



HAL
open science

Risque suicidaire et stratégies de prévention au cours du premier épisode psychotique : état des connaissances

Victoire Paillard

► To cite this version:

Victoire Paillard. Risque suicidaire et stratégies de prévention au cours du premier épisode psychotique : état des connaissances. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01893647

HAL Id: dumas-01893647

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01893647v1>

Submitted on 11 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2018

N° 51

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINERisque suicidaire et stratégies de prévention au cours du premier
épisode psychotique : état des connaissancesPrésentée et soutenue publiquement
le 10 Avril 2018

Par

Victoire PAILLARD

Née le 14 Septembre 1987 à Paris (75)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Noëlle Vacheron, PH

Jury :

Mme Le Professeur Marie-Odile Krebs, PU-PH Présidente

Mme Le Professeur Catherine Jousset, PU-PH

M. Le Professeur Fabrice Jollant, PU-PH

Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Table des matières

Remerciements	5
Introduction	7
Première partie : Suicide et conduites suicidaires lors d'un premier épisode psychotique : Définitions et données épidémiologiques	8
<u>Chapitre 1 : Le premier épisode psychotique (PEP)</u>	8
1. Approche historique : le premier épisode psychotique, un intérêt de recherche pour faire face à de nouveaux défis.....	8
2. Définition du premier épisode psychotique.....	9
<u>Chapitre 2 : Terminologie suicidologique</u>	11
1. Conduites suicidaires et suicide.....	11
2. Actes auto agressifs délibérés.....	11
3. Crise suicidaire.....	12
4. Risque suicidaire.....	13
<u>Chapitre 3 : Épidémiologie du risque suicidaire lors d'un premier épisode psychotique</u>	13
1. Prévalence des conduites suicidaires et suicides.....	13
1.1. En population générale.....	13
1.2. Dans les troubles mentaux.....	13
1.3. Dans les troubles psychotiques.....	14
2. Prévalence des conduites suicidaires et suicides lors du PEP.....	14
3. Suicidalité lors d'un PEP : des périodes plus à risque.....	15
4. Évolution de l'incidence des conduites suicidaires lors d'un PEP ces dernières années.....	17
<u>Chapitre 4 : Difficultés de l'étude de la suicidalité dans le premier épisode psychotique</u>	17
1. Liées aux définitions et à l'instabilité diagnostique.....	17
2. Le cas des expériences des psychotiques brèves.....	18
Deuxième partie : Risque suicidaire au cours du premier épisode psychotique : Description clinique et revue de la littérature des facteurs de risque	19
<u>Chapitre 1 : Phases cliniques du premier épisode psychotique et risque suicidaire associé</u>	19
1 Phase prodromique.....	19
2. Phase aiguë.....	20
3. La rémission post-psychotique.....	20
3.1. Notion de période critique.....	20
3.2. Des profils de rémission très variables.....	21
4. Suicidalité selon les phases cliniques.....	22
<u>Chapitre 2 : Facteurs de risque de conduites suicidaires et de suicide lors d'un premier épisode psychotique</u>	24
1. Facteurs sociodémographiques.....	24
1.1. Âge de début des troubles.....	24
1.2. Genre.....	25
1.3. Urbanité / ruralité.....	25

2. Facteurs anamnestiques.....	26
2.1. Antécédents suicidaires et auto-agressifs.....	26
2.2. Antécédents familiaux.....	26
2.3. Durée de psychose non traitée (DPNT).....	26
3. Facteurs sémiologiques.....	27
3.1. Sévérité des symptômes psychotiques.....	27
3.2. Insight.....	28
3.3. Cognition sociale.....	30
3.4. Cognition et éducation.....	31
3.5. Fonctionnement socio-professionnel.....	31
4. Comorbidités.....	32
4.1. Dépression.....	32
4.2. Consommation de toxiques et comorbidité addictive.....	33
4.3. Comorbidité traumatique.....	34
4.4. Troubles de la personnalité.....	35
5. Facteurs de risque liés aux soins.....	36
5.1. Modalités d'hospitalisation, contentions, attitudes soignantes.....	36
5.2. Effets secondaires des traitements.....	37
5.3. Sorties d'hospitalisation comme moment à risque.....	37
6. Stigmatisation et croyances négatives.....	37
<u>Chapitre 4 : Spécificités cliniques des gestes suicidaires lors d'un premier épisode</u>	
<u>psychotique.....</u>	38
1. Impulsivité.....	38
2. Dysphorie.....	39
3. Éléments déclenchants.....	39
4. Modalités des gestes suicidaires.....	39
<u>Chapitre 5 : Facteurs protecteurs.....</u>	40
<u>Chapitre 6 : Conséquences des gestes suicidaires.....</u>	41
1. Pour la personne : séquelles physiques et psychiques.....	41
2. Pour les proches.....	41
3. Pour les cliniciens et soignants.....	41
<u>Chapitre 7 : Hypothèses sur l'émergence des idées suicidaires lors d'un premier épisode</u>	
<u>psychotique.....</u>	41
1. IPT (<i>Interpersonal-Psychological Theory</i>)	41
2. Lecture psychanalytique.....	42
2.1. Notre propre rapport à la mort.....	42
2.2 La mort dans la psychose.....	43
2.3. Fonction du délire vis-à-vis de la pensée suicidaire : Préservation et suicide	
délirant.....	43
3. Hypothèses neurobiologiques.....	44
Troisième partie : Évaluation et prévention du risque suicidaire lors d'un premier	
épisode psychotique.....	45
<u>Chapitre 1 : Évaluation du patient lors d'un premier épisode psychotique.....</u>	45
1. L'évaluation comme premier temps de prévention.....	45

2. Évaluation initiale du risque suicidaire.....	46
2.1. Introduction à l'évaluation du risque suicidaire.....	46
2.2. Identifier une crise suicidaire.....	46
2.3. Rechercher les principaux facteurs de risque de conduites suicidaires.....	48
3. Évaluer l'environnement du patient.....	50
4. Introduire la prise en charge.....	50
<u>Chapitre 2 : Prise en charge précoce du premier épisode psychotique et risque suicidaire : Un enjeu de prévention primaire.....</u>	<u>50</u>
1. Prendre en charge précocement le PEP.....	50
2. Efficacité des programmes de détection et d'intervention précoce dans la prévention du risque suicidaire lors du PEP.....	51
2.1. Définition et description des programmes de détection et d'intervention précoce.....	51
2.2. Bénéfices apportés par les programmes de détection et d'intervention précoce.....	53
2.3. Efficacité des programmes de détection et d'intervention précoce dans la prévention du risque suicidaire lors d'un PEP.....	54
<u>Chapitre 3 : Prévention du risque suicidaire lors d'un premier épisode psychotique : Aspects pratiques.....</u>	<u>55</u>
1. Traitement médicamenteux adapté.....	55
1.1. Traiter les symptômes psychotiques.....	55
1.2. Traiter la dépression.....	56
2. Éviter les passages à l'acte.....	57
2.1. Poser l'indication d'hospitalisation.....	57
2.2. Limiter l'accès aux moyens létaux.....	58
2.3. Favoriser la demande d'aide en cas d'idées suicidaires.....	58
3. Prendre en charge les principaux facteurs de risque modifiables.....	60
3.1. Traiter les symptômes dépressifs : (vu plus haut)	60
3.2. Prendre en charge la comorbidité addictive.....	60
3.3. Prendre en charge un PTSD et un vécu traumatique.....	60
3.4. Accompagner l'évolution de l'insight.....	61
4. Surveillance du risque suicidaire.....	61
4.1. Réévaluation régulière.....	61
4.2. Durée de surveillance du risque suicidaire.....	62
4.3. Place des échelles standardisées dans l'évaluation et la surveillance du risque suicidaire lors d'un PEP.....	63
<u>Chapitre 4 : Interventions spécialisées dans la prise en charge du premier épisode psychotique : Quel impact sur le risque suicidaire.....</u>	<u>65</u>
1. Thérapies cognitives et comportementales (TCC).....	65
Ex : Programme LifeSPAN.....	65
2. Thérapies incluant la famille.....	67
3. Interventions psychosociales.....	68
<u>Chapitre 5 : Axes d'amélioration de la prévention du risque suicidaire lors d'un premier épisode psychotique.....</u>	<u>69</u>
1. Améliorer l'accès à des soins précoces spécialisés.....	69
1.1. Développer programmes spécialisés et réseaux de soin.....	69
1.2. Sensibiliser les professionnels de santé.....	69

2. Développer des stratégies de dépistage et de stratification du risque suicidaire : Échelles et biomarqueurs.....	70
3. Développement d'interventions spécifiques.....	72
4. Améliorer notre compréhension du suicide dans le PEP : la recherche phénoménologique.....	72
5. Sensibilisation de la population et lutte contre la stigmatisation.....	73
Conclusion.....	73
Bibliographie.....	76

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier en premier lieu le Dr Vacheron, qui, malgré un emploi du temps très rempli - de chef de Pôle, de clinicienne attentive à chaque patient de son service, de médecin dynamique et avec une vision des soins, de mère aussi - a accepté de diriger ma thèse sans hésitation ni réserve. Merci pour votre grande réactivité, d'avoir chaque fois pris le temps de lire mon travail attentivement, merci pour votre exigence parfaitement bienveillante, vous faisant corriger une virgule, tout en me remettant sur le droit chemin avec diplomatie quand j'écrivais trente pages de trop. Vous m'avez bel et bien encadrée, et surtout donné confiance. Je suis heureuse d'avoir fait les derniers pas de ces longues études à vos côtés, dans ce travail de thèse mais aussi en dernier semestre d'internat.

Je remercie Madame le Professeur Krebs d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse. C'était une évidence que de proposer au Professeur d'accompagner la soutenance d'un sujet sur le premier épisode psychotique, et je suis honorée de pouvoir bénéficier de son regard et de sa réflexion sur mon travail. J'espère de tout cœur que l'avenir de la psychiatrie sera en effet dans le développement de réseaux, la bonne communication entre soins psychiatriques classiques et spécialisés, et ferai mon possible pour participer à cette évolution ! Avoir le Pr Krebs comme présidente m'a poussée à me poser des questions sur ces partenariats et leur enjeu pour nos patients.

Je remercie Madame le Professeur Jousset d'avoir chaleureusement accepté de faire partie de mon jury. J'en suis honorée, et suis également enchantée que vous puissiez, en tant que pédopsychiatre, éclairer la discussion de votre expérience, tant mon sujet fait le lien entre les adolescents et le passage à l'âge adulte.

Enfin je remercie Monsieur le Professeur Jollant d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse avec la plus grande spontanéité et bienveillance. C'est une grande chance de pouvoir vous compter parmi nous, notamment pour votre expérience sur la question du suicide, au cœur de ma thèse.

Je remercie le Dr Lafont, qui a été ma première chef de service, et m'a énormément appris, cliniquement comme humainement. Grâce à vous la rencontre avec la psychiatrie a été passionnante et incarnée. Je remercie également le Dr Hélène Misson, ma première PH, qui avec une immense douceur dirigeait une unité de secteur pourtant difficile. Merci de m'avoir tant appris, durant tes entretiens notamment, auxquels j'assistais toujours avec plaisir, curiosité, et attention, espérant pouvoir construire les miens avec cette habileté un jour...

Je remercie le Dr Marie-Liesse de Lanversin, autre psychiatre qui a été clé dans mon parcours. Merci de m'avoir communiqué l'amour pour ce magnifique métier. Merci pour ta joie de pratiquer, mais aussi de vivre, ton soutien, même des années après mon passage chez vous. À notre prochaine rencontre !

Merci au Dr Pochard, sans qui rien n'aurait été à ce point possible, et qui m'a accompagnée pas à pas depuis la D4...

Merci au Dr Chépakoi, mon amie. Merci d'avoir été ma co-interne la plus co-inadaptée qui soit ! Ce qui nous a valu six mois de bonheur et de rires, du premier jour jusqu'au dernier. Et jusqu'à aujourd'hui et demain ! Merci pour ta gentillesse infinie, ton soutien indéfectible, et ta folie mal cachée.

Merci à mes petites pinces de homard, Dr Guesdon et Dr Granclerc. Merci pour ces grands moments de dyspraxie, notamment bucco-faciale. Merci pour tous ces moments magiques et arrosés au Sancerre, ces déjeuners de rires, de confidences, de rires encore. Merci pour les staffs difficiles du jeudi matin. D'avoir passé six mois d'équilibre entre pulsion de vie et pulsion de mort. De m'avoir soutenue quand Maximilien est parti. De m'avoir repris une sismo, une fois... D'être encore à mes côtés aujourd'hui, et d'être deux psychiatres que je respecte, et deux amies.

Merci à Antoine, au Dr Renoncourt, d'avoir accepté d'être mon ami. Merci de croire en moi, dans le fond, très très au fond.

Merci au DRG, qui a été à mes côtés pendant six mois compliqués, merci pour ta présence vraiment à part, qui m'a beaucoup appris. Et pour ton côté Darky, évidemment !

Merci à Tchoupi !

Merci aux plus beaux, LPB, « mon groupe ». Je suis très fière de vous compter parmi mes amis, chacun avec votre personnalité bien trempée, votre originalité et votre folie, votre humour, toujours, et votre intelligence. Merci de me garder dans le groupe alors que je ne sais pas Terraformer. Longue vie à nous.

Merci à mes vermines... Mes amies de lycée, mon crew H4 ; Manue, Chloé, Raphaëlle. Merci d'être à mes côtés depuis toutes ces années, d'être géniales chacune dans votre monde. D'avoir ce quelque chose en plus, et d'avoir toujours entretenu ce lien entre nous, qui pour moi est aujourd'hui presque palpable. Je nous souhaite beaucoup d'autres roadtrip à vélo, beaucoup de tout, tant que l'on est ensemble.

Doudou, merci pour tout, de m'avoir relevée beaucoup de fois, d'être une amie formidable...

Merci à mon trio infernal, Anne So et Clem, mes plus vieilles branches. Vous êtes une partie de mon socle. Merci de continuer d'être là de façon inconditionnelle. Je vous garde à mes côtés jusqu'au bout.

Merci à mes coupines, Barki Barkatz, Carlène Guermez, Marine Sbérie et Mlle Sevestre. On en a, des souvenirs, des histoires ; on en a eu, des vagues, quelques orages. Mais vous êtes la famille. Charlène, tous mes voyages, Julie, ton univers différent et notre rencontre filmesque, Camille et Marine, mes colocs...

Camille, merci pour toutes nos vidéos de chats, passées et à venir, qui en disent plus long qu'un long discours.

Marine, merci pour Tioman, et tous les moments comme celui-ci.

Merci à Ariane et Léo, à nos amitiés tissées au fil de ces dernières années.

Merci à mon Grisbee, merci à mon Jouisseur, qui n'êtes jamais loin.

Merci au Dr Bourguignon, au Canard.

Merci à Rodolphe, d'avoir été là.

Merci à Françoise pour ta douceur.

Enfin merci à ma famille, étonnante, parfois marginale, charismatique, talentueuse, angoissée et brillante. J'espère être digne de ce que vous m'apportez depuis toujours, parfois de loin, toujours avec amour. Merci pour cette force qui m'accompagne, de vous savoir sensibles et intelligents, et d'être fière de marcher à vos côtés. Merci à mon père, de m'avoir toujours poussée vers le haut, et qui est un soutien ineffable, merci à ma mère, formidable, aimante, complexe, merci d'avoir été là, des moments heureux à parfois la tourmente, merci à mes frères Romain et Boris, dont je suis très fière et qui me montrent souvent le chemin sans le savoir, merci à ma Tata, qui déteste que je l'appelle Tata.

Merci à Gaia, et,

Merci à Chacha. Qui est en Touraine, et qui est partout où je suis.

INTRODUCTION

Chaque suicide est un drame personnel qui met prématurément fin à l'existence d'une personne, et a des répercussions durables sur la vie des familles, des amis et des communautés. Chaque année, plus de 800 000 personnes se suicident dans le monde, soit une personne toutes les 40 secondes. Les jeunes figurent parmi les plus touchés et le suicide est désormais la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans à l'échelle mondiale. Les chiffres varient d'une région à l'autre, mais c'est dans les pays à revenu faible et intermédiaire que le suicide pèse le plus lourdement. Ils enregistrent environ les trois quarts des suicides mondiaux ¹.

Le comportement suicidaire est un phénomène complexe influencé par plusieurs facteurs interdépendants (personnels, sociaux, psychologiques, culturels, biologiques et environnementaux). Si c'est un problème touchant la population générale, le lien entre suicide et troubles mentaux est bien établi. Et parmi les troubles mentaux, les troubles psychotiques figurent parmi les plus à risque de comportements suicidaires.

Durant ces trois dernières décennies, la recherche a montré un intérêt grandissant pour les phases précoces de la maladie psychotique et le premier épisode psychotique (PEP). La littérature concernant la suicidalité dans cette population s'est vite développée, décrivant l'entrée dans la maladie psychotique comme une période particulièrement à risque de comportements suicidaires.

Dès lors, il apparaît essentiel de s'intéresser à la question du suicide lors d'un premier épisode psychotique, dans un but triple de dépistage, de compréhension et de prévention.

Dans un premier temps, nous présenterons les données épidémiologiques disponibles sur la suicidalité lors d'un PEP, en insistant sur les périodes les plus spécifiquement à risque.

Puis, nous proposerons une description clinique des sujets et situations à risque, notamment à travers une revue de la littérature sur les facteurs de risque de conduites suicidaires chez les sujets présentant un PEP. Cette partie permettra de faire émerger les éléments à rechercher pour dépister au mieux le risque suicidaire.

Enfin nous réfléchirons aux moyens d'évaluation et de prise en charge des sujets souffrant d'un PEP, aux stratégies mises en place pour prévenir le risque suicidaire, ainsi qu'aux pistes d'amélioration de cette prévention.

L'ensemble de ce travail permettra également, à mesure, de proposer des pistes de lecture psychopathologiques et phénoménologiques du vécu d'un PEP, et de l'émergence des pensées et conduites suicidaires.

PREMIÈRE PARTIE : SUICIDE ET CONDUITES SUICIDAIRES LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE : DÉFINITIONS ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

CHAPITRE 1 : LE PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1. Approche historique : le premier épisode psychotique (PEP), un intérêt de recherche pour faire face à de nouveaux défis

Un des premiers articles qui ait attiré l'attention des cliniciens et des chercheurs travaillant auprès de jeunes personnes aux prises avec différents troubles mentaux a été publié à la fin des années 1970 ². Les auteurs y décrivent la réalité à laquelle sont confrontés les *Young Chronic Mental Patients* (ce que nous pouvons traduire par "jeunes atteints de troubles mentaux sévères et persistants »). Ils y discutent aussi les principaux diagnostics psychiatriques retrouvés chez ces jeunes patients.

Cet article eut un impact considérable, puisque publié au plus fort du mouvement de désinstitutionnalisation en santé mentale : les jeunes adultes d'alors constituaient la première génération d'individus qui n'allaient pas être soignés dans une logique d'institutionnalisation, mais au sein même de la communauté. Aussi, appréhender la psychopathologie propre à l'entrée d'un jeune individu dans une maladie mentale sévère et potentiellement chronique apparaissait comme fondamental, afin de proposer les soins les plus adaptés, et éviter autant que possible l'institutionnalisation.

Au début des années 1980 ensuite, plusieurs articles se sont intéressés à la situation sociale de ces jeunes et à leurs besoins. Ces écrits décrivaient des jeunes exigeants envers leurs thérapeutes et leur prise en charge, acceptant plus difficilement les traitements proposés, contestant les prescriptions. D'autres études font alors état du manque d'observance du traitement, du taux de réhospitalisation élevé, du recours aux services en situation de crise, avec ce double constat : d'une part la communauté n'est pas réellement disposée à accueillir ces jeunes adultes, et, d'autre part, les agences en santé mentale n'offrent pas de services adaptés à leurs besoins.

A cette époque, le concept même de désinstitutionnalisation est parfois critiqué, ses détracteurs l'accusant d'être bâti sur des considérations morales, politiques et économiques, plutôt qu'au travers d'études établissant scientifiquement les besoins des jeunes et les meilleurs moyens pour y répondre.

De plus, associer au terme de « maladie chronique » celui de « jeune » ne va pas de soi, ni pour les jeunes eux-mêmes, ni pour les cliniciens. Les premiers ne se perçoivent pas comme des malades mentaux chroniques, mais s'identifient aux jeunes de leur âge, partagent leurs attentes et idéaux, aspirent à quitter leur famille, à s'autonomiser, attribuant parfois leurs difficultés bien plus à des causes sociétales qu'à leur maladie. Du côté des professionnels, des constatations - comme le nombre important de jeunes et la pression anticipée sur l'ensemble des ressources en santé mentale pour les années à venir- les obligent à modifier leur pratique à l'égard de cette population. Plusieurs auteurs, à cette époque, insistent donc sur l'importance d'adapter les services aux besoins particuliers des jeunes patients. Pepper et al.³, notamment, jugent essentiel d'aider les jeunes à développer des stratégies pour affronter la vie dans la communauté.

C'est dans ce contexte large que naissent, au début des années 1990, les préoccupations et l'intérêt autour du dépistage et de l'intervention précoce dans les troubles mentaux sévères chez les sujets jeunes. À ce titre, beaucoup d'études se sont intéressées à décrire le « premier épisode psychotique », à en rechercher les prodromes, et identifier les sujets à risque. Dans cette lignée, la question de la suicidalité s'est peu à peu posée comme fondamentale, aux vues de la très grande fragilité constatée chez cette population.

2. Définition du premier épisode psychotique

On définit comme « premier épisode psychotique » (PEP) la période pendant laquelle une personne reçoit un premier diagnostic de trouble mental grave du registre psychotique⁴. Le terme « psychotique » se réfère aux symptômes dans lesquels le rapport au réel est altéré : à travers des perturbations au niveau des perceptions (hallucinations), des croyances et interprétations de l'environnement (délires), et des altérations du cours de la pensée ou du discours (désorganisation). Le premier épisode est une situation aiguë, où les symptômes de la maladie sont présents depuis suffisamment longtemps et de façon assez prononcée pour qu'un diagnostic de tableau clinique psychotique soit établi.

En pratique le PEP est caractérisé par l'émergence de symptômes psychotiques pendant une durée supérieure à 7 jours⁵. Quand les symptômes psychotiques sont encore atténués ou peu fréquents, les personnes sont considérées comme présentant un état mental à risque de psychose⁶. Toutefois, dans notre propos nous traiterons exclusivement la question du PEP, ce qui ne nous empêchera pas de nous intéresser à la phase prodromale du trouble.

Les symptômes psychotiques doivent être distingués des troubles psychotiques. Les systèmes de classification diagnostique (comme le *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders, ou DSM5) listent généralement des troubles psychotiques spécifiques (schizophrénie, trouble schizo-affectif, personnalité schizotypique, etc), qui requièrent à la fois des profils symptomatiques clairs et des durées de symptômes spécifiques, considération qui apparaît davantage appropriée à un contexte chronique.

Faire la distinction entre ces catégories diagnostiques tôt dans l'évolution d'un trouble psychotique peut être difficile, du fait de la variabilité et de l'inconstance des symptômes aigus. Aussi le PEP ne constitue pas, en tant que tel, une catégorie nosologique.

De plus, dans un certain nombre de cas, la pathologie peut régresser, (en particulier lorsque l'épisode initial a été favorisé par la consommation de substances psychoactives). Dans d'autres cas, il peut évoluer vers un trouble chronique : troubles du spectre schizophrénique, mais aussi troubles bipolaires ou autres psychoses⁷. Il est fondamental de souligner la diversité des évolutions possibles d'un PEP, car faire des diagnostics trop précis et trop spécifiques au stade de PEP serait non seulement peu fiable, mais pourrait aussi avoir des conséquences iatrogènes sur l'optimisme tant des patients que des familles, et même cliniciens. Aussi, les guidelines traitant du PEP ne se réfèrent pas à un trouble psychotique en particulier, mais s'intéressent à un premier épisode clinique de psychose, au sens large.

De même, la considération de durée d'un PEP peut varier selon les études et les guidelines. Bien souvent, celles-ci débordent d'ailleurs la définition seule de premier épisode, et s'intéressent plutôt au concept clinique de « psychose débutante » (early psychosis ou recent-onset psychosis). Les Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis⁸, par exemple, traitent de la phase prodromale et des cinq premières années d'évolution suivant l'entrée dans les soins pour un premier épisode psychotique.

Pour certains, le terme de « psychose débutante », avec une définition basée sur la « durée de psychose », serait plus à même de décrire les populations étudiées et, conceptuellement, serait plus précis que le terme « premier épisode psychotique », étant donné que les troubles psychotiques ne suivent pas toujours un cours épisodique⁹.

Ainsi le terme de « premier épisode psychotique » est utilisé pour décrire les premiers stades de la maladie psychotique ou de son traitement au sens large.

Dans les articles que nous étudierons, trois grandes définitions du PEP seront utilisées : 1) le premier contact avec les soins et la mise en place d'un traitement, 2) la durée nécessaire du traitement par antipsychotiques, 3) la durée de psychose.

Dans l'ensemble, nous considérerons que ces différences n'entravent pas la réflexion sur le PEP, tant sur le plan clinique (permettre un traitement précoce), que de recherche (définir des populations homogènes), chacune présentant atouts et inconvénients⁹.

Breitborde et al. considèrent notamment que les programmes cliniques peuvent tenir compte d'un critère assez souple de durée (par ex. 5 ans), les besoins des personnes atteintes de psychose et de leurs proches ne semblant pas varier de façon significative au cours des 5 premières années suivant l'apparition des symptômes psychotiques ¹⁰. Pour les auteurs, la détermination du critère de durée devrait être faite de façon assez libre par les programmes d'intervention eux-mêmes, en fonction des ressources disponibles.

CHAPITRE 2 : TERMINOLOGIE SUICIDOLOGIQUE

1. Conduites suicidaires et suicide

Plusieurs dénominations suicidologiques visent à différencier les conduites suicidaires: on peut distinguer l'idéation suicidaire, le plan suicidaire, la tentative de suicide ¹¹.

Alors que les idées suicidaires se réfèrent à des pensées, ou vellétés de mourir, le plan suicidaire se définit par une scénarisation visant à se donner la mort, et la tentative de suicide par le geste auto-agressif accompli à cette fin.

Le suicide « complet » se définit quant à lui par l'acte intentionnel ayant conduit à la mort de la personne.

Rappelons que les comportements suicidaires sont significativement associés au suicide¹².

2. Actes auto agressifs délibérés

Par ailleurs, l'auto-agression non mortelle sans intention de suicide a également été incluse dans la définition de « tentative de suicide » posée par l'OMS, dans son rapport de 2014 sur le suicide ¹. Ce choix repose sur l'idée que l'intentionnalité suicidaire peut être difficile à évaluer, par ambivalence ou dissimulation.

En outre, il se peut que des cas de décès par auto-agression sans intention de suicide soient compris dans les données relatives aux décès par suicide. Il est donc difficile de vérifier combien de cas sont imputables à l'auto-agression avec et à l'auto-agression sans vellété suicidaire.

Certaines études traiteront de « comportements potentiellement dangereux auto-infligés » (DSH *Deliberate Self Harm*) ^{13,14} terminologie polymorphe pouvant aller d'une conduite auto-agressive sans intentionnalité suicidaire à une conduite suicidaire, avec vellété suicidaire, mais sans utilisation de moyens potentiellement létaux.

Par souci de simplification, nous utiliserons cette dernière entité, et parlerons alors d'« actes auto-agressifs délibérés », et parfois utiliserons l'abréviation anglophone DSH.

Même si les facteurs de risque associés à ces comportements sont probablement différents de ceux associés aux suicides complets, les étudier n'est pas sans intérêt ni importance. Tout d'abord, ces atteintes délibérées à soi sont reconnues comme l'expression d'une psychopathologie plus sévère, du moins s'aggravant. Ensuite, du point de vue épidémiologique, les survivants des DSH sont plus nombreux que les décédés par suicide, peuvent donc être interviewés, et permettre des études plus détaillées. Enfin, cela permet d'étudier la question de la suicidalité avant tout contact avec les soins psychiatriques ¹³.

De plus certains auteurs considèrent que les comportements auto-agressifs, sans considération d'intention, sont de toutes façons significativement associés aux comportements suicidaires ultérieurs ¹⁵.

Pour d'autres auteurs en revanche, l'étude de la suicidalité implique de clarifier les intentions du patient de mourir (pas d'intention/ indéterminée/intention létale).

3. Crise suicidaire

La crise suicidaire est définie dans la conférence de consensus publiée par l'Agence nationale d'analyse et d'évaluation des soins ¹⁶ en 2000 comme « une crise psychique dont le risque majeur est le suicide ». C'est un état réversible temporaire (avec une durée moyenne estimée entre six et huit semaines), non classé dans les nosographies psychiatriques actuelles. Comme toute crise, la crise suicidaire constitue un moment de déséquilibre d'une personne avec elle-même et son environnement. Ses moyens de défense sont dépassés, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente, de rupture et de vulnérabilité. Dans ce modèle, la personne suit une trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec jusqu'à l'impossibilité d'échapper à cette impasse et au vécu d'impuissance majeur ; elle va élaborer des idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes, avec de moins en moins de recours possibles, jusqu'à la cristallisation du plan suicidaire et le passage à l'acte suicidaire. Le passage à l'acte ne représente qu'une des sorties possibles de la crise pour apaiser les souffrances mais il lui confère toute sa gravité. Des travaux antérieurs ont décrit un syndrome pré suicidaire composé de la triade suivante : sentiment de constriction, agressivité inexprimable par des mots retournée contre soi et production de fantasmes suicidaires ¹⁷, et montré qu'il était indépendant des catégories diagnostiques psychiatriques ¹⁸.

4. Risque suicidaire

Dans ce travail, nous emploierons le terme de « risque suicidaire » pour parler à la fois de pensées, conduites suicidaires et suicides complets. La notion d'acte auto agressif délibéré sera également souvent associée, mais cet ajout sera toutefois précisé.

Dans la partie épidémiologique, nous tâcherons de distinguer autant que faire ce peut pensées suicidaires, tentatives de suicide, suicides complets, et actes auto agressifs délibérés, afin de rendre compte le plus justement possible de la prévalence de chacun de ces moments suicidaires et para suicidaires.

CHAPITRE 3 : ÉPIDÉMIOLOGIE DU RISQUE SUICIDAIRE LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1. Données générales sur la prévalence des conduites suicidaires et suicides

1.1. En population générale

On estime à 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). En 2015, il représentait 1,4% des décès dans le monde entier, le plaçant à la 17^{ème} place des causes de mortalité. De plus, le suicide étant un sujet sensible, parfois même considéré comme illégal dans certains pays, il est susceptible de faire l'objet d'une sous-notification ¹.

Par ailleurs, on compte chaque année un bien plus grand nombre de tentatives de suicide que de suicides, l'OMS estimant que pour chaque adulte décédé par suicide, vingt commettent une tentative de suicide. Ce fait est d'autant plus important qu'une tentative de suicide antérieure constitue en population générale le plus fort facteur de risque de suicide ¹.

En population générale toujours, une étude menée auprès de 84 850 sujets, dans 17 pays, retrouvait au cours de la vie une prévalence d'idées suicidaires, de scénari suicidaires et de tentatives de suicide respectivement de 9,25%, 3,1% et 2,7% ¹¹.

1.2. Dans les troubles mentaux

Dans une étude de suivi menée auprès de plus de 3 500 sujets, si le risque longitudinal de suicide chez les sujets sans trouble mental était de 0,3%, il s'élevait rapidement à 3,4% chez

les patients affectés par une maladie mentale, et à 6,2% chez ceux présentant plus d'un trouble psychiatrique : chaque diagnostic psychiatrique supplémentaire semblant donc contribuer de façon significative à augmenter le risque suicidaire ¹⁹.

1.3. Dans les troubles psychotiques

Les études s'intéressant à la prévalence du suicide et des conduites suicidaires chez les sujets psychotiques se concentrent bien souvent sur le trouble schizophrénique.

En effet, la schizophrénie, trouble psychiatrique sévère caractérisé par une variabilité de symptômes psychotiques couplés à des difficultés cognitives et des troubles du comportement, est la pathologie psychotique la plus largement étudiée, et, de fait, est significativement associée aux comportements suicidaires ^{20,21}. Le suicide est une des causes les plus importantes de décès chez les personnes schizophrènes -avec un taux estimé à vingt fois plus élevé que dans la population générale ²²- et touche particulièrement les sujets jeunes. Néanmoins, rappelons que les sujets traversant un PEP n'évolueront pas tous pour autant vers un trouble schizophrénique.

Chez une population de patients atteints d'un trouble psychotique, on estime qu'entre 40 et 79% d'entre eux auront des idées suicidaires au moins une fois au cours de leur maladie ^{23,24}.

2. Prévalence des conduites suicidaires et suicides lors d'un PEP

Plusieurs études ont mis en évidence que les comportements suicidaires différaient selon les phases de la maladie psychotique ²⁵⁻²⁸, avec un risque particulièrement élevé chez les sujets récemment diagnostiqués (< 5 ans du diagnostic) ²⁹.

Le risque de suicide lors d'un PEP est estimé 12 fois supérieur à celui de la population générale ³⁰, avec, sur 5 ans de suivi, un taux de suicide estimé entre 2 et 5% ^{27,30,31}.

De plus, la littérature estime que 18% d'entre eux commettront une tentative de suicide avant la fin de la 4^{ème} année de suivi ^{27,32,33}, avec un taux longitudinal de tentatives de suicide allant de 10 à 50% ^{34,35}.

Le risque de décès par suicide, au cours de la vie d'un patient ayant présenté un PEP, serait de 5,6% ^{20,31,36,37}.

Dans une méta-analyse de 61 études s'intéressant au suicide chez les sujets entrant dans la maladie psychotique, Palmer et al. ³¹ ont examiné 32 études incluant des patients schizophrènes toutes phases de la maladie confondues (25 578 sujets), et 29 études ciblant

uniquement le début des troubles –en réalité le PEP (22 598 sujets). Les auteurs retrouvaient une différence significative du risque suicidaire entre la cohorte de patients entrant dans un trouble psychotique, et celle de patients toute période de la maladie confondue : le taux de suicide était de 5,6% dans la première cohorte, soit 3 fois supérieur à la seconde (1,8%) (résultats semblables dans l'étude de Nordentoft de 2015 ³⁶). Sans compter que les taux de mortalité pouvaient être sous-estimés du fait des suicides complets commis avant la demande d'aide ³⁶.

Une étude prospective de 2017, menée sur 281 patients présentant un diagnostic de PEP, et recrutés via un programme d'intervention précoce lors de leur première semaine d'entrée dans les soins, retrouve un standardized mortality ratio (SMR) par suicide (morts observées/morts attendues) supérieur à 80 à 2 ans, soit un risque de décéder par suicide particulièrement élevé durant les 2 premières années d'un PEP ³⁸.

L'étude de Dutta et al. ³⁰ fait ce même constat d'une suicidalité particulièrement élevée chez les sujets traversant un PEP, avec un SMR de 11,65 (IC 95% : 8,73-15,24), soit 12 fois plus de suicides qu'en population générale. La durée médiane de survenue d'un suicide était de 5,6 ans, et la période à plus haut risque était la première année des soins. Les auteurs néanmoins ajoutent que même une décennie après la première présentation, le risque suicidaire restait quatre fois supérieur à celui en population générale ³⁰.

3. Suicidalité lors d'un PEP : Des périodes plus à risque

Plus précisément encore, c'est la première année suivant l'entrée dans les soins qui ressort comme particulièrement à risque.

Le taux de suicide chez les patients PEP lors de la première année des soins varie en effet entre 2 et 11% selon les études ^{30,39}.

Dans un recueil de données de 1397 patients admis dans un programme d'intervention précoce pour PEP, Mitter et al. ⁴⁰ retrouvent une prévalence de suicides comparable de 1,9%, avec 56,3% des suicides survenus durant la première année de suivi.

Certains auteurs ont défini une période plus critique encore au sein de la première année. Ainsi pour Fedyszyn et al. le premier mois des soins est la période à plus haut risque de comportement suicidaire, ce risque diminuant rapidement sur les 6 mois suivants pour atteindre un palier ⁴¹. Cette temporalité est retrouvée dans une étude de Canal-Rivero de 2016, où 70% des premières tentatives de suicide des sujets PEP avaient lieu dans les 6 premiers mois après la première admission ⁴². Ayesa-Arriola et al. mettent en évidence un risque de

conduites suicidaires plus élevé durant la courte période entourant l'hospitalisation⁴³ : le mois précédent et les 2 mois suivant le premier contact avec les services psychiatriques⁴⁴.

Par ailleurs, dans l'étude d'Ayasa-Arriola, cette période particulièrement à risque était caractérisée par l'utilisation de méthodes hautement létales, et la majorité des cas de suicides avait d'ailleurs lieu pendant cette période⁴³.

Dans l'étude de Chang de 2015⁴⁵, menée auprès de 700 jeunes patients admis dans un programme spécifique pour PEP à Hong Kong, plus de la moitié des tentatives de suicide (51,4%) survenues sur les 3 années de suivi avaient lieu durant la 1^{ère} année des soins.

Une autre donnée essentielle concerne le nombre inquiétant de tentatives de suicide commises avant même tout contact avec les soins.

Plusieurs études montrent que jusqu'à 11%^{27,33,45,46}, voire plus²⁵, des patients pris en charge pour un PEP ont fait au moins une tentative de suicide (comportement suicidaire non légal, mais avec intentionnalité suicidaire) avant tout contact avec les soins, et 18,4% d'entre eux ont présenté des comportements auto-agressifs délibérés¹³ (sans intentionnalité létale).

Barret et al.⁴⁷ retrouvent même jusqu'à 25,9% de tentatives de suicide -et 38,8% d'idées suicidaires- avant traitement parmi une population de sujets PEP.

De même, Flanagan et Compton⁴⁸ rapportent que près d'un quart des patients PEP avaient éprouvé des idées suicidaires dans les deux semaines ayant précédé leur première admission dans un service de soins psychiatriques.

Suicides et comportements suicidaires constituent donc un défi essentiel dans la prise en charge d'un premier épisode psychotique. Ce d'autant que les conséquences négatives de comportements suicidaires précoces après un premier épisode psychotique ont été démontrées⁴⁹.

En effet, dans leur étude prospective de suivi sur 7,4 ans de sujets PEP, Robinson et al.⁴⁹ montrent que le risque suicidaire reste élevé au moins 7 ans après le début du traitement, avec un taux de conduites suicidaires de 21,6%, si suicides complets inclus, et de 18,1% pour les seules tentatives (comparable aux taux rapportés sur des périodes de suivi de 4 ans²⁷). De plus, les antécédents récents de comportements auto-agressifs non suicidaires sont les prédicteurs les plus forts des comportements suicidaires pendant le traitement du PEP⁵⁰, ce qui entretient de façon circulaire et longitudinale le risque suicidaire chez ces personnes.

Lors d'un PEP, la courte période autour de l'entrée dans les soins ressort comme spécifiquement à risque de suicide, risque restant particulièrement élevé lors des 6 premiers mois et de la première année ; puis atteignant une phase de déclin régulier sur les années suivantes (1-3% sur les 2-5 ans de suivi après le 1^{er} contact avec les soins^{27,33,51}).

C'est une période plus à risque encore de tentatives de suicide, d'idées suicidaires et de comportements auto agressifs.

Le taux élevé de comportements suicidaires survenant avant tout contact avec les soins ressort aussi comme préoccupant, soulignant d'ores et déjà l'enjeu de faire accéder le patient aux soins le plus tôt possible.

Par ailleurs, le risque de conduite suicidaire reste élevé au moins 7 ans après le début de l'épisode, particulièrement chez les sujets ayant des antécédents auto-agressifs.

4. Évolution de l'incidence des conduites suicidaires lors d'un PEP ces dernières années

Récemment, certains auteurs ont voulu évaluer les progrès dans le champ de la prévention du suicide lors d'un PEP.

Ainsi l'article de Castelein et al.³⁴ retrouve, sur ces deux dernières décennies, et pour un même lieu d'étude, une diminution du taux de suicide de 11,0 à 2,4%.

Néanmoins il souligne que le Standardized Mortality Ratio SMR de suicide dans la population de sujets comparé à la population générale reste particulièrement élevé, de 41,6³⁴.

Sans compter que la suicidalité avant tout contact avec les soins reste sans doute, quant à elle, inchangée.

CHAPITRE 4 : DIFFICULTÉS DE L'ÉTUDE DE LA SUICIDALITÉ DANS LE PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1. Liées aux définitions et l'instabilité diagnostique

Quelle puissance attribuer à des résultats issus d'études utilisant différentes définitions du comportement suicidaire ?

De même, comment interpréter des études n'ayant pas la même définition du PEP ? Par exemple : la différence d'effet entre les diagnostics de psychoses affectives et non-affectives n'est pas également investiguée selon les études, or il est possible que le risque suicidaire longitudinal diffère selon la dimension affective ou non du trouble psychotique débutant...

Mais ces difficultés méthodologiques permettent aussi de réfléchir à ce qui mériterait de futures explorations.

Une autre difficulté réside en l'importante instabilité diagnostique dans les phases précoces du trouble psychotique^{44,52}.

Par ailleurs, les études sur l'entrée dans la maladie psychotique se concentrent souvent sur la suicidalité en lien avec le premier traitement/contact avec les soins, plutôt que sur le début du trouble à proprement parler. Notamment, peu d'études ont investigué la suicidalité durant la période de psychose non traitée, pourtant considérée comme une des périodes les plus à risque de tentatives de suicide graves⁵³.

Enfin, notons que la grande majorité des individus présentant des facteurs de risque de suicide ne décéderont pas de suicide, et que ceux décédant par suicide pourraient pour certains ne pas présenter les facteurs de risque « classiques ».

2. Le cas des expériences psychotiques brèves

Par ailleurs, d'autres expériences du registre psychotique sont communes dans la population générale, même sans diagnostic de trouble psychotique⁵⁴ : les « psychotic like experiences ».

Les individus vivant ces expériences sub-psychotiques sont à des niveaux de risque d'idées et comportements suicidaires comparables aux patients schizophrènes ou avec un autre trouble psychotique. Il est difficile de savoir si le degré de risque varie en fonction des différents types d'expériences psychotiques⁵⁵.

Les hallucinations auditives rapportées par ces sujets multiplie par deux le risque d'idées et planifications suicidaires, et par quatre celui de tentatives de suicide, comparé à la population générale⁵⁶. Hypomanie, contrôle de la pensée, paranoïa, vécu d'étrangeté et hallucinations auditives chez des sujets sans psychose avérée sont significativement associés à un sur-risque d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (OR de 3,13 à 4,03)⁵⁷. De plus, de récentes études ont démontré qu'un antécédent unique de perceptions anormales et d'idées de persécution dans la vie d'un sujet est associé à un sur-risque longitudinal de suicidalité, alors que les expériences bizarres ne semblent pas quant à elles impacter sur le risque suicidaire⁵⁸.

Mais expérimenter des symptômes psychotiques n'implique pas forcément la présence d'un trouble. Les symptômes psychotiques semblent faire partie d'un continuum allant du normal au pathologique, avec une prévalence médiane de 5% et une incidence de 3% dans la population générale. Entre 75 et 90% de ces expériences psychotiques sont transitoires et disparaissent avec le temps⁵⁹. Aussi, il faut être conscient de la fréquence de ces manifestations cliniques, et savoir les distinguer d'une entrée dans un processus psychotique.

DEUXIÈME PARTIE : RISQUE SUICIDAIRE AU COURS DU PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE : DESCRIPTION CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE DES FACTEURS DE RISQUE

CHAPITRE 1 : PHASES CLINIQUES DU PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE ET RISQUE SUICIDAIRE ASSOCIÉ

Les troubles psychotiques émergent la plupart du temps durant l'adolescence ou chez les jeunes adultes.

D'un point de vue clinique, un PEP peut être divisé en trois phases : la phase prodromique ou de psychose émergente, la phase aiguë et son traitement, et enfin la rémission post-psychotique, d'évolution très variable.

1. Phase prodromique

La phase prodromique est marquée par des changements significatifs, et se maintenant dans le temps ⁶, dans le comportement du sujet, par rapport à son fonctionnement prémorbide.

Les premiers changements peuvent être initialement aspécifiques : anxiété, irritabilité, colère, symptômes dépressifs ou instabilité émotionnelle, troubles des conduites instinctuelles (troubles du sommeil, perte d'appétit), plaintes somatiques, anhédonie sociale et retrait...

Puis apparaissent des symptômes plus spécifiques d'une entrée dans un processus psychotique : les sujets jeunes chez qui l'on détecte ces symptômes sont alors considérés comme à risque de psychose (*ARMS At risk mental state*) ⁶⁰.

On distingue classiquement deux phases prodromiques, qui précéderont l'émergence du PEP.

La première phase, considérée comme précoce, est marquée par l'apparition de symptômes que l'on nomme « symptômes de base », décrits par Huber ⁶¹.

Ces derniers consistent en des perturbations neuropsychologiques fines et subjectives touchant la pensée, la parole, la mémoire, la perception et l'action.

La deuxième période est considérée comme plus tardive, avec un risque de transition vers un PEP clinique plus élevé encore.

Elle se caractérise par des « symptômes psychotiques atténués », soit dans leur intensité (symptômes infra-liminaires), soit dans leur durée (symptômes dépassant le seuil clinique de psychose, mais ne durant pas assez longtemps pour poser le diagnostic de PEP). On retrouve :

contenu inhabituel de la pensée, suspicion/paranoïa, anomalies perceptuelles, grandiosité, communication désorganisée.

Notons que la distinction entre *phase prodromique* et *état à risque de psychose* repose sur un changement de paradigme. Dans le premier cas, les prodromes sont les symptômes retrouvés de façon rétrospective, à l'anamnèse, chez les patients présentant un épisode psychotique. Dans le second cas, ces mêmes symptômes sont observés chez un individu sans trouble psychotique, mais que la présence de ces symptômes classe comme statistiquement à risque de psychose, sans que celle-ci soit toutefois inévitable.

Ainsi, dans notre sujet, nous emploierons le terme de *prodrome*.

Toutefois, si les sujets à risque ne sont pas considérés comme malades, la prévalence des comportements auto-agressifs et suicidaires dans ces populations est élevée, avec des taux comparables à ceux observés dans des échantillons de patients avec trouble psychotique⁶². De plus, environ 50% des jeunes sujets considérés à risque de psychose rapportent avoir fréquemment des idées suicidaires⁶³. La prévalence des idées suicidaires dans ces échantillons est de 42,9%, en plus de probables idées 'para suicidaires' moins sévères⁶³.

2. La phase aiguë

La phase aiguë, qui correspond communément au PEP à proprement parler, se caractérise par la présence de symptômes psychotiques (délires, hallucinations, troubles du cours de la pensée) présents depuis suffisamment longtemps et suffisamment intenses pour que le diagnostic de trouble psychique sévère du registre psychotique soit posé (en pratique : durée supérieure à 7 jours⁵) ; ce qui coïncide aussi bien souvent avec le premier contact avec les soins.

3. La rémission post-psychotique

3.1. Notion de période critique

Contrastant avec le modèle de Kraepelin de l'évolution progressive des troubles psychotiques, pour Bleuler⁶⁴ la psychopathologie et la détérioration émergent tôt, dans le cours précoce du trouble, atteignant ensuite un plateau. Cela suggère une phase active et brève de détérioration, entraînant une altération fonctionnelle qui restera stable pendant plusieurs années⁶⁵. Cette phase, qualifiée de « période critique »⁶⁶, concernerait les 5 premières années suivant le PEP,

années après lesquelles le niveau de fonctionnement atteint persisterait sur le long terme. Intervenir durant cette phase de détérioration active pourrait ralentir la progression de celle-ci, et ainsi réduire le risque de rémission incomplète.

Si la proposition de Bleuler est soutenue par plusieurs résultats, des résultats plus récents suggèrent que cette période critique devrait inclure la phase prodromale ⁶⁷

Une intervention précoce a donc un sens non seulement pour freiner une dégradation clinique et améliorer le fonctionnement à court terme, mais aussi comme facteur prédictif positif sur le moyen et long terme.

3.2 Des profils de rémission très variables

3.2.a. Rémission complète

On entend communément par rémission complète la disparition des symptômes psychotiques présents lors de l'épisode aigu. Après un PEP, certains facteurs sont prédictifs d'une rémission à court-terme (2-5 ans) :

- Intervention précoce / durée de psychose non traitée (DPNT) courte ⁶⁸⁻⁷⁰
- Âge plus élevé du début des troubles ⁷¹
- Meilleur fonctionnement prémorbide ⁷²⁻⁷⁴
- Adhésion au traitement ⁷³
- Contacts sociaux et familiaux ⁷⁵

3.2.b. Rémission tardive / incomplète

Généralement définie par la persistance de symptômes positifs. Cependant, il est plus juste de la concevoir d'une façon plus multidimensionnelle, qui prenne en compte les facteurs prédictifs d'incapacité, comme les symptômes psychotiques, le comportement et fonctionnement (social, familial), la suicidalité, et l'aptitude à travailler. D'autres facteurs pourraient être prédictifs d'une rémission incomplète, comme des symptômes négatifs persistants, dépression et anxiété, des difficultés sociales (en particulier dans les relations sociales et professionnelles), et des déficits cognitifs. Une rémission incomplète pourrait être identifiée dès 6 mois après le début de l'épisode aigu ⁷⁶.

3.2.c. Rechutes

Si 90% des patients avec PEP expérimentent une rémission complète ou tout du moins partielle des symptômes psychotiques positifs dans les 12 mois suivant le début du traitement ⁷⁷, la rechute est, cependant, fréquente. Les études naturalistes suggèrent que 70 à 82% des sujets PEP feront une rechute dans les 5 ans après début du trouble ^{78,79}. Chaque rechute augmente le risque de développer des symptômes persistants, en particulier des symptômes négatifs, ainsi que d'autres difficultés telles que la dépression post-psychotique et le suicide ⁸⁰, les complications psychosociales plus importantes (rupture avec les réseaux professionnels, éducatifs et sociaux) ⁸¹. La rechute peut également augmenter le fardeau pour les membres de la famille et les soignants.

3.2.d. Épisode psychotique prolongé : notamment suite à une résistance au traitement.

Par ailleurs, sans être un stade à proprement parler, la phase de « psychose non traitée » est une période majeure dans l'évolution et le pronostic du premier épisode psychotique. Nous en parlerons davantage dans la troisième partie.

Nous venons de présenter les grandes phases d'évolution d'un PEP selon un modèle de stadification clinique, considérant l'entrée dans une maladie psychotique selon un continuum ⁸². Ce modèle implique que les traitements proposés précocement dans le cours de la maladie seront potentiellement plus sûrs, plus faciles à mettre en place et plus efficaces que si donnés plus tardivement. Dans cette lignée, les interventions sont instaurées dans l'espoir de prévenir ou retarder la progression de la maladie vers le stade d'après. Elles sont discutées selon un rapport bénéfice-risque, qui lui évolue selon les stades de la maladie. Chacune de ces phases est qualitativement associée à des risques suicidaires différents.

4. Suicidalité selon les phases cliniques

On pourrait considérer, de façon schématique, que chacun de ces stades est caractérisé par différents 'profils' de risque suicidaire ⁸³.

4.1. Phase prodromique : Dépression et altération du sens de soi (*self disorders*)

Les symptômes dépressifs, observés dans toutes les phases du premier épisode psychotique, semblent particulièrement fréquents durant la phase prodromique ²⁸, et associés au risque suicidaire.

Par ailleurs, cette période est aussi marquée par des troubles spécifiques de l'altération du sens de soi, ou *self disorders*. Les self disorders sont décrits comme des perturbations que la personne a dans l'expérience spontanée de soi en tant que sujet vital, naturellement immergé dans le monde ⁸⁴. Il s'agit de distorsions non psychotiques de la conscience de soi, précédant les expériences franchement délirantes. Plusieurs études retrouvent un lien clair entre suicidalité et self-disorders chez les patients expérimentant un PEP ^{24,85,86}, à travers notamment des sentiments spécifiques de solitude, d'infériorité et d'inaptitude à communiquer avec les autres ^{24,85}. Skodlar ajoute qu'il ne s'agit pas de sentiments « normaux » - de faible estime de soi, de solitude...- mais des sentiments plus fondamentaux, d'être profondément différent des autres, et donc incapable d'interagir avec.

Pour Haug ⁸⁶, l'impact des self-disorders sur les idées suicidaires est médié par la dépression.

4.2. Phase aiguë : Détresse et traumatisme liée aux expériences psychotiques et aux soins

Durant la phase aiguë, les expériences psychotiques ^{40,44} (idées délirantes, injonctions hallucinatoires, émotions comme la peur, la détresse), l'exclusion sociale, sont des facteurs de risque de suicide importants. Les soins psychiatriques peuvent aussi être vécus de façon traumatique, et participer au risque suicidaire ⁸⁷.

4.3. Rémission : Pertes, rupture dans la trajectoire de vie et stigmatisation

Le risque suicidaire durant la phase de rémission post psychotique peut quant à lui être lié à un sentiment de déclin et de perte (rôle, fonction), principalement dû aux séquelles neurocognitives ⁸⁸ mais aussi à la prise de conscience douloureuse des troubles, au sentiment de rupture dans sa trajectoire de vie, de deuil des projets antérieurs, aggravée par le poids du stigma.

4.4. Rechutes : Perte d'espoir vis-à-vis d'un rétablissement

Les rechutes sont des temps particulièrement douloureux pour les patients, qui peuvent perdre l'espoir d'un rétablissement, et envisager leur trouble de façon chronique.

Toutefois cette représentation est sans doute trop simplifiée, et les facteurs sous-tendant les conduites suicidaires lors d'un PEP sont variés, leur association et impact complexes.

Nous allons maintenant développer les facteurs de risque potentiels de conduites suicidaires lors d'un PEP, afin de mieux se représenter les sujets et situations à risque.

CHAPITRE 2 : FACTEURS DE RISQUE DE CONDUITES SUICIDAIRES ET DE SUICIDE LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

De nombreuses études se sont intéressées aux caractéristiques -sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques- des individus à risque de comportements suicidaires lors d'un PEP. Et bien que les résultats soient parfois discordants, voire contradictoires, certains critères se distinguent davantage, apparaissant alors comme des facteurs de risque potentiels. Par ailleurs, réfléchir aux associations entre facteurs de risque et conduites suicidaires permet d'évoquer des hypothèses psychopathologiques.

Cette partie repose sur une revue de la littérature globale, non systématique, mais se voulant la plus exhaustive possible.

1. Facteurs sociodémographiques

1.1. Âge de début des troubles

La relation entre risque suicidaire et âge de début des symptômes psychotiques est complexe. La majorité des études a rapporté un plus haut risque de suicide chez les patients avec un âge plus précoce d'apparition du trouble^{25,33,89,90}. Pour Clarke et al.²⁷, un âge jeune est même le seul facteur potentiellement prédictif de tentatives de suicide, sur 4 ans de suivi.

Dans une méta-analyse, Challis et al.¹³ retrouvent qu'un âge plus jeune de début des troubles est significativement associé à la survenue de comportements auto-agressifs délibérés (DSH) avant traitement, faisant l'hypothèse que les troubles psychotiques à début précoce sont

souvent plus sévères. Cependant, la méta-analyse ne retrouve aucune association entre marqueurs de sévérité de la psychose et DSH.

D'autres auteurs retrouvent à l'inverse une association entre conduites suicidaires et âge plus tardif d'apparition des symptômes^{40,91}. Les sujets présentant un PEP plus tardivement peuvent en effet accepter plus difficilement la maladie, tant elle vient altérer leur fonctionnement antérieur, compromettre leurs projets...⁹².

Enfin, plusieurs études ont échoué à montrer une relation entre risque suicidaire et âge de début des symptômes psychotiques⁵⁰.

1.2. Genre

Des résultats contradictoires ont été trouvés quant au lien entre genre et comportements suicidaires chez les patients présentant un PEP.

Bien que le sexe masculin dans la schizophrénie soit très fréquemment associé à un risque augmenté de suicide²⁰, certaines études échouent à reproduire ce résultat dans la population de PEP⁹³. Plus encore, certaines de ces études révèlent un risque semblable entre hommes et femmes⁹⁴, voire un risque supérieur chez les femmes^{33,39,71,89}.

Mais si les femmes commettent davantage de tentatives de suicide, les jeunes hommes semblent plus à risque de suicides complets^{25,95}.

Certains auteurs, ne retrouvant pas de relation entre suicidalité et genre, suggèrent que la sévérité clinique dépasse les différences de genre^{13,40,63,92}.

Du reste, à sévérité comparable, des différences symptomatiques entre les deux sexes risquent d'influer sur le risque suicidaire : par exemple, un plus haut degré d'anhédonie sociale et un moins bon fonctionnement social chez les hommes⁹⁶ exacerbent des conduites de mésusage de substances, altèrent le fonctionnement général, et ainsi majorent le risque suicidaire.

1.3. Urbanité / ruralité

Pour une population de patients souffrant d'un PEP, urbanité et ruralité peuvent être associées à la question de la suicidalité de façon très différente selon les pays: par exemple, la ruralité peut être garante d'une meilleure cohésion sociale dans certaines régions, mais dans d'autres être un facteur de risque de conduites suicidaires, faute de soins adaptés⁴³.

2. Facteurs anamnestiques

2.1 Antécédents suicidaires et auto-agressifs

Lors d'un PEP, des antécédents de comportements suicidaires -particulièrement de tentative de suicide- sont un des facteurs les plus fortement prédictifs de tentatives de suicide ultérieures ¹³, et de mort par suicide ⁹⁷; un grand nombre d'études retrouvant ce résultat ^{25,32,36,43,46,51,94,98-101}.

Un quart des patients ayant commis une tentative de suicide avant l'accès aux soins commettra une nouvelle tentative après le début du traitement ^{27,45,51}, le risque de récurrence étant particulièrement élevé dans les trois mois suivant la tentative ¹⁰².

De façon similaire, des antécédents de comportements auto-agressifs délibérés sont également significativement associés à un risque de comportements auto-agressifs futurs ¹³ (OR = 3,94).

Or des antécédents de gestes auto-agressifs délibérés - que l'on peut voir comme une stratégie de gestion et de régulation de l'émotion, surtout chez les adolescents ¹⁰³ - constituent en soi un facteur de risque majeur de conduites suicidaires et suicides chez les patients souffrant PEP ^{50,104}, tous étant sous-tendus par un certain degré d'impulsivité ¹⁰⁵.

Une étude de suivi sur 7,4 ans, retrouve ainsi un risque longitudinal de tentative de suicide quatre fois plus élevé chez les sujets présentant des antécédents de comportements auto-agressifs à l'admission, en faisant le facteur de risque le plus important de conduites suicidaires à venir ⁴⁹.

2.2. Antécédents familiaux

Un antécédent familial de proche au premier degré hospitalisé pour schizophrénie, trouble bipolaire, trouble lié à l'usage de toxiques, ou autre trouble mental, est supposément associé à un risque suicidaire augmenté chez les sujets souffrant d'un PEP ¹⁰⁵.

Une histoire familiale de suicide ressort également comme facteur de risque, tout trouble psychiatrique confondu ^{46,106}.

2.3. Durée de psychose non traitée (DPNT)

Lors d'un PEP, une longue DPNT est un des facteurs de risque les plus communément rapportés de conduites suicidaires ^{27,39,44,46,90,107}, voire de suicides complets ^{38,40}.

Le lien entre DPNT et comportements suicidaires peut s'expliquer de plusieurs façons.

La première hypothèse est qu'une DPNT plus longue est associée à une évolution plus défavorable de la maladie, celle-ci pouvant se traduire par des événements graves, comme des conduites auto-agressives, suicidaires²⁷, ou des suicides complets.

Certains auteurs suggèrent même qu'une longue DPNT peut être liée à une forme d'emblée plus sévère de la maladie, expliquant là encore l'impact sur la suicidalité²⁷.

Une autre hypothèse est que plus la DPNT est longue, plus le risque de survenue d'actes auto-agressifs augmente⁴⁶, constituant en soi un facteur de risque majeur de comportements auto-agressifs et suicidaires futurs¹³.

Une plus longue DPNT est également synonyme d'une plus longue période d'exposition à d'autres facteurs de risque indépendants, comme les symptômes positifs¹³.

Une longue DPNT peut également être vue comme un marqueur de difficultés à demander de l'aide, et notamment en cas de crise suicidaire.

Toutefois, d'autres études ne retrouvent pas d'association entre DPNT et comportements suicidaires chez les sujets PEP^{25,45}.

Ayesa-Arriola⁴³ observe même qu'une plus courte durée de psychose non traitée est associée à un plus haut risque de comportements suicidaires « tardifs » (au-delà des deux premiers mois de traitement). Ayesa-Arriola fait ainsi l'hypothèse qu'une durée de psychose non traitée plus courte pourrait être associée à une plus grande conscience du trouble, un plus fort sentiment de désespoir, et un risque de suicide augmenté à long terme¹⁰⁸.

3. Facteurs sémiologiques

3.1. Sévérité des symptômes psychotiques

Le rôle des symptômes psychotiques dans la suicidalité des patients PEP est largement discuté dans la littérature.

Dans plusieurs études, la sévérité des symptômes psychotiques ressort en effet comme un facteur de risque de comportement suicidaire^{32,42-44,46,109}. Pour Ayesa-Arriola et al.⁴³ les symptômes psychotiques aigus constituent un facteur de risque pour les tentatives de suicide « précoces » (dans les trois premiers mois encadrant l'entrée dans les soins), les tentatives « tardives » étant quant à elles davantage liées à une dépression secondaire.

Pour Mitter et al.⁴⁰ la sévérité des symptômes positifs et négatifs est associée à un risque plus élevé de suicides complets.

Parmi les symptômes psychotiques aigus, certains auteurs ont mis l'accent sur l'impact des symptômes négatifs^{13,23,34,44,63}.

Pour d'autres, la prédominance de symptômes négatifs, en particulier l'émoussement émotionnel et affectif, pourrait à l'inverse diminuer la détresse émotionnelle et le désespoir causés par la maladie, et en conséquent diminuer aussi les idées suicidaires ⁹⁹.

D'un point de vue clinique, les symptômes négatifs se recoupant souvent avec les symptômes dépressifs, il est pertinent de se poser la question d'idées suicidaires devant un tableau marqué par une symptomatologie négative.

Concernant l'impact des symptômes positifs sur le risque suicidaire, les résultats de la littérature sont partagés ^{63,92}.

Certaines études décrivent une association entre commandes hallucinatoires et suicides complets ^{40,50,110,111} - on peut facilement concevoir l'expérience particulièrement stressante des symptômes hallucinatoires et leur lien avec les conduites suicidaires chez nos patients. Mais certains auteurs proposent à l'inverse que des idées délirantes de référence et/ou de persécution peuvent rendre le sujet plus méfiant, l'amenant à se protéger, et par conséquent à diminuer le risque suicidaire ¹¹¹. La méta-analyse de Challis ne retrouve aucune relation entre symptômes positifs et comportements auto-agressif délibéré, à quelque moment que ce soit ¹³.

Notons que certaines études ne retrouvent pas de lien entre symptômes psychotiques et conduites suicidaires lors d'un PEP, notamment sur 3 ans de suivi ⁴⁵.

3.2. Insight

Traditionnellement, l'insight est vu comme un concept unitaire, une conscience en « tout ou rien » qu'ont ou non les patients de leur maladie. Plus récemment, l'insight a été expliqué différemment, comme une construction multidimensionnelle et continue. David définit ainsi l'insight selon trois dimensions se chevauchant : la conscience qu'a l'individu de souffrir d'une maladie mentale ; la conscience d'avoir besoin d'un traitement ; et la capacité de reconnaître les symptômes de la maladie, d'identifier des événements psychiques inhabituels comme pathologiques ¹¹². Un mauvais insight est fréquent dans les troubles psychotiques, et l'on considère qu'entre 50 et 80% des patients schizophrènes ne pensent pas être atteints d'un quelconque trouble ¹¹³. Un faible insight est d'ailleurs souvent considéré comme un critère clé et déterminant de la psychose ¹¹⁴. Pourtant l'insight n'est pas un phénomène statique, et peut aussi s'améliorer au cours de la prise en charge de la maladie.

Les résultats concernant l'association entre insight et évolution clinique chez les patients psychotiques sont contradictoires. Un meilleur insight est souvent associé à des symptômes moins sévères ¹¹⁵, une meilleure adhésion au traitement, un meilleur

fonctionnement social et professionnel ¹¹⁶. Cependant pour certains patients, il est source d'affects dépressifs ¹¹⁵ et associé à une moins bonne qualité de vie ^{117,118}.

C'est là tout le « paradoxe de l'insight » (*insight paradox* ¹¹⁹) des sujets psychotiques, que la recherche enrichit à mesure de ses avancées.

Le lien entre insight et comportements suicidaires chez les sujets PEP est là encore complexe et parfois contradictoire. Plusieurs études retrouvent que de hauts niveaux d'insight, ou domaines d'insight, pourraient augmenter le risque suicidaire et auto-agressif ^{13,51,90,120,121}. D'autres ne retrouvent aucune association entre insight et suicidalité ⁹⁷ (Hawton 2005) et quelques études rapportent un effet protecteur de l'insight ¹²², possiblement via la compliance au traitement. Chaque cas de figure peut trouver une hypothèse explicative.

Des sujets avec un bon fonctionnement prémorbide et un bon insight seront plus facilement déprimés, l'impact de l'insight sur le risque suicidaire se faisant par l'intermédiaire d'affects dépressifs ^{25,32,33,122}.

Pour certains auteurs, l'impact de l'insight dépend surtout des croyances du patient concernant la maladie ¹¹⁹. Or les croyances concernant la maladie psychotique sont généralement hautement négatives, et les croyances pessimistes sur l'évolution du trouble prévalent. Les traitements médicamenteux des troubles mentaux souffrent également d'une image souvent très négative ¹²³. Toutes ces croyances peuvent influencer les réponses émotionnelles de l'individu à l'égard de sa maladie : aussi un sujet avec une bonne conscience des troubles, et qui concevrait l'évolution de la maladie psychotique de façon très péjorative (ex de la détérioration mentale), sera plus à risque de pensées et conduites suicidaires ^{97,124}. Toutefois cette hypothèse n'a pas été validée par l'étude de Barret et al. ¹²⁵, qui retrouve une association entre conduites suicidaires et hauts niveaux d'insight d'une part, et croyances négatives d'autre part, mais ceci de façon indépendante, écartant l'hypothèse d'une modulation par les croyances de la relation entre insight et suicidalité lors d'un PEP. Par ailleurs ces deux associations étaient confirmées après correction avec les scores de dépression, indiquant également qu'insight et croyances négatives n'étaient pas juste un épiphénomène d'une humeur dépressive ¹²⁵.

Inversement, certains auteurs distinguent deux types d'insight ¹²² : l'insight précoce, et l'insight tardif/s'améliorant secondairement. Un bon insight au début des soins augmenterait le risque suicidaire, alors qu'un bon niveau d'insight obtenu secondairement (du fait d'interventions de psychoéducation), à un an de suivi, diminuerait ce même risque ¹¹⁸. Un insight « précoce » pourrait en effet s'accompagner d'un changement négatif de l'image de soi (passer d'une personne saine à un sujet malade), ou d'une conscience douloureuse du

trouble due à sa stigmatisation. Mais sur le long terme, il permettrait une meilleure adhésion au traitement, avec un impact positif sur l'évolution de la maladie et le risque suicidaire ¹²⁶.

Notons que certaines études ne retrouvent pas de lien entre qualité de l'insight et risque suicidaire lors du PEP ^{43,109,118,122}.

En revanche, le développement rapide de l'insight semble davantage faire consensus comme un des éléments les plus pourvoyeurs de désespoir et de dépression dans la phase post-psychotique immédiate d'un PEP ^{44,127}, et doit être accompagné de façon vigilante.

3.3. Cognition sociale

La cognition sociale désigne l'ensemble des processus cognitifs (mémorisation, attention, émotions, raisonnement...) impliqués dans les interactions sociales, et permettant la compréhension, la reconnaissance, le traitement et l'utilisation des stimuli sociaux de son environnement ¹²⁸.

Capacité à mettre en perspective la relation à l'autre et théorie de l'esprit sont deux sous-domaines de la cognition sociale ; la théorie de l'esprit étant la capacité d'attribuer à l'autre des sentiments, connaissances, intentions et buts ¹²⁹.

Le lien entre théorie de l'esprit et suicidalité lors d'un PEP a été étudié.

Dans une étude de 2017 ¹⁰⁹, Canal-Rivero et al. retrouvent ainsi qu'un déficit en théorie de l'esprit est un facteur prédictif de conduites suicidaires chez les sujets PEP. Dans l'étude, l'échec à une tâche de premier ordre (tâche simple de résolution d'un problème social), était significativement associé à la survenue de comportements suicidaires, avec un OR de 4,26. L'échec à une tâche de second ordre, plus élaborée (évaluant des problématiques interpersonnelles plus sophistiquées), suivait la même tendance, mais de façon non significative. Néanmoins, il est possible qu'un déficit en théorie de l'esprit ne soit pas un facteur de risque en soi, mais un intermédiaire lié à l'influence de symptômes positifs résiduels.

Les déficits de mise en perspective ont été quant à eux associés aux symptômes, négatifs comme positifs ¹³⁰, et retrouvés chez des sujets PEP cliniquement plus sévères, et plus à risque de conduites suicidaires.

Ainsi, chez les sujets PEP, une altération de la cognition sociale pourrait être un facteur de risque de conduites suicidaires, indépendant, ou être le reflet d'un tableau clinique plus sévère, à risque suicidaire encore plus élevé.

Par ailleurs, la cognition sociale est un prérequis des facultés de coopération interpersonnelle et d'empathie. Des déficits en cognition sociale peuvent donc être source de

mauvaise communication, altérer les relations interpersonnelles, et entraîner un isolement social et affectif, augmentant le risque suicidaire ^{131,132}. De tels déficits constituent de plus sans doute un frein à la demande d'aide.

3.4. Cognition et éducation

Il est souvent retrouvé qu'un plus haut niveau d'éducation ou un meilleur fonctionnement cognitif est associé à un risque augmenté de suicide lors d'un PEP ^{40,92,99,133}, avec l'hypothèse qu'un déclin cognitif pourrait à l'inverse protéger les sujets d'un risque suicidaire ^{45,51}.

De façon générale dans les troubles psychotiques, on retrouve un meilleur fonctionnement cognitif chez les sujets suicidants comparé aux non suicidants : plus spécifiquement, de meilleures fonctions exécutives pourraient impacter sur la capacité d'élaboration de projets suicidaires ^{134,135}. Ce résultat est en accord avec de précédentes recherches, montrant que de meilleures fonctions cognitives, en particulier l'attention et la vitesse psychomotrice, la fluence verbale, la mémoire verbale, la mémoire de travail et la fonction exécutive, sont associées à une plus grande suicidalité ¹³⁶. Alaraisanen et al. retrouvent un risque de suicide augmenté (Odd Ratio de 3,56 (IC 95= 0,97 - 13,05)) chez les patients avec un meilleur niveau scolaire ¹³⁷ (Alaraisanen 2006) (résultat inverse en population générale). Les patients avec un plus haut niveau d'éducation se sentiraient davantage stigmatisés et honteux de développer un trouble mental, conduisant à un risque suicidaire augmenté ¹³⁷.

À l'inverse, certains auteurs considèrent qu'un moins bon fonctionnement cognitif, et en particulier de moins bonnes capacités d'attention et fonctions exécutives, est associé à davantage d'impulsivité, et donc à un risque suicidaire augmenté ^{138 43}.

D'autres études ne retrouvent pas de différence significative de fonctionnement neurocognitif lors d'un PEP entre suicidants et non suicidants ⁴⁷.

3.5. Fonctionnement socio-professionnel

La maladie psychotique est associée à une altération significative du fonctionnement professionnel et occupationnel, pouvant débiter tôt dans la phase prodromique de la maladie. De plus, les sujets ayant présenté de récentes idées suicidaires ont un fonctionnement plus pauvre, et présentent des scores plus bas à la GAF (Global Assessment of Functioning) ⁶³.

4. Comorbidités

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les sujets souffrant d'un PEP, et retrouvées chez près de la moitié d'entre eux^{139,140}. De plus, ces comorbidités peuvent être associées à une moins bonne évolution symptomatique et du fonctionnement¹⁴¹, et également à un risque suicidaire augmenté, comme nous allons le développer.

4.1. Dépression

4.1.a. Dépression prodromique, à la phase aiguë, et dépression post-psychotique

Upthegrove et al.²⁸ se sont spécifiquement intéressés à la question de la dépression et de la suicidalité lors d'un PEP.

Ils constatent que la dépression survient à toutes les phases du PEP, 80% des patients (n = 92 patients) expérimentant un épisode dépressif majeur, durant une ou plusieurs phases de la maladie. De plus, ils observent qu'une dépression durant la phase prodromique est le facteur le plus hautement prédictif de dépressions et d'actes auto-agressifs futurs⁴⁶. À l'inverse, il est très rare qu'un épisode dépressif survienne *de novo* après la rémission.

Pour les auteurs, la dépression post-psychotique survient donc chez les sujets ayant connu une dépression pendant les phases prodromiques et/ou aiguës.

Ils postulent ainsi l'existence d'une vulnérabilité continue à la dépression, débutant à l'adolescence, se manifestant pendant les prodromes et pouvant réapparaître plus tard dans la maladie, notamment en réponse à des facteurs de stress (comme un diagnostic de psychose). Pour Upthegrove néanmoins, les dépressions post-psychotiques sont les plus sévères, ainsi que celles survenant lors des rechutes²⁸.

Aussi, tandis que l'on pensait, historiquement, que la présence de symptômes thymiques dans les psychoses « non affectives » telle que la schizophrénie pouvait être un indicateur de bon pronostic, de plus récents résultats suggèrent que la dépression dans les PEP serait liée à de moins bons résultats à long terme^{28,142}.

4.1.b. Dépression et risque suicidaire lors d'un PEP

La sévérité des symptômes dépressifs ressort très souvent dans la littérature comme un facteur essentiel associé à un haut risque suicidaire et auto-agressif lors d'un PEP^{13,32,33,43,46,48}, notamment dans la conséquente revue de la littérature de Pompili⁴⁴. 63% des

sujets présentant un épisode dépressif auraient des idées suicidaires²⁸. (Or 40% des sujets à la phase aiguë d'un PEP présenteraient des symptômes dépressifs¹⁴³).

Des antécédents de dépression seraient également associés aux comportements suicidaires^{28,118,143}, et auto-agressifs¹³.

De plus, des symptômes dépressifs durant la phase prodromique seraient un facteur de risque de conduites suicidaires particulièrement durant la première année suivant l'émergence de la maladie^{44,143}, voire à plus long terme (notamment dans une méta-analyse d'études longitudinales de 2017, avec une période médiane de suivi de 24 mois¹⁴).

La littérature distingue souvent dépression à la phase aiguë et dépression post-psychotique. Dans le premier cas dépression et comportements suicidaires surviennent probablement davantage en réaction au sentiment de persécution, à l'anxiété et à la détresse liés aux symptômes psychotiques⁴⁶, et à l'impact négatif de l'hospitalisation¹⁴⁴, alors que la dépression post-psychotique est davantage liée à la perte d'espoir, au stigma, à des symptômes positifs persistants de faible intensité¹⁴⁵, à l'isolement social et une qualité de vie altérée⁹⁰.

Pour d'autres auteurs, c'est le sentiment de désespoir qui fait le lit des idées suicidaires et prédit les passages à l'acte⁹⁹, et ce indépendamment de la dépression.

Chang et al.⁴⁵ quant à eux ne retrouvaient pas de relation significative entre comportements suicidaires et sévérité des symptômes dépressifs.

4.2. Consommation de toxiques et comorbidité addictive

L'abus de substances est fréquent dans les PEP. Les individus présentant un PEP ont des niveaux significativement supérieurs de mésusages de toxiques que leurs pairs non-psychotiques¹⁴⁶. En Australie, 60 à 70% des sujets souffrant d'un PEP rapportent des antécédents de mésusage de toxiques. Le cannabis et l'alcool sont les substances les plus en cause^{147,148} (l'utilisation d'opioïdes, de cocaïne, de sédatifs étant relativement rares). La consommation de toxiques, en particulier le cannabis, est fréquemment identifiée comme un facteur de mauvais pronostic lors d'un PEP, incluant plus de symptômes psychotiques positifs¹⁴⁸, un désengagement dans les soins^{149,150} plus de rechutes¹⁴⁸, et de réadmissions¹⁴⁸.

L'association entre comorbidité addictive et risque suicidaire chez les sujets présentant un PEP a été recherchée dans de nombreuses études.

La majorité des résultats considère l'abus de substances psychoactives ou l'addiction comorbide (particulièrement la polytoxicomanie) comme un facteur hautement prédictif d'idées et comportements suicidaires lors d'un PEP^{44,51,90,98,151}, souvent en association avec

d'autres facteurs clés (notamment la dépression^{43,152}). L'abus d'alcool et de toxiques ressort également comme un des facteurs de risque de comportements auto-agressifs délibérés (respectivement OR= 1,68 et OR= 1,46) dans la méta-analyse de Challis¹³.

Par ailleurs il semblerait que des antécédents d'abus de substances –et non nécessairement une consommation encore active- constituent en soi un facteur prédictif de comportements suicidaires, et ce pendant les trois premières années de prise en charge⁴⁵.

Pour Melle et al.³⁸, la consommation de substances en soi (même en dessous du seuil d'abus/addiction) est un facteur de risque de décès prématuré lors d'un PEP, le suicide en étant la première cause.

Les comportements suicidaires et consommations de toxiques peuvent partager des traits communs, comme l'impulsivité, les difficultés de régulation émotionnelle, ou de gestion des problèmes interpersonnels.

4.3. Comorbidité traumatique

Il existe des preuves considérables d'un lien entre antécédents traumatiques et psychose. La littérature à ce sujet suggère que l'exposition à des événements traumatiques ou douloureux, particulièrement dans l'enfance, augmenterait le risque de développer un trouble psychotique¹⁵³. L'existence d'une relation « dose-réponse » est même évoquée : plus l'exposition est forte, plus le risque de psychose ultérieure est élevé¹⁵³. Des antécédents de traumatismes sexuels augmenteraient significativement le risque de transition psychotique chez les jeunes patients à risque (UHR)¹⁵⁴. Conus et al.¹⁵⁵ retrouvent dans leur étude que 83% des patients expérimentant un PEP (n= 658) ont été exposés au moins une fois à un événement stressant durant leur vie, et 34% d'entre eux à des sévices physiques ou sexuels (particulièrement les femmes).

Par ailleurs, les symptômes psychotiques (hallucinations, idées délirantes, désorganisation psychique et comportementale, catatonie¹⁵⁶) lors d'un PEP, tout comme les conduites suicidaires et auto-agressives, peuvent entraîner un réel vécu traumatique chez les patients, et ce même après l'épisode¹⁵⁷. Une méta-analyse de 2017 retrouve des symptômes de PTSD liés à l'épisode psychotique chez environ une personne sur deux, et un PTSD complet chez une personne sur trois¹⁵⁸ (résultat comparable autour de 39% dans d'autres études^{159,160}).

Or des antécédents traumatiques augmentent justement le risque de développer un PTSD consécutif au PEP : pour Bendall et al.¹⁶¹, les sujets avec antécédents de traumatismes dans l'enfance ont 27 fois plus de risques de développer un PTSD en réponse à leur PEP. Ils

présentent également davantage de caractéristiques prémorbides (troubles liés à des consommations de toxiques ¹⁵⁵, troubles anxieux ou dépressifs ¹⁶²).

Ces éléments sont autant de raisons d'une augmentation du risque suicidaire chez les individus avec antécédents traumatiques ou PTSD comorbide : la littérature retrouve en effet chez ces sujets davantage de tentatives de suicide, avant ⁸⁷ comme pendant le traitement ⁸⁷ ¹⁵⁵, et davantage d'idées suicidaires ⁸⁷.

Ainsi, la présence d'antécédents traumatiques et/ou d'un PTSD comorbide constitue un sur-risque de comportements suicidaires chez les sujets PEP.

4.4. Troubles de la personnalité

Les traits de personnalité prémorbides jouent un rôle dans la psychopathologie, l'émergence et le cours des troubles psychotiques ¹⁶³. La question de leur rôle dans la suicidalité lors d'un PEP a été posée dans plusieurs études.

Des traits comme l'inhibition sociale, la timidité, l'immaturité affective ¹⁶⁴, l'impulsivité ¹⁰⁵, l'agressivité ¹⁶⁵, la vulnérabilité, notamment en stratégies de coping ⁴², et les caractéristiques schizotypiques ¹⁶⁶, ont été spécifiquement reliés aux comportements suicidaires chez les patients psychotiques. Plus spécifiquement impulsivité et agressivité ont été identifiées comme des facteurs de risque de comportements suicidaires chez les patients PEP ¹⁶⁷ ¹⁰⁵.

Néanmoins, la personnalité prémorbide des sujets PEP est restée insuffisamment étudiée dans la littérature.

Canal-Rivero et al. ⁴² ont étudié de façon prospective l'influence des traits de personnalité sur la survenue d'une première tentative de suicide lors d'un PEP, durant la première année de suivi. L'étude identifie deux profils différents de facteurs de risque, entre les individus commettant leur première TS dans les 6 premiers mois de suivi, et ceux passant à l'acte plus « tardivement », entre 6 et 12 mois. Les TS survenues dans les 6 premiers mois de suivi sont le plus fortement corrélées à des traits de personnalité de type passif-dépendant (OR = 2.42, 95% CI = 1.15–5.09), puis à la sévérité des symptômes à l'entrée (OR = 2.00, 95% CI = 1.07–3.76), alors que dans le cas des TS plus tardives, seule la sévérité des symptômes à l'entrée apparaît comme prédictive (OR = 2.71, CI = 1.15–6.39).

Dans son étude de 2017 ¹⁰⁹, Canal-Rivero a par la suite étudié de façon concomitante traits de personnalité et cognition sociale, et leur lien avec la survenue de TS lors d'un PEP, toujours au cours des 12 premiers mois de suivi. L'étude retrouve, après analyse multivariée, une association significative entre personnalité prémorbide de type schizoïde et

comportements suicidaires (OR= 1,62), ainsi qu'une association avec la sévérité des symptômes psychotiques (OR= 2,18) et un déficit en théorie de l'esprit.

En analyse bivariée, l'étude retrouve également une association avec la dimension sociopathique (impulsivité, agressivité). Les auteurs font l'hypothèse que, même si des caractéristiques comme l'agressivité et l'impulsivité peuvent conduire à des comportements suicidaires chez certains patients PEP, ce lien est peut-être davantage la résultante d'autres variables, comme la sévérité des symptômes et/ou les déficits en théorie de l'esprit, qui feraient alors médiation.

À l'inverse, les conséquences de traits schizoïdes sur le retrait social des patients ¹⁶⁸ pourrait expliquer leur lien fort avec les conduites suicidaires. De plus, les traits schizoïdes ont déjà été identifiés comme prédominants dans les phases précoces de la psychose ¹⁶⁹.

Francey et al. ¹⁷⁰ retrouvent quant à eux - dans un échantillon de 100 sujets souffrant d'un PEP - une prévalence de 22% de trouble de personnalité limite comorbide ; et ces sujets, plus jeunes, présentaient un risque plus élevé de suicide, et davantage d'autres comorbidités. Par ailleurs les auteurs constataient qu'ils n'étaient pas traités de la même façon, notamment du point de vue médicamenteux.

5. Facteurs de risque liés aux soins

5.1. Modalités d'hospitalisation, contentions, attitudes soignantes

Quand une personne se trouve dans un état de confusion psychique aussi important que lors d'un PEP, les actions menées dans un service psychiatrique peuvent provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance, et s'accompagner d'un vécu traumatique des soins. Dans l'étude de Tarrier et al. ⁸⁷, 80% des sujets estimaient avoir été traumatisés par leur hospitalisation, 66% évaluant ce traumatisme comme sévère. Parmi ces sujets, 38% présentaient un PTSD clinique, évalué par la CAPS, avec alors une association significative avec le fait d'être hospitalisé sous contrainte.

Certains aspects du traitement sont plus particulièrement vécus de façon traumatique, comme les traitements coercitifs (hospitalisation sous contrainte, utilisation de contentions, médication forcée), une durée longue d'hospitalisation, la peur des autres patients, et certaines attitudes soignantes ^{87,156}.

Tous ces aspects potentiellement traumatiques des soins peuvent constituer en soi des facteurs de risque de conduites suicidaires chez les sujets présentant un PEP, comme nous l'avons vu précédemment.

Par ailleurs ce vécu négatif des soins peut altérer l'alliance du patient, et s'accompagner d'une discontinuité dans la prise en charge, facteur de mauvais pronostic.

5.2. Effets secondaires des traitements

Les effets secondaires des traitements sont aussi à prendre en compte, car peuvent aggraver la détresse que vivent nos patients, et constituer des facteurs de risque potentiels de conduites suicidaires. Ce résultat a notamment été retrouvé particulièrement pour l'akathisie²⁰.

5.3. Sorties d'hospitalisation comme moment à risque

Certaines études retrouvent que lors d'un PEP, jusqu'à 75% des patients commettant un suicide le feront dans la phase de rémission précoce, généralement dans les quelques mois suivant la sortie d'hospitalisation¹⁷¹.

L'augmentation du risque suicidaire à cette période peut s'expliquer de plusieurs façons⁸ :

- Une augmentation de l'insight s'accompagnant d'une conscience douloureuse du trouble
- Un sentiment de désespoir, le poids de la stigmatisation
- Des pertes (d'emplois, de liens sociaux et affectifs)
- La persistance de symptômes psychotiques, source de détresse
- Des symptômes négatifs
- Une dépression post-psychotique
- La rémission de symptômes qui, dans la phase aiguë, empêchaient le passage à l'acte (troubles du cours de la pensée, symptômes maniaques...)
- Une hospitalisation suite à une rechute, la personne pouvant s'en trouver d'autant plus désespérée

6. Stigmatisation et croyances négatives

Chez les patients souffrant d'un PEP, les croyances négatives - personnelles comme de leurs proches - concernant la maladie psychotique peuvent être associées aux conduites suicidaires, et ce indépendamment des symptômes dépressifs et d'un haut niveau d'insight¹²⁵. Le suicide apparaîtrait comme une porte de sortie à une évolution de la maladie envisagée de façon très négative par les personnes¹²⁴.

Les principaux facteurs de risque de conduites suicidaires et suicides lors d'un PEP sont :

- Des antécédents de tentatives de suicide, avec un risque de récurrence particulièrement élevé dans les 3 mois suivant le geste suicidaire, ainsi que des antécédents récents d'actes auto agressifs délibérés
- Une DPNT plus longue
- La sévérité des symptômes psychotiques, positifs (hallucinations acoustico-verbales et idées délirantes de persécution) mais aussi négatifs
- Un insight précoce, ou s'améliorant rapidement au cours de la prise en charge
- Des déficits en cognition sociale
- Un isolement familial, amical, et socio-professionnel
- Des comorbidités : dépressives (quelle que soit la phase de la maladie, mais plus particulièrement encore des antécédents dépressifs durant la phase prodromique), toxiques (abus, dépendance, mais aussi simple consommation), traumatiques (événements de vie douloureux, antécédents traumatiques dans l'enfance, PTSD comorbide), concernant la personnalité (troubles ou traits schizoïdes et schizotypiques, personnalité de type limite)
- Iatrogénie (soins restrictifs, effets secondaires médicamenteux, sorties d'hospitalisation)
- Stigmatisation et croyances (des patients et de leurs proches) concernant la maladie

L'ensemble de ces résultats illustre la richesse de la littérature sur ce sujet. Mais leur interprétation demeure parfois délicate. Si certains facteurs de risque peuvent être appréhendés selon un schéma linéaire, d'autres nécessitent certainement une approche plus nuancée. Le cas de l'*insight*, concept multidimensionnel, est particulièrement typique. Un bon *insight*, comme un mauvais *insight* peuvent, selon les circonstances, favoriser l'éclosion d'idées et de comportements suicidaires.

CHAPITRE 4 : SPÉCIFICITÉS CLINIQUES DES GESTES SUICIDAIRES LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1. Impulsivité

Fedyszyn et al. ¹⁰² ont mené une étude rétrospective sur une cohorte de 607 patients souffrant d'un PEP, pris en charge dans des services spécialisés d'intervention précoce. Le but de

l'étude était d'identifier les caractéristiques des tentatives de suicide commises par ces sujets. Sur une période d'étude correspondant aux 18 premiers mois de traitement, 73 patients avaient réalisé une tentative de suicide.

Dans la grande majorité des cas (78%), l'impulsivité ressortait comme caractéristique principale, observation est largement retrouvée dans la littérature ^{138,172}. Dans cette lignée, Salvatore et al. proposent deux grandes dimensions phénoménologiques pour caractériser les sujets PEP à risque suicidaire : un cluster impulsivité-irritabilité-colère-agressivité-dépressivité, et un cluster anergie-léthargie-anhédonie-dépressivité ¹⁷².

2. Dysphorie

Dans son travail, Salvatore met également en évidence l'importance de la dysphorie comme caractéristique clinique prédisposant aux conduites suicidaires chez les sujets PEP. Mêlant des éléments de dépression et d'anxiété, elle est généralement marquée par de la tension, de l'inquiétude, de la colère, de l'irritabilité et de l'angoisse ¹⁷³. Elle est aussi souvent associée à une labilité émotionnelle, et peut contribuer au risque de perturbations perceptives, de désorganisation conceptuelle, de perplexité psychotique. C'est en ce sens qu'elle peut être identifiée comme caractéristique clinique à risque de comportement suicidaire chez les sujets PEP ^{172,173}.

3. Éléments déclenchants

Chez les sujets souffrant d'un PEP, les tentatives de suicide sont majoritairement déclenchées par des problèmes interpersonnels (comme des conflits relationnels, avec les amis ou la famille, des ruptures sentimentales etc), et/ou par la détresse liée aux symptômes, particulièrement les idées délirantes, les hallucinations visuelles ou auditives, les rechutes, ou le sentiment d'une absence d'amélioration clinique, en dépit du traitement médicamenteux ¹⁰².

4. Modalités des gestes suicidaires

Dans son étude rétrospective, Fedyszyn et al. ¹⁰² retrouvent qu'une grande majorité des TS (85,3%) survient chez les patients traités en ambulatoire, les deux tiers de ces tentatives se faisant par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) ¹⁰², le plus souvent avec les traitements prescrits ^{26,98,102}. Les antipsychotiques sont impliqués dans presque la

moitié de ces tentatives, soit seuls soit en association avec d'autres médicaments prescrits, ou de l'alcool.

Si les TS commises en ambulatoire sont principalement des IMV, celles commises par les patients hospitalisés se font majoritairement par pendaison ou strangulation ¹⁰².

Par ailleurs, avant un geste suicidaire, les sujets ont davantage tendance à contacter leur famille, partenaires ou amis, qu'à demander de l'aide auprès des équipes de soins ¹⁰². La demande d'aide est également peu fréquente après la tentative, or on sait que l'intentionnalité suicidaire ou le regret de ne pas avoir « réussi » son geste peut persister au moins pendant plusieurs heures ¹⁰⁴.

Les PEP non traités ont un risque plus élevé de suicide grave, violent, avec utilisation de méthodes létales, comparé aux PEP traités ⁵³.

Lors d'un PEP, la plupart des conduites suicidaires sont commises par des patients suivis en ambulatoire, de façon impulsive, la recherche d'aide restant trop rare. L'intoxication médicamenteuse volontaire par des antipsychotiques est la situation la plus fréquente. Ces gestes suicidaires sont favorisés par des stress psychosociaux, et déclenchés par un conflit interpersonnel ou la détresse due aux symptômes psychotiques et/ou aux soins.

CHAPITRE 5 : FACTEURS PROTECTEURS

La compliance au traitement a été retrouvée comme facteur pouvant diminuer le risque de suicide dans les populations psychiatriques toute maladie confondue ¹⁷⁴. En ce sens, le maintien d'une alliance thérapeutique optimale est sans doute une façon de réduire le risque suicidaire ¹⁷⁵.

Une prise en charge précoce, par des équipes spécialisées, serait aussi un facteur protecteur de risque suicidaire chez les sujets PEP ^{39,40}, en diminuant la DPNT, mais aussi en prenant en charge les personnes à un stade symptomatique moins sévère ¹⁵².

L'implication de la famille et les proches est un facteur protecteur fondamental ⁴⁰, notamment car il permet d'atténuer le sentiment d'être un poids pour les autres ¹⁷⁶. Un étayage socio-professionnel est également un facteur protecteur important.

CHAPITRE 6 : CONSÉQUENCES DES GESTES SUICIDAIRES

1. Pour la personne : Séquelles physiques et psychiques

Les survivants de tentatives de suicide déclarent expérimenter des niveaux plus élevés de rejet, de honte, de stigmatisation, de besoin de dissimuler les raisons et modalités de leur acte¹⁷⁷.

2. Pour les proches

Une revue systématique de la littérature ¹⁷⁸ retrouve des conséquences majeures dans la santé et le fonctionnement social des proches de personne décédée par suicide, avec : un risque accru de suicide chez les partenaires, un risque accru d'admission en psychiatrie pour les parents endeuillés par le suicide d'un enfant, un risque accru de suicide chez les mères endeuillées par le suicide d'un enfant adulte, et un risque accru de dépression chez les enfants d'un parent décédé par suicide. Rejet et honte accompagnent aussi davantage ces proches, comparé à d'autres causes violentes de décès.

Les adolescents endeuillés par le suicide d'un ami auraient plus d'idées suicidaires, feraient plus de tentatives de suicide, et seraient plus à risque de dépression, particulièrement durant la première année de deuil ¹⁷⁹.

3. Pour les cliniciens et soignants

Le suicide est également un des événements les plus perturbants pour les médecins - psychiatres ou généralistes- confrontés aux limites de leur art de soigner. Les soignants sont aussi largement impactés, la moitié d'entre eux verbalisant des niveaux de stress comparables à ceux de personnes endeuillées par la mort d'un parent ¹⁸⁰.

CHAPITRE 7 : HYPOTHÈSES SUR L'ÉMERGENCE SUICIDAIRE LORS D'UN PEP

1. IPT (Interpersonal-Psychological Theory)

L'Interpersonal-Psychological Theory, développée par Joiner ¹⁸¹, postule que le risque suicidaire est augmenté lorsque trois facteurs sont rassemblés : 1) un sentiment de non

appartenance, 1) se percevoir soi comme un fardeau, et 3) la capacité acquise de passer à l'acte.

Sentiments de non appartenance et de fardeau nourrissent le désir de mourir, et ce désir peut se transformer en acte quand l'individu acquière, par l'exposition répétée à des événements douloureux et stressants, la capacité d'agir ¹⁸¹.

On peut conceptuellement retrouver ces trois facteurs chez les sujets expérimentant un PEP : l'isolement social, la stigmatisation, les croyances négatives associées au trouble psychotique, le sentiment d'être pris au piège ¹⁸², peuvent mener directement à ces sentiments de non appartenance et de fardeau trop lourd à porter (pour soi ou pour les autres), puis au désir de mourir. Par ailleurs, si les expériences psychotiques ne sont pas toutes forcément stressantes, la recherche a mis en évidence que devoir analyser et répondre à ces sensations, vécus anormaux, était en revanche pourvoyeur de stress et de traumatismes ¹⁸³, et participerait alors à acquérir la capacité de se suicider.

Heelis et al. ¹⁸⁴ ont testé le modèle d'IPT dans le contexte d'un PEP. Ils retrouvent une résonance des concepts de l'IPT avec l'expérience psychotique en soi, mais sans pour autant de lien avec la suicidalité. En effet, tous les participants présentaient les trois critères du modèle de l'IPT, mais sans différence significative entre les sujets ayant déjà tenté de se suicider, ceux en ayant 'juste' eu l'idée, et ceux n'ayant jamais eu d'idées suicidaires. Ainsi l'étude suggère qu'une jeune personne traversant un PEP a à la fois le désir suicidaire et la capacité de passer à l'acte, peu importe qu'il ait été ou non suicidaire (pensée ou acte) dans le passé. Ces trois critères ne permettraient donc pas nécessairement de distinguer des grades de risque suicidaire dans une population de patients PEP, du moins de façon transversale. Toutefois, l'étude de Heelis permet de concevoir le risque suicidaire inhérent à l'expérience du PEP, puisque tout sujet, suicidant ou non, remplirait a priori les conditions favorisant un passage à l'acte ¹⁸¹.

2. Lecture psychanalytique

2.1. Notre propre rapport à la mort

Freud s'est longtemps penché sur le sentiment ambivalent de l'Homme envers la mort. Si l'inconscient semble pouvoir désirer la mort de l'autre, ou « de ce qui le dérange », il ne paraît pas en mesure de pouvoir accepter sa propre mort, ni même pouvoir se la représenter. Freud décrit ainsi chacun de nous comme « persuadé de son immortalité » ¹⁸⁵.

En 1920, il élabore dans la suite de ces préceptes une théorie sur la dualité des instincts inconscients envers la vie et la mort. Ces deux pulsions contraires, instinct de vie et instinct de mort, paraissent l'une comme l'autre inhérentes à la vie psychique. La mort serait même, pour Freud, la condition de la vie : « *Supporter la vie reste bien le premier devoir de tous les vivants... Si vis vitam, para mortem. Si tu veux supporter la vie, organise-toi pour la mort* ». Cette dernière résulterait d'un compromis entre ces deux pulsions ¹⁸⁵.

Ainsi les individus qui présentent des conduites suicidaires (et plus encore si ces conduites sont répétées dans le temps), démontreraient combien la pulsion de mort semble pouvoir prédominer, dans certains cas, l'activité psychique.

2.2. La mort dans la psychose

L'une des principales sources d'angoisse semble être l'appréhension de la finitude de la vie : les pertes passées dont les patients n'ont pu faire le deuil, ou leurs difficultés à s'intégrer au sein de la société, sont autant d'éléments pouvant augmenter l'appréhension de leur propre perte.

Pour Klein, le déni, qui s'oppose au refoulement névrotique, est absolu au cours des accès psychotiques aigus, où il devient un déni d'existence. Le délire devient alors une question de vie ou de mort, « de vie et de mort », et peut être apparenté à une « insidieuse et tenace tentative de suicide psychique » ¹⁸⁶.

Le corps psychotique peut être morcelé, scindé, sans représentation possible de sa globalité et de son unicité, ressenti majoré par les expériences hallucinatoires. Le suicide peut être envisagé comme une tentative, pour ces patients, de symbolisation, de reconstruction de leur corps ¹⁸⁶.

2.3. Fonction du délire vis-à-vis de la pensée suicidaire : Préservation et suicide délirant

Morasz différencie les actes suicidaires inhérents à un processus d'auto-dévalorisation non délirant survenant au cours d'une rémission, même partielle et transitoire, de la symptomatologie positive ou négative de la maladie, et, d'autre part, ceux survenant au décours d'une exacerbation délirante ¹⁸⁷. La structuration de la personnalité psychotique semble s'établir, pour Morasz, autour du paradoxe fusion-rejet de l'objet. La place de l'objet dans la violence psychotique est précise, et désignée par le processus de projection, qui permet d'extérioriser l'agressivité interne non contrôlable du sujet sur cet objet ; cette forme d'énergie libidinale agressive étant plus tolérable pour le sujet psychotique qu'une violence

fondamentale ou "pure". La construction délirante, même agressive, le protège alors de la réalité. Selon Morasz, la violence survient lorsque la projection ne peut plus assumer cette fonction protectrice. Peuvent alors survenir deux types de passages à l'acte : ceux inhérents à la psychose, moteurs du processus psychotique et indépendants de l'interaction avec l'environnement, et ceux dits défensifs, car survenant en conséquence de cette interaction ¹⁸⁷.

Dans le cas des suicides survenant pendant une phase délirante aiguë, l'intentionnalité agressive semble alors dirigée envers un objet placé au centre du délire, et a pour motivation première l'atténuation de la tension psychique intolérable, par la destruction de cet objet et de sa représentation psychotique ¹⁸⁷. Lorsque la projection (l'externalisation de cette agressivité) n'est pas possible pour le patient, la suppression pure et simple de l'agressé (soit du patient lui-même) apparaît alors, dans la symbolique délirante, comme la seule alternative à cette souffrance. Dans ce cas, l'acte suicidaire s'inscrit comme une défense.

3. Hypothèses neurobiologiques

Les conduites suicidaires sont de déterminisme complexe et multifactoriel.

Dans la dépression, le modèle de « vulnérabilité-stress », initialement suggéré par les faits cliniques, a été étayé au niveau biologique ¹⁸⁸.

L'hypothèse est celle d'une vulnérabilité génétique pour les comportements suicidaires, spécifique et indépendante de la vulnérabilité génétique aux affections psychiatriques associées à ces conduites ¹⁸⁹. Plusieurs méta-analyses suggèrent en effet avec force que l'un des gènes codant pour l'enzyme de synthèse de la sérotonine, la tryptophane hydroxylase (*TPHI*), et que le gène du transporteur de la sérotonine (*5-HTT*) sont impliqués dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires ¹⁹⁰, en entraînant un dysfonctionnement du système sérotoninergique central, notamment au niveau du cortex orbitofrontal. Un dysfonctionnement de ce dernier entraînerait dysrégulation émotionnelle, impulsivité, et désinhibition comportementale (vulnérabilité liée à des traits de personnalité), ainsi que des anomalies de prise de décision (vulnérabilité liée à des traits cognitifs) ¹⁹¹.

Ces facteurs de vulnérabilité génétique interagissent par la suite avec des facteurs de stress environnementaux, qui eux impliquent l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le métabolisme du cortisol.

Concernant le PEP, les recherches récentes en imagerie fonctionnelle vont dans le sens d'une implication du cortex préfrontal dans les comportements suicidaires. Nous évoquerons ces pistes en dernière partie.

TROISIÈME PARTIE : ÉVALUATION ET PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

CHAPITRE 1 : ÉVALUATION DU PATIENT LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1. L'évaluation comme premier temps de prévention

L'évaluation permet d'engager un sujet jeune dans les soins, d'installer une alliance thérapeutique, obtenir des informations en vue d'un diagnostic, et identifier ses difficultés. Elle influence donc la planification du traitement, et constitue une base essentielle pour la poursuite même de ce traitement ¹⁹². Elle doit également permettre le dépistage des sujets à risque suicidaire, et constitue en cela la première étape de prévention de ce risque.

Les procédures d'évaluation pour les sujets expérimentant un PEP doivent intégrer des stratégies pour promouvoir l'engagement, ce d'autant que le premier contact avec les services de santé mentale a souvent lieu dans un contexte de crise ou de détresse pour les jeunes sujets et/ou leurs familles. Certains facteurs peuvent favoriser un bon premier contact, comme : une équipe expérimentée et bien formée, un entretien individuel adapté (calme, bienveillant, sécurisant, d'une durée suffisante), la cohérence des soins de l'évaluation au traitement, une technique d'entretien appropriée ¹⁹².

Cette évaluation doit couvrir plusieurs domaines. Les recommandations comme celles du NICE ¹⁹³ invitent à conduire un bilan complet multidisciplinaire pour toute personne présentant un PEP, à visée étiologique et pré-thérapeutique. Ce bilan doit comprendre :

- Une évaluation psychiatrique : chronologie des troubles et description précise des symptômes et éventuelles comorbidités, consommations de toxiques et des traitements.
- Une évaluation du développement : social, cognitif, psychomoteur
- Une évaluation somatique à la recherche de pathologies pourvoyeuses de tableaux d'allure psychotique, à compléter par un bilan biologique et une imagerie cérébrale, à étendre en fonction du tableau (génétique, inflammatoire, métabolique).
- Une évaluation neuropsychologique, psycho-sociale et de la trajectoire académique et professionnelle du patient

- À ceci s'ajoute le bilan pré-thérapeutique par antipsychotiques, comme recommandé par l'HAS ¹⁹⁴.
- Enfin, l'évaluation des risques est un autre volet essentiel, que nous allons spécifiquement développer, en se mettant dans la situation d'une évaluation initiale ⁸.

2. Évaluation initiale du risque suicidaire

L'évaluation du risque suicidaire fait nécessairement partie de l'évaluation globale d'un patient pris en charge pour un PEP, tant la prévalence des antécédents de conduites suicidaires est élevée dans cette population ^{25,27,33,46}, et le risque de passage à l'acte, a fortiori dans le cadre de récurrences ^{27,45,51,100,102}, important, notamment dans la première année des soins ^{30,39,40,42}.

De plus, dans certains cas, le patient sera vu au décours même d'un passage à l'acte suicidaire, ou dans une période de crise suicidaire ¹⁹⁵.

La recherche d'un risque suicidaire doit être systématique lors de l'évaluation initiale de la personne, mais le risque suicidaire devra également être réévalué régulièrement tout au long de la prise en charge.

2.1. Introduction à l'évaluation du risque suicidaire

La question de l'évaluation du risque suicidaire est une problématique complexe, pouvant aller d'une démarche essentiellement clinique à une recherche exclusive de facteurs de risque, en passant par l'utilisation d'outils d'évaluation.

Nous allons proposer une évaluation clinique incluant à la fois les recommandations de l'ANAES ¹⁶ sur la crise suicidaire et les facteurs de risque et spécificités mis en évidence dans la revue de la littérature de la deuxième partie.

Par souci de clarté, nous n'évoquerons pas l'utilisation d'outils de repérage (nous évoquerons la question plus tard, dans le suivi du risque suicidaire).

2.2. Identifier une crise suicidaire

Rappelons qu'une crise suicidaire se définit comme une « crise psychique dont le risque majeur est le suicide » ¹⁶, et durant laquelle la personne élabore des idées suicidaires, de plus en plus envahissantes, avec de moins en moins de recours possibles, jusqu'à la cristallisation du plan suicidaire et le passage à l'acte suicidaire.

Il faut savoir rechercher et identifier une crise suicidaire, et évaluer son degré d'urgence et de dangerosité ¹⁹⁵.

2.2.a. Urgence suicidaire

L'urgence suicidaire est basée sur l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire et de la progression de la crise suicidaire (idées, intention, plan suicidaire, mise en œuvre) par des questions précises au patient et à son entourage ¹⁹⁶.

Quand la crise suicidaire motive la consultation, elle est à aborder de façon concrète. Si un geste suicidaire a été commis, il faut en renseigner la gravité, c'est-à-dire rechercher précisément ce qui s'est passé : méthode et dangerosité, sévérité du geste (avec, par exemple, le nombre de comprimés, les conséquences), mode de découverte ou d'arrêt de la tentative de suicide, précautions éventuelles pour ne pas être découvert vivant, intention suicidaire et désespoir rattachés au geste, et, enfin, l'opinion du patient sur le fait d'être encore vivant.

Mais il convient également d'explorer la crise suicidaire dans les six à huit semaines avant l'entretien, afin d'en connaître son extension ; en recensant tous les projets suicidaires échafaudés par le patient, le temps passé à y penser et jusqu'où il les a conduits concrètement, avant la présente consultation. Dans le cas d'un PEP, des études ont montré qu'un antécédent de geste suicidaire dans les 3 derniers mois était particulièrement à risque de récurrence ¹⁰². Par ailleurs, il faudra également rechercher des antécédents de gestes auto agressifs délibérés, autre facteur de risque majeur de geste suicidaire ultérieur ^{50,104,105}.

Pour les crises suicidaires passées, il faut chiffrer le nombre de gestes passés, en questionnant sur la TS la plus grave et sur la plus récente. Une expérience suicidaire intense peut entraîner une sensibilisation aux idées suicidaires, qui sont plus facilement réactivées par la suite. Le clinicien déterminera enfin où en est le patient à présent et dans un futur proche vis-à-vis des idéations suicidaires. En pratique courante, l'urgence est cotée comme élevée si le geste est programmé dans les 48 heures. Néanmoins, l'absence de planification ne protège pas d'un suicide, notamment si le moyen suicidaire choisi est disponible ¹⁹⁷, et encore plus particulièrement chez les sujets souffrant d'un PEP, chez qui les passages à l'acte sont majoritairement impulsifs ^{102,172}.

Les éléments d'impulsivité devront donc être recherchés (tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passages à l'acte, de fugue ou d'actes violents) ¹⁶.

2.2.b. Dangerosité suicidaire

La dangerosité suicidaire résulte du potentiel de létalité du moyen suicidaire choisi et de son accessibilité.

Chez les sujets PEP traités en ambulatoire, il faudra donc en priorité rechercher des stocks médicamenteux (psychotropes surtout), ou évaluer la quantité disponible. En hospitalisation, identifier et retirer les moyens potentiels de strangulation et de pendaison ¹⁰².

2.2.c. Faire participer l'entourage

Par ailleurs, l'évaluation d'un patient suicidaire doit comporter, autant que faire ce peut, un entretien avec l'entourage (il ne faut pas hésiter à mobiliser un entourage même éloigné) : l'avis, voire l'inquiétude, des proches éclairent sur l'intensité de la crise suicidaire, la compréhension de son contexte et notamment des dynamiques interpersonnelles qui entourent le geste ; ils renseignent aussi sur le soutien social disponible dans l'intervention de crise. À défaut d'une rencontre avec l'entourage du patient, il faut tenter de se représenter ces derniers dans le discours du patient ¹⁹⁵.

2.3. Rechercher les principaux facteurs de risque de conduites suicidaires

2.3.a. Généraux

Il convient de rechercher une histoire familiale de suicide, facteur de risque de conduites suicidaires, en population générale comme pour les patients souffrant d'un PEP ^{20,46}, ainsi que des antécédents familiaux au premier degré de troubles psychiatriques ¹⁰⁵.

2.3.b. Cliniques

L'évaluation du risque suicidaire repose également sur l'appréciation de la symptomatologie psychotique (présence, sévérité, et durée des symptômes) et des difficultés du patient. Il convient notamment d'identifier les mécanismes et thématiques des idées délirantes (délire de persécution, pouvant augmenter le risque suicidaire ¹¹¹, ou à l'inverse mégalomane souvent décrites davantage protecteur), de rechercher des phénomènes hallucinatoires, et particulièrement des hallucinations acoustico-verbales, avec injonction auto agressive ^{40,50}. La symptomatologie négative doit également être évaluée ^{44,92}.

L'insight doit également être apprécié ^{51,125}. Notons que l'insight est plus facilement évaluable en l'absence d'antipsychotiques ¹⁹², aussi quand c'est possible une évaluation de 48h sans traitement antipsychotique est recommandée ¹⁹⁸.

Il convient d'évaluer enfin le fonctionnement cognitif de la personne, les déficits cognitifs étant parfois présents dès le PEP. De plus, ces derniers prédisent pour une part l'évolution fonctionnelle du patient, et peuvent être liés à d'autres variables cliniques, comme l'insight justement, l'adhésion au traitement, la consommation de toxiques, et la participation aux thérapies proposées ¹⁹⁹...

2.3.c. Comorbidités

La recherche de comorbidités fait partie de l'évaluation du risque suicidaire lors d'un PEP.

Aussi il convient de rechercher spécifiquement des symptômes dépressifs ^{28,43,44,100} - parfois difficiles à distinguer de la symptomatologie négative- d'évaluer le niveau de désespoir de la personne, et d'évaluer labilité émotionnelle et dysphorie ¹⁷². Les antécédents dépressifs doivent également être recherchés

Les consommations d'alcool et de toxiques, actuelles et passées, doivent être évaluées, ainsi que leur retentissement (mises en danger, impact sur les symptômes psychotiques, symptômes de manque à l'arrêt...) ^{44,51,98,125,151}. Il convient d'appréhender l'attitude du patient face à ses consommations (minimisation, banalisation, déni, ou au contraire conscience du caractère pathologique des consommations s'il en est, voire désir d'arrêter...). Il peut être nécessaire de rechercher également des abus médicamenteux.

Les événements de vie douloureux et traumatiques doivent être recherchés, ainsi qu'un PTSD comorbide ¹⁹³. Néanmoins, il semblerait que la dimension traumatique vécue lors d'un PEP ne soit pas forcément capturée dans le syndrome clinique de PTSD tel que décrit dans les classifications internationales ¹⁵⁷.

Il est important de considérer le PEP comme un événement traumatique en soi, et de savoir en parler et interroger le patient sur son vécu de la maladie et des soins ^{87,156,157}.

Les traits ou troubles de la personnalité doivent être recherchés, notamment schizoïdes ¹⁰⁹ et limites ¹⁷⁰, et le degré d'impulsivité de la personne doit être évalué ^{105,114}.

3. Évaluer l'environnement du patient

L'évaluation du patient expérimentant un PEP doit comporter une évaluation de son environnement familial, amical et socio-professionnel, et la recherche de soutiens affectifs, facteur protecteur de conduites suicidaires^{40,176}.

Cette évaluation permet également d'aborder de potentiels événements déclencheurs de comportements suicidaires ; comme une rupture sentimentale, un conflit interpersonnel, une perte d'emploi...

Par ailleurs, il est important d'identifier si possible les croyances du patient et de ses proches envers la maladie psychotique, de déceler des conduites rejetantes, stigmatisantes, et d'apprécier le positionnement du patient vis-à-vis de son entourage social et familial (faible estime de soi, sentiment de non appartenance, d'être un fardeau...) ^{125,182,184}.

4. Initier la prise en charge

À ce stade, l'évaluation du patient a permis d'avancer sur le diagnostic et au mieux de valider celui de PEP, d'estimer le niveau de risque, notamment suicidaire, d'appréhender les difficultés du patient, rechercher une demande éventuelle, et initier une alliance. Un des buts principaux sera alors de débiter un traitement antipsychotique le plus rapidement possible²⁰⁰.

À ce titre enfin, le bilan somatique devra être de préférence réalisé lors de l'évaluation initiale, bien que seulement 3% des PEP aient une origine organique²⁰¹. Ce bilan permettra en effet : de détecter des comorbidités somatiques, d'identifier des facteurs de risque de troubles somatiques, identifier des facteurs de risque de rémission incomplète ou de résistance au traitement, et établir un point de repère à partir duquel évaluer les possibles complications ou effets secondaires pharmacologiques⁸.

CHAPITRE 2 : PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DU PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE ET RISQUE SUICIDAIRE : UN ENJEU DE PRÉVENTION PRIMAIRE

1. Prendre en charge précocement le premier épisode psychotique

Le premier enjeu de la prise en charge du PEP est de débiter les soins le plus précocement possible. En effet, la pierre angulaire de la prise en charge d'un PEP²⁰⁰ est l'introduction d'un antipsychotique approprié. Et cette introduction est d'autant plus efficace

qu'introduite précocement. De plus, elle est un des facteurs majeurs de diminution du risque suicidaire⁹⁷.

L'objectif premier dans la prise en charge d'un sujet jeune entrant dans un processus psychotique est donc de réduire ce que l'on appelle la « durée de psychose non traitée » (DPNT). L'importance de la DPNT dans le PEP a été largement établie, notamment dans trois revues systématiques de la littérature^{68,202,203}. Ces revues indiquent qu'une plus longue DPNT est à la fois un marqueur et un facteur de risque indépendant d'évolution clinique défavorable. L'étude norvégienne TIPS (Scandinavian Early Treatment and Identification of Psychosis)²⁰⁴ a montré que réduire la DPNT permet des bénéfices tant à court terme que prolongés, sur la sévérité de la maladie et le fonctionnement social²⁰⁵. Par ailleurs, une longue DPNT est un des facteurs de risque les plus communément rapportés de conduites suicidaires^{27,39,44,46,90,107}, et de suicides complets^{38,40}.

La littérature sur la DPNT va donc clairement dans le sens d'une détection et d'une prise en charge précoce du PEP. Or, malgré la sévérité de certains tableaux cliniques, la durée moyenne écoulée entre début des symptômes et traitement est de 1-2 ans, la durée médiane de 4-6 mois, incluant des retards diagnostiques de 15 ans voire plus²⁰⁶.

Les programmes de détection et d'intervention précoce permettent justement de réduire la DPNT⁶⁹. Dans l'étude scandinave TIPS, éducation des communautés et mise en place d'équipes mobiles de détection ressortent comme les facteurs clés pour diminuer la DPNT (avec une médiane de seulement quelques semaines quand les deux facteurs sont réunis)²⁰⁴.

2. Efficacité des programmes de détection et d'intervention précoce dans la prévention du risque suicidaire lors du premier épisode psychotique

2.1. Définition et description des programmes de détection et d'intervention précoce

Au cours de ces vingt dernières années, de nombreux programmes de détection et d'intervention précoce dans la psychose ont vu le jour dans le monde (Canada, États-Unis) et en Europe (Royaume-Uni, Suisse, Danemark). En France, des centres commencent également à se développer (C'JAAD à Paris, CIPP à Dijon, Caen...).

L'objectif de ces programmes est de détecter précocement les symptômes d'un premier épisode psychotique et proposer rapidement un traitement antipsychotique adapté et une prise en charge globale dynamique et personnalisée.

Pour ce faire, ces programmes travaillent selon des dispositifs de soins spécifiques :

- Les soins doivent être principalement ambulatoires, l'objectif étant de prendre en charge le patient dans son milieu, en impliquant ses proches, de façon à maintenir au mieux sa trajectoire de vie.
- Les équipes sont spécialisées et pluridisciplinaires, regroupant psychiatres, infirmiers spécialisés, psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes²⁰⁷.
- Un référent « *case manager* » coordonne la prise en charge. Afin d'être plus disponible pour les patients, chaque case manager prend un nombre limité de jeunes patients (toutefois le case management reste à ce jour très peu développé en France).
- Quand l'hospitalisation est indiquée, elle doit avoir lieu de préférence dans des unités spécialisées pour cette phase des troubles et cette tranche d'âge, et les séjours être de courte durée, en lien avec l'équipe de soins ambulatoire. L'indication de l'hospitalisation doit être bien pesée, car source de stress et stigmatisante
- Les équipes mobiles spécialisées sont un outil intermédiaire précieux, pouvant intervenir au domicile, notamment en cas de crise

Les programmes internationaux recommandent une prise en charge globale, intégrée, allant de la gestion des émotions à l'accompagnement psychosocial. Les interventions principales proposées par ces programmes sont :

- La psychoéducation, ou l'éducation thérapeutique pour le patient (ETP), comme proposé dans le programme TIPP de P.Conus²⁰⁸ ou le programme 'TCC' de T.Lecomte, couplé à un programme de psychoéducation chez les parents²⁰⁹
- Des thérapies cognitives et comportementales
- Les interventions familiales

La durée de suivi dans ces dispositifs préconisée est de 2 à 3 ans, parfois 5 ans.

Il y a au moins deux façons de mettre en place des programmes d'intervention précoce : via des centres spécialisés, ou de façon plus partielle, avec l'intervention de spécialistes dans des structures de soins classiques préexistantes, ou au sein de réseaux de soin²¹⁰.

2.2. Bénéfices apportés par les programmes de détection et d'intervention précoce

Nous avons vu précédemment que la présence d'équipes spécialisées de détection et d'intervention précoce dans une communauté était un des facteurs majeurs de diminution de la DPNT^{69,204}, facteur pronostic majeur.

De grands essais cliniques randomisés ont montré l'efficacité de ces programmes, pour améliorer la psychopathologie, la qualité de vie, l'adhésion aux soins et l'observance thérapeutique²¹⁰⁻²¹³, ainsi qu'un meilleur vécu de la part de la famille²¹³.

Par ailleurs, ces dispositifs seraient également économiquement rentables, en comparaison avec les soins psychiatriques standards²¹⁴.

En revanche, l'impact de ces programmes en pratique clinique est moins connu, alors qu'il existe de grandes différences entre la vie réelle et les essais cliniques. C'est pourquoi une large étude rétrospective de cohorte²¹⁵, parue en 2018, s'est intéressée à l'impact des programmes d'intervention précoce sur l'état de santé global des personnes souffrant d'un PEP. L'étude compare l'évolution générale de la santé de patients ayant été pris en charge par un programme spécialisé (n= 530), à celle de patients n'en ayant pas bénéficié (n=992).

Elle retrouve, sur une période de deux ans suivant la prise en charge, une mortalité toutes causes confondues réduite de 76% chez les premiers (OR= 0,24, 95% CI= 0,11-0,53), calculant que pour éviter un décès il fallait proposer une intervention précoce à 40 patients. En revanche l'étude ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes en termes de conduites auto-agressives (OR= 0.86, 95% CI=0.18-4.24) et de suicides (OR= 0.73, 95% CI=0.29-1.80).

Par ailleurs, les patients passant par l'intervention précoce avaient six fois plus de chances de voir un psychiatre que les autres, et plus rapidement (13 jours en médiane vs 78 jours).

Le recours à l'intervention précoce était associé à davantage d'hospitalisations (OR =1.42, 95% CI=1.18-1.71), mais moins de passages aux urgences (OR= 0,71, 95% CI = 0,60-0,83).

Cependant, les données à 5 ans montrent que les bénéfices ne sont plus observés après deux ans de suivi, lorsque les soins des programmes d'interventions sont souvent réduits à la prise en charge médicale.

2.3. Efficacité des programmes de détection et d'intervention précoce dans la prévention du risque suicidaire lors du PEP

Certains résultats de la littérature suggèrent, au-delà de l'amélioration clinique et fonctionnelle globale, que les taux de suicide sont également plus bas chez les patients pris en charge dans des programmes d'intervention précoce, comparé aux cohortes de sujets traités dans les services psychiatriques « généraux »^{26,33,39,69}. L'étude d'Anderson²¹⁵ quant à elle ne retrouve pas de différence entre les deux prises en charge en termes de conduites auto agressives et de suicides, les chercheurs expliquant difficilement cette tendance (tous les décès dans le groupe d'intervention précoce étant dus à des suicides, contre 24% dans la cohorte de patients traités par des soins standards). Aussi, il semble qu'à ce jour l'impact positif de ces programmes sur la suicidalité soit surtout indirect.

Les données de l'essai OPUS ont été reprises pour évaluer l'efficacité du traitement intégré, comparé au traitement standard, sur les idées et conduites suicidaires²⁵. À un an de suivi, le traitement spécialisé (prise en charge globale, communautaire et assertive) permettait une diminution significativement supérieure des niveaux de désespoir, mais sans différence sur les comportements suicidaires (résultats identiques dans le programme EPPIC⁸⁰). Les auteurs concluent à une efficacité indirecte du programme spécialisé sur la réduction du risque suicidaire lors du PEP. Néanmoins, le traitement proposé, bien qu'intensif, ne ciblait pas spécifiquement les idées ou comportements suicidaires.

Pour Melle et al.³⁹, le taux de suicidalité sévère (scenarii ou tentatives de suicide) est significativement plus élevé chez les sujets issus de communautés sans programme d'intervention précoce (17% vs 4%, $p < 0,001$), même après ajustement avec les facteurs prédictifs de suicide les plus connus. Les auteurs retrouvent ainsi un odd ratio de 5.20 (95% CI = 1.05 – 25.74) pour les tentatives de suicide chez les patients issus de secteurs sans programmes spécialisés. Bien que ne pouvant pas faire de liens directs entre cette suicidalité diminuée et l'existence de ces programmes, les auteurs concluent que ces derniers permettent d'introduire les patients dans les soins à un stade moins sévère de leurs symptômes, ceci pouvant réduire le risque suicidaire, initialement du moins³⁹.

Cependant, il n'est pas si clair d'identifier quelles caractéristiques de ce modèle sont actives dans la réduction du risque.

De plus, une fois la prise en charge terminée, il semblerait que les bénéfices apportés par ces programmes spécialisés diminuent^{216,217}. Les données actuelles suggèrent donc d'étendre ce modèle de soins au-delà de la période usuelle de 18 mois à 2 ans, ce qui pourrait participer à réduire le risque suicidaire plus durablement.

Pour Hawton, les bénéfices additionnels sur la suicidalité lors d'un PEP permis par ces programmes restent faibles. Pour l'auteur, la stratégie clé pour diminuer le risque suicidaire est un traitement pharmacologique approprié des symptômes psychotiques et des comorbidités, et une bonne adhésion au traitement ⁹⁷.

Mais si l'efficacité des programmes de détection et d'intervention précoce dans la prévention du risque suicidaire est encore mal appréhendée, et associée à des résultats mitigés, c'est aussi que très peu d'entre eux visent spécifiquement le risque suicidaire.

Le programme EPPIC est l'un des rares à avoir intégré des interventions dédiées à la prévention du risque suicidaire lors d'un PEP, en intégrant le projet LifeSPAN. Ce dernier, fondé Australie en 1997, fait partie du large programme gouvernemental Youth Suicide Prevention Strategy. Nous détaillerons plus loin la stratégie LifeSPAN ⁸⁰.

CHAPITRE 3 : PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE : ASPECTS PRATIQUES

1. Traitement médicamenteux adapté

1.1. Traiter les symptômes psychotiques

Le traitement antipsychotique est crucial dans la réduction du risque suicidaire chez les sujets souffrant d'un PEP ⁹⁷, et fait partie de la prise en charge globale du patient ²⁰⁰.

L'objectif est triple : apaiser la symptomatologie psychotique et son retentissement, éviter la iatrogénie, et favoriser l'observance.

Les recommandations internationales les plus récentes ^{8,193,218} s'accordent sur certains principes généraux :

- Le traitement antipsychotique doit être instauré rapidement
- La dose minimale efficace doit être recherchée, en débutant à faible posologie, et en augmentant doucement si besoin ²¹⁹
- La monothérapie antipsychotique doit être privilégiée en première intention
- Les effets indésirables du traitement doivent être prévenus et recherchés (syndrome métabolique, effets neurologiques, ...) et le traitement adapté en fonction
- Le choix de la molécule doit tenir compte de l'évaluation globale initiale mais également de la tolérance et des préférences du patient ²²⁰
- Le patient doit recevoir une information sur son traitement

- Les Antipsychotiques Atypiques (APA) sont à privilégier⁸ du fait de leur efficacité et de leur meilleure tolérance (notamment neurologique). Leur efficacité sur les symptômes négatifs et cognitifs est également meilleure²²¹, mais certains ont un moins bon profil de tolérance métabolique, et sont davantage pourvoyeurs d'akathisie
- Les neuroleptiques classiques ou la Clozapine ne sont pas recommandés en première intention⁸
- La plupart des recommandations internationales s'accordent sur une durée de traitement minimale de 1 à 2 ans après le PEP²²².

Dans le cas de la prévention du risque suicidaire, plusieurs résultats peuvent compléter ces recommandations :

- L'akathisie doit être particulièrement prise en considération et prévenue²⁰
- L'utilisation de la Clozapine pourrait être discutée chez les jeunes patients PEP présentant des conduites suicidaires sévères persistantes¹¹⁴
- La prescription d'Antipsychotiques Atypiques sous forme retard (APAP) est à envisager car permettrait d'éviter les intoxications médicamenteuses volontaires et consommations anarchiques de traitement. De plus elle permet d'améliorer l'observance, principale raison des rechutes⁷⁸ surtout chez le jeune patient, pour qui prendre un traitement quotidiennement sur le long terme peut s'avérer particulièrement difficile. Les premiers résultats dans les PEP sont positifs⁷⁸, et certaines recommandations, comme les recommandations australiennes du Centre Orygen⁸, proposent l'utilisation d'APAP, en fonction des préférences du patient et pour favoriser l'observance et l'engagement dans le traitement.

1.2. Traiter la dépression

Le traitement pharmacologique adéquat de la dépression pourrait aussi réduire le risque suicidaire, étant donné la relation entre troubles dépressifs et risques suicidaires chez les sujets PEP^{46,216}.

2. Éviter les passages à l'acte

2.1. Poser l'indication d'hospitalisation

Le choix de la stratégie thérapeutique est particulièrement important dans le cas de la psychose débutante, étant donné l'impact négatif que peuvent avoir les traitements restrictifs sur l'engagement dans les soins, et donc le pronostic futur. De plus, traitements et hospitalisations sous contrainte sont de puissants facteurs de stress, pouvant catalyser l'émergence de symptômes post-traumatiques ¹⁵⁹.

Pour ces raisons, le traitement d'un PEP doit être le moins contraignant possible. Aussi, en cas de soutien familial et social de qualité, les soins ambulatoires doivent être privilégiés ²¹⁸, notamment en cas de DPNT courte ²²³. Pour éviter l'hospitalisation, des équipes spécialisées doivent être privilégiées aux équipes de crise classiques ²²⁴.

Toutefois, ce choix ne peut se faire –en plus de l'appréciation du soutien familial et social- qu'après évaluation de la sévérité du tableau clinique, et bien entendu du niveau de risque : de conduite suicidaire, de fugue, de comportement hétéroagressif.

Selon l'American Psychiatric Association (APA), les critères d'hospitalisation lors d'une crise suicidaire sont ²²⁵ :

- Un trouble psychotique, surtout en début de maladie, ce qui peut être étendu à tout tableau de décompensation psychiatrique
 - Un geste violent, avec une forte létalité et qui est prémédité
 - Des précautions pour ne pas être découvert et la persistance d'un plan suicidaire, le regret d'avoir survécu
 - Une impulsivité marquée, des troubles du jugement et un refus actif des soins
 - Des facteurs de risque comme l'absence de soutien social

Aussi, dès lors qu'un risque suicidaire est présent, l'hospitalisation sera décidée. L'admission dans une unité d'hospitalisation pourra en effet assurer la sécurité des patients, et aider à résoudre la crise en les soustrayant temporairement à leurs facteurs de stress quotidiens, ou en ajustant le traitement si la tentative a été provoquée par les symptômes psychiatriques ¹⁰².

2.2. Limiter l'accès aux moyens létaux

2.2.a. Sécuriser les unités d'hospitalisation

Les tentatives de suicide des patients PEP hospitalisés se faisant en majorité par pendaison ou strangulation, il convient de retirer les articles vestimentaires avec lacets, cordons ou ceintures chez les patients identifiés comme à risque suicidaire. De plus, il est nécessaire de réaliser une surveillance régulière des unités d'hospitalisation, afin de rechercher des points de ligatures potentiels, et limiter l'accès aux moyens ¹⁰².

2.2.b. En ambulatoire, limiter la délivrance de médicaments

La majorité des tentatives de suicide (TS) chez les patients PEP se font en ambulatoire, par ingestion médicamenteuse volontaire (IMV), souvent de façon impulsive. Aussi une des premières mesures de prévention des passages à l'acte suicidaires est de restreindre la quantité de médicaments prescrits, et/ou dispensés par les pharmaciens lors de l'achat ¹⁰². Une diminution de la fréquence des TS et suicides par IMV a d'ailleurs été rapportée dans les pays ayant introduit des restrictions sur la disponibilité des médicaments en vente libre.

De plus, il faut savoir rechercher mésusages ou consommations médicamenteuses anarchiques, et savoir interroger sur d'éventuels stocks médicamenteux. L'utilisation d'antipsychotiques à libération prolongée peut apporter une solution à ces problématiques.

Enfin, il est nécessaire et recommandé de fournir une information claire et adaptée au patient sur ses traitements.

2.3. Favoriser la demande d'aide en cas d'idées suicidaires

La plupart des sujets PEP commettant un geste suicidaire pendant leur prise en charge sont en contact régulier avec leurs psychiatres ^{102,104}. Cependant, dans les 3 mois précédents un acte suicidaire, seule une moitié d'entre eux exprimeront des idées suicidaires à une tierce personne, incluant les professionnels de santé ¹⁰². Ainsi, des stratégies de reconnaissance et de gestion du risque, particulièrement pour les périodes entre deux entretiens ambulatoires, doivent être développées.

2.3.a. Carte de crise individualisée

La majorité des comportements suicidaires chez les sujets PEP surviennent en réponse à un événement stressant, ou au décours d'une crise. La détresse psychique diminuant la capacité de jugement objectif et de prise de décision rationnelle, les individus peuvent avoir du mal à concevoir les issues possibles, ce qui expliquerait le faible taux de demande d'aide¹⁰².

La création, pour tout individu PEP, d'une « carte de crise » individualisée, contenant les contacts détaillés des différents services disponibles, les coordonnées de professionnels etc, pourrait faciliter la demande d'aide dans les situations de détresse, et l'élaboration de conduites à tenir¹⁰⁴.

Les coordonnées de certains proches de la personne, amis, famille, pourraient également figurer sur ces cartes de crise.

Par ailleurs, le premier mois de traitement étant une période particulièrement à risque suicidaire, il est recommandé de mettre en place ces cartes de crise le plus tôt possible, en particulier pour les patients traités en ambulatoire. Pour ce faire, la création de ces cartes pourrait être intégrée à l'évaluation clinique initiale, dès l'entrée dans les soins, et que le patient soit ou non à risque suicidaire.

2.3.b. Travail avec les familles sur la reconnaissance du risque suicidaire et la conduite à tenir

Lors d'un PEP, les patients demandant de l'aide avant un geste suicidaire le font la plupart du temps auprès de leur famille, partenaires ou amis¹⁰², et les deux tiers des TS surviennent au domicile¹⁰². Leur soutien peut donc jouer un rôle essentiel dans la prévention et la prise en charge des conduites suicidaires chez nos patients.

Les services prenant en charge les jeunes pour un PEP doivent apporter aux aidants des informations concernant les principaux indicateurs de risque suicidaire, et les réponses appropriées en cas de crise suicidaire (notamment les coordonnées de personnes à contacter).

Ces informations doivent être fournies le plus tôt possible, le premier mois de traitement étant particulièrement à risque^{25,41,50,101}.

La psychoéducation est particulièrement importante pour les familles et proches de sujets ayant déjà commis un acte suicidaire, ces sujets étant hautement à risque de récurrences^{25,32,33,49,98,152}.

La valeur préventive de la psychoéducation des familles sur le risque de suicide et la gestion de ce risque n'a pas encore été étudiée. Toutefois, il semble que même une simple lecture d'une liste de signes de suicide peut en améliorer la reconnaissance²²⁶.

3. Prendre en charge les principaux facteurs de risque modifiables

3.1. Traiter les symptômes dépressifs (vu plus haut)

3.2. Prendre en charge la comorbidité addictive

Les interventions pour prendre en charge les problèmes d'addictions lors d'un PEP doivent tenir compte des caractéristiques de cette population : leur jeune âge, les circonstances les menant aux soins, l'usage répandu de substances chez leurs pairs, et les difficultés cognitives découlant de la consommation de substances²²⁷. Ici encore, un traitement intégratif a le plus de chances d'être efficace, et peut être conduit dans le service qui accueille le patient, ou en collaboration avec un service d'addictologie⁸. Les services doivent former leurs cliniciens à un minimum de connaissances sur l'évaluation et la prise en charge intégrative des comorbidités toxiques chez les patients présentant un PEP.

Par ailleurs, quand nécessaire, ils doivent pouvoir adresser les jeunes patients à des consultations spécialisées, avoir accès à une supervision, ou mettre en place une prise en charge commune avec des services d'addictologie⁸.

Les techniques cognitivo-comportementales, notamment les thérapies motivationnelles et la psychoéducation, facilitent l'arrêt de la consommation et renforcent l'alliance thérapeutique²²⁸.

En France, les consultations jeunes consommateurs sont présentes dans la quasi-totalité des départements français, et proposent un accueil gratuit et confidentiel. Elles se déroulent au sein des Centres spécialisés d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes). Parmi les usagers, 4,8 % présentent un trouble psychotique²²⁹.

3.3. Prendre en charge un PTSD et un vécu traumatique

L'impact d'un PTSD comorbide sur la présentation clinique du patient présentant un PEP est prédictible, avec une relation étroite entre la présence d'un PTSD et la sévérité de la

dépression et de l'anxiété ²³⁰, et une augmentation du risque suicidaire ⁸⁷. Sa prise en charge est nécessaire.

Par ailleurs, il est important de prendre en considération les réactions parfois post-traumatiques des patients, aux symptômes comme aux soins, notamment pour améliorer leur confiance et engagement dans les soins ^{87,157}. Valider les réactions émotionnelles intenses et négatives que les sujets éprouvent pendant un PEP et son traitement est utile en ce sens ¹⁵⁶. Certaines TCC pourraient également être efficaces ²³¹.

3.4. Accompagner l'évolution de l'insight

Le développement rapide de l'insight est un des éléments les plus pourvoyeurs de désespoir et de dépression dans la phase post-psychotique immédiate du PEP ^{127 132 44}. L'évolution de l'insight doit donc se faire progressivement, et surtout être accompagnée de façon vigilante.

Pour cela, il faut notamment être attentif aux possibles effets collatéraux d'interventions psychosociales ⁸ : les informations de psychoéducation données aux patients pour améliorer leur connaissance du trouble psychotique peuvent par exemple être interprétées négativement par ces derniers. Il est important que la perception qu'ont les individus des informations délivrées soit discutée, reprise, et d'essayer de donner des espoirs réalistes d'une évolution positive.

De même, les thérapeutes doivent être conscients qu'une augmentation des capacités cognitives et d'insight, à travers des thérapies de type cognitivo-comportemental notamment, peut temporairement augmenter les idées suicidaires ¹¹⁴.

Enfin, l'amélioration de l'insight -souvent contemporaine de la rémission- peut coïncider avec la sortie d'hospitalisation, parfois vécue par les patients comme un arrêt des soins 'majeurs', et une perte de contacts sociaux. D'où l'importance d'assurer la continuité des soins pendant cette période ¹¹⁴.

4. Surveillance du risque suicidaire

4.1. Réévaluation régulière

À la lumière des données épidémiologiques sur le risque suicidaire lors d'un PEP, des multiples facteurs de risque, du caractère souvent impulsif des passages à l'acte, et de la

psychopathologie dense et mouvante qu'expérimentent nos patients, évaluer régulièrement et attentivement le risque suicidaire est une priorité.

Il n'existe pas de recommandations sur les modalités de surveillance de ce risque suicidaire. Toutefois, à la lumière des données précédemment rassemblées, nous pouvons proposer certains critères essentiels, qui devront être régulièrement recherchés :

- Pensées, conduites suicidaires, gestes auto-agressifs, actuels et passés, tout particulièrement durant les trois mois précédents
- Dépister une symptomatologie dépressive
- Évaluer la consommation de toxiques
- Évaluer l'efficacité des traitements sur les symptômes psychotiques, la présence d'effets secondaires, la bonne compréhension et prise des médicaments
- Évaluer l'insight, être vigilant à une amélioration rapide de celui-ci, et rechercher les croyances négatives du patient sur son trouble
- Apprécier avec le patient le vécu subjectif de sa maladie, et son impact (ruptures relationnelles, repli, pertes)
- Évaluer la qualité de son entourage familial et social

Cette évaluation complète doit inclure autant que possible les aidants du patient, tant leur implication dans les soins de la personne sont un facteur de bon pronostic, et permettra d'apporter plus d'éléments.

Si une crise suicidaire est identifiée, se reporter à l'évaluation de la crise suicidaire.

4.2. Durée de surveillance du risque suicidaire

La première année d'entrée dans les soins est particulièrement à risque de conduite suicidaire lors d'un PEP, mais ce risque est retrouvé comme toujours important dans les études de suivi à plus long terme, jusqu'à 5 voire 7 ans après le début des soins^{30,49}. Aussi il ne serait pas raisonnable de délimiter une durée pour l'évaluation du risque suicidaire lors d'un PEP. C'est davantage l'évolution clinique du patient qui guidera l'appréciation du praticien sur cette question de la durée ; la première année de soins ressortant quoiqu'il en soit comme une année de surveillance rapprochée^{30,39,40}.

Les sujets ayant commis une tentative de suicide devront être considérés comme à très haut risque, et surveillés de façon étroite pendant au moins les 3 mois suivant la tentative¹⁰².

Dans ces situations à risque de récurrence, certains signes cliniques peuvent être annonciateurs d'un nouveau passage à l'acte, tels que l'insatisfaction croissante dans le

traitement, des préoccupations somatiques croissantes... Comme une dernière tentative d'établir une relation émotionnellement significative avec celui pouvant lui offrir de l'aide ¹⁰⁷. Il est important d'être alerté devant ces manifestations pouvant parfois sembler anodines.

L'amélioration clinique du patient ne doit pas s'accompagner d'une baisse de la vigilance du praticien ¹⁷¹. Une évaluation approfondie du risque suicidaire reste nécessaire, car bien que le fonctionnement semble s'améliorer, les symptômes centraux du trouble psychotique, tels que les troubles du cours de la pensée, les idées délirantes, peuvent parfois rester inaltérés, tout comme le désir sous-jacent de suicide ²³².

4.3. Place des échelles standardisées dans l'évaluation et la surveillance du risque suicidaire lors d'un PEP

Dans la pratique courante, de nombreux outils d'évaluation ont été décrits. On peut distinguer ces moyens selon leur approche (dimensionnelle ou non dimensionnelle), et les modalités d'évaluation (auto-questionnaires ou hétéro-questionnaires) ²³³.

Mais la validation d'une échelle concernant le suicide reste toujours difficile en raison du biais que représente la priorité donnée à la protection de la personne évaluée. En population générale, de rares échelles ont fait l'objet d'études (on peut citer les autoquestionnaires de l'échelle de désespoir de Beck et l'échelle d'autoévaluation du risque suicidaire de Ducher) ²³³. L'ANAES propose au praticien, en cas de crise suicidaire, l'utilisation de questionnaires simples tels que Prime-MD et T4 ou MINI- GDS, validés comme suffisamment sensibles quoique peu spécifiques ¹⁶.

Dans le cas d'un PEP, il n'y a pas à ce jour de consensus sur la façon de screener et monitorer les signes et symptômes participant au risque suicidaire, et l'utilisation d'échelles pour évaluer la dépressivité et la suicidalité chez les patients expérimentant un PEP a ses limites ¹⁰⁷. En effet, les échelles psychiatriques couramment utilisées dans la pratique quotidienne (BPRS, HAD, MINI, PANSS, MADRS, HAMD) ne semblent pas suffisantes pour diagnostiquer tant les symptômes dépressifs que les idées suicidaires chez les patients psychotiques, et le risque de suicide peut être évalué de façon incorrecte ¹⁰⁷. Certaines échelles sont spécialement dédiées à la dépression chez les individus psychotiques, comme la CDSS, et la PDS, et la SSRS ²³⁴ a été spécifiquement construite pour évaluer le risque suicidaire chez les patients schizophrènes. Mais ces différentes échelles n'ont pas été évaluées dans le cas du PEP.

Toutefois, certaines échelles ressortent un peu plus dans certaines études.

D'après Pompili ²¹, deux échelles standardisées sont plus à même d'évaluer le risque suicidaire chez des sujets PEP : la Beck Hopelessness Scale et la Beck Inventory ¹⁰⁷.

Dans l'étude de Huber et al. ¹³⁸, le risque suicidaire est prédictible, après analyse multivariée, par la BPRS-EC (p = 0.013) (Brief Psychiatric Rating Scale - Excited Component, contenant les items « excitation », « hostilité » et « non coopération »). Ainsi Huber conclue qu'en complément de l'évaluation clinique, l'échelle BPRS-EC pourrait être utilisée comme outil prédictif de comportements agressifs, notamment suicidaires, chez les sujets présentant un PEP.

Certains items ayant trait à la suicidalité sur des échelles existantes, comme la BPRS, pourraient être utilisés pour standardiser le monitoring du risque suicidaire dans un service ²³⁵. Par ailleurs la PANSS peut permettre au soignant, lors d'un entretien semi-dirigé, de porter son attention sur différents éléments psychotiques prédisposant à un risque suicidaire élevé : angoisse importante, sentiment de désespoir, idées de persécution... De plus elle pourrait être un moyen de détecter rapidement, dans un premier temps d'évaluation, certains facteurs de risque propres à la psychose.

Les outils de dépistage et de suivi du risque suicidaire lors d'un PEP ne sont à ce jour pas suffisamment étudiés. Ceci est d'autant plus regrettable que certaines études, principalement menées auprès de populations adolescentes, ont montré que les évaluations structurées sont plus sensibles pour identifier un risque suicidaire, passé et actuel, que les entretiens cliniques de routine ²³⁶.

Pour réduire le nombre de TS chez les patients présentant un PEP, les services psychiatriques devraient : réduire la quantité de prescriptions médicamenteuses ; mettre en place des stratégies individualisées de gestion du risque pour chaque patient nouvellement admis, y compris ceux ne semblant pas à risque ; rechercher rigoureusement les éléments, objets pouvant favoriser des tentatives de strangulation ou pendaison au sein des unités de soin ; délivrer aux aidants information et psychoéducation pour reconnaître le risque suicidaire et réagir ; évaluer régulièrement les risques et assurer une surveillance étroite des patients, en particulier pendant la période à haut risque de 3 mois suivant une tentative de suicide.

CHAPITRE 4 : INTERVENTIONS SPÉCIALISÉES LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE : QUEL IMPACT SUR LE RISQUE SUICIDAIRE

1. Thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les réponses émotionnelles et cognitives du sujet à l'impact de la maladie participent à l'émergence des pensées et conduites suicidaires.

Les interventions psychothérapeutiques dans le PEP, souvent proposées par les programmes d'intervention précoce plutôt que dans les soins standards, sont rarement spécifiquement élaborées pour diminuer le risque suicidaire.

Or Madsen et al.²³⁷ suggèrent que la problématique suicidaire devrait être abordée de façon spécifique et continue au cours du PEP, surtout chez les patients rapportant des pensées suicidaires fréquentes dès le début du traitement, ce d'autant que les thérapies cognitives et comportementales semblent permettre une diminution des idées suicidaires et des comportements dans d'autres groupes de jeunes patients psychiatriques²³⁸.

Dans une population de sujets traités pour un PEP, Tarrier et al.¹⁰¹ ne retrouvent pas d'efficacité particulière de la TCC sur la suicidalité, comparé aux thérapies de soutien en groupe et au traitement usuel, à 6 semaines, 3 mois comme 18 mois ; mais la TCC ciblait les symptômes psychotiques, et non les comportements suicidaires en soi.

À l'inverse, des interventions de TCC ciblant des facteurs de risque majeurs de conduite suicidaire, comme le désespoir, le découragement, pourraient diminuer directement le risque suicidaire chez ces derniers, à l'exemple des TCC élaborées pour améliorer l'estime de soi²³⁹.

Programme LifeSPAN :

Un des rares exemples d'intervention psychothérapeutique ciblant la suicidalité lors d'un PEP est l'intervention LifeSPAN, développée au sein du projet EPPIC, spécifiquement pour les patients hautement suicidaires.

L'efficacité de cette intervention a été étudiée dans un essai contrôlé randomisé⁸⁰. La thérapie LifeSPAN était dispensée par un ou deux psychologues, pendant 8 à 10 sessions individuelles. Elle était découpée en quatre phases :

- La phase initiale d'engagement dans le soin
- Une phase d'évaluation et de formulation du risque suicidaire
- Des modules de thérapie cognitive

- Et une phase finale de clôture / conclusion

Les deux premières phases ont pour but d'évaluer et formuler, en collaboration avec le patient, le risque suicidaire, afin d'identifier les cibles thérapeutiques.

La troisième phase comporte 8 modules. Le module de base s'attache principalement à analyser le profil de suicidalité du patient, le rationnel de la pensée suicidaire, le niveau de désespoir et les raisons de vivre du patient.

Les modules additionnels incluent : entraînement à la résolution de problèmes, psychoéducation à la psychose, acceptation des émotions douloureuses, gestion du stress, travail autour de l'estime de soi, recherche d'aide et entraînement aux habiletés sociales.

Lors de la phase de clôture de la thérapie, le patient et le thérapeute reformulent la question de la suicidalité pour le patient, et identifient les signes d'alarme et facteurs déclenchants de pensées ou conduites suicidaires. Ils mettent en place des stratégies de protection, comme des conseils face au manque d'estime de soi, et insistent sur les options de demande d'aide, notamment auprès de relations familiales soutenantes, ou de soignants (case management).

La personne aidante de référence est invitée à la session finale, pour finaliser un plan de dépistage et de prévention du risque suicidaire.

La thérapie LifeSPAN permet une amélioration progressive (sur une durée d'étude de 6 mois) sur les taux de pensées suicidaires (Suicide Ideation Questionnaire SIQ) et de tentatives de suicide, mais sans supériorité comparé au traitement standard.

En revanche le groupe LifeSPAN montre une efficacité supérieure sur les scores de désespoir de la Beck Hopelessness Scale, à 10 semaines ($p = 0,032$) comme à 6 mois ($p = 0,014$) et sur les scores de qualité de vie (Quality of Life Scores), à 10 semaines ($p = 0,001$) et 6 mois ($p = 0,014$)⁸⁰ (Power 2003).

Ainsi la TCC dans les PEP ne semble pas diminuer directement le risque de comportements suicidaires, au-delà du traitement standard^{80,101}.

Néanmoins, il est important d'améliorer la capacité d'adaptation des patients aux événements stressants, pour leur fournir une protection contre les tendances suicidaires en période de stress accru¹⁰⁴ : la résolution de problèmes, l'apprentissage des habiletés sociales, la gestion du stress et les stratégies améliorant la tolérance à la douleur émotionnelle pourraient aider à réduire la suicidalité chez les personnes traitées pour PEP⁸⁰.

On pourrait concevoir d'intégrer ces interventions dans des programmes à court terme, pour développer les capacités d'adaptation de nos patients PEP précocement ¹⁰⁴, et ainsi réduire les facteurs de risque de suicide à long terme ¹⁰⁴.

Ces différents axes pourraient ainsi être incorporés dans une stratégie de prévention du suicide plus large, mise en place très tôt dans la maladie.

2. Thérapies incluant la famille

60 à 70% des personnes souffrant d'un PEP vivent ou sont en contact étroit avec leurs familles ¹⁰. La plupart des individus entrant dans un PEP vivent encore avec leur famille au début des troubles. Les membres de la famille font également l'expérience de la stigmatisation, de l'isolement, de la perte de contrôle, et de la rupture.

La famille joue un rôle essentiel dans le soutien des sujets PEP, et notamment peuvent faciliter l'engagement dans les soins, et ainsi réduire la durée des hospitalisations ²⁴⁰, voire prévenir la première récurrence ²⁴¹.

L'effet protecteur d'un étayage familial vis-à-vis du suicide est donc majeure : une large étude de cohorte ayant suivi 557 sujets PEP sur 10 ans retrouve une réduction de 90% des décès par mort non naturelle (avec en tête, de loin, les suicides) quand la famille était totalement impliquée dès le premier contact avec les soins, comparé aux situations où les proches n'étaient pas investis ²⁴².

Il est donc essentiel de développer des stratégies de soins spécifiquement tournées vers l'inclusion des familles et aidants, et leur soutien. C'est ce que font déjà les programmes d'intervention précoce, en proposant par exemple des groupes de psychoéducation comportementale pour les familles, contenant : une information sur la maladie et sa prise en charge, l'apprentissage de techniques de gestion du stress, de communication, et un entraînement à la résolution de problèmes pour les parents. Ces stratégies psychothérapeutiques se sont développées en France avec notamment le programme français Profamille de Yann Hodé, et le programme canadien A.V.E.C de Tania Lecomte ²⁴³.

Impliquer la famille dans les soins est une intervention de prévention du risque suicidaire ⁸.

3. Interventions socialement orientées

L'enjeu dans la prise en charge à moyen et long terme d'un patient expérimentant un PEP est le rétablissement psycho-social de la personne, et non seulement la rémission clinique ou fonctionnelle.

Le concept de rétablissement de la santé psychique d'un individu repose sur des thèmes centraux tels que : rétablir une vie enrichissante et faisant sens, faire renaître un sentiment d'identité fondé sur l'espoir et l'autodétermination, se percevoir soi de façon positive, améliorer ses relations interpersonnelles, avoir de nouveaux objectifs, une meilleure appréciation de la vie et une philosophie de vie plus positive.

La prévention du risque suicidaire sur le long terme, chez la personne souffrant d'un PEP, doit prendre en compte ces dimensions.

Réappropriation identitaire et travail autour d'un sentiment d'appartenance ^{95,184} sont des thématiques pouvant être ciblées dans certaines thérapies cognitivo-comportementales ²⁴⁴, travaillant sur le retrait social.

Les interventions psychosociales, comme apporter un soutien, encourager les activités quotidiennes, favoriser les relations avec les pairs, et l'implication professionnelle, pourraient contribuer à réduire le risque suicidaire ²⁴⁵, bien que cela n'ait pas été exploré spécifiquement dans le champ du PEP.

Le *case manager*, au coeur de la prise en charge du patient dans les programmes spécialisés d'intervention précoce, a justement pour mission de favoriser le maintien/retour du jeune patient dans son parcours d'étude/formation/travail, dans son milieu familial et social, tout en optimisant son maintien dans les soins, et faisant le lien entre les différents intervenants ²⁴⁶. Mais il est à ce jour très peu développé en France.

L'ensemble de ces prises en charge permettrait à la personne de retrouver des capacités de projection dans l'avenir. Or on observe chez les patients souffrant d'un PEP une tendance au désengagement global vis-à-vis de leur avenir, particulièrement importante pendant la première année des soins ²⁴⁷.

CHAPITRE 5 : AXES D'AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE LORS D'UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

1. Améliorer l'accès à des soins précoces spécialisés

1.1. Développer programmes spécialisés et réseaux de soin

Le déploiement de programmes d'intervention précoce tels que proposés par les recommandations internationales apparaît essentiel. Ils permettent de proposer des soins adaptés aux adolescents et jeunes adultes, de façon non stigmatisante, à une phase de la maladie à l'évolution incertaine –l'objectif étant d'éviter que l'évolution ne se fasse vers la chronicité.

Pour être efficaces et cohérents, ces programmes doivent s'intégrer dans des réseaux de soins plus larges⁸. Ces réseaux font le lien entre les différents professionnels susceptibles d'intervenir en première ligne auprès des jeunes patients (comme les médecins généralistes, la médecine scolaire, les Maisons des adolescents, les pédopsychiatres et psychiatres adultes). L'objectif est de faciliter la collaboration entre ces intervenants et les soins spécialisés, afin notamment de réduire la DPNT.

En France, le réseau Transition, membre fondateur de la branche francophone de l'IEPA vise à faciliter la diffusion de ces pratiques spécialisées à l'échelle nationale.

Par ailleurs, en cas de crise suicidaire, il serait nécessaire de proposer des interventions ambulatoires rapides et spécialisées, notamment afin d'éviter l'hospitalisation.

1.2. Sensibiliser les professionnels de santé

Afin de rendre efficiente la collaboration entre réseaux de soins et programmes spécialisés, il est nécessaire de former les professionnels à la psychose débutante.

En effet, dans 36 à 43% des cas, ce sont les médecins généralistes qui reçoivent les patients à ce stade^{206,248}, ceux-ci pouvant, par manque de formation, tarder à identifier les symptômes d'un trouble psychotique débutant et donc adresser les patients vers des consultations spécialisées. De plus, parmi les patients cherchant de l'aide, beaucoup ne le feront pas pour des symptômes psychotiques, mais plutôt pour des symptômes aspécifiques, comme de la dépression, de l'anxiété, ou des préoccupations sur un déclin fonctionnel²⁴⁹.

La formation des praticiens de soins primaires a montré une certaine efficacité dans la réduction du DPNT^{204,250,251}.

Les professionnels doivent également être sensibilisés au risque suicidaire chez ces patients aux caractéristiques cliniques et psychopathologiques particulières, et au moins savoir chercher et reconnaître une crise suicidaire.

2. Développer des stratégies de dépistage et de stratification du risque suicidaire

Certains auteurs, comme Madsen & Nordentoft ¹¹¹, considèrent que la tendance suicidaire lors d'un PEP, pendant la première année de soins du moins, évolue selon un continuum, sans différence significative selon que les patients présentent des antécédents : d'idées suicidaires, de scénarii ou de tentatives de suicide ¹¹¹. La seule différence pour les auteurs est la présence ou non d'une tendance suicidaire à l'entrée dans les soins.

Suite à ces résultats, Madsen et al. ²³⁷ ont cherché à identifier, chez 521 sujets ayant déjà présenté des idées suicidaires, des trajectoires d'idéation suicidaire particulières, sur une période de 3 ans. Ils retrouvaient trois trajectoires différentes :

- La majorité (61%) des sujets présentait un profil d'idées suicidaires « faibles et décroissantes » : rapportant « une à plusieurs » idées suicidaires dans l'année ayant précédé le recrutement, puis une diminution de celles-ci, avec quasi disparition à 2 ans
- 33% présentaient un profil d'idées suicidaires « fréquentes et stables » : ces sujets avaient eu des idées suicidaires « plusieurs fois à fréquemment » durant l'année précédente, idées qui perduraient de façon stable dans le temps
- Enfin, 6% des sujets présentaient un profil d'idées suicidaires « fréquentes et en augmentation » : soit des idées suicidaires fréquentes initialement, et se majorant par la suite.

Le taux de TS à 5 ans était supérieur chez les patients avec les profils d'idées suicidaires « fréquentes et stables » et « fréquentes et en augmentation », comparé au groupe « faibles et décroissantes », sans impact sur le type de traitement reçu.

Selon Madsen et al., il est donc nécessaire d'étudier la suicidalité lors d'un PEP selon les trajectoires d'idéation suicidaire, plutôt qu'en investiguant uniquement les facteurs prédictifs des comportements suicidaires : en identifiant uniquement la trajectoire moyenne de l'échantillon (basée sur le modèle à une classe), l'étude aurait conclu que le groupe d'étude au début du traitement présentait un taux d'idées suicidaires modéré et diminuant avec le temps, ce que l'analyse de trajectoires hétérogènes permet d'appréhender très différemment.

Madsen et ses collègues suggèrent ainsi que les stratégies de prévention du risque suicidaire lors d'un PEP ne devraient pas être universelles, mais devraient cibler les individus présentant des idées suicidaires fréquentes au début de la maladie, car plus susceptibles de

présenter des idées suicidaires par la suite, de façon stable ou croissante, et plus à risque de passage à l'acte suicidaire.

Ces deux études sont intéressantes, car font réfléchir à la possibilité de stratifier à l'entrée dans les soins le risque suicidaire chez nos patients, et de proposer des stratégies de prévention selon le niveau de risque. De plus elles postulent qu'une évaluation simple des idées suicidaires sur l'année précédente pourrait déjà permettre un pré-screening.

Dans cette lignée, Bakst et al.³² ont évalué la possibilité d'un index de risque suicidaire à l'admission, incluant antécédents de TS ou d'idées suicidaires, sévérité des symptômes dépressifs et des troubles de la pensée, antécédents ou abus actuels de substances. Trois niveaux de risque étaient ainsi définis. Les auteurs retrouvaient que 61,1% des sujets ayant commis des TS durant les 4 années de suivi (n = 44/72) appartenaient à la catégorie la plus à risque.

D'autres études sont nécessaires pour explorer cette possibilité de stratification du risque suicidaire, faire ressortir et évaluer des critères prédictifs fiables de définition de ces niveaux de risque.

Notamment, il serait intéressant d'étudier l'utilisation d'échelles d'évaluation du risque suicidaire lors d'un PEP. Le développement de telles échelles serait utile pour les professionnels des programmes spécialisés comme pour les acteurs des réseaux de soin. Ces instruments ne pourront pas se suppléer à une évaluation clinique attentive, mais pourraient constituer des outils supplémentaires de dépistage, et des outils d'aide à la stratification du risque.

Une piste parallèle et complémentaire dans la stratification du risque suicidaire et son suivi lors d'un PEP est le développement de biomarqueurs.

C'est le cas de l'imagerie fonctionnelle. En effet, certains auteurs, comme l'équipe de Minzenberg, ont proposé une implication du cortex préfrontal (CPF) dans les comportements suicidaires^{252,253} lors d'un PEP. Développer des biomarqueurs de risque suicidaire en imagerie fonctionnelle pourrait par la suite permettre d'évaluer l'impact d'interventions pharmacologiques ou psychosociales sur ce risque.

Par ailleurs, l'augmentation des récepteurs plaquettaires 5-HT_{2A} a déjà été mise en évidence chez les sujets présentant des antécédents de conduites suicidaires, indépendamment du diagnostic psychiatrique¹⁸⁹. Marčinko et al.²⁵⁴ retrouvent des concentrations plaquettaires en

5HT et en cholestérol significativement plus basses chez les sujets PEP suicidants, comparés à des sujets PEP non suicidants et à des sujets contrôle. Les mesures étaient faites 24 h après l'admission. Ainsi les concentrations plasmatiques de cholestérol et 5HT plaquettaire pourrait être un marqueur périphérique de suicidalité lors d'un PEP ²⁵⁴.

Dans une étude parue en Janvier 2018, Ayesa-Arriola et al. ²⁵⁵ ont comparé les profils de concentrations en lipides entre des sujets PEP ayant fait une TS ou un suicide complet, et d'autres ne présentant pas de conduite suicidaire, dans un échantillon de 383 sujets, et retrouvent une association entre concentrations basses de LDLc (OR= 0,99, 95% IC= 0,98-1,00) et comportements suicidaires.

Toutefois, l'interprétation de ces résultats doit se faire avec mesure, tant la problématique suicidaire est grave et complexe. Notre évaluation clinique doit être enrichie et soutenue par d'autres outils de qualité, mais non suppléée.

3. Développement d'interventions spécifiques

Il semble nécessaire que les programmes spécialisés développent et étudient des interventions ciblant spécifiquement le risque suicidaire. Dans un second temps, on pourrait même imaginer des stratégies de prévention spécifiques stratifiées en fonction du niveau de risque, à l'image de la stratégie LifeSPAN ⁸⁰.

L'étude de Power et al. ⁸⁰ montre d'ailleurs qu'il est possible de conduire une étude randomisée contrôlée dans une population de sujets PEP à risque suicidaire élevé. D'autres études permettraient d'avancer dans ce sens, et, à terme, de développer des guidelines, faisant aujourd'hui défaut dans la prise en charge du risque suicidaire lors d'un PEP.

4. Améliorer notre compréhension du suicide dans le PEP : La recherche phénoménologique

De plus en plus, la recherche s'intéresse au vécu subjectif des patients, via les études qualitatives, phénoménologiques.

Ces études pourraient permettre de mieux comprendre le vécu subjectif du PEP (l'expérience psychotique comme les premières étapes du rétablissement), au sein duquel les idées et conduites suicidaires émergent.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à ces questions, comme Connell et al. ²⁵⁶, Gajwani et al. ⁹⁵, TARRIER et al. ⁸⁷, et Lu et al. ¹⁵⁶.

Cette littérature pourrait de plus aider à personnaliser les prises en charge et le suivi du risque suicidaire ¹¹⁴ : travailler sur la réappropriation identitaire et le sentiment

d'appartenance ^{95,184,244}, rétablir la continuité du récit personnel et y intégrer l'expérience traumatique ²⁵⁶, etc.

5. Sensibilisation de la population et lutte contre la stigmatisation

Des programmes d'éducation à la santé visant à accroître les connaissances sur la psychose, combattre les croyances négatives et la stigmatisation, pourraient avoir un effet sur la réduction du risque suicidaire chez les patients souffrant d'un PEP ¹²⁵.

De plus, il a été montré que de telles initiatives à l'échelle communautaire pourraient être efficaces pour réduire les retards dans la recherche d'aide et donc la prise en charge ^{69,250,251}.

Il existe par ailleurs une stigmatisation associée au suicide, pouvant entraver la demande d'aide. Des campagnes d'information et de sensibilisation dédiées à cette question sont là-encore essentielles, afin d'accroître la prise de conscience de l'enjeu de santé publique que représente le suicide ¹.

CONCLUSION

Lors d'un premier épisode psychotique (PEP), les adolescents et jeunes adultes sont exposés à un risque suicidaire (idées, tentatives de suicide et suicides), comme de comportements auto agressifs délibérés, très élevé. Si les quelques mois entourant l'entrée dans les soins et la première année de prise en charge apparaissent comme une période à grande vulnérabilité, les autres phases du PEP ne sont pas exemptes de risque. La prévalence des conduites suicidaires, notamment avant tout contact avec les soins, souligne l'importance de réduire la durée de psychose non traitée. Par ailleurs, chaque stade de la maladie semble associé à un risque suicidaire qualitativement différent selon les moments d'évolution. Ainsi, la suicidalité durant la phase prodromique semble davantage en lien avec des affects dépressifs et une altération du sens de soi ; dans la phase aiguë le risque suicidaire serait plus la conséquence des symptômes psychotiques et du traumatisme, des soins comme de l'épisode en soi ; la phase de rémission est marquée par la prise de conscience douloureuse de la maladie, le poids du stigma et des ruptures/pertes ; et les rechutes s'accompagnent souvent d'une perte d'espoir quant à un rétablissement. La littérature concernant les facteurs de risque potentiels de comportements suicidaires lors d'un PEP est riche, et bien qu'une lecture transversale du risque suicidaire -à un moment donné, selon tels critères- ne semble pas

totale satisfaisante, l'étude de ces facteurs de risque permet toutefois de faire émerger des critères d'évaluation et de prévention du risque suicidaire chez nos patients.

L'ensemble de la prise en charge du jeune patient expérimentant un PEP doit être personnalisée, l'enjeu étant, au-delà de la rémission, le rétablissement psycho-social de la personne. Les programmes de détection et d'intervention précoce dans la psychose débutante travaillent en ce sens. Malgré leur efficacité, peu d'entre eux développent des stratégies ciblant spécifiquement le risque suicidaire lors du PEP - à l'image de la stratégie LifeSPAN, pourtant prometteuse.

Lors de la prise en charge du jeune patient souffrant d'un PEP, le dépistage et le traitement de la crise suicidaire représente un enjeu majeur, tant pour le jeune que pour son entourage et la société. Les stratégies de prévention doivent s'organiser selon trois objectifs fondamentaux, chacun recouvrant des pistes de réflexion potentielles.

Le premier objectif est celui de la prévention primaire, qui consiste à prendre en charge le jeune patient avant toute conduite suicidaire, notamment idéation. Elle repose sur un accès aux soins et l'instauration d'un traitement adapté le plus précoce possible, si possible dès la phase prodromique, et idéalement dans un centre spécialisé d'intervention précoce, comme au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans d'autres pays. En France, des centres commencent également à se développer, parallèlement à l'essor de réseaux de soins. Ces derniers font le lien entre les différents professionnels et structures susceptibles d'intervenir en première ligne auprès du jeune (les professionnels de santé générale ou de médecine scolaire, les Maisons des adolescents, les pédopsychiatres ou psychiatres pour adultes). Le développement de ces réseaux doit nécessairement s'accompagner d'une formation des différents professionnels de santé à la reconnaissance des signes de la psychose débutante.

La prévention secondaire consiste à identifier et agir sur les facteurs de risque de conduites suicidaires (traitement d'une dépression, d'une addiction comorbide, etc), et à prendre en charge précocement toute crise suicidaire. Un dépistage efficace du risque suicidaire est donc indispensable, or il n'existe pas à ce jour de stratégies de dépistage standardisées : trouver des outils de dépistage sensibles et reproductibles est un objectif majeur. Par ailleurs, la majorité des gestes suicidaires ayant lieu hors hospitalisation, il est essentiel d'impliquer la famille et les proches dans la reconnaissance et la gestion de la crise suicidaire, ainsi que de proposer des interventions ambulatoires spécialisées et rapides en cas de crise.

Enfin, la prévention tertiaire consiste à éviter les rechutes, en l'occurrence les récurrences de passages à l'acte suicidaires, mais aussi la réémergence des idées suicidaires.

Dans cette optique, la lutte contre la stigmatisation est un axe clé, tant les croyances sociétales, des proches, et la stigmatisation internalisée par le patient, peuvent entretenir la pensée suicidaire. Les services de soins psychiques ont en ceci la responsabilité d'informer et sensibiliser la population à la psychose débutante.

Le risque suicidaire devra être réévalué régulièrement, quelle que soit la phase de prévention.

Une piste future serait de développer des stratégies de stratification du risque suicidaire, et ainsi de proposer des interventions plus spécifiques et ciblées, évaluables notamment par des essais randomisés. Le développement de biomarqueurs de risque suicidaire est un autre domaine prometteur.

Par ailleurs, l'intérêt grandissant pour le vécu subjectif du PEP à travers la recherche phénoménologique pourrait permettre de mieux comprendre l'émergence de la pensée suicidaire, puis son passage à l'acte, et ainsi de mieux les prévenir. Enfin, il est nécessaire de continuer de réfléchir à nos pratiques, pour diminuer le traumatisme que constituent encore les soins psychiatriques, particulièrement pour nos jeunes patients. Des modèles de prises en charge mettant l'accent sur la « prise de décision partagée » pourraient constituer une piste intéressante.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial. (2014).
2. Robbins, E., Stern, M., Robbins, L. & Margolin, L. Unwelcome patients: where can they find asylum? *Hosp. Community Psychiatry* **29**, 44–46 (1978).
3. Pepper, B. The young adult chronic patient: population overview. *J. Clin. Psychopharmacol.* **5**, 3S–7S (1985).
4. Leclerc, C. & Bouchard, L. Jeunes adultes et premier épisode de psychose. Revue des recherches portant sur les jeunes adultes aux prises avec des troubles mentaux graves. *Le partenaire* **10**, 1–20 (2002).
5. Power, P. Outcome and recovery in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **211**, 331–333 (2017).
6. Yung, A. R. & McGorry, P. D. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr. Bull.* **22**, 353–370 (1996).
7. Fusar-Poli, P. *et al.* The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* **70**, 107–120 (2013).
8. *Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis, 2nd edition update, Orygen.* (The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2016).
9. Breitborde, N. J. K., Srihari, V. H. & Woods, S. W. Review of the operational definition for first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* **3**, 259–265 (2009).
10. Addington, J., Coldham, E. L., Jones, B., Ko, T. & Addington, D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr. Scand.* **108**, 285–289 (2003).
11. Nock, M. K. *et al.* Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **192**, 98–105 (2008).
12. WHO. *Public health action for the prevention of suicide: a framework.* (2012).
13. Challis, S., Nielssen, O., Harris, A. & Large, M. Systematic meta-analysis of the risk factors for deliberate self-harm before and after treatment for first-episode psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* **127**, 442–454 (2013).
14. McGinty, J., Sayeed Haque, M. & Upthegrove, R. Depression during first episode psychosis and subsequent suicide risk: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr. Res.* (2017). doi:10.1016/j.schres.2017.09.040
15. Hawton, K. *et al.* Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *J. Affect. Disord.* **175**, 147–151 (2015).
16. ANAES. *Conférence de consensus - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.* (2000).
17. Ringel, E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life. Threat. Behav.* **6**, 131–149 (1976).
18. Ahrens, B. & Linden, M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr. Scand.* **94**, 79–86 (1996).
19. Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C. & Brådvik, L. Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatr. Scand.* **132**, 459–469 (2015).
20. Hor, K. & Taylor, M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J. Psychopharmacol. (Oxf.)* **24**, 81–90 (2010).
21. Pompili, M. *et al.* Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann. Gen. Psychiatry* **6**, 10 (2007).
22. Nordentoft, M. Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981–97: nested case-control study. *BMJ* **329**, 261–0 (2004).
23. Fenton, W. S., McGlashan, T. H., Victor, B. J. & Blyler, C. R. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am. J. Psychiatry* **154**, 199–204 (1997).
24. Skodlar, B., Tomori, M. & Parnas, J. Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* **49**, 482–488 (2008).
25. Nordentoft, M. *et al.* OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* **43**, s98–106 (2002).
26. Addington, J., Williams, J., Young, J. & Addington, D. Suicidal behaviour in early psychosis.

- Acta Psychiatr. Scand.* **109**, 116–120 (2004).
27. Clarke, M. *et al.* Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr. Res.* **86**, 221–225 (2006).
 28. Upthegrove, R. *et al.* The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* **122**, 211–218 (2010).
 29. Fleischhacker, W. W. *et al.* Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J. Clin. Psychiatry* **75**, e184-190 (2014).
 30. Dutta, R., Murray, R. M. & Hotopf, M. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* **67**, 1230–1237 (2010).
 31. Palmer, B. A., Shane Pankratz, V. & Bostwick, J. M. The lifetime risk of suicide in schizophrenia : a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* **62**, 247–253 (2005).
 32. Bakst, S., Rabinowitz, J. & Bromet, E. J. Antecedents and Patterns of Suicide Behavior in First-Admission Psychosis. *Schizophr. Bull.* **36**, 880–889 (2010).
 33. Bertelsen, M. *et al.* Suicidal behaviour and mortality in first-episode psychosis: the OPUS trial. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* **191**, s140-146 (2007).
 34. Castelein, S. *et al.* Suicide in Recent Onset Psychosis Revisited: Significant Reduction of Suicide Rate over the Last Two Decades - A Replication Study of a Dutch Incidence Cohort. *PloS One* **10**, e0129263 (2015).
 35. Harkavy-Friedman, J. M. Can early detection of psychosis prevent suicidal behavior. *Am J Psychiatry* **163**, 768–770 (2006).
 36. Nordentoft, M., Madsen, T. & Fedyszyn, I. Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* **203**, 387–392 (2015).
 37. Nordentoft, M., Mortensen, P. B. & Pedersen, C. B. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* **68**, 1058–1064 (2011).
 38. Melle, I. *et al.* Causes and predictors of premature death in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA* **16**, 217–218 (2017).
 39. Melle, I. *et al.* Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* **163**, 800–804 (2006).
 40. Mitter, N., Subramaniam, M., Abidin, E., Poon, L. Y. & Verma, S. Predictors of suicide in Asian patients with first episode psychosis. *Schizophr. Res.* **151**, 274–278 (2013).
 41. Fedyszyn, I. E., Robinson, J., Matyas, T., Harris, M. G. & Paxton, S. J. Temporal pattern of suicide risk in young individuals with early psychosis. *Psychiatry Res.* **175**, 98–103 (2010).
 42. Canal-Rivero, M. *et al.* One-year follow-up study of first suicide attempts in first episode psychosis: Personality traits and temporal pattern. *Compr. Psychiatry* **71**, 121–129 (2016).
 43. Ayesa-Arriola, R. *et al.* Suicidal behaviour in first-episode non-affective psychosis: Specific risk periods and stage-related factors. *Eur. Neuropsychopharmacol.* **25**, 2278–2288 (2015).
 44. Pompili, M. *et al.* Suicide risk in first episode psychosis: A selective review of the current literature. *Schizophr. Res.* **129**, 1–11 (2011).
 45. Chang, W. C. *et al.* Prevalence and risk factors for suicidal behavior in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **50**, 219–226 (2015).
 46. Harvey, S. B. *et al.* Self-harm in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry* **192**, 178–184 (2008).
 47. Barrett, E. A. *et al.* Neurocognitive functioning and suicidality in schizophrenia spectrum disorders. *Compr. Psychiatry* **52**, 156–163 (2011).
 48. Flanagan, P. & Compton, M. T. A comparison of correlates of suicidal ideation prior to initial hospitalization for first-episode psychosis with prior research on correlates of suicide attempts prior to initial treatment seeking: Suicidal ideation in first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* **6**, 138–144 (2012).
 49. Robinson, J. *et al.* Suicide attempt in first-episode psychosis: A 7.4year follow-up study. *Schizophr. Res.* **116**, 1–8 (2010).
 50. Fedyszyn, I. E., Robinson, J., Harris, M. G., Paxton, S. J. & Francey, S. Predictors of suicide-related behaviors during treatment following a first episode of psychosis: The contribution of baseline, past, and recent factors. *Schizophr. Res.* **140**, 17–24 (2012).
 51. Robinson, J. *et al.* Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **43**, 149–157 (2009).
 52. Haahr, U. *et al.* First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology* **41**, 322–329 (2008).

53. Niessen, O. B. & Large, M. M. Untreated psychotic illness in the survivors of violent suicide attempts. *Early Interv. Psychiatry* **3**, 116–122 (2009).
54. Sharifi, V. *et al.* Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **207**, 30–36 (2015).
55. Kelleher, I. *et al.* Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry* **70**, 940–948 (2013).
56. DeVlyder, J. E. & Hilimire, M. R. Suicide Risk, Stress Sensitivity, and Self-Esteem among Young Adults Reporting Auditory Hallucinations. *Health Soc. Work* **40**, 175–181 (2015).
57. Koyanagi, A., Stickley, A. & Haro, J. M. Subclinical psychosis and suicidal behavior in England: Findings from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr. Res.* **168**, 62–67 (2015).
58. Capra, C., Kavanagh, D. J., Hides, L. & Scott, J. G. Subtypes of psychotic-like experiences are differentially associated with suicidal ideation, plans and attempts in young adults. *Psychiatry Res.* **228**, 894–898 (2015).
59. Os, J. van, Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychol. Med.* **39**, 179–195 (2009).
60. Krebs, M.-O. *et al.* Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *L'Encéphale* **40**, 447–456 (2014).
61. Huber, G. & Gross, G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recent Prog. Med.* **80**, 646–652 (1989).
62. Taylor, P. J., Hutton, P. & Wood, L. Are people at risk of psychosis also at risk of suicide and self-harm? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* **45**, 911–926 (2015).
63. Gill, K. E. *et al.* Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr. Res.* **165**, 152–156 (2015).
64. Bleuler, E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. *New York: International Universities Press* 14–15 (1950).
65. McGlashan, T. H. Schizophrenia in Translation: Is Active Psychosis Neurotoxic? *Schizophr. Bull.* **32**, 609–613 (2006).
66. Birchwood, M., Todd, P. & Jackson, C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* **172**, 53–59 (1998).
67. Crumlish, N. *et al.* Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **194**, 18–24 (2009).
68. Marshall, M. *et al.* Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch. Gen. Psychiatry* **62**, 975–983 (2005).
69. Melle, I. *et al.* Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch. Gen. Psychiatry* **61**, 143–150 (2004).
70. Addington, J., Van Mastrigt, S. & Addington, D. Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome. *Psychol. Med.* **34**, 277–284 (2004).
71. Thorup, A. *et al.* Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *J. Nerv. Ment. Dis.* **195**, 396–405 (2007).
72. Larsen, T. K., Moe, L. C., Vibe-Hansen, L. & Johannessen, J. O. Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* **45**, 1–9 (2000).
73. Petersen, L. *et al.* Predictors of remission and recovery in a first-episode schizophrenia spectrum disorder sample: 2-year follow-up of the OPUS trial. *Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr.* **53**, 660–670 (2008).
74. Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F. J. & Wiersma, D. Clinical Recovery in First-Episode Psychosis. *Schizophr. Bull.* **35**, 362–369 (2009).
75. Erickson, D. H., Beiser, M. & Iacono, W. G. Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *J. Abnorm. Psychol.* **107**, 681–685 (1998).
76. Addington, J., Lambert, T. & Burnett, P. Complete and incomplete recovery from first-episode psychosis. *Recognit. Manag. Early Psychos. Prev. Approach* 201–222 (2009).
77. Lieberman, J. *et al.* Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* **50**, 369–376 (1993).
78. Robinson, D. *et al.* Predictors of relapse following response from a first episode of

- schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* **56**, 241–247 (1999).
79. Robinson, D. G., Woerner, M. G., Delman, H. M. & Kane, J. M. Pharmacological Treatments for First-Episode Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* **31**, 705–722 (2005).
 80. Power, P. J. R. *et al.* Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **37**, 414–420 (2003).
 81. Macdonald, E. M., Hayes, R. L. & Baglioni, A. J. The quantity and quality of the social networks of young people with early psychosis compared with closely matched controls. *Schizophr. Res.* **46**, 25–30 (2000).
 82. McGorry, P. D. *et al.* Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med. J. Aust.* **187**, S40–42 (2007).
 83. Ventriglio, A. *et al.* Suicide in the Early Stage of Schizophrenia. *Front. Psychiatry* **7**, 116 (2016).
 84. Parnas, J. & Handest, P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr. Psychiatry* **44**, 121–134 (2003).
 85. Skodlar, B. & Parnas, J. Self-disorder and subjective dimensions of suicidality in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* **51**, 363–366 (2010).
 86. Haug, E. *et al.* The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. *Compr. Psychiatry* **53**, 456–460 (2012).
 87. Tarrier, N., Khan, S., Cater, J. & Picken, A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **42**, 29–35 (2007).
 88. Power, P. & McGowan, S. Suicide risk management in early intervention. *Natl. Ment. Health Dev. Unit* (2011).
 89. Austad, G., Joa, I., Johannessen, J. O. & Larsen, T. K. Gender differences in suicidal behaviour in patients with first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* **9**, 300–307 (2015).
 90. Barrett, E. A. *et al.* Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr. Res.* **119**, 11–17 (2010).
 91. Pompili, M. *et al.* Completed suicide in schizophrenia: evidence from a case-control study. *Psychiatry Res.* **167**, 251–257 (2009).
 92. Castelein, S. *et al.* Drop in suicide rate after first psychosis: a comparison with the situation two decades ago. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* **159**, A9565–A9565 (2015).
 93. Dutta, R., Murray, R. M., Allardyce, J., Jones, P. B. & Boydell, J. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophr. Res.* **126**, 11–19 (2011).
 94. Large, M., Smith, G., Sharma, S., Nielssen, O. & Singh, S. P. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients: In-patient suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* **124**, 18–19 (2011).
 95. Gajwani, R., Larkin, M. & Jackson, C. ‘What is the point of life?’: An interpretative phenomenological analysis of suicide in young men with first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* (2017). doi:10.1111/eip.12425
 96. Thorup, A. *et al.* Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up – two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up. *Eur. Psychiatry* **29**, 44–51 (2014).
 97. Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J. Schizophrenia and suicide-systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry* **187**, 9–20 (2005).
 98. Verdoux, H. *et al.* Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behaviour in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. *Acta Psychiatr. Scand.* **103**, 347–354 (2001).
 99. Chang, W. C. *et al.* The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* **157**, 12–18 (2014).
 100. Sanchez-Gistau, V. *et al.* Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. *J. Clin. Psychiatry* **74**, 59–66 (2013).
 101. Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., Drake, R. & Gregg, L. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophr. Res.* **83**, 15–27 (2006).
 102. Fedyszyn, I. E., Harris, M. G., Robinson, J., Edwards, J. & Paxton, S. J. Characteristics of suicide attempts in young people undergoing treatment for first episode psychosis. *Aust. N. Z. J.*

- Psychiatry* **45**, 838–845 (2011).
103. Nixon, M. K., Cloutier, P. F. & Aggarwal, S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **41**, 1333–1341 (2002).
 104. Fedyszyn, I. E. *et al.* Suicidal behaviours during treatment for first-episode psychosis: towards a comprehensive approach to service-based prevention. *Early Interv. Psychiatry* **8**, 387–395 (2014).
 105. Björkenstam, C., Björkenstam, E., Hjern, A., Bodén, R. & Reutfors, J. Suicide in first episode psychosis: A nationwide cohort study. *Schizophr. Res.* **157**, 1–7 (2014).
 106. Drake, R. J. *et al.* The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol. Med.* **34**, 285–292 (2004).
 107. Mazaliauskienė, R. & Navickas, A. Suicidal Attempts During the First Episode Psychosis. *Sveik. Moksl. Health Sci.* **22**, 81–84 (2012).
 108. López-Moriñigo, J. D. *et al.* Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on insight dimensions at first presentation: Insight and suicidality in psychosis. *Early Interv. Psychiatry* **8**, 113–121 (2014).
 109. Canal-Rivero, M. *et al.* The role of premorbid personality and social cognition in suicidal behaviour in first-episode psychosis: A one-year follow-up study. *Psychiatry Res.* **256**, 13–20 (2017).
 110. Evensen, J. *et al.* Contrasting monosymptomatic patients with hallucinations and delusions in first-episode psychosis patients: a five-year longitudinal follow-up study. *Psychopathology* **44**, 90–97 (2011).
 111. Madsen, T. & Nordentoft, M. Suicidal changes in patients with first episode psychosis: clinical predictors of increasing suicidal tendency in the early treatment phase. *Early Interv. Psychiatry* **6**, 292–299 (2012).
 112. David, A. S. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry* **156**, 798–808 (1990).
 113. Amador, X. F. & Gorman, J. M. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr. Clin. North Am.* **21**, 27–42 (1998).
 114. Melle, I. & Ann Barrett, E. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* **12**, 353–359 (2012).
 115. Mintz, A. R., Dobson, K. S. & Romney, D. M. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr. Res.* **61**, 75–88 (2003).
 116. Lysaker, P. H., Bryson, G. J. & Bell, M. D. Insight and work performance in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* **190**, 142–146 (2002).
 117. López-Moriñigo, J. D., Ramos-Ríos, R., David, A. S. & Dutta, R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Compr. Psychiatry* **53**, 313–322 (2012).
 118. Barrett, E. 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.* **162**, 97–102 (2015).
 119. Lysaker, P. H., Roe, D. & Yanos, P. T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* **33**, 192–199 (2007).
 120. Foley, S. *et al.* Suicidality prior to presentation in first-episode psychosis: Suicidality in first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* **2**, 242–246 (2008).
 121. Crumlish, N. *et al.* Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* **112**, 449–455 (2005).
 122. Bourgeois, M. *et al.* Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am. J. Psychiatry* **161**, 1494–1496 (2004).
 123. Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr. Scand.* **113**, 163–179 (2006).
 124. Fialko, L. *et al.* Understanding suicidal ideation in psychosis: findings from the Psychological Prevention of Relapse in Psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatr. Scand.* **114**, 177–186 (2006).
 125. Barrett, E. A. *et al.* Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr. Res.* **123**, 257–262 (2010).
 126. Lincoln, T. M., Lüllmann, E. & Rief, W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr. Bull.* **33**, 1324–1342 (2007).
 127. Birchwood, M., Iqbal, Z., Chadwick, P. & Trower, P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. 1. Ontogeny of post-psychotic depression. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **177**, 516–521 (2000).

128. Adolphs, R. The social brain: neural basis of social knowledge. *Annu. Rev. Psychol.* **60**, 693–716 (2009).
129. Frith, C. D. Schizophrenia and theory of mind. *Psychol. Med.* **34**, 385–389 (2004).
130. Ventura, J. *et al.* Theory of mind in the early course of schizophrenia: stability, symptom and neurocognitive correlates, and relationship with functioning. *Psychol. Med.* **45**, 2031–2043 (2015).
131. Bora, E. & Pantelis, C. 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. *Schizophr. Res.* **144**, 31–36 (2013).
132. Pompili, M., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., Girardi, P. & Tatarelli, R. Suicide and awareness of illness in schizophrenia: an overview. *Bull. Menninger Clin.* **68**, 297–318 (2004).
133. Delaney, C. *et al.* Preserved cognitive function is associated with suicidal ideation and single suicide attempts in schizophrenia. *Schizophr. Res.* **140**, 232–236 (2012).
134. Nangle, J.-M. *et al.* Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophr. Res.* **85**, 196–200 (2006).
135. Lara, E. *et al.* Is cognitive impairment associated with suicidality? A population-based study. *Eur. Neuropsychopharmacol.* **25**, 203–213 (2015).
136. Kim, C.-H., Jayathilake, K. & Meltzer, H. Y. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr. Res.* **60**, 71–80 (2003).
137. Alaräsänen, A., Miettunen, J., Lauronen, E., Räsänen, P. & Isohanni, M. Good school performance is a risk factor of suicide in psychoses: a 35-year follow up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Acta Psychiatr. Scand.* **114**, 357–362 (2006).
138. Huber, C. G. *et al.* Brief Psychiatric Rating Scale—Excited Component (BPRS-EC) and neuropsychological dysfunction predict aggression, suicidality, and involuntary treatment in first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* **134**, 273–278 (2012).
139. Bendall, S. *et al.* Pattern of lifetime Axis I morbidity among a treated sample of first-episode psychosis patients. *Psychopathology* **41**, 90–95 (2008).
140. Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D. & Lambert, M. The First-Episode Psychosis Outcome Study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early Interv. Psychiatry* **1**, 191–200 (2007).
141. Farrelly, S. *et al.* Prevalence and correlates of comorbidity 8 years after a first psychotic episode. *Acta Psychiatr. Scand.* **116**, 62–70 (2007).
142. Gardsjord, E. S. *et al.* Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. *Schizophr. Res.* **172**, 23–28 (2016).
143. Sanchez-Gistau, V. *et al.* The affective dimension of early-onset psychosis and its relationship with suicide. *J. Child Psychol. Psychiatry* **56**, 747–755 (2015).
144. Svindseth, M. F., Dahl, A. A. & Hatling, T. Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nord. J. Psychiatry* **61**, 47–53 (2007).
145. Uptegrove, R., Ross, K., Brunet, K., McCollum, R. & Jones, L. Depression in first episode psychosis: The role of subordination and shame. *Psychiatry Res.* **217**, 177–184 (2014).
146. Hambrecht, M. & Häfner, H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol. Psychiatry* **40**, 1155–1163 (1996).
147. Lambert, M. *et al.* The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* **112**, 141–148 (2005).
148. Wade, D. *et al.* Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **189**, 229–234 (2006).
149. Conus, P. *et al.* Rate and predictors of service disengagement in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Schizophr. Res.* **118**, 256–263 (2010).
150. Miller, R. *et al.* A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophr. Res.* **113**, 138–144 (2009).
151. Verdoux, H. *et al.* Suicidality and substance misuse in first-admitted subjects with psychotic disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* **100**, 389–395 (1999).
152. Melle, I. *et al.* Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res.* **14**, 158–170 (2010).
153. Varese, F. *et al.* Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr. Bull.* **38**, 661–671 (2012).
154. Bechdolf, A. *et al.* Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk

- (prodromal) group. *Acta Psychiatr. Scand.* **121**, 377–384 (2010).
155. Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D. & Lambert, M. Pretreatment and Outcome Correlates of Sexual and Physical Trauma in an Epidemiological Cohort of First-Episode Psychosis Patients. *Schizophr. Bull.* **36**, 1105–1114 (2010).
 156. Lu, W., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Yanos, P. T. & Mahmoud, N. Posttraumatic Reactions to Psychosis: A Qualitative Analysis. *Front. Psychiatry* **8**, 129 (2017).
 157. Dunkley, J. E., Bates, G. W. & Findlay, B. M. Understanding the trauma of first-episode psychosis. *Early Interv. Psychiatry* **9**, 211–220 (2015).
 158. Rodrigues, R. & Anderson, K. K. The traumatic experience of first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* **189**, 27–36 (2017).
 159. Jackson, C., Knott, C., Skeate, A. & Birchwood, M. The trauma of first episode psychosis: the role of cognitive mediation. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **38**, 327–333 (2004).
 160. Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S. D. & Wolfe, R. The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophr. Res.* **116**, 217–227 (2010).
 161. Bendall, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C. A., McGorry, P. D. & Jackson, H. J. Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **46**, 35–39 (2012).
 162. Lataster, T. *et al.* Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **41**, 423–428 (2006).
 163. Hulbert, C. A., Jackson, H. J. & McGorry, P. D. Relationship between personality and course and outcome in early psychosis: A review of the literature. *Clin. Psychol. Rev.* **16**, 707–727 (1996).
 164. Albayrak, Y., Ekinci, O. & Çayköylü, A. Temperament and character personality profile in relation to suicide attempts in patients with schizophrenia. *Compr. Psychiatry* **53**, 1130–1136 (2012).
 165. Iancu, I. *et al.* Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology* **43**, 223–229 (2010).
 166. Teraishi, T. *et al.* Relationship between Lifetime Suicide Attempts and Schizotypal Traits in Patients with Schizophrenia. *PLoS ONE* **9**, e107739 (2014).
 167. McGirr, A. & Turecki, G. What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic, clinical and behavioural dimensions. *Schizophr. Res.* **98**, 217–224 (2008).
 168. Simonsen, E. *et al.* Personality disorders in first-episode psychosis. *Personal. Ment. Health* **2**, 230–239 (2008).
 169. Dalkin, T., Murphy, P., Glazebrook, C., Medley, I. & Harrison, G. Premorbid personality in first-onset psychosis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **164**, 202–207 (1994).
 170. Francey, S. M., Jovev, M., Phassouliotis, C., Cotton, S. M. & Chanen, A. M. Does co-occurring borderline personality disorder influence acute phase treatment for first-episode psychosis? *Early Interv. Psychiatry* (2017). doi:10.1111/eip.12435
 171. Power, P. & Robinson, J. Suicide prevention in first-episode psychosis. in *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach* (2009).
 172. Salvatore, P. *et al.* Negative Affective Features in 516 Cases of First Psychotic Disorder Episodes: Relationship to Suicidal Risk. *J. Depress. Anxiety* **2**, (2013).
 173. Berner, P., Musalek, M. & Walter, H. Psychopathological concepts of dysphoria. *Psychopathology* **20**, 93–100 (1987).
 174. Qin, P. *et al.* Trends in suicide risk associated with hospitalized psychiatric illness: A case-control study based on Danish longitudinal registers. *J Clin Psychiatry* **67**, 1936–1941 (2006).
 175. Misdrahi, D., Denard, S. & Courtet, P. Insight et schizophrénie : quels rôles dans le risque suicidaire ? *Ann. Méd.-Psychol.* **169**, 426–428 (2011).
 176. Gooding, P. A., Sheehy, K. & Tarrier, N. Perceived stops to suicidal thoughts, plans, and actions in persons experiencing psychosis. *Crisis* **34**, 273–281 (2013).
 177. Sveen, C.-A. & Walby, F. A. Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide Life. Threat. Behav.* **38**, 13–29 (2008).
 178. Pitman, A., Osborn, D., King, M. & Erlangsen, A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* **1**, 86–94 (2014).
 179. Feigelman, W. & Gorman, B. S. Assessing the effects of peer suicide on youth suicide. *Suicide Life. Threat. Behav.* **38**, 181–194 (2008).
 180. Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B. & Torigoe, R. Y. Patients' suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am. J. Psychiatry* **145**, 224–228 (1988).

181. Joiner, T. E. Why people die by suicide. *Cambridge, MA: Harvard University Press* (2005).
182. Birchwood, M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *Br. J. Psychiatry* **182**, 373–375 (2003).
183. Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P. & Peters, E. Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *Br. J. Clin. Psychol.* **53**, 213–227 (2014).
184. Heelis, R., Graham, H. & Jackson, C. A Preliminary Test of the Interpersonal Psychological Theory of Suicidal Behavior in Young People With a First Episode of Psychosis. *J. Clin. Psychol.* **72**, 79–87 (2016).
185. Freud, S. *Essais de Psychanalyse*. (2001).
186. Racamier, P. C. *Les Schizophrènes*. (2001).
187. Morasz, L. *Comprendre la violence en psychiatrie : approche clinique et thérapeutique*. (2002).
188. Courtet, P., Guillaume, S., Jollant, F., Castelnaud, D. & Malafosse, A. Neurobiologie des conduites suicidaires: voies de recherche actuelles. *EMC Elsevier Masson* **49**, 17312–17315 (2008).
189. Pandey, G. N. Altered serotonin function in suicide. Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* **836**, 182–200 (1997).
190. Li, D. & He, L. Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. *Mol. Psychiatry* **12**, 47–54 (2007).
191. Jollant, F. *et al.* Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J. Affect. Disord.* **99**, 59–62 (2007).
192. Power, P. & McGorry, P. D. Initial assessment of first-episode psychosis. in *The recognition and management of early psychosis: a preventive approach* (1999).
193. National Institute for Health and Care Excellence. *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management*. (2014).
194. HAS. *Guide - Affections de longue durée. Schizophrénies*. (Haute Autorité de la Santé, 2007).
195. Younès, N., Vaiva, G. & Passerieux, C. Examen clinique d'un patient suicidaire. [Httpwwwwem-Premiumcomhelleborebiusanteparisdescartesfrdatas/traitements/37-43506](http://www.wem-premium.com/helleborebiusanteparisdescartes/fr/datas/traitements/37-43506) (2013).
196. Terra, J. Comment intervenir auprès d'une personne en casa de crise suicidaire? in *Suicides et tentatives de suicide* (2010).
197. Misson, H. & Bellivier, F. Le risque face aux idées de suicide. in *Suicides et tentatives de suicide* (2010).
198. Spencer, E., Birchwood, M. & McGovern, D. Management of first-episode psychosis. *Adv. Psychiatr. Treat.* **7**, 133–140 (2001).
199. Joyce, E. M., Hutton, S. B., Mutsatsa, S. H. & Barnes, T. R. E. Cognitive heterogeneity in first-episode schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* **187**, 516–522 (2005).
200. Kahn, R. S. *et al.* Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet Lond. Engl.* **371**, 1085–1097 (2008).
201. Freudenreich, O., Schulz, S. C. & Goff, D. C. Initial medical work-up of first-episode psychosis: a conceptual review. *Early Interv. Psychiatry* **3**, 10–18 (2009).
202. Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. & Lieberman, J. A. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am. J. Psychiatry* **162**, 1785–1804 (2005).
203. Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M. & Miettunen, J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **205**, 88–94 (2014).
204. Johannessen, J. O. *et al.* Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* **51**, 39–46 (2001).
205. Johannessen, J. O. *et al.* First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years. *Early Interv. Psychiatry* **1**, 40–48 (2007).
206. Norman, R. M. G. & Malla, A. K. Pathways to care and reducing treatment delay in early psychosis. in *The recognition and management of early psychosis: a preventive approach* (2009).
207. McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M. & Jackson, H. J. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull.* **22**, 305–326 (1996).
208. Conus, P., Polari, A. & Bonsack, C. Intervention dans la phase précoce des troubles

- psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *Inf. Psychiatr.* **me 86**, 145–151 (2010).
209. Lecomte, T., Leclerc, C. & Wykes, T. *Group CBT for Psychosis: A Guidebook for Clinicians*. (Oxford University Press, 2016).
210. Ruggeri, M. *et al.* Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. *Schizophr. Bull.* **41**, 1192–1203 (2015).
211. Kane, J. M. *et al.* Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am. J. Psychiatry* **173**, 362–372 (2016).
212. Petersen, L. *et al.* A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* **331**, 602 (2005).
213. Thorup, A. *et al.* Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the Danish OPUS trial. *Schizophr. Res.* **79**, 95–105 (2005).
214. Tsiachristas, A., Thomas, T., Leal, J. & Lennox, B. R. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. *BMJ Open* **6**, e012611 (2016).
215. Anderson, K. K. *et al.* Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data. *Am. J. Psychiatry* appi-ajp (2018).
216. Bertelsen, M. *et al.* Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness: The OPUS Trial. *Arch. Gen. Psychiatry* **65**, 762–771 (2008).
217. Secher, R. G. *et al.* Ten-year follow-up of the OPUS specialized early intervention trial for patients with a first episode of psychosis. *Schizophr. Bull.* **41**, 617–626 (2015).
218. Lehman, A. F. *et al.* Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am. J. Psychiatry* **161**, 1–56 (2004).
219. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* **48**, s120-124 (2005).
220. Kumar, A., Datta, S. S., Wright, S. D., Furtado, V. A. & Russell, P. S. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2013). doi:10.1002/14651858.CD009582.pub2
221. Zhang, J.-P. *et al.* Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Neuropsychopharmacol. Off. Sci. J. Coll. Int. Neuropsychopharmacol. CINP* **16**, 1205–1218 (2013).
222. Takeuchi, H., Suzuki, T., Uchida, H., Watanabe, K. & Mimura, M. Antipsychotic treatment for schizophrenia in the maintenance phase: a systematic review of the guidelines and algorithms. *Schizophr. Res.* **134**, 219–225 (2012).
223. Fitzgerald, P. & Kulkarni, J. Home-oriented management programme for people with early psychosis. *Br. J. Psychiatry. Suppl.* **172**, 39–44 (1998).
224. Gould, M. *et al.* Initial treatment phase in early psychosis: can intensive home treatment prevent admission? *The Psychiatrist* **30**, 243–246 (2006).
225. American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the assessment and treatment of suicidal behaviors*. (2003).
226. Van Orden, K. A. *et al.* A test of the effectiveness of a list of suicide warning signs for the public. *Suicide Life. Threat. Behav.* **36**, 272–287 (2006).
227. Edwards, J., Hinton, M., Elkins, K. & Athanopoulos, O. Cannabis and First-Episode Psychosis: The CAP Project. in *Substance Misuse in Psychosis* (eds. Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, J. & Mueser, K. T.) 283–304 (John Wiley & Sons, Ltd, 2002). doi:10.1002/9780470713846.ch16
228. Krebs, M.-O., Gut, A., Plaze, M. & Dervaux, A. L'impact du cannabis à l'adolescence sur la transition psychotique de l'adulte. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* **61**, 224–230 (2013).
229. Guillem, E., Arbabzadeh-Bouchez, S., Vorspan, F. & Bellivier, F. Comorbidités chez 207 usagers de cannabis en consultation jeunes consommateurs. *L'Encéphale* **41**, S7–S12 (2015).
230. Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L. & Haddock, G. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: a review of the literature. *Clin. Psychol. Rev.* **33**, 526–538 (2013).

231. Jackson, C. *et al.* Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behav. Res. Ther.* **47**, 454–462 (2009).
232. Simon, R. & Gutheil, T. G. Sudden improvement among high-risk suicidal patients: should it be trusted? *Psychiatr. Serv. Wash. DC* **60**, 387–389 (2009).
233. Ducher, J.-L., de Chazeron, I. & Llorca, P.-M. Suicide et évaluation. Revue des outils disponibles en français : approche non dimensionnelle et autoquestionnaires. *L'Encéphale* **42**, 242–247 (2016).
234. Taiminen, T. *et al.* The Schizophrenia Suicide Risk Scale (SSRS): development and initial validation. *Schizophr. Res.* **47**, 199–213 (2001).
235. Malone, K. M., Szanto, K., Corbitt, E. M. & Mann, J. J. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry* **152**, 1601–1607 (1995).
236. Holi, M. M. *et al.* Detecting suicidality among adolescent outpatients: evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry* **8**, 97 (2008).
237. Madsen, T., Karstoft, K.-I., Secher, R. G., Austin, S. F. & Nordentoft, M. Trajectories of suicidal ideation in patients with first-episode psychosis: secondary analysis of data from the OPUS trial. *Lancet Psychiatry* **3**, 443–450 (2016).
238. Robinson, J., Hetrick, S. E. & Martin, C. Preventing suicide in young people: systematic review. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* **45**, 3–26 (2011).
239. Hall, P. L. & Tarrier, N. The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav. Res. Ther.* **41**, 317–332 (2003).
240. Lenior, M. E., Dingemans, P. M., Linszen, D. H., de Haan, L. & Schene, A. H. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: five-year follow-up of a psychosocial intervention. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* **179**, 53–58 (2001).
241. Gleeson, J. F. M. *et al.* A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *J. Clin. Psychiatry* **70**, 477–486 (2009).
242. Revier, C. J. *et al.* Ten-Year Outcomes of First-Episode Psychoses in the MRC ÆSOP-10 Study. *J. Nerv. Ment. Dis.* **203**, 379–386 (2015).
243. Leclerc, C. & Lecomte, T. TCC pour premiers épisodes de psychose : pourquoi la thérapie de groupe obtient les meilleurs résultats ? *J. Thérapie Comport. Cogn.* **22**, 104–110 (2012).
244. Fowler, D. *et al.* Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: a report from the ISREP MRC Trial Platform Study (Improving Social Recovery in Early Psychosis). *Psychol. Med.* **39**, 1627–1636 (2009).
245. De Hert, M., McKenzie, K. & Peuskens, J. Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophr. Res.* **47**, 127–134 (2001).
246. Gozlan, G., Acef, S. & Petitqueux-Glaser, C. Toward integrated care in mental health : experience in the area of Prépsy. *Santé Ment. Au Québec* **34**, 221–238 (2009).
247. Goodby, E. & MacLeod, A. K. Future-directed thinking in first-episode psychosis. *Br. J. Clin. Psychol.* **55**, 93–106 (2016).
248. Bechard-Evans, L. *et al.* Determinants of help-seeking and system related components of delay in the treatment of first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* **96**, 206–214 (2007).
249. Norman, R. M. G., Malla, A. K., Verdi, M. B., Hassall, L. D. & Fazekas, C. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol. Med.* **34**, 255–266 (2004).
250. Larsen, T. K. *et al.* Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am. J. Psychiatry* **158**, 1917–1919 (2001).
251. Malla, A., Norman, R., Scholten, D., Manchanda, R. & McLean, T. A community intervention for early identification of first episode psychosis: impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **40**, 337–344 (2005).
252. Minzenberg, M. J. *et al.* Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia. *Schizophr. Res.* **157**, 19–25 (2014).
253. Minzenberg, M. J. *et al.* Control-related frontal-striatal function is associated with past suicidal ideation and behavior in patients with recent-onset psychotic major mood disorders. *J. Affect. Disord.* **188**, 202–209 (2015).
254. Marčinko, D. *et al.* Platelet serotonin and serum cholesterol concentrations in suicidal and non-suicidal male patients with a first episode of psychosis. *Psychiatry Res.* **150**, 105–108 (2007).
255. Ayesa-Arriola, R. *et al.* Low-density lipoprotein cholesterol and suicidal behaviour in a large

sample of first-episode psychosis patients. *World J. Biol. Psychiatry Off. J. World Fed. Soc. Biol. Psychiatry* 1–4 (2018). doi:10.1080/15622975.2017.1414305

256. Connell, M., Schweitzer, R. & King, R. Recovery from first-episode psychosis and recovering self: A qualitative study. *Psychiatr. Rehabil. J.* **38**, 359–364 (2015).

Titre de thèse :
Risque suicidaire et stratégies de prévention au cours du premier épisode psychotique : État
des connaissances

Résumé :

Le suicide est un drame personnel, aux répercussions durables sur l'entourage et la société. Les sujets souffrant d'un trouble psychiatrique sont particulièrement touchés, et le premier épisode psychotique (PEP) est notamment une période à risque élevé de comportements suicidaires. Mieux comprendre, dépister, et prévenir le risque suicidaire chez les adolescents et jeunes adultes présentant ce trouble est une priorité. Après avoir mis en évidence les phases -du PEP et de sa prise en charge- les plus à risque de conduites suicidaires, nous proposerons une description clinique des sujets et situations à risque, et présenterons les facteurs de risque à rechercher. À la lumière de ces éléments de la littérature, nous réfléchirons à la meilleure prise en charge de ces patients, dans le but triple de : prévenir l'émergence de la tendance suicidaire, empêcher le passage à l'acte et sa récurrence, tout en accompagnant le patient vers le rétablissement psycho-social. En effet, prise en charge du risque suicidaire et prise en charge du PEP sont indissociables, tant leurs problématiques se répondent voire se recouvrent. Aussi le but de ce travail est de mettre en évidence les éléments essentiels de la prévention du risque suicidaire chez la jeune personne souffrant d'un PEP, au sein d'une prise en charge adaptée.

Mots-clés :

Premier épisode psychotique ; Suicide ; Intervention précoce ; Risque suicidaire ; Prévention ; Évaluation ; Rétablissement

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes,
15 rue de l'École de Médecine,
75006 Paris