



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Article de recherche

## Prévention du risque suicidaire dans la schizophrénie : importance de la psychoéducation des familles

### *Suicidal risk prevention in schizophrenia: Importance of family psychoeducation*

Y. Hodé<sup>a,\*</sup>, J. Dubreucq<sup>b</sup>, E. Valladier<sup>c</sup>, N. Guillard Bouhet<sup>d</sup>, S. Lemestré<sup>e</sup>, J. Attal<sup>f</sup>,  
O. Canceil<sup>g</sup>, M. Biotteau<sup>h</sup>, P. Laffond<sup>i</sup>, A. Raynaud<sup>j</sup>, I. Chéreau-Boudet<sup>k</sup>,  
A. Montagne Larmurier<sup>l</sup>, J.-Y. Giordana<sup>m</sup>, B. Saingery<sup>n</sup>, T. d'Amato<sup>o</sup>, D. Willard<sup>p</sup>

<sup>a</sup> Institut de psychiatrie GDR 3557 Paris, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> C3r CH Alpes-Isère, 3, rue de la Gare, 38120 Saint-Égrève, France

<sup>c</sup> Service hospitalo-universitaire-S14, centre référent en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale (C3RP), centre hospitalier Sainte-Anne, 75014 Paris, France

<sup>d</sup> CREATIV, centre hospitalier H. Laborit, Poitiers, 370, avenue Jacques-Cœur, 86021 Poitiers, France

<sup>e</sup> ASBL Similes Wallonie, rue Lairesse, 15, 4020 Liège, Belgique

<sup>f</sup> Service universitaire de psychiatrie adulte, hôpital la Colombière, CHRU Montpellier, 191, avenue du Doyen Gaston-Giraud, 34295 Montpellier cedex 5, France

<sup>g</sup> Pôle Paris 12 – Secteur 75G10/11 hôpitaux de Saint-Maurice, 12-4, rue du Val d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France

<sup>h</sup> Département de psychiatrie, CHU de Tours, 37044 Tours cedex 9, France

<sup>i</sup> Hôpital de Malévoz, route de Morgins, 10, 1870 Monthey, Suisse

<sup>j</sup> Filiale ambulatoire, centre hospitalier Esquirol, 15, rue Doct Raymond-Marcland, 87000 Limoges, France

<sup>k</sup> Service de psychiatrie de l'adulte, CHU de Clermont-Ferrand, rue Montalembert, BP 69, 63003 Clermont-Ferrand, France

<sup>l</sup> Service de psychiatrie adulte, CHU de Caen, avenue de la Côte de Nacre CS 30001, 14033 Caen cedex 9, France

<sup>m</sup> CHS Sainte-Marie, 87, avenue Joseph-Raybaud, 06200 Nice, France

<sup>n</sup> EPSM des Ardennes CHS Béclair, 1, rue Pierre-Hallali, 08000 Charleville-Mézières, France

<sup>o</sup> SHU pôle est, centre hospitalier Le-Vinatier, BP 30039 – 95, boulevard Pinel, 69678 Bron, France

<sup>p</sup> C3R-P/CJAAD, service hospitalo-universitaire, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 15 juin 2019

Accepté le 7 février 2020

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Psychoéducation

Intervention familiale

Suicide

Thérapie comportementale et cognitive

Schizophrénie

Prévention

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Cette étude décrit l'évolution du taux de tentatives de suicide chez des patients avec schizophrénie avant, puis douze mois après qu'un de leur proche ait bénéficié du programme de psychoéducation à destination des familles Profamille.

**Méthode.** – Étude rétrospective sur 1209 participants ayant participé au programme Profamille version V3.2 sur 40 centres français, belges et suisses. La présence de tentatives de suicide chez les patients a été évaluée par un auto-questionnaire renseigné par le proche participant à Profamille. Une évaluation T0 explore les 12 mois précédant le début du programme, l'évaluation T1 explore les 12 mois suivant le programme.

**Résultats.** – Le taux de tentative de suicide est de 6,4 % avant Profamille, de 2,4 % 12 mois après la fin du programme. On observe une réduction significative du taux de tentatives de suicide au cours des 12 mois ( $p = 0,0003$ ) suivant Profamille.

**Conclusions.** – Cette étude montre l'impact favorable de Profamille dans la réduction du taux de tentatives de suicide chez les patients avec schizophrénie. Dans la perspective d'une réduction des tentatives de suicide, nos résultats suggèrent l'intérêt de proposer Profamille précocement, lorsque le risque est le plus important.

© 2020

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [yann.hode@yahoo.fr](mailto:yann.hode@yahoo.fr) (Y. Hodé).

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.002>

0013-7006/© 2020

Pour citer cet article : Hodé Y, et al. Prévention du risque suicidaire dans la schizophrénie : importance de la psychoéducation des familles. Encéphale (2020), <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.002>

A B S T R A C T

**Keywords:**  
Psychoéducation  
Family intervention  
Suicide  
Behavioral cognitive therapy  
Schizophrenia  
Prevention

**Objectives.** – Although mortality by suicide in schizophrenia seems to have decreased in some countries over the last 30 years, it remains much higher than in the general population. Studies have shown this risk to impact around 5% of patients, corresponding to a risk almost 2.5 times higher than in the general population. Family psychoeducation in schizophrenia has been demonstrated to lead to symptom reductions and to an improvement of the quality of life, two factors that should contribute to decreasing the suicidal risk. Therefore, if families attend an efficient psychoeducation program, we can expect a decrease in the patient suicidal risk. Attending a family psychoeducation program at the beginning of the disease would also be associated with a stronger preventive effect on suicidal mortality. The objective of this study is to describe the suicide attempt rate of patients who suffer from schizophrenia before and one year after one of their relatives participated to the family psychoeducation program Profamille.

**Method.** – We performed a retrospective study on 1209 people who attended the Profamille (V3.2 version) Family Psychoeducation Program. This program has 2 modules: an initial training module of 14 weekly or fortnightly sessions, and a consolidation module of 4 sessions over 2 years. Sessions last 4 hours and follow a precise and structured course. Data were collected from 40 different centers in France, Belgium and Switzerland and were based on participants assessed at the beginning and one year after the first module. Self-assessment from the relatives participating in the program provided the measure of patients' suicide attempts. An assessment at T0 explored the attempts over the 12 months before the beginning of the program while the assessment at T1 analyzed those during the 12 months following the end of the Program. The Chi<sup>2</sup> test was used to compare the suicide attempt rates for each period, using a significance threshold of 0.05. Since the risk of suicide is greater in the first years of the illness, rates of attempts are also calculated according to the age of disorder. The analysis was carried out with the statistical software R.

**Results.** – The number of participants reporting that their relative had attempted suicide in the previous 12 months decreased from 41 to 21. The annual attempts rate was evaluated at 6.4 % before the Profamille program and decreased to 2.4 % a year after the end of the program ( $P=0.0003$ ). The reduction of the attempt rate was observed even for patients with schizophrenia for more than 10 years.

**Conclusion.** – This study shows the positive impact of Profamille on reducing the rate of suicide attempts in patients with schizophrenia. It has been shown that the risk is highest at the beginning of the disorder. Therefore, based on our results, it would seem appropriate to propose the Profamille program at an early stage.

© 2020

## 1. Introduction

Même si la mortalité par suicide dans la schizophrénie semble avoir baissé ces trente dernières années dans certains pays [1], elle reste une cause de surmortalité importante. Elle toucherait cinq pour cent des patients [2] soit un risque qui est voisin de deux fois et demie celui de la population générale. Cependant, ce risque serait nettement plus important les premières années d'évolution de la maladie avec un taux de décès par suicide dix fois supérieur à celui d'une population contrôlée de même âge, ce qui veut dire une précocité de la mort induite [3,4].

L'existence d'un soutien familial au moment du début des troubles serait un facteur associé à une moindre mortalité suicidaire [5]. Les troubles du comportement du patient impactent aussi l'humeur des membres de sa famille [6] et peuvent fragiliser les capacités de soutien de celle-ci. On pourrait s'attendre à ce que si des familles suivent un programme psycho-éducatif efficace, en améliorant leur humeur [7] et en acquérant de meilleures habiletés pour aider leur proche, cela puisse baisser le risque suicidaire du malade. Comme il a déjà été montré que la psychoéducation de la famille entraîne une réduction des symptômes du malade et une amélioration de sa qualité de vie [8–11], deux facteurs contribuant à l'amélioration du risque suicidaire, on peut s'attendre à un effet possible sur ce risque.

Cependant, la méta-analyse Cochrane de 2010 [12] sur les effets de la psychoéducation des familles rapporte très peu d'études ayant une évaluation des gestes suicidaires et le bilan de ces études ne met pas en évidence d'un effet préventif sur le risque suicidaire. Le choix du suicide comme critère d'évaluation pose d'ailleurs des problèmes de faisabilité. Il s'agit d'un événement rare nécessitant des groupes importants, tant en groupe actif qu'en groupe

contrôle. Avoir des groupes contrôles de grande taille dans le cadre d'une prestation comme la psychoéducation des familles, qu'il est encore difficile d'offrir largement en 2018, est utopique. Les tentatives de suicides (TS) sont par contre un critère d'évaluation plus avantageux. Elles sont plus fréquentes que les suicides, et elles permettent aussi de prendre un groupe comme son propre contrôle dans une étude avant/après. Les tentatives de suicide sont un indicateur du risque suicidaire. Il y aurait environ un mort pour vingt tentatives de suicide [13] et 40 % des suicides sont précédés d'une tentative [14]. Le taux de récurrence dans les deux ans après sortie de l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide serait de 14 % à 25 %. Une étude européenne a même retrouvé que 50 % de ceux qui avaient fait une tentative renouvelaient leur geste dans l'année qui suit [15]. Par ailleurs, le risque de mourir par suicide serait supérieur chez les patients ayant fait plusieurs tentatives [16]. La probabilité de récidiver s'accroît avec le nombre de tentatives [17,18] et ce risque de récurrence d'une tentative augmenterait de 32 % à chaque nouvelle tentative [19].

Les tentatives de suicide sont donc un critère intéressant pour évaluer l'effet préventif sur le suicide d'un programme psycho-éducatif. Ce critère est intéressant pour son intérêt médical, c'est aussi un critère qui a un intérêt économique, puisque les tentatives de suicides ont un coût en termes d'hospitalisations, de soins, et de handicap lorsque la tentative de suicide entraîne des séquelles physiques [20].

## 2. Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective auprès des équipes du réseau francophone des utilisateurs du programme psycho-éducatif Profamille dans sa version V3.2.

Le programme est composé de deux modules, un module de formation initiale de quatorze séances à fréquence hebdomadaire ou bimensuelle, et un module de consolidation de quatre séances sur deux ans. Les séances durent quatre heures et suivent un déroulement précis, et très structuré. Un groupe est composé habituellement de douze participants et deux animateurs. L'évaluation anonymisée est réalisée sous forme d'auto-questionnaires en début en fin de programme, remplis par les familles et concernant l'état de leur proche malade. Elle fait partie des critères d'assurance qualité visant à mesurer les effets obtenus et à garantir, entre équipes, une fidélité de la délivrance du programme.

Les patients ne sont pas présents durant les séances et la famille participe indépendamment du suivi de son proche. Leur participation n'est ni conditionnée à l'accord ou l'information du malade, ni de son médecin traitant.

Parmi les éléments d'évaluation de l'état du malade, les familles répondent en T0 à des questions sur l'existence de tentative de suicide dans l'année qui a précédé le module 1 et, en T1, un an après la fin du module 1, sur l'existence de tentative de suicide durant cette année.

Les données utilisées pour cette étude sont celles des différentes équipes du réseau incluant la Belgique, la France et la Suisse, fin 2018, et concernent les participants des groupes qui ont été revus un an après le module 1.

Le test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer les pourcentages de tentatives de suicide sur chaque période, avec un seuil de significativité à 0,05. Le risque suicidaire étant plus important les premières années de la maladie, les taux de tentatives sont aussi calculés selon l'ancienneté des troubles. Comme le nombre de patients par année est la plupart du temps trop petit pour permettre une interprétation statistique, les données ont été regroupées pour obtenir les taux de tentatives de suicides chez les patients qui n'étaient plus au début des troubles, notamment le taux de ceux dont l'ancienneté des troubles datait de plus de 5 ans ou de plus de 10 ans. L'analyse a été réalisée avec le logiciel statistique R.

### 3. Résultats

L'étude a porté sur 40 centres correspondant à 1209 participants. Les données à un an avaient été enregistrées pour 65 % d'entre eux. Cela correspond à des patients d'âge moyen de 31 ans dont 77 % sont des hommes. L'âge moyen des hommes et des

femmes diffère de moins de deux ans et l'âge moyen de début des troubles pour les deux est de vingt ans.

Il y a eu la même proportion de tentatives de suicide parmi les patients vivant avec les participants que parmi les autres.

Le nombre de participants indiquant une tentative de suicide chez leur proche au cours des douze mois précédents passe de 46 pour T0 à 21 pour T1. Parmi les participants, dont le proche avait voulu se suicider l'année précédant Profamille, le taux de récurrence était de 21,7 % à T1. Par ailleurs, chez ceux qui avaient voulu se suicider l'année suivant Profamille, 41,2 % n'avaient commis aucune tentative l'année précédant Profamille.

Les participants étaient cinq pour cent à déclarer ne pas savoir, soit dans l'année qui précédait, soit dans l'année qui suivait, si leur proche avait fait une tentative de suicide. Dans deux tiers des cas, cette non-connaissance portait sur l'année qui précédait. Ces cas ont été exclus de l'analyse. Au final, l'analyse porte donc sur 714 déclarations.

Le taux de tentatives en fonction de l'ancienneté des troubles est présenté sur la Fig. 1. Compte tenu de la variabilité importante pour des délais proches et du faible effectif des malades pour certains délais, les données ont été lissées : chaque point représente la valeur moyenne sur une plage de temps de trois ans.

### 4. Discussion

Cette étude est la première à notre connaissance qui rapporte après une intervention familiale une baisse du taux de tentatives de suicide dans la schizophrénie. Avant le début du programme, la prévalence annuelle des tentatives de suicide est de 6,4 % soit treize fois plus que la prévalence annuelle dans la population générale qui est de 0,5 % (mais atteint 2 % pour les femmes entre quinze et dix-neuf ans). Ce taux est deux fois plus faible un an après les quatorze séances de psycho-éducation (Tableau 1). Une tentative de suicide entraîne des soins ayant un coût sanitaire moyen entre 5000 et 15 000 euros (feuille de route santé mentale et psychiatrie, ministère de la Santé, juin 2018). Avec 25 patients en moins qui feront une tentative de suicide dans l'année qui suit le programme, le gain potentiel est de 375 000 euros. Le programme pour la population concernée par l'étude a coûté environ deux millions d'euros en frais de personnel pour l'animer. Cela signifie qu'uniquement sur cette première année, et uniquement par la diminution des tentatives de suicide, presque un cinquième du coût du programme est

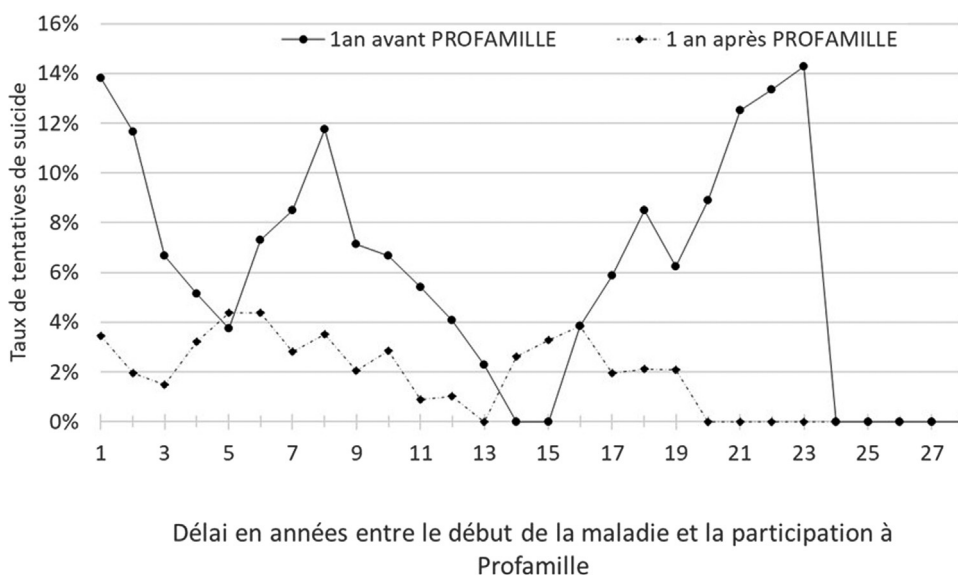


Fig. 1. Délai en années entre le début de la maladie et la participation à Profamille.

**Tableau 1**  
Taux annuel de tentatives de suicide avant (T0) et un an après la fin du module 1 du programme Profamille (T1).

	T0	T1	Test du Chi <sup>2</sup> de Pearson avec correction de Yates
TS dans les précédents 12 mois	6,4 %	2,4 %	$p = 0,00031$
Homme – Femmes	5,8 % – 8,8 %	2,3 % – 2,5 %	

déjà remboursé. Le maintien d'une telle économie sur les années suivantes prédit une rentabilité de ce programme juste par rapport à cet indicateur. Il faut ajouter à cela que les programmes psycho éducatifs destinés aux familles entraînent de substantielles baisses de coûts supplémentaires par la réduction du nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie. La réduction des tentatives de suicide n'est qu'une des composantes de la plus-value financière.

L'importance de l'effet observé peut s'expliquer par plusieurs facteurs synergiques : d'une part, l'apprentissage par les familles d'habiletés à mieux communiquer avec leur proche, et donc à mieux répondre à leurs attentes, d'autre part, par la réduction de la charge émotionnelle. En effet, deux études antérieures avec ce même programme [6,7] avaient montré une nette baisse de la symptomatologie dépressive à l'issue de programme, contribuant ainsi à réduire le niveau d'émotions négatives exprimées. Or, un haut niveau d'émotions négatives exprimées étant un facteur de rechute connu [21], on peut penser que c'est indirectement un facteur majorant le risque suicidaire.

L'absence d'effet démontré jusqu'à ce jour des programmes psycho éducatifs sur le risque suicidaire peut s'expliquer par la taille nécessaire pour mettre en évidence un changement statistiquement significatif sur des événements rares. Notre étude suggère que pour atteindre une puissance statistique suffisante, il faut atteindre 500 sujets par groupe. L'absence d'effet démontré jusqu'à présent peut aussi s'expliquer par l'hétérogénéité des programmes psycho éducatifs, tant dans leur durée, que dans leur contenu et probablement la faible efficacité de nombre d'entre eux. En outre, de même que deux molécules structurellement proches et agissant sur la même cible biologique n'auront pas nécessairement le même effet, deux programmes psycho éducatifs, même de contenu proche, peuvent différer dans leur efficacité. Les programmes psycho-éducatifs sont des interventions cognitives et comportementales, nécessitant aussi une maîtrise technique de leur délivrance. Une hétérogénéité de la maîtrise technique de l'animation peut exister entre les équipes. Le fait d'avoir pu présenter des résultats significatifs sur des données issues de 40 équipes différentes, montre que le programme proposé présente un niveau de standardisation minimale des pratiques entre les équipes, ce qui est suffisamment rare dans les pratiques en psychiatrie pour mériter d'être signalé.

Les données sont issues de l'évaluation des tentatives de suicide par les familles mais certaines tentatives peuvent passer inaperçues, surtout si leur proche ne vit pas chez elles. Cependant, 47 % vivent avec leur proche et 95 % le voient fréquemment. Les familles peuvent aussi ne pas comptabiliser de tentatives de suicide par oubli. Cependant, l'effort de mémoire demandé ne concerne que les douze derniers mois, et une tentative de suicide est un événement rare et suffisamment grave pour être correctement mémorisé sur un temps respectif de douze mois.

Une limitation de cette étude est l'absence de groupe contrôle. En l'absence d'un tel groupe, on ne peut exclure une évolution naturelle de baisse du risque entre un an avant et un an après. Cependant, nous observons que tant cinq ans que dix ans après le début des troubles, le risque de tentative de suicide reste plus important avant le programme qu'après le programme (Tableau 2). Or, le risque suicidaire est très important la première année après le début des troubles et il baisse déjà la deuxième et encore plus la troisième année [22]. On peut donc penser que 10 ans après le début des troubles, le risque suicidaire d'une année à l'autre est plus stable et que l'observation d'une baisse n'est pas l'effet

d'une évolution naturelle mais bien l'effet du programme. La Fig. 1 montre une grande fluctuation au cours du temps en raison de la petite taille des populations à chaque temps. Par exemple, le pic à 23 ans porte sur un total de deux tentatives sur quatorze cas, ce point pris isolément n'a donc pas de pertinence statistique. Cependant, ces courbes illustrent bien que les pourcentages de tentatives de suicide baissent après le programme Profamille, quelle que soit l'ancienneté des troubles.

Par ailleurs, l'hypothèse d'une baisse spontanée du risque suicidaire est questionnable. En effet, lorsque les patients vont mieux sur le plan psychotique (ce que rapportent les familles après le programme Profamille), l'*insight* peut s'améliorer. Chez certains malades cela conduirait à une majoration des symptômes dépressifs [23] donc une possible majoration du risque suicidaire. Il ne va donc pas de soi qu'une intervention qui améliore les patients soit nécessairement associée à la baisse du risque suicidaire, elle pourrait au contraire l'augmenter dans certains cas. Le résultat que nous obtenons est donc très intéressant de ce point de vue.

Enfin, un dernier argument plaide pour un effet spécifique de ce programme : le taux de récurrence des tentatives de suicide un an après est de 21,7 %. Une méta-analyse montrait l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales comparativement à une prise en charge usuelle sur taux de récurrence d'une tentative de suicide sur un suivi d'un an avec un taux de récurrence de 23,8 % si le patient bénéficiait de la thérapie [24]. Le taux de récurrences avec Profamille est donc proche de celui d'une psychothérapie ciblant le malade et ayant un effet démontré.

On note 35 % de perdus de vue, c'est-à-dire de participants pour lesquels il n'y avait pas d'évaluation finale. La méta-analyse Cochrane de 2010 éliminait les études avec plus de 50 % de perdus de vue, ce qui montre la difficulté du suivi. Le taux de perdus de vue est comparativement acceptable. Dans notre étude, beaucoup de perdus de vue sont liés à des problèmes d'organisation logistique des équipes, notamment une réunion à un an préparée avec moins d'attention, et des évaluations non recueillies ou même souvent non saisies. L'importance de l'évaluation n'est pas encore assimilée comme une pratique essentielle et la motivation des équipes est encore trop focalisée seulement sur la délivrance du programme et moins sur son évaluation. La très grande majorité des perdus de vue n'est donc pas attribuable à un manque d'efficacité du programme, et il est peu probable, bien qu'en toute rigueur on ne puisse pas l'exclure, que la baisse du risque suicidaire soit plus faible que celle qui est rapportée. Les tentatives de suicide sont légèrement plus élevées dans le groupe perdu de vue (9,0%) mais pas de façon statistiquement significative ( $p = 0,13$ ). Dans l'étude, le biais des perdus de vue a été réduit en ne prenant en compte dans l'analyse initiale que les participants dont les données finales étaient connues. Ainsi, les participants perdus de vue ne viennent pas accroître de façon biaisée le pourcentage initial du score suicidaire. Il existe aussi une faible proportion de patients pour lesquels les participants disent ne pas savoir s'il y a eu une tentative de suicide surtout avant de débiter le programme. À l'issue du programme, l'amélioration des contacts avec le malade permet au participant d'être mieux informé. Si tentatives il y a eu, il est probable qu'elles n'ont donné lieu à aucune hospitalisation, sinon elles auraient été connues. La possibilité d'un biais qui impacte les résultats globaux est cependant faible car le nombre de cas est faible, et s'il y a eu une surreprésentation des tentatives dans ce petit groupe, cette surreprésentation doit n'être que modérée. En effet, on imagine mal un

**Tableau 2**

Taux annuels de tentatives de suicide en fonction de l'ancienneté des troubles, avant (T0) et un an après la fin du Module 1 du programme Profamille (T1).

	T0	T1	Test du Chi-2 de Pearson avec correction de Yates
TS dans les précédents 12 mois, plus de 5 ans après le début des troubles	5,7 %	2,3 %	$p=0,0074$
TS dans les précédents 12 mois, plus de 10 ans après le début des troubles	4,5 %	1,2 %	$p=0,019$

taux important de tentatives dans un sous-groupe où il n'y a pas eu d'hospitalisations connues ni d'autres signaux d'alerte. D'ailleurs, si ces données exclues sont maintenues dans l'analyse en considérant qu'elles doivent toutes être interprétées comme une tentative, ou au contraire toutes interprétées comme une absence de tentative, cela ne change pas le sens des résultats obtenus. L'existence d'une hétérogénéité dans la délivrance du programme est probable, malgré la standardisation de celui-ci et l'existence d'une formation continue annuelle des équipes. Cependant, il n'est pas possible de la mettre en évidence avec les effectifs de cette étude, du fait du nombre important de participants par centre qu'il serait nécessaire d'avoir. Dans la future version du programme, plusieurs améliorations ont été apportées pour permettre une meilleure évaluation du risque suicidaire. La formation des équipes aux approches motivationnelles a été renforcée pour réduire les perdus de vue, la standardisation du programme a été plus poussée et l'évaluation du taux de tentatives de suicide a été portée non pas sur l'année qui précède le programme mais sur les deux années pour mieux apprécier les changements avant/après.

## 5. Conclusion

Cette étude montre, pour la première fois à notre connaissance, l'impact favorable d'une intervention psycho-éducative ciblant uniquement la famille des malades sur la fréquence des tentatives de suicide des malades. Ce résultat confirme l'intérêt de la psycho-éducation des familles dans la schizophrénie, à condition d'avoir un programme à l'efficacité démontrée. Il amène aussi à réfléchir en termes de pertes de chance lorsque la famille ne peut pas bénéficier d'un tel programme. En effet, dans la schizophrénie, environ 55 % des patients qui se suicideront sur un suivi de plus de vingt ans le feront dans l'année qui suit leur première tentative de suicide [25], d'où l'importance de la prévention en particulier au début des troubles. Par ailleurs, cela est à rapprocher d'une autre étude : La majorité des adolescents qui font une tentative de suicide ont une pathologie psychiatrique sous-jacente [26]. La recherche d'une schizophrénie débutante est donc un enjeu pour cette population non seulement donner le traitement approprié, mais aussi pour intégrer la famille à un programme psycho-éducatif ayant fait ses preuves dans la prévention du suicide. L'information précoce des familles à cette occasion doit faire partie des recommandations de prévention du suicide chez les jeunes admis dans des services d'urgence.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Mortality in schizophrenia: 30-year nationwide follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138(6):492-9.
- [2] Hor K, Taylor M. Review: suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol* 2010;24(4 Suppl):81-90.

- [3] Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(10):1123-31.
- [4] Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13(2):153-60.
- [5] Reininghaus U, Dutta R, Dazzan P, et al. Mortality in schizophrenia and other psychoses: a 10-year follow-up of the ÆSOP first-episode cohort. *Schizophr Bull* 2015;41(3):664-7.
- [6] Hodé Y, Krychowski R, Beck N, et al. Effet d'un programme psycho éducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *J Therap Comportementale Cogn* 2008;18(3):104-7.
- [7] Valladier E, Willard D, Romo L, et al. La dépression chez les proches de patients souffrant de schizophrénie : effets longitudinaux sur 8 mois du programme Profamille. *L'Encéphale* 2018;44(2):128-33.
- [8] Falloon I. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003;2(1):20-2.
- [9] Omranifard V, Yari A, Kheirabadi G, et al. Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: a controlled study. *J Educ Health Promot* 2014;3:125.
- [10] Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012;12:48.
- [11] McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003;29:223-45.
- [12] Pharoah F, Mari J, Rathbone J, et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12:CD000088.
- [13] Bertolote J, Fleishman A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology* 2002;7:6-8.
- [14] Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, et al. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2013;21:281-95.
- [15] Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, et al. A repetition prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:81-6.
- [16] Joiner Jr TE, Rudd MD. Intensity and duration of suicidal crisis vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:909-16.
- [17] Monnin J, Thiemard E, Vandel P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J Affect Disord* 2012;136:35-43.
- [18] Park S, Lee Y, Youn T, et al. Association between level of suicide risk, characteristics of suicide attempts, and mental disorders among suicide attempters. *BMC Public Health* 2018;18:477. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5387-8>.
- [19] Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, et al. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res* 1990;31:99-108.
- [20] Kinchin I, Doran CM. The Economic Cost of Suicide and Non-Fatal Suicide Behavior in the Australian Workforce and the Potential Impact of a Workplace Suicide Prevention Strategy. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14:347.
- [21] Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol* 1976;15(2):157-65.
- [22] Simon GE, Stewart C, Yarborough BJ, et al. Mortality Rates After the First Diagnosis of Psychotic Disorder in Adolescents and Young Adults. *JAMA Psychiatry* 2018;75(3):254-60.
- [23] Bouvet C, Bouchoux A. Études des liens entre la stigmatisation intériorisée, l'insight et la dépression chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale* 2015;41(5):435-43.
- [24] Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016;3(8):740-50.
- [25] Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008;337:a2205.
- [26] Righinia NC, Narring F, Navarro C, et al. Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicidal ideation. *Swiss Med Wkly* 2005;135(29-30):440-7.