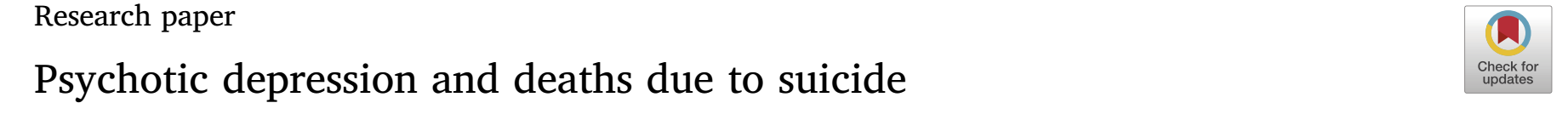
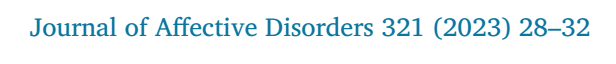
**La dépression psychotique et les décès dus au suicide**





**INTRODUCTION :**

Dans la dépression psychotique (DP), des symptômes tels que le délire ou les hallucinations s'ajoutent à la charge totale de la maladie ressentie par l'individu. Par rapport à la dépression non psychotique (DNP), la DP est associée à de moins bon résultats thérapeutiques, à une prévalence plus élevée de la comorbidité psychiatrique et à un taux de mortalité plus élevé. La dépression augmente considérablement le risque de suicide, et la dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment diagnostiqué chez les personnes ayant un suicide accompli, mais les preuves de l'interaction entre la dépression et les symptômes psychotiques dans les suicides sont mitigées.

Les études précédentes n'ont pas trouvé un excès de risque de suicides dans les cas de DP par rapport aux cas de DNP. Une grande partie des données sur l'excès de risque de suicide dans le DP est basé sur un petit nombre de suicides. En outre, il a été suggéré que d'autres troubles psychiatriques concomitants, qui sont relativement fréquents, peuvent être associés au suicide. Il a également été suggéré que le DP pourrait être associé à des méthodes de suicide plus violentes que la NPD. Si les méthodes de suicide sont plus violentes, c'est-à-dire mortelles, létales, dans le cas du DP que dans celui de la DNP, cela aura des implications importantes pour le traitement et la prise en charge du DP.

Cette vaste étude de cohorte est basée sur une population de plus de 17 000 personnes atteintes du premier épisode de DP et suivies jusqu'à cinq ans après le diagnostic initial. Les auteurs abordent certaines des limites des données probantes sur la mortalité par suicide dans la DP, en tenant compte des facteurs concomitants, notamment les troubles de la personnalité, les troubles lié à la consommation de substances, antécédents d'automutilation, et conversion à d'autres troubles psychiatriques après le diagnostic initial, y compris le trouble schizo-affectif, le trouble bipolaire et la schizophrénie.

Les auteurs ont établi le risque de suicide séparément selon la méthode de suicide. À des fins de comparaison, les auteurs vont inclure les décès dus à des blessures non intentionnelles. Pour contrôler la gravité de la dépression sous-jacente, les auteurs utiliseront plus de 85 000 individus avec un premier épisode de DNP sévère comme groupe de comparaison.

**METHODES :**

Les auteurs ont utilisé les registres nationaux finlandais pour identifier les personnes diagnostiquées de dépression. Le registre des sorties d'hôpital tenu par l'Institut National de la Santé et du Bien-être comprend des informations sur tous les contacts avec les patients hospitalisés et les soins ambulatoires spécialisés. Les registres tenus par l'Institut d'assurance sociale et le Centre pour les retraites comprennent des informations sur les prestations remboursées liées au handicap, y compris les indemnités de maladie (congés de maladie ≥14 jours) et les pensions d'invalidité. Le registre des sorties d'hôpital a également été utilisé pour identifier les comorbidités. Le registre des causes de décès tenu par l'organisme Statistics Finlandais a été utilisé pour identifier les causes de décès. Ils ont utilisé les informations de ces registres pour les années allant de 1998 à 2018. Tous les diagnostics ont été identifiés en utilisant la Classification Internationale des Maladies, dixième révision (CIM-10), Le couplage des enregistrements a été effectué par l'Institut national de la santé et du bien-être à l'aide d'un numéro d'identification personnel unique délivré à tous les résidents permanents en Finlande.

**RESULTATS :**

Au cours des cinq années de suivi, 2,6 % des individus du groupe DP sont décédées par suicide, contre 1,0 % dans le groupe DNP. Parmi les personnes du groupe DP, 1,0 % sont décédées à la suite de blessures non intentionnelles contre 0,6 % dans le groupe DNP. Dans le groupe DP, environ 60 % (614/ 966) des décès survenus au cours des cinq années de suivi étaient dus à des causes externes. Les personnes du groupe DP présentaient un risque ajusté de suicide environ deux fois plus élevé et un risque de décès par blessures non intentionnelles environ 30 % plus élevé par rapport aux personnes du groupe DNP.

Dans le groupe DP, plus des deux tiers des suicides et environ la moitié des décès dus à des blessures non intentionnelles sont survenus au cours des deux premières années suivant le diagnostic de référence. Aucune différence dans l'accumulation de décès en fonction de la durée de survie n'a été observée au cours de la période de suivi de cinq ans dans les deux groupes.

De même, aucune différence n’a été observée entre les deux groupes en termes de moyenne du temps jusqu'au décès par suicide ou par des blessures non intentionnelles. Cela suggère que même si les taux de décès étaient plus élevés au DP pour toutes les méthodes de suicide par rapport à la DNP, chez les personnes décédées par suicide, le décès n'est pas survenu plus tôt dans le DP que dans la DNP.  
  
**DISCUSSION :**

Dans cette vaste étude de cohorte de cinq ans, plus de 17 000 personnes ayant reçu un diagnostic de premier épisode de DP ont été comparées à plus de 80 000 personnes présentant un premier épisode de DNP sévère afin d'examiner le risque de suicide et d'autres causes externes, tout en contrôlant les facteurs de confusion potentiels liés aux comorbidités psychiatriques. Par rapport à la NPD, le DP était associé à un risque de suicide deux fois plus élevé. Les risques relatifs les plus élevés concernaient les méthodes létales de suicide, y compris le saut d'un endroit élevé, l'accident de voiture, la noyade et la strangulation ou la pendaison. L'excès de risque de suicide n'était pas expliqué par des antécédents d'automutilation, un trouble de la consommation de substances ou un trouble de la personnalité préexistant, ou la conversion à d'autres troubles psychiatriques après le diagnostic d'indexation, y compris le trouble bipolaire ou la schizophrénie. Parmi les décès dus à des blessures non intentionnelles accidentelles, seuls les empoisonnements accidentels présentaient une augmentation statistiquement significative du risque dans le groupe DP.

En chiffres absolus, les empoisonnements et les causes liées à la suffocation ont le plus contribué à la surmortalité due à des causes externes dans le groupe DP. En outre, ces résultats ont montré que le DP était associé à une méthode plus léthale que dans le cas de la DNP (16 suicides violents/1000 personnes contre 5 suicides violents/1000 personnes, respectivement), et cette association était plus forte chez les femmes que chez les hommes. Plus des deux tiers des suicides et environ la moitié des décès dus à des blessures non intentionnelles ont eu lieu relativement peu de temps après le premier diagnostic, c'est-à-dire au cours des deux premières années après le diagnostic initial.

En outre, les résultats de cette étude ont montré que le risque de blessures involontaires mortelles était accru d'environ 30 % chez les personnes atteintes de DP par rapport aux cas de DNP. Cependant, le seul risque statistiquement significatif concernait les empoisonnements accidentels. Dans DP, plus des deux tiers des auto-empoisonnements intentionnels étaient dus à des psychotropes, y compris les antipsychotiques, alors qu'environ un tiers des empoisonnements accidentels étaient dus à des psychotropes. Il est possible que certains empoisonnements aient été mal classés en termes d'intentionnalité chez les patients atteints de la DP.

Les études futures devraient viser à établir si des antécédents connus de symptômes psychotiques influencent la détermination de l'intentionnalité dans les cas d'empoisonnement.

Il est largement reconnu que le risque de suicide est déterminé par une interaction complexe entre divers facteurs psychosociaux, neuropsychiatriques et environnementaux, et que la dépression seule n'est ni nécessaire ni suffisante pour le comportement suicidaire. Cependant, les symptômes de la dépression tels que la culpabilité, l'inutilité, le désespoir et les ruminations sont probablement associés à des dimensions des symptômes psychotiques, telles que celles liés aux biais cognitifs. Les recherches futures devraient viser à établir l'effet additif ou synergique potentiel des symptômes affectifs, de l'impulsivité le sentiment de perte de contrôle, le désespoir, la dysrégulation émotionnelle, et du désengagement social sur le risque de suicide, conformément au modèle cognitif de la psychose, afin de mieux comprendre le risque accru de suicide dans la dépression psychotique.

En évaluant le risque d'automutilation du patient, les cliniciens doivent, en plus des symptômes affectifs, se concentrer sur l'expérience personnelle du patient, en particulier, en matière de désespoir et son désir potentiel d'échapper à un fardeau mental écrasant.

Les principaux points forts de cette étude sont la précision accrue des estimations de l'effet en raison du nombre relativement important de personnes diagnostiquées de DP, le nombre relativement important de suicides dans les données, ce qui a permis aux auteurs d'établir les risques par méthode de suicide, et le contrôle pour d'autres troubles psychiatriques qui ont été indiqués comme des facteurs de confusion potentiels dans des recherches antérieures.

Étant donné que cette étude s'est appuyée sur des registres collectés à des fins administratives, elle présente des limites ; les symptômes psychotiques sont connus pour être mal identifiés dans les contextes cliniques et que, par conséquent, la dépression psychotique est sous-diagnostiquée. Ainsi, les estimations de l'effet sont probablement sous-estimées car les patients souffrant de DP sont, dans une mesure inconnue, mal classés dans la catégorie des dépressions non psychotiques. Cependant, on peut supposer que dans le contexte hospitalier, cette erreur de classification a moins d'impact sur la qualité de vie des patients que, par exemple, dans les soins primaires. Les auteurs ont contrôlé les divers facteurs de confusion potentiels, mais, comme les registres administratifs ne contiennent pas d'informations sur tous les facteurs de confusion potentiels, une certaine confusion résiduelle reste probable. Cependant, comme ils ont utilisé la DNP sévère comme groupe de contrôle, les facteurs de confusion non mesurés ont probablement moins d'impact que dans les études qui ont utilisé une dépression moins sévère comme groupe de contrôle. De plus, l'ajustement pour les comorbidités psychiatriques a probablement contrôlé indirectement une partie de la confusion non mesurée.

**CONCLUSION :**

Les symptômes psychotiques multipliait par deux le risque de suicide par rapport au risque associé à une dépression sévère, après contrôle d'autres troubles psychiatriques comorbides et des antécédents d'automutilation. La sévérité des idées suicidaires peut être plus élevée chez les personnes atteintes de la DP que chez celles atteintes de la DNP. Un dépistage et une surveillance accrus des symptômes psychotiques le délire et les hallucinations, est justifié pour tous les patients souffrant de dépression sévère.

Dr. Mohammed EL ABBANI

Service de psychiatrie CHU – Agadir

Janvier 2023