psychotique, états mentaux à risque, suicide.

Résumé :

Contexte: Les idées et comportements suicidaires chez les personnes souffrant de troubles psychotiques constituent un enjeu majeur de santé publique. La plupart des tentatives de suicide surviennent avant ou pendant la première phase du PEP. Lors du premier contact avec une unité de soins psychiatriques, la prévalence des idées suicidaires retrouvée dans la littérature varie entre 21 et 50%. La présence d'idées suicidaires lors du premier contact avec une unité de soins psychiatriques majore le risque de tentative de suicide à un an avec un facteur 5. Entre 18 et 26% des patients passeraient à l'acte avant ce premier contact et 2,9 à 18,2% des patients après l'entrée dans un PEP. Le taux de conduites suicidaires est particulièrement élevé dans la première année, voire les six premiers mois. Des altérations cognitives telles qu'un déficit intellectuel, des troubles des fonctions exécutives, de la mémoire verbale, de la vitesse de traitement, de la cognition sociale et émotionnelle et de la théorie de l'esprit sont retrouvées parmi les patients avec un PEP. Le risque suicidaire important des patients avec PEP pourrait s'expliquer en partie par ces altérations neurocognitives. Enfin, une plus grande impulsivité peut être associée à la présence d'idées suicidaires et à l'acte suicidaire. L'objectif de ce travail était d'explorer la suicidalité dans les psychoses émergentes, plus précisément d'identifier les déterminants des conduites suicidaires, et de proposer une ouverture sur l'amélioration des pratiques d'évaluation du risque suicidaire, ainsi que sur le développement de stratégies thérapeutiques et de prévention. **Méthode:** Au travers d'une revue de la littérature, nous avons étudié la prévalence et les facteurs de risque de la suicidalité pendant le PEP. Les bases de données consultées étaient PubMed, Web of Science, ScienceDirect, PsycInfo, et PsychArticles. Les mots-clés utilisés étaient: ('first psychosis episode' OR 'at-risk mental state' OR UHR OR ARMS OR CHR OR 'early psychosis') AND suicid*. **Conclusion:** Lors du PEP le risque de suicide est particulièrement élevé. Les facteurs de risque majeurs de suicide sont: antécédents de TS, dépression et abus de substances. Les résultats de cette revue soulignent l'importance d'identifier précocement les profils

neuropsychologiques à haut risque suicidaire afin d'améliorer les stratégies de prévention à travers d'une prise en charge multidisciplinaire.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur JARDRI Renaud

Directeur de thèse :

Madame le Dr Anaïs VAGLIO

Monsieur le Dr Arnaud LEROY