

Faculté de Médecine et Pharmacie

Année 2015

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement

le 17 Février 2015 à Poitiers

par **Madame Marlène Vilaplana**

épouse Lorion

**Conscience du trouble mental et conduites suicidaires :
Une étude qualitative et quantitative**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Membres :

- Monsieur le Professeur Jean Louis Senon
- Monsieur le Professeur Wissam El Hage
- Monsieur le Professeur Vincent Camus
- Monsieur le Docteur Jean-Jacques Chavagnat

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Fabrice Jollant

Co-directeur : Monsieur le Docteur Stéphane Richard-Devantoy



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Remy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A mes Maîtres et juges :

A Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari : Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect pour m'avoir permis d'aller jusqu'au bout de mon projet. Je tiens également à vous remercier pour votre précieux accompagnement à chaque étape importante de mon cursus universitaire. Votre expertise et votre renommée dans le domaine de l'insight sont aussi une grande chance dans le cadre de ce travail.

A Monsieur le Docteur Fabrice Jollant : Je tiens à vous remercier tout particulièrement pour avoir accepté de diriger cette thèse, et ce malgré la distance pour se rendre à la soutenance. Je vous suis également infiniment reconnaissante pour votre supervision de très grande qualité et votre disponibilité tout au long de cette année. Votre regard en tant que spécialiste de renom dans le domaine de la vulnérabilité suicidaire a été extrêmement précieux dans l'encadrement de ce travail. J'ai été honorée d'avoir pu faire partie de votre équipe de recherche, cette expérience fut très enrichissante.

A Monsieur le Docteur Stéphane Richard-Devantoy : Ma reconnaissance est immense. Merci pour le temps précieux que tu m'as accordé au cours de cette aventure. J'ai beaucoup apprécié la qualité de la supervision que tu m'as réservée dès les premiers jours. Ton écoute, ta gentillesse ainsi que tes nombreux éclairages ont été pour moi une chance inestimable. Je tiens à te remercier d'avoir accepté de codiriger cette thèse avec autant d'investissement et d'être présent pour la soutenance malgré la distance ! J'ai aussi beaucoup appris sur la démarche clinique grâce à nos échanges. J'espère avoir réussi à te témoigner toute l'estime, la gratitude et l'amitié que je te porte.

A Monsieur le Professeur Jean Louis Senon : Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance pour votre enseignement de qualité durant mon cursus universitaire.

A Monsieur le Professeur Wissam El Hage : Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Vincent Camus : Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Jacques Chavagnat : Veuillez accepter tous mes remerciements pour votre présence à cette soutenance de thèse. Votre regard en tant que spécialiste dans le domaine du suicide est précieux pour apprécier la qualité de ce travail. Je tiens également à vous remercier pour votre soutien au cours de mon projet de recherche.

A tous ceux qui ont contribué à la réussite de ma formation:

Au Docteur Durant, qui fut le premier à me guider à la découverte de notre beau métier, merci.

Aux équipes de La Rochelle mais aussi de Niort: Merci pour votre accueil et vos conseils, j'espère être à la hauteur de votre enseignement !

A toute l'équipe du service d'Alcoologie d'Angoulême : Je n'oublierai jamais mon passage au sein de votre service, merci encore pour votre accueil et bravo pour ce que vous faites pour les patients.

A toute l'équipe du CMPEA de Châtelleraut : Quel plaisir de travailler avec vous ! Merci pour nos échanges si enrichissants et votre bonne humeur.

A l'équipe de recherche et du programme clinique du Douglas à Montréal : Quelle aventure extraordinaire grâce à votre accueil légendaire et au décor éblouissant tout autour !

A Sophie : Quel plaisir et quelle chance de t'avoir rencontrée! De Niort à la Rochelle, nos échanges autant professionnels qu'amicaux sont et seront toujours une joie.

A mes amis :

A Benjamin : Ton amitié a toujours été une force et une joie inestimable pour moi !

A Sandrine : Merci pour toutes ces années partagées à la faculté de médecine, je n'oublierai jamais tous ces moments forts de travail mais aussi de plaisir !

A Yona : Des souvenirs merveilleux de nos années bordelaises qui grâce à toi n'auraient pas eu la même saveur ! Merci pour ce beau cadeau qu'est ton amitié.

A Anne Laure : Notre amitié depuis le lycée est très précieuse, merci pour tout !

A José : Pour ta bonne humeur et ta sincérité, j'ai eu beaucoup de chance de rencontrer une belle personne comme toi.

Aux collègues de médecine : Sophie, Laure, Allissia, Mathilde, Antoine, Lamia, Louise, Joëlle, Myriam, Dimitri, Jean Luc, Céline, et tant d'autres... j'ai passé avec vous des moments inoubliables. Toutes ces années d'étude sont riches de tant de souvenirs en votre compagnie !

A ma famille :

A mes parents : Merci d'avoir été à mes côtés et d'avoir cru en moi durant toutes ces années ! Vous avez donné le meilleur de vous même et ma reconnaissance est immense.

A mes beaux parents : Pour votre enthousiasme et votre soutien. Un merci tout particulier à Isabelle, pour son aide précieuse grâce à une relecture rigoureuse de cette thèse!

A mon beau frère : Merci d'avoir eu la patience de m'aider dans les dernières minutes. Avec Charlotte, vous comptez beaucoup.

A Romain, mon époux : Merci pour ton amour, tout simplement. Mon rêve d'enfance de devenir médecin est devenu enfin réalité. Mais le plus beaux des rêves est encore devant nous !

PLAN

1. INTRODUCTION	8
2. MATERIEL ET METHODE	11
<i>2.1 Revue systématique de la littérature</i>	<i>11</i>
<i>2.1.1 Recueil des données</i>	<i>11</i>
<i>2.1.2 Sélection des études</i>	<i>12</i>
<i>2.2 Etude transversale</i>	<i>23</i>
<i>2.2.1 Population et évaluation clinique</i>	<i>23</i>
<i>2.2.2 Evaluation de l'insight</i>	<i>24</i>
<i>2.2.3 Analyse statistique</i>	<i>25</i>
<i>2.3 Méta analyse</i>	<i>25</i>
<i>2.3.1 Recueil des données et analyses</i>	<i>27</i>
3. RESULTATS	28
<i>3.1 Revue systématique</i>	<i>28</i>
<i>3.1.1 Insight global</i>	<i>30</i>
<i>3.1.2 Dimension : reconnaissance de la maladie mentale</i>	<i>31</i>
<i>3.1.3 Dimension : attribution des symptômes au trouble mental</i>	<i>31</i>
<i>3.1.4 Dimension : reconnaissance de la nécessité d'un traitement</i>	<i>32</i>
<i>3.1.5 Dimension : reconnaissance des conséquences sociales et du pronostic de la maladie...</i>	<i>33</i>
<i>3.1.6 Insight cognitif</i>	<i>33</i>
<i>3.2 Etude transversale</i>	<i>34</i>
<i>3.3 Méta-analyse</i>	<i>36</i>
4. DISCUSSION	38
5. LIMITES DE L'ETUDE	41
6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	43
7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	44
8. RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	49
9. SERMENT	50

1. INTRODUCTION

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un million de personnes se suicident chaque année dans le monde et 10 à 20 fois plus tentent de se suicider (WHO, 2002). Améliorer notre capacité de prévention du suicide suppose d'améliorer notre compréhension de ces actes complexes. En effet, actuellement, l'estimation du risque suicidaire repose sur l'évaluation de nombreuses variables sociodémographiques et cliniques qui possèdent un faible pouvoir prédictif. Un des principaux facteurs de risque suicidaire est l'existence d'un trouble mental (Isometsa, 2001). Les études post-mortem rapportent la présence d'un trouble mental dans plus de 90% des cas de suicide (Isometsa, 2001). Cependant, plus de 90% des personnes souffrant de trouble mental ne commettront jamais de suicide (Bostwick and Pankratz, 2000, Palmer et al., 2005), suggérant que le trouble mental est nécessaire mais non suffisant pour expliquer la survenue d'un suicide. Des facteurs spécifiques supplémentaires doivent être recherchés pour expliquer pourquoi certains individus, mais pas les autres, se suicideront au cours de la phase aiguë de leur maladie mentale. L'insight pourrait être un facteur de vulnérabilité en jeu dans la facilitation du processus suicidaire en présence d'un trouble mental.

L'insight, ou conscience du trouble en français, est un concept complexe. C'est en France, vers le milieu du XIX^{ème} siècle, que le concept d'insight s'est développé dans le domaine des troubles mentaux (Markova and Jaafari, 2009). L'étude du concept d'insight a initialement été mise en œuvre dans le champ des troubles schizophréniques, avant de s'étendre timidement aux pathologies thymiques pour lesquelles il est habituel, mais faux de penser, que l'insight est toujours bon.

Les premières mesures de l'insight ont été réalisées de manière catégorielle mais des approches plus précises, permettant de quantifier le niveau d'insight, ont par la suite été proposées. Ainsi, David (1990) a développé un modèle multidimensionnel de l'insight. Il a

proposé l'échelle SAI (Schedule for the Assessment of Insight)(David, 1990) dans laquelle on retrouve trois dimensions de l'insight :

- 1) reconnaissance de la maladie mentale,
- 2) capacité à reconnaître les événements psychotiques (idées délirantes et hallucinations) comme pathologiques et
- 3) compliance au traitement.

Cette approche dimensionnelle montre que l'insight ne se résume pas en la simple conscience de la maladie. Amador (1993) a lui aussi insisté sur la distinction entre reconnaissance de la maladie et capacité d'attribution des symptômes à la maladie. Il s'est basé sur l'observation de patients conscients d'être malades mais attribuant leurs symptômes à des causes étrangères au trouble mental. Il a développé l'échelle SUMD (Scale to assess Unawareness in Mental Disorder) (Amador and Strauss, 1990) dont les principaux items sont :

- 1) la conscience globale de la maladie,
- 2) la conscience des conséquences sociales de la maladie,
- 3) la capacité du patient à attribuer les symptômes et leurs conséquences au trouble mental et
- 4) la conscience de la nécessité du traitement.

Plus tard, l'insight cognitif englobant les capacités de correction des croyances erronées et des erreurs d'interprétation (Beck et al., 2004) a été proposé. Une échelle d'autoévaluation de l'insight a été élaborée : la BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) (Beck et al., 2004), selon deux dimensions : la réflexion sur soi « Self-Reflectiveness » et la certitude dans cette réflexion « Self-Certainty ».

Un insight de mauvaise qualité a été reconnu comme facteur de mauvais pronostic dans la schizophrénie (Amador et al., 1993, Ouzir et al., 2012), mais aussi dans les troubles dépressifs (Ghaemi et al., 1997, Yen et al., 2005) et bipolaires (Ghaemi et al., 2000, Yen et al., 2008a). Un des mécanismes explicatifs pourrait être une mauvaise adhérence au traitement en lien avec la croyance persistante de ne pas être malade engendrant la

réurrence d'épisodes aigus. Par ailleurs, un traitement adéquat des troubles mentaux a été associé à une réduction du risque suicidaire (Angst et al., 2005) et, par conséquent, la persistance d'une faible adhérence au traitement médicamenteux pourrait augmenter le risque suicidaire. De la même façon, il est possible qu'une conscience élevée d'être malade dans le cas de trouble mental sévère puisse conduire à une augmentation du sentiment de désespoir, d'être un fardeau pour la famille et la société, et donc augmenter le risque suicidaire.

Nous avons choisi de définir le comportement suicidaire (ou conduites suicidaires) par l'existence d'idées suicidaires et/ou de toute tentative de suicide s'illustrant par des actes dommageables pour soi même avec l'intention de mettre fin à sa propre vie. Ainsi, les tentatives de suicide comprennent les actes mortels (suicides aboutis), les tentatives de suicide grave (avec une intentionnalité suicidaire forte et une forte létalité) et les tentatives à létalité réduite (tentatives souvent de nature impulsive qui sont déclenchées par une crise sociale, avec notion d'ambivalence et/ou constituant un appel à l'aide) (Mann, 2003).

De nombreuses études ont examiné l'association entre insight et comportement suicidaire. Certaines études montrent une association significative (Amador et al., 1996, Schwartz and Petersen, 1999, Steblaj et al., 1999, Schwartz, 2000, Cunningham Owens et al., 2001, Bourgeois et al., 2004, Schwartz and Smith, 2004, Crumlish et al., 2005, Schwartz-Stav et al., 2006, Foley et al., 2008, Gonzalez, 2008, Harvey et al., 2008, Yen et al., 2008a, Yen et al., 2008b, Robinson et al., 2009, Barrett et al., 2010, Schennach-Wolff et al., 2010, Acosta et al., 2012, Flanagan and Compton, 2012, Ekinci and Ekinci, 2013) alors que d'autres non (Hu et al., 1991, Amador et al., 1996, Kamali et al., 2000, Yen et al., 2002, Kim et al., 2003b, Artiles et al., 2009, Restifo et al., 2009, Yen et al., 2009, Bakst et al., 2010, Robinson et al., 2010, Kao and Liu, 2011, Gale et al., 2012, Sharaf et al., 2012). De plus, la plupart des études suggèrent qu'un *meilleur* insight pourrait être associé aux conduites suicidaires. La divergence des résultats de la littérature et l'absence de méta-analyse incluant les troubles de l'humeur indique qu'un examen complet des connaissances sur ce sujet essentiel est

opportun. De surcroît, nous ne savons pas clairement si le lien entre insight et conduites suicidaires est spécifique à la schizophrénie, pour laquelle la majorité des études ont été menées, ou s'il s'agit d'un facteur de risque transnosographique affectant aussi les troubles de l'humeur. Cette question sera aussi examinée dans le cadre de notre revue de la littérature.

Ainsi, pour élargir et améliorer nos connaissances sur la relation entre risque suicidaire et insight au delà du champ de la schizophrénie, nous avons simultanément mené trois approches complémentaires :

- 1) nous avons examiné de façon systématique la littérature concernant l'association entre insight et conduites suicidaires;
- 2) nous avons empiriquement évalué le niveau d'insight chez des patients déprimés suicidants avec un haut niveau d'intentionnalité suicidaire en comparaison de patients témoins ; et
- 3) nous avons conduit une méta-analyse des études comparant l'insight chez des patients avec versus sans antécédents de conduites suicidaires.

Nous avons, ainsi, tenté de clarifier l'association qualitative et quantitative entre insight et conduites suicidaires, ainsi que la force d'association de cette relation.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Revue systématique de la littérature

2.1.1 Recueil des données

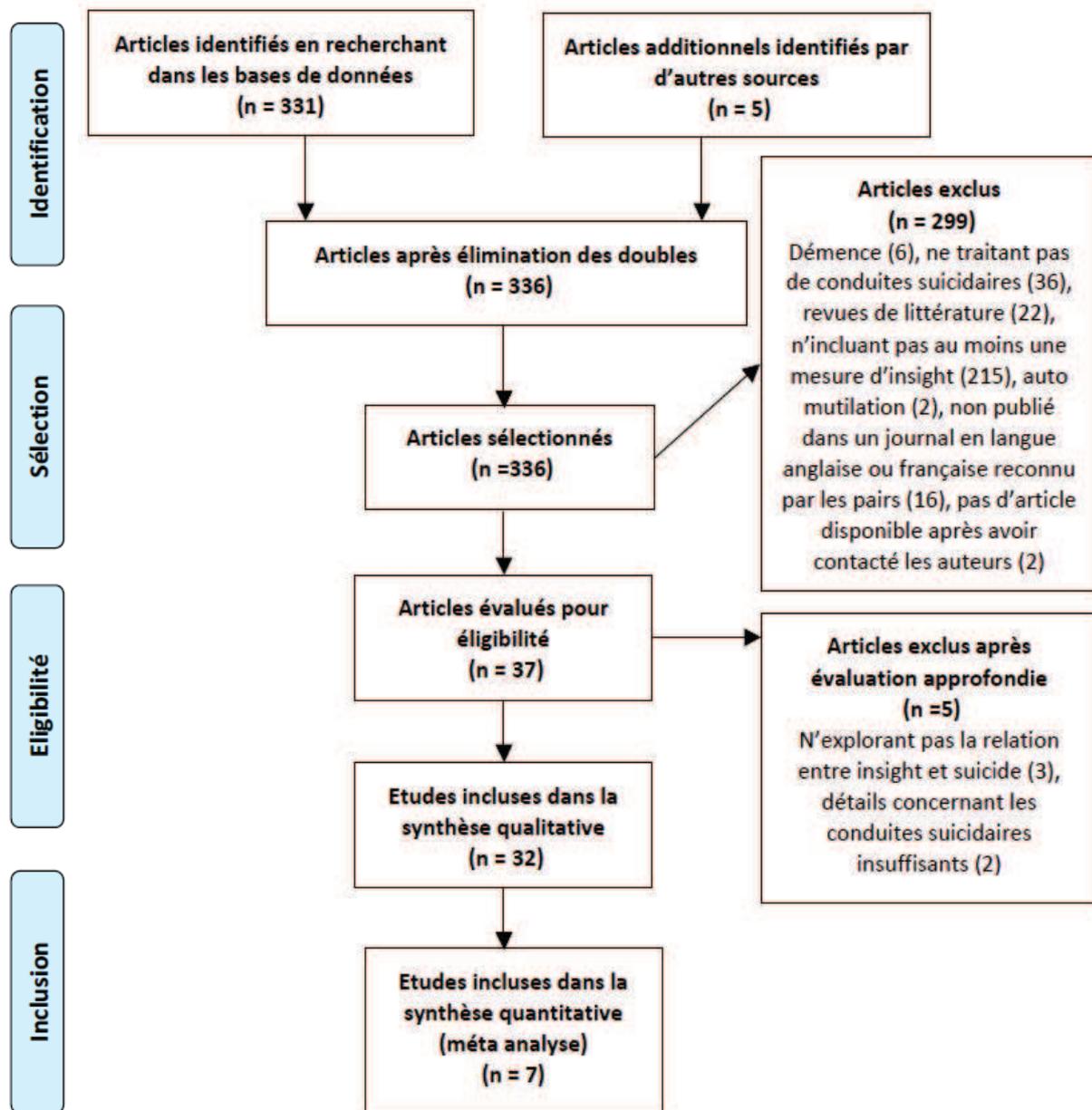
Une recherche systématique de la littérature en anglais et en français des essais cliniques, cohortes, études cas témoins, et études transversales publiées jusqu'au 31 janvier 2014 a été effectuée. Le terme Mesh (Medical Subject Heading) « Suicide », a été combiné avec les termes Mesh « Awareness », « Consciousness », et avec les termes TIAB (Title and

Abstract) « Insight », « Anosognosia », Unawareness » et « Awareness of illness ». Un processus itératif a été utilisé pour s'assurer que tous les articles pertinents avaient bien été obtenus. Une recherche manuelle supplémentaire via les références bibliographiques des articles extraits et des revues existantes a été conduite, afin d'identifier d'éventuelles études non identifiées par la recherche électronique.

2.1.2 Sélection des études

La sélection des résumés s'est basée sur la liste de contrôle STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology), qui recense les critères qui doivent être respectés dans les études. Les résumés identifiés à travers la recherche de la littérature ont été évalués indépendamment par deux relecteurs (Marlène Vilaplana et Stéphane Richard-Devantoy) et sélectionnés par consensus. Les études qui réunissaient les critères suivants ont été incluses dans la revue systématique : 1) publication dans un journal à comité de lecture par les pairs en langue anglaise ou française, 2) inclusion d'au moins une mesure du niveau d'insight, 3) inclusion de patients avec antécédent(s) de tentative(s) de suicide ou d'idées suicidaires. La totalité des articles ont ainsi été obtenus pour la revue finale. Le processus de sélection est décrit dans le diagramme de flux (**Figure 1**).

Figure 1. Diagramme de flux pour la revue de littérature évaluant l'association entre insight et suicidabilité



Sur les 331 résumés initialement identifiés, 32 études répondaient aux critères d'inclusion pour cette revue systématique (voir Tableau 1). La qualité de chaque étude a été évaluée indépendamment par deux relecteurs (Marlène Vilaplana et Stéphane Richard-Devantoy) en utilisant les critères de Crombie adaptés par Petticrew et al (Petticrew M, 2006).

Tableau 1. Etudes explorant l'association entre insight et conduites suicidaires.

Au moins une dimension d'insight comme facteur de risque suicidaire										
Etudes	Type d'étude et population	Outils diagnostics	Conduites suicidaires			Echelles d'insight	M	S	Résultats	Commentaires et limites
			Définition	Période évaluée	Outils de mesure					
Amador et al. (1996) (Amador et al., 1996)	- Etude transversale - Schizophrénie (n=218, âge moyen : 34,4±11,3 ans, hommes: 66%) ○ Avec conduites suicidaires: n=49, moyenne d'âge =31,7 ±9,6) ○ Sans conduites suicidaire: n=169, moyenne d'âge =35,1±11,6)	DSM-III-R	IDS ou TS	Episode le plus récent	Données cliniques	SAUMD	ND	ND	Insight des symptômes négatifs et délirants plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie avec versus sans conduites suicidaires	- Définition non spécifique du suicide - Tests multiples - Groupe plus petit de suicidants
Acosta et al. (2012) (Acosta et al., 2012)	- Etude transversale (période de 2 ans) - Trouble bipolaire (stable) ○ TS (n=37, âge moyen : 46,5±12,5 ans, hommes: 18,9%) ○ IS (n=30, âge moyen : 45,3±11,4 ans, hommes: 30%) ○ Contrôle (n=35, âge moyen : 48±13,7 ans, hommes: 54,3%)	ICD-10	IDS ou TS	Actuel et vie entière	Dossiers médicaux et entretiens familiaux	SAUMD Seulement les trois items globaux	Oui	ND	Association indépendante entre IDS (mais pas TS) et haut niveau de conscience d'avoir une maladie mentale	- Biais de survie - Mesure du suicide non standardisée - Tests multiples - Petite taille de l'échantillon
Flanagan et al. (2012) (Flanagan and Compton, 2012)	- Etude transversale (période de 4 ans) - Trouble psychotique (n=109, hommes=76,1%)	DSM-IV	IDS	2 dernières semaines	CDSS SCID-I	BIS	Oui	Oui	Meilleurs scores de reconnaissance de la maladie et d'attribution des symptômes psychotiques chez les patients avec IDS versus témoins	- Tests multiples

Ekinci et al. (2012) (Ekinci and Ekinci, 2013)	- Etude transversale - Schizophrénie (n=100) <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans dépression (n=65, âge moyen: 37,8±10,7 ans, hommes: 60%) ○ Avec dépression (n = 35, âge moyen : 36,1±6,4 ans, hommes: 74,3%) 	DSM-IV-TR	IDS ou TS	ND	CDSS item 8	- BCIS - SAUMD Seulement les trois items globaux	ND	Non	L'auto-réflexivité (insight cognitif) était positivement corrélée avec les sous scores de suicidalité au CDSS (ainsi qu'au niveau de désespoir)	- SUMD est une mesure de l'insight dépendant du clinicien, alors que BCIS est un auto questionnaire - Petite taille de l'échantillon - Analyse de l'insight secondaire
Barret et al. (2010) (Barrett et al., 2010)	- Etude transversale (44 mois) - Patients hospitalisés et ambulatoires avec un premier épisode de trouble psychotique ou un trouble affectif avec symptômes psychotiques incongruents à l'humeur (n=194) <ul style="list-style-type: none"> ○ Suicidants (n=89, âge moyen : 26,3±8 ans, hommes: 58,4%) ○ Non-suicidants (n=105, âge moyen : 27,7±9,1 ans, hommes: 61,9%) 	DSM-IV	IDS ou TS	Actuel (les 2 dernières semaines)	CDSS item 8	PANSS item manque d'insight	oui	ND	Association entre suicidalité actuelle et insight élevé	Une seule dimension d'évaluation de l'insight
Foley et al. (2008) (Foley et al., 2008)	- Etude transversale (période de 2 ans) - Patients hospitalisés et ambulatoires avec un premier épisode de trouble psychotique (n=107, hommes=63%)	DSM-IV	IDS ou TS	Actuel (au cours du dernier mois) ou vie entière	SCID-I CDSS	BIS	Oui	Oui	Association entre antécédent de TS et insight élevé (sous score de conscience de la maladie mentale seulement)	Tests multiples
Harvey et al. (2008) (Harvey et al., 2008)	- Etude transversale (période de 2 ans) - Trouble psychotique (premier épisode, n=486) <ul style="list-style-type: none"> ○ Automutilation (n=56, 46,4% <29 ans, hommes: 66%) ○ Pas d'automutilation (n=440, 49,3% <29 ans, hommes: 56,6%) 	ICD-10	Automutilation: TS ou lésions corporelles	Phase pré thérapeutique	PPHS et dossiers médicaux	SAI-E	Oui	Oui	- Association entre automutilation et meilleur insight - Pas d'association entre suicide et compliance	- Insight seulement disponible pour 217 individus (43,7%) - Petits groupes avec automutilation - Comportements hétérogènes - Tests multiples

Gonzalez et al. (2008) (Gonzalez, 2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective (6 mois) - Schizophrénie (n=1009), trouble bipolaire type I (n=297), trouble dépressif récurrent majeur (n=162) ○ Reconnaissance de la maladie (n=175, âge moyen : 42,9±10 ans, hommes: 42,5%) ○ Dénier de la maladie (n=293, âge moyen : 43,4±11,2 ans, hommes: 59,4%) 	ICD-9	IDS ou TS	Année passée et vie entière	Entretiens structurés	Présent/absent	ND	ND	Plus fort risque de TS ou IDS futures si reconnaissance de la maladie	Pas d'échelle spécifique pour la suicidalité et l'insight
Schwartz et al. (2006) (Nangle et al., 2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude transversale - Adolescents (n=48, âges : 13-19 ans) ○ Schizophrénie seule (n=16, âge moyen : 17,5 ans, hommes=62,5%) ○ Schizophrénie avec dépression post psychotique dans le mois suivant l'épisode psychotique aigu (n=16, âge moyen : 17,5 ans, hommes=62,5%) ○ Dépression majeure seule (n=16, âge moyen : 17,5 ans, hommes=62,5%) 	DSM-IV	IDS ou TS	2 semaines à 1.5 mois depuis le début de l'hospitalisation	CSPS SRS	SAUMD	Oui	ND	Corrélation entre risque suicidaire et reconnaissance des symptômes psychotiques, mais pas pour la reconnaissance générale de la maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Petite taille de l'échantillon - Tests multiples
Crumlish et al. (2005) (Crumlish et al., 2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective (4 ans) - Schizophrénie ou troubles schizophréniformes (n=101): ○ Données complètes à l'échelle d'insight PANSS (n=70, âge moyen : 27±9 ans, hommes: 69%) ○ Données complètes à l'échelle de Birchwood (n=38, âge moyen : 27±9 ans, hommes: 61%) 	DSM-IV	≥ 1TS depuis la dernière évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - initial - à 6 mois - 4 ans après 	SCID	PANSS BIS	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Le score de reconnaissance de la maladie à 6 mois prédictif des TS à 4 ans (score BIS) - Les scores PANSS ne prédisent pas les TS - L'insight s'améliorait au fur et à mesure du suivi 	<ul style="list-style-type: none"> - Petite taille de l'échantillon - Pas de définition précise de TS - Données manquantes
Schwartz et al. (2004) (Schwartz and Smith, 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective (4 mois) - Patients psychotiques (n=170), âge moyen : 39,2±9,8 ans, hommes: 56%) ○ Schizophrénie (n=127) ○ Trouble schizo affectif (n=15) ○ Troubles schizophréniformes (n=2) ○ Trouble délirant (n=1) ○ Troubles psychotiques non spécifiés (n=25) 	DSM-IV	IDS/TS ou automutilation	Actuel	FARS	SAUMD Seulement les 3 premières mesures	Oui	ND	<ul style="list-style-type: none"> - Prédiction indépendamment de la suicidalité par l'insight (nécessité du traitement) - Pas de corrélation entre suicide et conscience de la maladie ou de ses conséquences 	Pas de distinction entre les sous types de maladie

Cunningham et al. (2001) (Cunningham Owens et al., 2001)	- Etude prospective (12 mois) - Schizophrénie (n=114, au moins un épisode antérieur) <ul style="list-style-type: none">○ Groupe contrôle (sans psychoéducation) : âge moyen : 33,6±10,8 ans, hommes =49,4%)○ Groupe avec psychoéducation (âge moyen: 36,8±10,4 ans, hommes: 50,6%)	DSM-III-R	IDS	Initial et à la première étape du suivi (2 semaines)	MADRS	ITAQ (première étape du suivi seulement)	Oui	ND	Association entre insight élevé et augmentation des idées suicidaires	Analyses secondaires
Schwartz et al. (2000) (Schwartz, 2000)	- Etude transversale (6 mois) - Patients ambulatoires avec une schizophrénie (tous les sous types, n=267, âge moyen : 37,2±10,2 ans, hommes =54%)	DSM-IV	IDS, automutilation, plan suicidaire	Actuel	FARS	SAUMD (3 premiers items)	ND	ND	Association entre conscience de la nécessité du traitement et conséquences sociales du trouble et suicidalité	Tests multiples
Schwartz et al. (1999) (Schwartz and Petersen, 1999)	- Etude transversale - Patients ambulatoires avec une schizophrénie (n=223, âge moyen : 38,8±10 ans, hommes: 39%)	DSM-IV	TS ou IDS	Actuel	SCI-FARS	SAUMD	ND	ND	Association entre suicidalité et conscience de la nécessité du traitement	Tests multiples
Schennach-Wolff et al. (2010) (Schennach-Wolff et al., 2010)	- Etude transversale (4 ans) - Patients hospitalisés avec une schizophrénie (n= 339, âge moyen : 34,6± 11,1 ans) - Sous types paranoïdes, désorganisés, catatoniques, indifférenciés, troubles schizo affectifs <ul style="list-style-type: none">○ Suicidants (n = 75, âge moyen : 34,6 ± 10,6 ans, hommes: 58,6%)○ Non suicidants (n = 264, âge moyen : 34,6 ± 11,3 ans, hommes: 56,8%)	DSM-IV	ND	Actuel et vie entière (avant et à l'admission)	Items BADO A5 et B17	Items G 12 de la PANSS	Oui	Non	A la sortie et à l'admission, les patients avec antécédents de conduites suicidaires montraient un insight plus élevé	- Suicidants vs non suicidants non appariés - Absence d'évaluation multidimensionnelle de l'insight

Robinson et al. (2009) (Robinson et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective (2 ans) - Premier épisode psychotique (n=661) - Schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo affectif ou délirant, bref épisode psychotique ou épisode dépressif majeur avec traits psychotiques ○ Antécédent de TS (n= 57, âge moyen : 21,5 ± 3,6 ans ; hommes: 56,1%) ○ Pas d'antécédent de TS (n= 601, âge moyen : 22,1 ± 3,4 ans ; hommes: 66,9%) 	DSM-IV	TS et automutilations	Vie entière et durant le suivi	ICD-10	EPPIC	Oui	Oui	Un meilleur insight à l'entrée était un facteur prédictif de TS au cours du suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de mesure quantitative de l'insight - Analyses secondaires pour l'insight
Kim et al. (2003) (Kim et al., 2003a)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude transversale - Schizophrénie chronique (n=333) ○ Antécédent de suicidalité (n=200, âge moyen : 35±8,2 ans, hommes: 78,5%) ○ Sans antécédent de suicidalité (n=133, âge moyen : 35,4±11 ans, hommes: 77,4%) 	DSM-III-R	IDS ou TS ou automutilation ou plans/ menaces suicidaires	Vie entière ou actuelle	SIS	SADS HDRS	Oui	Oui	Un meilleur insight est associé avec à une augmentation des conduites suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> - SADS évalue seulement la conscience générale de la maladie - Pas d'évaluation multidimensionnelle de l'insight
Yen et al. (2008 b) (Yen et al., 2008b)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude cas témoin (2 ans) - Troubles bipolaires en rémission (n= 96) ○ Groupe avec TS/IS (n=9, âge moyen: 34,8 ± 8,3 ans, hommes: 66,7%) ○ Groupe sans TS/IS (n=87, âge moyen : 41,4 ± 12,9 ans, hommes: 50,6%) 	DSM-IV	IDS ou TS	Année passée	VSAS	SAI SAE	Oui	Non	Scores d'insight plus élevés pour les 3 dimensions des 2 échelles des patients avec versus sans conduites suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> - Petits groupes de patients - Réduction de la suicidalité chez les patients recevant du lithium - Tests multiples
Insight en tant que facteur protecteur										
Bourgeois et al. (2004) (Bourgeois et al., 2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Essai clinique randomisé (2 ans) - Schizophrénie (n=980), Psychose affective (n=371) - Age moyen: 37,1±10,3 ans, hommes: 61,4% 	DSM-IV	TS ou patients hospitalisés pour éviter le suicide mais pas d'idées suicidaires seules	Vie entière et 3 années antérieures	Surveillance clinique des conduites suicidaires	SOF	Oui	ND	Une forte conscience en la nécessité du traitement diminue significativement le risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'échelle spécifique de l'insight - Patients à haut risque suicidaire - Analyses secondaires pour l'insight

Stebalj et al. (1999) (Stebalj et al., 1999)	- Etude transversale (durée = 7 ans) - Patients hospitalisés <ul style="list-style-type: none"> ○ Schizophrénie (n=36, âge moyen des hommes : 35,3±12,8 ans et âge moyen des femmes : 38,3±13,9 ans) ○ Trouble schizo affectif (n=23, âge moyen des hommes: 45,1±12,6 ans et âge moyen des femmes : 59,5±14,3 ans) ○ Groupe contrôle (même diagnostic sans histoire suicidaire) 	ICD-9	Suicides aboutis	Pendant une sortie, sortie d'essai, durant une hospitalisation et vie entière	Dossier médical	Présent/absent	ND	Oui	Un haut niveau d'insight est associé à une diminution du risque suicidaire durant l'hospitalisation en psychiatrie	- Information basée sur des dossiers - Instruments de mesure non standardisés - Petite taille de l'échantillon - Analyses secondaires pour l'insight
Yen et al. (2008a) (Yen et al., 2008a)	- Etude prospective (2 ans) - Trouble bipolaire en rémission type I (n=65, âge moyen 39,3±11,9 ans, hommes: 47,7%) - trouble bipolaire en rémission type I (n=65, âge moyen 39,3±11,9 ans, hommes: 47,7%)	DSM-IV	Automutilation ou violence envers autrui ou conduites suicidaires	Vie entière	VSAS	SAI	Oui	Non	La conscience de la nécessité du traitement diminue significativement le risque suicidaire	- Petite taille de l'échantillon
Etudes ne retrouvant pas d'association entre insight et risque suicidaire										
Sharaf et al. (2012) (Sharaf et al., 2012)	- Etude transversale (6 mois) - Patients ambulatoires avec schizophrénie stabilisée, durée de la maladie < 10 ans (n= 200, âge moyen: 30,4±6,8 ans, hommes: 83,5%)	DSM-IV-TR	IDS ou TS	Vie entière	SPS	BIS	Oui	Non	Pas d'association entre risque suicidaire et insight même en covariant avec la dépression ou la stigmatisation de la maladie	- Echantillon non représentatif
Gale et al. (2012) (Gale et al., 2012)	- Etude transversale (1 an) - Schizophrénie ou trouble schizo affectif (n=86, âge moyen : 46 ans, hommes: 70%)	ND	IDS ou TS	Vie entière	CIS-R (suicidalité)	ITAQ	Oui	Oui	Pas d'association entre suicide et insight	- Petite taille de l'échantillon - Biais de sélection - Analyses secondaires
Kao et al. (2010) (Kao and Liu, 2011)	- Etude transversale (1 an) - Patients hospitalisés pour trouble du spectre psychotique (n= 104: âge moyen : 40,5 ± 14,5 ans hommes: 50%) <ul style="list-style-type: none"> ○ Schizophrénie (n=52) ○ Trouble schizo affectif (n=52) 	DSM-IV	IDS ou TS	Vie entière et épisode actuel	SSI	SAIQ	Oui	Non	- Insight en la nécessité du traitement chez les suicidants vs non suicidants - Mais différence non significative après contrôle pour les symptômes dépressifs	- Patients chroniques uniquement

Yen et al. (2009) (Yen et al., 2009)	- Etude prospective (1an de suivi) - Patients ambulatoires avec trouble dépressif (n=174, CES-D >17) - 131 participants jusqu'au bout du suivi (âge moyen: 42,7±12,9 ans, hommes: 38,2%)	DSM-IV	IDS ou TS	Sur l'année passée	VSAS	MDIS	Oui	Non	Le degré initial d'insight ne prédisait pas le risque suicidaire durant le suivi	- Changements du niveau d'insight non examinés durant le suivi - Biais de rappel pour les conduites suicidaires
Restifo et al. (2009) (Restifo et al., 2009)	- Etude transversale - Patients hospitalisés avec une schizophrénie chronique (n=164, âge moyen : 37,2±11,8 ans, 60% d'hommes) - Schizophrénie (n=115) ou trouble schizo affectif (n=49) o Suicidants (n=59) o Non suicidants (n=105)	DSM-III-R	TS	Actuel et mois précédent	HASS	Présent ou absent	Oui	Oui	Pas d'association entre insight et TS	- Absence d'échelle spécifique de l'insight
Bakst et al. (2009) (Bakst et al., 2010)	- Etude prospective (4 ans) - Patients de première admission (n=529, âge moyen : 29,2±9 ans, hommes: 59,6%) - Schizophrénie (n=171), trouble schizo affectif (n=30), trouble schizophréniforme (n=7), 321 autres psychoses incluant les troubles bipolaires avec traits psychotiques (n=131), dépression majeure avec traits psychotiques (n=93), autre maladie psychotique (n=50), et troubles induits par les substances (n=47).	DSM-IV	TS ou IDS	Vie entière ou actuel (entretiens à 6, 24, et 48 mois durant le suivi)	- SCID - DSM-III-R - HDRS - dossier médical	HDRS	ND	Oui	Pas d'association entre insight et TS	- Pas d'échelle spécifique de l'insight
Yen et al. (2002) (Yen et al., 2002)	- Etude prospective (1 an) - Patients ambulatoires avec une schizophrénie en rémission (n=74, âge moyen : 32,9±10 ans, hommes: 55,4%)	DSM-IV	Menaces de conduites suicidaires ou comportements violents	Année passée	VSAS	SAI SAI-E	Oui	Non	Pas d'association entre insight et comportement suicidaire	- Facteur de confusion non pris en compte - Suivi court - Petite taille de l'échantillon
Kamali et al. (2000) (Kamali et al., 2000)	- Etude transversale (12 mois) - Schizophrénie et trouble schizo affectif (n= 102, âge moyen : 38,4 ±12,2 ans, hommes: 66,6%)	DSM-IV	IDS	Actuel	BDI	BIS	Oui	Oui	Pas d'association entre insight et IDS	- Type rétrospectif - Seulement des patients hospitalisés inclus

Robinson et al. (2010) (Robinson et al., 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective (7,4 ans) - Premier épisode psychotique (n=413, âge moyen : 23,3± 3 ans) - Schizophrénie, trouble schizophréniformes, trouble schizo affectif, trouble délirant, trouble bipolaire avec traits psychotiques, épisode dépressif majeur avec traits psychotiques, épisode dépressif bref et psychose non spécifiée. o Pas de TS (n=221) o Au moins une TS (n=61) 	DSM-III et DSM-V	IDS ou TS ou automutilation	A l'admission, en phase de rémission ou de stabilisation, 7 ans après l'admission, 2 ans avant le premier entretien	RPMIP	EPPIC	Oui	Non	Pas d'association entre insight and suicidalité au début et durant toute la durée du suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Biais de rappel pour l'évaluation des conduites suicidaires - Evaluation de l'insight
Artiles et al. (2009) (Artiles et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective (1 an) - Patients ambulatoires avec une schizophrénie en rémission (n=57, âge moyen : 28 ans, hommes: 82,5%) o Suicidants (hospitalisation due à une TS et antécédents de plus d'une TS, n=27, hommes: 77,8%) o Non suicidants (hospitalisés pour d'autres raisons, sans antécédent de TS, n=30, hommes: 86,7%) 	ICD-10	Définition de TS= avec intention suicidaire, dont le suicide est le but, même si le patient ne l'exprime pas clairement	Actuel (durant tout le suivi) et vie entière	Clinique	3 premiers items de SAUMD	Oui	Oui	Aucune des dimensions d'insight n'était associée avec un risque suicidaire plus élevé durant le suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Définition inadéquate du suicide - Données manquantes - Faible taille de l'échantillon
Hu et al. (1991) (Hu et al., 1991)	<ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective - Patients hospitalisés souffrant de schizophrénie o Cas de suicides aboutis (n=42, âge moyen : 26,9±6 ans, hommes=59,5%) o Témoins (n=84, en vie au moment de l'étude, appariés pour l'âge et le sexe) 	DSM-III	Suicides aboutis	ND	Examen des dossiers médicaux	Présence ou absence	Oui	Oui	Pas de différence entre les groupes	<ul style="list-style-type: none"> - Suicides aboutis - Evaluation de l'insight basée sur des entretiens familiaux

BADO items A5 and B17 = psychiatric basic documentation system [traduction allemande] (Cording et al, 1998); BCIS = Beck Cognitive Insight Scale (Beck et al, 2004); BDI = Beck Depression Inventory (Beck et al, 1961); BIS = Birchwood Insight Scale (Birchwood et al, 1994); CDSS = Calgary Depression Scale for Schizophrenia (Addington et al, 1990); CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977); CIS-R = Revised Clinical Interview Schedule (Lewis et al, 1992); CSPS = The Child Suicide Potential Scale (Ofek et al, 1998, Pfeffer, 1979); DSM III = Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition (American Psychiatric Association, 1980) ; DSM-III-R = Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revised (American Psychiatric Association, 1997); DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (American Psychiatric Association, 1994) ; DSM-IV-TR = Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, revised (American Psychiatric Association, 2000); EPPIC = Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (Conus et al, 2007); FARS = Functional Assessment Rating Scale (Ward & Dow, 1994); HASS = Harkavy Asnis Suicide Survey (Harkavy-Friedman JM, Nelson EA (1997); HDRS = Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960); ICD-9 = International Classification of Diseases, Ninth Edition (World Health Organisation, 1977); ICD-10 = International Classification of Diseases, 10th Revision (World Health Organisation, 1994) ; ITAQ = Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (McEvoy et al, 1989); MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (Montgomery and Asberg, 1979) ; MDIS = Mood Disorder Insight Scale (Sturman and Sproule, 2003); PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia (Kay et al, 1988); PPHS = Psychiatric and Personal History Schedule (Jablensky et al , 1992); RPMIP = Royal Park Multidiagnostic Instrument for Psychosis (McGorry et al, 1990a,b); SADS = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Endicott and Spitzer, 1978); SAI = Schedule of Assessment of Insight (David et al, 1990); SAI-E = Schedule of Assessment of Insight- Expanded version (Kemp and David et al, 1996); SAIQ = Self-Appraisal of Illness Questionnaire (Marks et al; 2000); SAUMD = Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador et al, 1993) ; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R (Spitzer RL et al,1992); SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV (Spitzer et al, 1994); SCI-FARS = Structured Clinical Interview for the Functional Assessment Rating Scale (Ward et al, 1995); SIS = Suicide Intent Scale (Beck et al, 1974); SOF = Scale of Functioning (Rapaport et al, 1996); SPS = Suicide Probability Scale (Cull and Gill,1988); SRS = Suicide Risk Scale (Plutchik, Van Praag, 1989); SSI = Scale for Suicide Ideation (Beck et al, 1979); VSAS = Violence and Suicide Assessment Scale (Feinstein et al, 1990).

IDS = Idéations Suicidaires ; M = Médication, ND = Non Disponible; S = patients avec trouble de l'usage des substances; TS = tentative de suicide.

2.2 Etude transversale

2.2.1 Population et évaluation clinique

Cette étude a été conduite à l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas à Montréal (Québec, Canada) et a été approuvée par le comité éthique local de la recherche. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement avant leur participation. Deux groupes de participants âgés entre 18 et 65 ans ont été recrutés : 1) 22 patients ambulatoires souffrant d'un épisode dépressif majeur actuel, dans le cadre d'un trouble dépressif majeur, selon les critères DSM-IV-TR, et ayant une histoire personnelle de tentative de suicide (suicidants), 2) 22 patients ambulatoires souffrant d'un épisode dépressif actuel, dans le cadre d'un trouble dépressif majeur, mais sans antécédent de conduites suicidaires (témoins). Tous les patients étaient déprimés au moment de l'évaluation, avec un score supérieur à 20 à l'échelle d'Hamilton (HAM-D-24) (Hamilton, 1960). Les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire, avec des antécédents d'abus ou de dépendance de drogue ou d'alcool au cours des 6 derniers mois, ou avec des antécédents de troubles somatiques sévères ont été exclus.

Nous avons utilisé la définition la plus commune de tentative de suicide, à savoir : « Tout acte effectué avec une intention claire de mourir et différent de l'auto-mutilation » (Mann, 2003). De plus, pour éviter d'inclure des patients qui auraient réalisé des actes suicidaires ambigus et ainsi réduire une possible hétérogénéité de ce groupe, les suicidants devaient avoir effectué un acte intentionnel, répondant à un score au moins supérieur à 15/30 à l'échelle SIS (Suicide Intent Scale) (Beck AT, 1974).

Les informations au sujet des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ont été obtenues via le dossier médical, un entretien avec le patient et le formulaire « Columbia Suicide History ». Les échelles SSI (Scale for Suicide Ideation) (Beck et al., 1979) et SIS (Suicide Intent Scale) ont été utilisées à la fois pour l'acte suicidaire le plus récent et le plus

sévère. L'échelle d'Hamilton HAM-A (Hamilton Rating Scales for Anxiety) (Hamilton, 1959) a été utilisée pour quantifier les niveaux d'anxiété. Le quotient intellectuel verbal a été évalué avec la NART (National Adult Reading Test) (Beardsall and Brayne, 1990, Mackinnon and Mulligan, 2005).

2.2.2 Evaluation de l'insight

L'insight a été évalué grâce aux versions françaises et anglaises de l'échelle MDIS (Mood Disorder Insight Scale) (Sturman and Sproule, 2003) et grâce à la composante « insight » de l'échelle d'Hamilton (HAM-D-24) (Hamilton, 1960).

L'échelle MDIS est composée de 8 items, mesurant 3 dimensions d'insight :

- conscience de la maladie,
- attribution des symptômes au trouble mental et
- croyance du participant à la nécessité d'un traitement.

Les items sont présentés comme une série d'affirmations, et les participants doivent répondre s'ils sont d'accord, pas d'accord ou incertains. Par exemple, la première dimension « nécessité du traitement » correspond à « J'ai besoin d'être vu par un psychiatre (ou un médecin). » Si le sujet est en désaccord ou incertain, on lui demande en plus s'il est d'accord avec l'item suivant : « Il fut un temps où j'avais besoin de voir un psychiatre (ou un médecin). » Un score global est également calculé. Un score MDIS élevé correspond à un insight de bonne qualité.

L'échelle HAM-D évalue l'insight avec l'item 17 « autocritique » comme suit : 0= reconnaît être déprimé et malade ; 1= reconnaît sa maladie mais attribue sa cause à une mauvaise alimentation, au climat, une surcharge de travail, un virus, un besoin de repos ou à d'autres causes ; 2= déni totalement être malade. Cette échelle, par conséquent, représente un assemblage des deux dimensions de l'insight : « conscience de la maladie » et « attribution des symptômes ». L'item 17 de l'échelle HAM-D, en intégrant la conscience de la maladie et

l'attribution des symptômes, semble être davantage naturaliste que l'échelle MDIS, qui sépare artificiellement les deux dimensions. De plus, elle représente une mesure plus simple d'utilisation en routine clinique.

2.2.3 Analyse statistique

Le test de Shapiro-Wilk montrait une distribution non normale pour la majorité de scores, par conséquent des tests non paramétriques ont été utilisés. Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les variables quantitatives. Le test du Khi-deux a été utilisé pour comparer les variables qualitatives. Les tests de corrélation de Spearman ont également été employés. Une valeur conservatrice du $p=0.01$ a été utilisée afin de tenir compte des comparaisons multiples (5 dimensions d'insight). Toutes les analyses ont été effectuées grâce au logiciel SPSS 21.0 (SPSS, Ins., Chicago, IL).

2.3 Méta analyse

Parmi les études sélectionnées pour la revue, nous avons utilisé celles qui réunissaient le critère supplémentaire de comparer au moins deux groupes de patients : 1) avec une histoire de tentative de suicide et/ou d'idéations suicidaires et 2) sans histoire personnelle d'actes ou d'idéations suicidaires. Sur les 32 études incluses dans la revue systématique de la littérature, 7 études répondaient à ce critère, y compris notre propre étude transversale (**voir Tableau 2**).

Tableau 2. Etudes incluses dans la méta-analyse.

Etudes	Echelle d'insight	Diagnostics	Suicidants et/ou patients avec idées suicidaires				Témoins			
			Taille de l'échantillon	Age Moyenne \pm DS	Genre % hommes	Echelle de dépression Moyenne \pm DS	Taille de l'échantillon	Age Moyenne \pm DS	Genre % hommes	Echelle de dépression Moyenne \pm DS
Kim et al. 2003 (Kim et al., 2003a)	SADS	Psychoses	200	35 \pm 8,2	78,5	21,1 \pm 9,4 ^a	133	35,4 \pm 11	77,4	14,6 \pm 6,1 ^a
Yen et al. 2008b (Yen et al., 2008b)	SAI-E	Troubles bipolaires	9	34,8 \pm 8,3	66,7	\leq 6 ^a	87	41,4 \pm 12,9	50,6	\leq 6 ^b
Schennach-Wolff et al. 2010 (Schennach-Wolff et al., 2010)	PANSS item G12	Psychoses	75	34,6 \pm 10,6	58,6	19,9 \pm 8,7 ^a	264	34,6 \pm 11,3	56,8	14,2 \pm 7,5 ^b
Artiles et al. 2009 (Artiles et al., 2009)	SAUMD, 3 premiers items	Psychoses	27	31	77,8	3 ^b	30	28	86,7	1 ^b
Barrett et al. 2010 (Barrett et al., 2010)	PANSS item G12	Psychoses	89	26,3 \pm 8	58,4	9 ^c	105	27,7 \pm 9	61,9	4
Acosta et al. 2012 (Acosta et al., 2012)	SAUMD, 3 premiers items	Troubles bipolaires	37	46,5 \pm 12,5	18,9	11,6 \pm 11,7 ^d	35	48 \pm 13,7	54,3	8,8 \pm 12,9 ^c
Vilaplana et al. 2015 (accepté) (Vilaplana et al., 2015)	MDIS	Dépression	22	41,7 \pm 9,2	58,3	28,1 \pm 8,7 ^a	22	41,3 \pm 11,4	31,8	29,6 \pm 12,9 ^a

^a HAMD-24: 24-item Hamilton Rating Scale for Depression; ^b CDS: Calgary Depression Scale; ^c CDSS= Calgary Depression Scale for Schizophrenia; ^d BDI: Beck Depression Inventory.

MDIS: Mood Disorder Insight Scale ; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; PANSS item G 12: Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia; SAUMD, 3 premiers items: Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder; SAI-E: Schedule of Assessment of Insight- Expanded.

2.3.1 Recueil des données et analyses

Un questionnaire standardisé a été utilisé pour extraire les données, incluant les auteurs, la date de publication, le type d'étude, la population étudiée, les échelles d'insight utilisées, la définition du comportement suicidaire et les scores d'insight (moyenne et déviation standard). Deux groupes ont été comparés : patients avec antécédents d'actes ou d'idéations suicidaires et patients témoins (c'est à dire sans antécédents personnels d'actes ou d'idéations suicidaires mais avec un antécédent de trouble mental). Les analyses ont été effectuées grâce à la version 2.0 de « Comprehensive Meta-Analyses » (Biostat, Englewood, NJ, USA) et la version 21.0 de SPSS IBM (IBM Corporation, Chicago, IL, USA). Nous avons utilisé un modèle d'effet aléatoire car nous avons fait l'hypothèse a priori que la taille de l'effet réelle varie entre les études incluses (Riley et al., 2011). L'ensemble des tailles d'effet g de Hedge pour les scores d'insight et de dépression des sujets a été calculé. Les tailles d'effet obtenues sont en général considérées comme faibles si <0.3 , modérées si compris entre 0.4 et 0.8, et larges si >0.8 (Egger M, 2001).

L'hétérogénéité a été évaluée en utilisant les tests statistiques Q de Cochrane et la valeur I^2 (Cooper et al., 2009). Une valeur de $p < 0.01$ pour le test Q de Cochrane et un seuil $>35\%$ pour I^2 ont été estimés comme indicateurs de l'hétérogénéité des études. Enfin, nous avons utilisé le graphique en entonnoir, la méthode de Rosenthal (Rosenthal, 1979) et le test de Egger (Egger et al., 1997) afin de détecter la présence de biais de publication (Cooper et al., 2009).

3. RESULTATS

Nous présentons ici les résultats des 3 études (revue systématique, étude transversale et méta-analyse) à la suite avant de discuter l'ensemble des résultats.

3.1 Revue systématique

La revue systématique de la littérature a identifié 32 études (**Tableau 1**). La moyenne d'âge des patients variait entre 17,5 et 59,6 ans, et le taux de sujets masculins de 18,9 à 86,7%. Vingt-cinq études incluait des patients souffrant de troubles psychotiques (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble délirant, trouble psychotique non spécifié ou trouble schizo-affectif) (Hu et al., 1991, Amador et al., 1996, Schwartz and Petersen, 1999, Steblaj et al., 1999, Kamali et al., 2000, Schwartz, 2000, Cunningham Owens et al., 2001, Yen et al., 2002, Kim et al., 2003b, Bourgeois et al., 2004, Schwartz and Smith, 2004, Crumlish et al., 2005, Schwartz-Stav et al., 2006, Foley et al., 2008, Harvey et al., 2008, Artiles et al., 2009, Restifo et al., 2009, Robinson et al., 2009, Robinson et al., 2010, Schennach-Wolff et al., 2010, Kao and Liu, 2011, Flanagan and Compton, 2012, Gale et al., 2012, Sharaf et al., 2012, Ekinci and Ekinci, 2013). Dans six de ces études, les patients présentaient un premier épisode psychotique (Foley et al., 2008, Harvey et al., 2008, Robinson et al., 2009, Barrett et al., 2010, Robinson et al., 2010, Flanagan and Compton, 2012) et dans deux de celles-ci, un trouble de l'humeur avec traits psychotiques (Robinson et al., 2009, Robinson et al., 2010). Quatre études incluait des patients avec troubles de l'humeur, bipolaires euthymiques (Yen et al., 2008a, Yen et al., 2008b, Acosta et al., 2012) ou dépressifs (Yen et al., 2009). Dans trois études, les diagnostics étaient mixtes incluant à la fois des troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs récurrents (Gonzalez, 2008) ou des troubles psychotiques, dépressifs et bipolaires avec traits psychotiques (Barrett et al., 2010) et des troubles lié à l'usage de substances psycho-actives (Bakst et al., 2010).

Le niveau d'insight a été évalué dans 22 études de façon multidimensionnelle, spécifique et quantitative avec 7 échelles différentes, à savoir les échelles SAUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) (Amador et al., 1996, Schwartz and Petersen, 1999, Schwartz, 2000, Schwartz and Smith, 2004, Schwartz-Stav et al., 2006, Artiles et al., 2009, Acosta et al., 2012, Ekinici and Ekinici, 2013), BIS (Birchwood Insight Scale) (Kamali et al., 2000, Crumlish et al., 2005, Foley et al., 2008, Flanagan and Compton, 2012, Sharaf et al., 2012), SAI (Schedule of Assessment of Insight) (Yen et al., 2002, Yen et al., 2008a), ou sa version étendue SAI-E (SAI Expanded version) (Yen et al., 2002, Harvey et al., 2008, Yen et al., 2008b), Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ), Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ) (Kao and Liu, 2011), ou Mood Disorders Insight Scale (MDIS) (Yen et al., 2009). L'insight cognitif a été évalué en supplément de l'insight clinique (mesuré avec l'échelle SAUMD) dans une étude utilisant l'échelle BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) (Ekinici and Ekinici, 2013). L'insight a été scindé de manière catégorielle en « présent » ou « absent » dans quatre études (Hu et al., 1991, Steblaj et al., 1999, Gonzalez, 2008, Restifo et al., 2009), et en présent, partiel et absent, dans trois études en fonction de l'échelle « Early Psychosis and Intervention Centre intake mental state examination » (EPPIC) (Robinson et al., 2009, Robinson et al., 2010) et de la « Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia » (SADS) (Kim et al., 2003b). L'insight a aussi été mesuré grâce à des items non spécifiques dont l'item 17 de l'échelle de dépression d'Hamilton « Hamilton Depression Rating Scale » (HAM-D) (Kim et al., 2003b, Bakst et al., 2010), l'item G 12 de la « Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia » (PANSS) (Barrett et al., 2010, Schennach-Wolff et al., 2010), et l'item 12 de la « Scale of Functioning » (SOF) (Bourgeois et al., 2004). Parmi ces mesures, certaines correspondaient à la dimension globale de l'insight (SADS, PANSS, EPPIC, MDIS, SAI, SAI-E, SAUMD, HDRS, SOF, échelles dichotomiques), ou à des dimensions plus spécifiques notamment la reconnaissance de la maladie (SAUMD, SAI-E, BIS, MDIS, SAI, ITAQ), l'attribution des symptômes à la maladie (SAUMD, SAI-E, BIS, MDIS, SAI), la croyance en la nécessité d'un traitement (SAUMD, SAI-E, BIS, SAIQ,

MDIS, SAI, ITAQ) ou encore la reconnaissance des conséquences sociales et du pronostic du trouble mental (SAUMD, SAIQ).

Douze études étaient prospectives et vingt transversales et rétrospectives.

Au total, une faible majorité des études (n=21) sélectionnées montrait une association significative entre *au moins une mesure d'insight* et des conduites suicidaires : dix huit (13 pour les troubles psychotiques, 2 les troubles de l'humeur et 3 tous troubles confondus) montraient au moins une mesure avec un meilleur insight comme facteur de risque suicidaire, alors que trois études (2 avec troubles psychotiques et une avec troubles bipolaires) montraient un meilleur insight en la nécessité d'un traitement comme facteur *protecteur* de suicide. Onze études ne retrouvaient pas une telle association : 8 pour les troubles psychotiques, une pour les troubles de l'humeur et 2 pour les deux troubles combinés. Des résultats plus détaillés pour chaque dimension d'insight sont présentés ci-dessous.

3.1.1 Insight global

Cinq études (dont 2 études prospectives) retrouvaient une association entre meilleur insight global et comportements suicidaires. Dans trois de ces études, il s'agissait de patients souffrant de psychose (Kim et al., 2003a, Barrett et al., 2010, Schennach-Wolff et al., 2010). L'insight a été identifié comme facteur de risque pour les idées et actes suicidaires chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie, dépression et troubles bipolaires (Gonzalez, 2008) et pour les auto-mutilations, tentatives de suicide et suicides aboutis chez les patients souffrant d'un premier épisode psychotique (Robinson et al., 2009). Cependant, cinq études prospectives ne retrouvaient aucune association significative entre insight général et conduites suicidaires, chez des patients avec un diagnostic de dépression (Yen et al., 2009), de schizophrénie (Yen et al., 2002, Crumlish et al., 2005, Artiles et al., 2009), ou bien dans le cas de patients avec un premier épisode psychotique ou un trouble de l'humeur induit par des substances psycho-actives (Bakst et al., 2010). De la même façon, trois études rétrospectives

n'ont retrouvé aucune différence entre suicidants et non suicidants dans le cas de troubles psychotiques chroniques (Hu et al., 1991, Restifo et al., 2009) ou d'un premier épisode psychotique (Robinson et al., 2010).

3.1.2 Dimension : reconnaissance de la maladie mentale

Sept études (dont 2 prospectives) montraient une association positive entre une meilleure reconnaissance de la maladie mentale et tentative de suicide (Crumlish et al., 2005), idéations suicidaires (Cunningham Owens et al., 2001, Flanagan and Compton, 2012), ou les deux (Foley et al., 2008). Cette association a aussi été retrouvée entre une meilleure reconnaissance de la maladie mentale et des auto-mutilations et tentatives de suicide combinés (Harvey et al., 2008) chez des patients souffrant de schizophrénie. L'insight a été identifié comme facteur de risque suicidaire pour à la fois les idées et actes suicidaires chez des patients avec troubles bipolaires (Yen et al., 2008b, Acosta et al., 2012). Neuf autres études (dont 3 prospectives) ne rapportaient aucune association chez des patients avec un diagnostic de schizophrénie pour les conduites suicidaires (Amador et al., 1996, Schwartz and Petersen, 1999, Yen et al., 2002, Artiles et al., 2009, Gale et al., 2012), les idées suicidaires seules (Kamali et al., 2000, Schwartz, 2000) ou les auto-mutilations (Schwartz and Smith, 2004), y compris chez les adolescents (Schwartz-Stav et al., 2006). Des comparaisons multiples ont été réalisées dans de nombreuses études. Cinq études négatives et quatre positives avaient de faibles tailles d'échantillon.

3.1.3 Dimension : attribution des symptômes au trouble mental

Quatre études montraient une association positive entre une bonne reconnaissance des symptômes psychotiques et les actes suicidaires chez des patients souffrant de schizophrénie (Amador et al., 1996, Schwartz-Stav et al., 2006) ou de troubles bipolaires (Acosta et al.,

2012), ou des idées suicidaires chez des patients avec un diagnostic de schizophrénie (Flanagan and Compton, 2012). Trois études (dont une prospective) n'ont retrouvé aucune association (Kamali et al., 2000, Yen et al., 2002), même après avoir tenu compte des facteurs de confusion, y compris la dépression et le stigma (Sharaf et al., 2012), chez des patients avec un diagnostic de schizophrénie. Trois études avaient une faible taille d'échantillon (Amador et al., 1996, Schwartz-Stav et al., 2006, Acosta et al., 2012). Trois de ces études ne corrigeaient pas pour les comparaisons multiples (Amador et al., 1996, Schwartz-Stav et al., 2006, Flanagan and Compton, 2012), ce qui peut conduire à des faux positifs. Une étude négative avait un échantillon de faible effectif (Yen et al., 2002).

3.1.4 Dimension : reconnaissance de la nécessité d'un traitement

Parmi les 15 études évaluant cette dimension, 5 (dont 2 prospectives) rapportaient une meilleure reconnaissance de la nécessité d'un traitement chez des patients suicidants souffrant de schizophrénie (Schwartz and Petersen, 1999, Schwartz, 2000, Cunningham Owens et al., 2001, Schwartz and Smith, 2004) ou de troubles bipolaires (Yen et al., 2008b) comparé aux patients non-suicidants. Cependant, 3 de ces études (Schwartz and Petersen, 1999, Schwartz, 2000, Yen et al., 2008b) ne corrigeaient pas pour les comparaisons multiples. Inversement, trois études (dont 2 prospectives) montraient un insight en la nécessité du traitement comme facteur *protecteur*, spécifiquement, de futures tentatives de suicide chez des patients souffrant de schizophrénie sur un suivi de 2 ans (Bourgeois et al., 2004), d'auto-mutilation et d'actes suicidaires chez des patients avec troubles bipolaires en rémission à l'admission (Yen et al., 2008a), et de tentatives de suicide, de suicides accomplis et d'idéations suicidaires (Stebblaj et al., 1999).

Sept études ne rapportaient aucune différence (Amador et al., 1996, Kamali et al., 2000, Harvey et al., 2008, Kao and Liu, 2011, Gale et al., 2012, Sharaf et al., 2012) ou valeur prédictive de cette dimension d'insight (Yen et al., 2002) chez des patients avec un diagnostic

de schizophrénie. Il est important de noter que deux études positives (Stebalaj et al., 1999, Yen et al., 2008a) et quatre études négatives (Amador et al., 1996, Yen et al., 2002, Harvey et al., 2008, Gale et al., 2012) avaient une faible taille d'échantillon.

3.1.5 Dimension : reconnaissance des conséquences sociales et du pronostic de la maladie

Chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie, seule une étude (Schwartz, 2000) retrouvait une association positive (sans tenir compte des comparaisons multiples) entre meilleure reconnaissance des conséquences sociales du trouble mental et conduites suicidaires (tentative(s) ou idéations suicidaires). Sept études ne retrouvaient aucune association (Amador et al., 1996, Schwartz and Petersen, 1999, Kao and Liu, 2011, Ekinci and Ekinci, 2013) chez des patients souffrant de schizophrénie (dont deux études prospectives) (Schwartz and Smith, 2004, Artiles et al., 2009) ou de troubles bipolaires (Acosta et al., 2012). Notons que quatre études (Amador et al., 1996, Artiles et al., 2009, Acosta et al., 2012, Ekinci and Ekinci, 2013) avaient des effectifs de petite taille.

3.1.6 Dimension : insight cognitif

A notre connaissance, seule une étude a évalué l'insight cognitif et rapportait une association positive entre conduites suicidaires et la dimension « Self-Reflectiveness » (réflexion sur soi) (mais pas avec la dimension « Self-Certainty » : certitude dans cette réflexion sur soi) à l'échelle d'insight cognitif chez des patients avec un diagnostic de schizophrénie (Ekinci and Ekinci, 2013). Cependant, cette étude avait une faible taille d'échantillon et la relation étudiée entre suicidalité et insight constituait une analyse secondaire.

3.2 Etude transversale

Les deux groupes étudiés étaient statistiquement identiques en terme d'âge, de genre, et pour les scores de dépression à l'HAM-D, d'anxiété à l'HAM-A, et de niveau intellectuel verbal à la NART (**Tableau 3**). Comme attendu, les moyennes des scores d'idées suicidaires (SSI) étaient plus élevées chez les suicidants par rapport au groupe contrôle. Les suicidants et patients témoins étaient similaires en terme de score total à la MDIS ($U=195,5$; $z=-0,66$; $p=0,5$), ainsi que pour les trois sous-scores de la MDIS (reconnaissance de la maladie, attribution des symptômes au trouble mental, et croyance en la nécessité du traitement). Une tendance a été retrouvée en faveur d'un meilleur insight chez les suicidants en comparaison des témoins pour l'échelle HAM-D item 17 ($U=187,2$; $z=-1,8$; $p=0,06$) (**Tableau 3**) avec une taille d'effet importante de 1,43 [95%CI: 0,77; 2,09].

Les analyses post hoc ont révélé que la différence était particulièrement significative chez les femmes ($U=58,5$; $z=-2,1$; $p=0,03$) et non chez les hommes ($U=33$; $z=-0,29$; $p=0,7$). L'analyse de puissance bilatérale avec une valeur $\alpha=0,01$ montrait une puissance de 92% pour la détection de différences significatives. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les scores d'insight à la HAM-D et à la MDIS total ($r_s=0,3$; $p=0,8$), ni avec les trois sous-scores de la MDIS : conscience de la maladie ($r_s=0,02$; $p=0,9$), attribution des symptômes au trouble mental ($r_s=0,1$; $p=0,5$), croyance en la nécessité du traitement ($r_s=-0,09$; $p=0,6$). Nous n'avons pas noté de corrélation entre les scores de l'HAM-D insight et celui de la SIS chez les suicidants ($r_s=-0,02$; $p=0,9$) ou les témoins ($r_s=0,3$; $p=0,2$).

Tableau 3. Etude transversale : Caractéristiques cliniques et démographiques des patients souffrant de dépression avec et sans histoire de conduites suicidaires.

	Suicidants (n=22)	Patients témoins (n=22)	U*	z	p
Caractéristiques sociodémographiques					
Age (ans), score moyen \pm DS	41,7 \pm 9,2	41,3 \pm 11,4	238	-	0,9
Genre féminin, n (%)	12 (54,5)	15 (68,2)	0,4*	-	0,5
Caractéristiques cliniques					
NART ratio	73,4 \pm 13,5	71,4 \pm 13,6	181	-0,5	0,6
HAM-D 24, score moyen \pm DS	28,1 \pm 8,7	29,6 \pm 5,2	231,5	-0,2	0,8
HAM-A, score moyen \pm DS	17,3 \pm 7,5	17,0 \pm 3,4	216,5	-0,6	0,5
SSI actuel, score moyen \pm DS	12,2 \pm 6,9	12,6 \pm 6,6	107	-0,2	0,8
SSI antérieur, score moyen \pm DS	21,8 \pm 6,7	13,8 \pm 6,6	56,5	-3,1	0,002
SIS, score moyen \pm DS	18,6 \pm 5,1	-	-	-	-
Score d'Insight					
Score MDIS					
MDIS Insight total, score moyen \pm DS	10,8 \pm 1,2	10,3 \pm 2,0	195,5	-0,7	0,5
MDIS Conscience de la maladie, score moyen \pm DS	3,8 \pm 0,6	3,5 \pm 0,9	192,0	-1,0	0,4
MDIS Attribution des symptômes, score moyen \pm DS	3,3 \pm 1,2	3,3 \pm 1,0	216,5	-	0,9
MDIS Nécessité du traitement, score moyen \pm DS	3,9 \pm 0,7	3,5 \pm 0,9	190	-0,7	0,3
Score échelle Hamilton auto critique HAM-D					
HAM-D auto critique: item 17, score moyen \pm DS	0,7 \pm 0,5	0,1 \pm 0,3	187	-1,8	0,06
- Femmes, score moyen \pm DS	0,6 \pm 0,5	0,9 \pm 0,3	58,5	-2,1	0,03
- Hommes, score moyen \pm DS	0,8 \pm 0,4	0,9 \pm 0,4	33	-0,3	0,7

HAM-D item auto critique 17: Hamilton Rating Scale for Depression item 17; HAM-D-24: 24-item Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-A: Hamilton Rating Scale for Anxiety; MDIS: Mood Disorders Insight Scale; NART: National Adult Reading Test ; STAI-A: Spielberger State trait Anger Inventory – Trait; STAI-B: Spielberger State trait Anger Inventory – Trait; SIS: Suicidal Intent Scale; SSI: Scale for Suicide Ideation

* U : Test de Mann Whitney

** Khi deux de Pearson

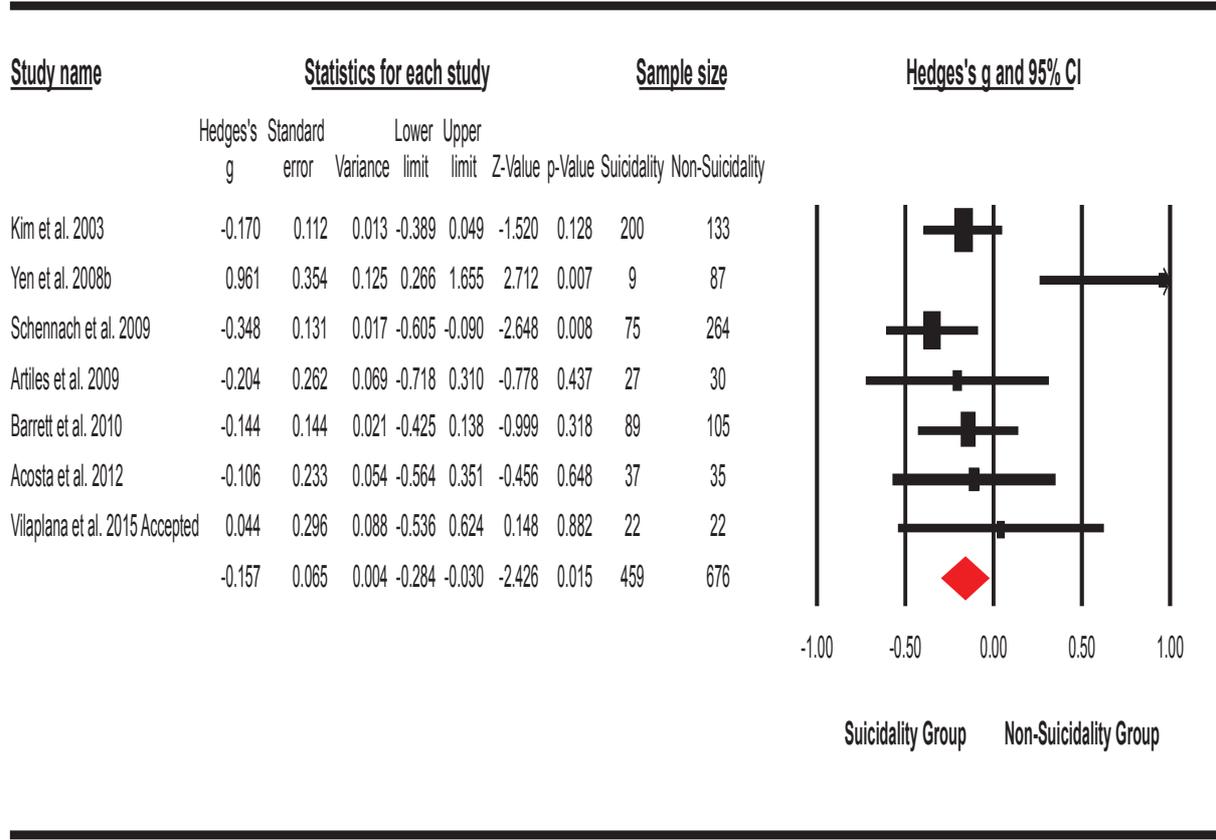
3.3 Méta Analyse

Sept études, dont notre propre étude ont été incluses, comprenant 1 135 participants, parmi lesquels 459 étaient des suicidants ou des patients avec antécédents d'idées suicidaires (moyenne d'âge=35,7±9,5 ans; 59,6% d'hommes) et 676 des témoins (31,6±11,7 ans; 59,9% d'hommes). Les échelles suivantes correspondent à celles utilisées dans les différentes études incluses : l'échelle HAM-D insight pour notre propre étude, l'échelle SADS (Kim et al., 2003b), SAI-E (Yen et al., 2008b), l'item G 12 de la PANSS (Barrett et al., 2010, Schennach-Wolff et al., 2010) et les trois premiers items de la SAUMD (Artiles et al., 2009, Acosta et al., 2012).

L'ensemble des tailles d'effet g de Hedge entre patients avec versus sans antécédents de tentative(s) ou idées suicidaires était de -0,16 (95% CI [-0,3 – -0,03]; $z = -2,42$; $p=0,015$) (**Figure 2**), représentant une taille d'effet significative mais faible, et indiquant que les patients avec antécédent de tentative(s) ou d'idées suicidaires avaient significativement un meilleur insight que les témoins.

L'hétérogénéité excédait celle attendue par hasard de $p<0,01$, impliquant que la variance parmi les tailles d'effet était supérieure à celle attendue par erreur d'échantillonnage. L'étude de Yen et al. (Yen et al., 2008b) était responsable de cette hétérogénéité. Après avoir exclu cette étude, l'hétérogénéité disparaissait et les résultats restaient significatifs (ensemble des taille d'effet g de Hedge = -0,2 (95% CI [-0,32 – -0,06]; $z=-2,97$; $p=0,003$). Selon la méthode de Rosenthal, le nombre de résultats négatifs non publiés ou manquants nécessaires pour rendre ces résultats non significatifs, était de 9. Le graphique en entonnoir était raisonnablement symétrique, suggérant un risque faible de biais de publication. De plus, le test de Egge, plus conservateur, ne suggérait pas non plus de biais de publication.

Figure 2. Comparaison des niveaux d'insight entre patients avec antécédents d'idées ou d'actes suicidaires et sujets témoins.



4. DISCUSSION

Dans cette exploration multi-modale comprenant une revue systématique de la littérature, une étude transversale et une méta-analyse quantitative, nous avons trouvé une association significative mais faible entre insight et suicidalité.

Notre revue de la littérature a révélé une faible majorité d'études (n=21) rapportant au moins une dimension d'insight associée soit avec une histoire de tentative de suicide, soit avec des idées suicidaires dans les études rétrospectives, soit avec un risque de tentative de suicide dans les études de suivi prospectives.

Notre propre étude montrait une tendance en faveur d'une association entre insight mesuré par l'item simple de l'échelle de dépression d'Hamilton (HAM-D) et les conduites suicidaires chez les femmes (mais pas avec l'échelle plus complexe de la MDIS).

Enfin, notre méta-analyse de sept études dont quatre portant sur les troubles psychotiques, deux sur les troubles bipolaires et une sur les troubles dépressifs, montrait une taille d'effet significative mais faible (ensemble des tailles d'effet g de Hedge=-0,16) dans la comparaison entre patients avec versus sans conduites suicidaires (suicidants/patients avec histoire d'idées suicidaires).

En général, l'association entre ces variables suggérait qu'un *meilleur* insight est un facteur de risque d'idées ou d'actes suicidaires. Cela était particulièrement vrai pour les dimensions de « reconnaissance de la maladie mentale » et « attribution des symptômes à la maladie », et moins souvent pour « reconnaissance de la nécessité du traitement » et très rarement pour la dimension d'insight « croyance aux conséquences de la maladie ». De plus, trois études (deux prospectives et une rétrospective) rapportaient l'opposé, montrant une *moins bonne* reconnaissance de la nécessité du traitement comme prédicteur de suicidalité (versus cinq études rapportant une association positive, et sept études aucune association).

Une autre question était celle du rôle du diagnostic en tant que modérateur de l'association ou de la direction de l'association, entre insight et suicidalité. Cette question est d'autant plus

pertinente que des études scientifiques suggèrent que le diagnostic intervient dans la relation entre cognition et conduites suicidaires. Par exemple, un faible score de quotient intellectuel (QI) a été associé à une augmentation de conduites suicidaires, mais seulement chez les patients non psychotiques (Batty et al., 2010). De plus, les suicidants souffrant de schizophrénie semblent avoir un meilleur fonctionnement exécutif que les non-suicidants, notamment au niveau de la fluence verbale (Nangle et al., 2006), de l'attention, et de la flexibilité (Kim et al., 2003a, Nangle et al., 2006), alors que les suicidants avec un diagnostic de dépression ont de moins bonnes performances en comparaison de patients témoins (Richard-Devantoy et al., 2014). De plus, les troubles psychiatriques, selon leur nature, pourraient impliquer des mécanismes d'insight différents (Markova and Berrios, 1992). Dans la psychose, un insight altéré serait sous-tendu par une perte de contact avec la réalité alors que dans les maladies non psychotiques ce serait plutôt le résultat d'un mécanisme de défense contre une réalité intolérable pour le patients (Markova and Berrios, 1992). Cependant, à notre connaissance, il n'existe aucun argument empirique supportant ces différents mécanismes.

Le nombre limité d'études portant sur les troubles de l'humeur, notamment comparé aux troubles psychotiques, nous a empêchés de conduire des analyses séparées, limitant ainsi toute conclusion définitive concernant les effets modérateurs éventuels du diagnostic. Cependant, une association positive entre insight et suicidalité a été trouvée à la fois dans les troubles psychotiques et de l'humeur, comprenant les troubles bipolaires et dépressifs. Il est à noter que des études ont rapporté une augmentation du risque suicidaire parmi les patients âgés souffrant de démence, particulièrement au cours de la phase précoce de la maladie (Erlangsen et al., 2008, Draper et al., 2010), quand l'insight est préservé (Purandare et al., 2009), ce qui témoigne du caractère possiblement transnosographique de l'association entre insight et suicidalité. De nombreux exemples cliniques montrent qu'un insight préservé quant à la nature de la démence et de son pronostic final augmente le risque suicidaire, même en l'absence de dépression (Ferris et al., 1999).

L'interprétation de l'association entre insight et suicidalité n'est pas aisée. Qui plus est, la faible taille de l'effet suggère des processus additionnels ayant un effet modérateur ou médiateur sur cette relation. Le comportement suicidaire a en effet été associé à de nombreux déficits cognitifs indépendamment de la maladie mentale co-morbide (Jollant et al., 2011) (Richard-Devantoy et al., 2014). Il est fréquent de considérer qu'une meilleure conscience de la maladie et de ses conséquences en terme d'attentes dans la vie peut mener à un plus grand désespoir, et par conséquent, à un plus haut risque d'idées ou d'actes suicidaires. De façon spécifique, cette conception a été proposée pour les patients souffrant de schizophrénie. Cependant, nous n'avons pas trouvé de forte relation entre la dimension « conscience des conséquences du trouble mental » et suicidalité. L'attribution des symptômes à un trouble interne, et par conséquent possiblement à l'individu lui-même, qui est tenu responsable plutôt qu'un agent externe, a probablement davantage d'impact. Ainsi, le patient aurait le sentiment que rien ne peut changer ce qui le conduirait à ne pas se soigner. Ce point de vue est suggéré par trois études, dont deux sont prospectives, montrant une *moins bonne* reconnaissance de la nécessité d'un traitement comme facteur de risque de suicide. Le patient pourrait donc se dire : « Je suis malade, cela vient de moi, donc il n'y a rien à faire et je ne me soigne pas ». De fait, les patients souffrant de dépression avec une histoire de tentative de suicide affichent une discordance entre ce qu'ils savent (compréhension explicite) et ce qu'ils font (Jollant et al., 2013) : ceux qui savent quels sont les choix avantageux les traduisent rarement en actes, contrairement aux patients sans antécédents de tentative de suicide. Des analyses préliminaires de notre étude suggèrent que les patients avec une compréhension explicite à l'« Iowa Gambling Task » (IGT) (Bechara et al., 1997), un jeu de cartes évaluant la prise de décision, avaient un meilleur niveau d'insight mesuré par l'item insight de l'échelle de dépression d'Hamilton (HAM-D) que ceux ne présentant pas de compréhension explicite (scores moyens = $0,8 \pm 0,4$ vs. $0,4 \pm 0,5$; $U=35$; $p=0,05$). En accord avec ces résultats dans le domaine de la prise de décision, l'effet de l'insight (tel qu'une mesure particulière de la compréhension explicite) pourrait être contrebalancé par l'incapacité de ces individus à

transformer l'insight « je suis malade » en choix et actes appropriés (c'est à dire « j'ai besoin d'un traitement et je vais le prendre »). Cependant, cette interprétation n'explique pas pourquoi les suicidants auraient un meilleur insight, mais peut expliquer la divergence apparente entre la bonne compréhension des situations et les choix désavantageux de ces individus. Ces résultats vont également dans le sens de la nécessité de développement des tests cognitifs de mesure de l'insight au delà des auto-questionnaires comportant un risque important de biais de désirabilité, ainsi que de la difficulté d'auto-évaluation et de dévoilement de soi. Des recherches supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires.

5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Plusieurs limites de ce travail méritent d'être soulignées. Tout d'abord, les échelles utilisées sont variées, et peuvent par conséquent en partie expliquer les résultats contradictoires, comme l'indique une précédente méta-analyse limitée à l'étude de l'insight dans la schizophrénie (Hawton et al., 2005). Dans notre étude, nous n'avons trouvé aucune corrélation entre les scores MDIS et HAM-D. Les différents sous scores ont aussi été utilisés afin de tenir compte de la complexité du concept. De plus, les différentes échelles n'évaluent pas toujours exactement les mêmes dimensions, ce qui complique toute conclusion définitive. Cependant, deux études précédentes suggèrent une corrélation modérée à élevée entre les échelles SAUMD, l'item G 12 de la PANSS et le score HAM-D insight (Lincoln et al., 2007, Ouzir et al., 2012).

Deuxièmement, la majorité des études, y compris la nôtre, sont rétrospectives et par conséquent, montrent seulement une association, et non une relation causale. De même, nous ne pouvons exclure un biais de rappel, car les patients ayant un insight de bonne qualité pourraient aussi se souvenir et rapporter plus facilement d'éventuelles tentatives de suicide antérieures.

Troisièmement, la petite taille de certains échantillons peut induire des erreurs de type I ou II (Stebalj et al., 1999, Yen et al., 2002, Crumlish et al., 2005, Foley et al., 2008, Yen et al., 2008a, Yen et al., 2008b, Gale et al., 2012, Ekinici and Ekinici, 2013). La non correction de tests multiples dans certaines études est aussi un problème important en augmentant le risque d'erreurs de type I, ce qui, par conséquent, devrait être pris en compte dans les futures études.

Quatrièmement, les études incluent de nombreux types de comportements suicidaires, tels que simple idéation suicidaire, parfois auto-mutilations (au sens anglo-saxon « self-harm » c'est-à-dire combinant auto-mutilations et tentatives de suicide) ou seulement tentatives de suicide. Cela rend difficile l'analyse distincte de chaque type et par conséquent, l'exploration du rôle de l'insight concernant les idées en comparaison aux actes suicidaires.

Cinquièmement, les facteurs susceptibles d'influencer l'insight, comme le quotient intellectuel pré-morbide (Donohoe et al., 2004), le stigma et la sévérité de la dépression (Sharaf et al., 2012), le désespoir (Kim et al., 2003a), et le nombre d'épisodes antérieurs (Markova and Jaafari, 2009), ne sont souvent pas pris en compte.

Enfin, nous avons eu à assembler différentes mesures d'insight dans notre méta-analyse, en plus du fait que seules sept études ont été identifiées comparant des patients avec versus sans antécédents de conduites suicidaires. Les méta-analyses ont souvent été critiquées pour la combinaison d'études hétérogènes, leur potentiel biais de publication, et l'inclusion d'essais de pauvre qualité. Dans la présente étude, cependant, ces problématiques ont été traitées par l'examen objectif à la fois des biais de publication et d'hétérogénéité.

6. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Un meilleur insight semble jouer un rôle significatif mais faible dans le risque suicidaire. Des facteurs psychologiques et neurobiologiques sous-tendant le risque suicidaire ont été étudiés, et l'insight pourrait être un des facteurs parmi tous ceux-ci ouvrant la voie aux conduites suicidaires. Cependant, notre étude soulève aussi des questionnements méthodologiques et conceptuels.

Tout d'abord, de futures études devraient combiner des mesures globales et dimensionnelles (avec correction pour tests multiples), car la conceptualisation de l'insight demeure pauvre. De plus, le développement de tests neuropsychologiques mettant les participants en situation dans laquelle la conscience peut être objectivement mesurée dans des conditions standardisées devrait apporter des résultats plus fiables.

Deuxièmement, le rôle de l'insight dans les conduites suicidaires devrait être exploré chez les patients psychotiques mais aussi non psychotiques en utilisant la même méthodologie afin de mettre au clair les mécanismes spécifiques et communs à ces pathologies.

Troisièmement, la recherche des bases neurales et des fondements biologiques de l'insight devrait être menée.

Quatrièmement, tout comme de nombreuses mesures en psychiatrie, il serait plus cohérent d'investiguer les conséquences à long terme d'un insight altéré plutôt que de se restreindre à des comparaisons transversales de groupes, groupes qui sont souvent hétérogènes.

Cinquièmement, l'effet de l'insight semble être modulé par le sexe, tel que notre étude le suggère. De plus amples recherches sont nécessaires dans cette direction.

Au final, si l'insight est associé au suicide, il fait seulement partie des multiples facteurs qui contribuent à ce risque. Analyser comment les différentes dimensions de l'insight et autres processus cognitifs se combinent pour moduler la voie jusqu'aux idées et actes suicidaires dans de larges populations pourrait clarifier le rôle de l'insight dans ce comportement complexe.

7. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acosta FJ, Vega D, Torralba L, Navarro S, Ramallo-Farina Y, Fiuza D, Hernandez JL, Siris SG (2012) Hopelessness and suicidal risk in bipolar disorder. A study in clinically nonsyndromal patients. *Comprehensive psychiatry* 53:1103-1109.
- Amador X, Strauss DH (1990) *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. New York: Columbia University and New-York State Psychiatric Institute.
- Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM (1996) Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *The American journal of psychiatry* 153:1185-1188.
- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM (1993) Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry* 150:873-879.
- Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A (2005) Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research* 9:279-300.
- Artiles FA, Garcia-Iturrospe EA, Mendez MC, Marco RG, Hidalgo AC, Siris S (2009) [A prospective study of the psychopathological variables associated with suicidality among schizophrenic patients]. *Actas espanolas de psiquiatria* 37:42-48.
- Bakst S, Rabinowitz J, Bromet EJ (2010) Antecedents and patterns of suicide behavior in first-admission psychosis. *Schizophrenia bulletin* 36:880-889.
- Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Agartz I, Bratlien U, Romm KL, Mork E, Rossberg JI, Steen NE, Andreassen OA, Melle I (2010) Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophrenia research* 123:257-262.
- Batty GD, Whitley E, Deary IJ, Gale CR, Tynelius P, Rasmussen F (2010) Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1,109,475 Swedish men. *Bmj* 340:c2506.
- Beardsall L, Brayne C (1990) Estimation of verbal intelligence in an elderly community: a prediction analysis using a shortened NART. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society* 29 (Pt 1):83-90.
- Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR (1997) Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science* 275:1293-1295.
- Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM (2004) A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research* 68:319-329.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A (1979) Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology* 47:343-352.
- Beck AT SD (1974) *Development of suicidal intent scales. The prediction of suicide*: Charles Press Publishers.
- Bostwick JM, Pankratz VS (2000) Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry* 157:1925-1932.
- Bourgeois M, Swendsen J, Young F, Amador X, Pini S, Cassano GB, Lindenmayer JP, Hsu C, Alphas L, Meltzer HY, InterSe PTSG (2004) Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *The American journal of psychiatry* 161:1494-1496.
- Cooper H, Hedges LV, Valentine JC (2009) *The Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis*. New York, U.S.: Russell Sage Foundation Publications.

- Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Lane A, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E (2005) Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica* 112:449-455.
- Cunningham Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC (2001) A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta psychiatrica Scandinavica* 103:362-369.
- David AS (1990) Insight and psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 156:798-808.
- Donohoe G, Donnell CO, Owens N, O'Callaghan E (2004) Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease* 192:635-637.
- Draper B, Peisah C, Snowdon J, Brodaty H (2010) Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 6:75-82.
- Egger M, Davey Smith G, Schneider M, Minder C (1997) Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 315:629-634.
- Egger M DSG, Altman D. (2001) *Systematic Reviews in Health Care: Meta-Analysis in Context.* . Bmj.
- Ekinci O, Ekinci A (2013) Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry* 67:116-123.
- Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y (2008) Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 16:220-228.
- Ferris SH, Hofeldt GT, Carbone G, Masciandaro P, Troetel WM, Imbimbo BP (1999) Suicide in two patients with a diagnosis of probable Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders* 13:88-90.
- Flanagan P, Compton MT (2012) 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. *Early intervention in psychiatry* 6:138-144.
- Foley S, Jackson D, McWilliams S, Renwick L, Sutton M, Turner N, Kinsella A, O'Callaghan E (2008) Suicidality prior to presentation in first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry* 2:242-246.
- Gale C, Skegg K, Mullen R, Patterson T, Gray A (2012) Thoughts of suicide and stage of recovery in patients with schizophrenia in community mental health care. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* 20:313-317.
- Ghaemi SN, Boiman E, Goodwin FK (2000) Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry* 41:167-171.
- Ghaemi SN, Sachs GS, Baldassano CF, Truman CJ (1997) Insight in seasonal affective disorder. *Comprehensive psychiatry* 38:345-348.
- Gonzalez VM (2008) Recognition of mental illness and suicidality among individuals with serious mental illness. *The Journal of nervous and mental disease* 196:727-734.
- Hamilton M (1959) The assessment of anxiety states by rating. *The British journal of medical psychology* 32:50-55.
- Hamilton M (1960) Rating scale for depression. *journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23:56-62.

- Harvey SB, Dean K, Morgan C, Walsh E, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, Lloyd T, Fearon P, Jones PB, Murray RM (2008) Self-harm in first-episode psychosis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 192:178-184.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ (2005) Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 187:9-20.
- Hu WH, Sun CM, Lee CT, Peng SL, Lin SK, Shen WW (1991) A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan. *Schizophrenia research* 5:43-50.
- Isometsa ET (2001) Psychological autopsy studies--a review. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 16:379-385.
- Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Bechara A, Courtet P (2013) When knowing what to do is not sufficient to make good decisions: deficient use of explicit understanding in remitted patients with histories of suicidal acts. *Psychiatry research* 210:485-490.
- Jollant F, Lawrence NL, Olie E, Guillaume S, Courtet P (2011) The suicidal mind and brain: a review of neuropsychological and neuroimaging studies. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry* 12:319-339.
- Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E (2000) The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica* 101:452-456.
- Kao YC, Liu YP (2011) Suicidal behavior and insight into illness among patients with schizophrenia spectrum disorders. *The Psychiatric quarterly* 82:207-220.
- Kim C, Jayathilake K, Meltzer F (2003a) Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: a relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia Research* 60:71-80.
- Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY (2003b) Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophrenia research* 60:71-80.
- Lincoln TM, Lullmann E, Rief W (2007) Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenia bulletin* 33:1324-1342.
- Mackinnon A, Mulligan R (2005) [The estimation of premorbid intelligence levels in French speakers]. *L'Encephale* 31:31-43.
- Mann JJ (2003) Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature reviews Neuroscience* 4:819-828.
- Markova IS, Berrios GE (1992) The meaning of insight in clinical psychiatry. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 160:850-860.
- Markova IS, Jaafari N (2009) L'insight en psychiatrie
- Nangle JM, Clarke S, Morris DW, Schwaiger S, McGhee KA, Kenny N, Murphy K, Gill M, Corvin A, Donohoe G (2006) Neurocognition and suicidal behaviour in an Irish population with major psychotic disorders. *Schizophrenia research* 85:196-200.
- Ouzir M, Azorin JM, Adida M, Boussaoud D, Battas O (2012) Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry and clinical neurosciences* 66:167-179.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry* 62:247-253.
- Petticrew M RH (2006) *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*. . Oxford: Blackwell.

- Purandare N, Voshaar RC, Rodway C, Bickley H, Burns A, Kapur N (2009) Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 194:175-180.
- Restifo K, Harkavy-Friedman JM, Shrout PE (2009) Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis. *The Journal of nervous and mental disease* 197:147-153.
- Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F (2014) A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological medicine* 44:1663-1673.
- Riley RD, Higgins JP, Deeks JJ (2011) Interpretation of random effects meta-analyses. *Bmj* 342:d549.
- Robinson J, Cotton S, Conus P, Schimmelmann BG, McGorry P, Lambert M (2009) Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 43:149-157.
- Robinson J, Harris MG, Harrigan SM, Henry LP, Farrelly S, Prosser A, Schwartz O, Jackson H, McGorry PD (2010) Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. *Schizophrenia research* 116:1-8.
- Rosenthal R (1979) The File Drawer Problem and Tolerance for Null Results. *Psychol Bull* 86:638-641.
- Schennach-Wolff R, Jager M, Seemuller F, Obermeier M, Schmauss M, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Maier W, Lemke MR, Ruther E, Klingberg S, Gastpar M, Moller HJ, Riedel M (2010) Outcome of suicidal patients with schizophrenia: results from a naturalistic study. *Acta psychiatrica Scandinavica* 121:359-370.
- Schwartz RC (2000) Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. *The Journal of nervous and mental disease* 188:235-237.
- Schwartz RC, Petersen S (1999) The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease* 187:376-378.
- Schwartz RC, Smith SD (2004) Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. *Journal of psychiatric research* 38:185-191.
- Schwartz-Stav O, Apter A, Zalsman G (2006) Depression, suicidal behavior and insight in adolescents with schizophrenia. *European child & adolescent psychiatry* 15:352-359.
- Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA (2012) A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International journal of nursing studies* 49:1512-1520.
- Stebalaj A, Tavcar R, Dernovsek MZ (1999) Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta psychiatrica Scandinavica* 100:383-388.
- Sturman ED, Sproule BA (2003) Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *Journal of affective disorders* 77:21-30.
- Vilaplana M, Richard-Devantoy S, Turecki G, Jaafari N, Jollant F (2015) Insight into Mental Disorders and Suicidal Behavior: A Qualitative and Quantitative Multi-Modal Investigation. Accepted. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- WHO (2002) World Health Organization
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide.

- Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY (2005) Insight and correlates among outpatients with depressive disorders. *Comprehensive psychiatry* 46:384-389.
- Yen CF, Chen CS, Yen JY, Ko CH (2008a) The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: a two-year prospective study. *Journal of affective disorders* 108:121-127.
- Yen CF, Cheng CP, Ko CH, Yen JY, Huang CF, Chen CS (2008b) Suicidality and its association with insight and neurocognition in taiwanese patients with bipolar I disorder in remission. *The Journal of nervous and mental disease* 196:462-467.
- Yen CF, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH, Chen CC (2009) Predictive value of self-stigma, insight, and perceived adverse effects of medication for the clinical outcomes in patients with depressive disorders. *The Journal of nervous and mental disease* 197:172-177.
- Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH (2002) Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Comprehensive psychiatry* 43:443-447.

8. RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Objectif : L'association entre la conscience d'être malade et de devoir recevoir un traitement, ce qui est communément appelé l'insight, et le risque suicidaire reste débattue. Nous avons étudié cette question en conduisant simultanément une revue de littérature, une étude cas-témoins transversale et une méta-analyse.

Méthode : La revue de littérature a été menée à partir de la base de données Medline et incluait les études traitant de patients avec antécédents de conduites suicidaires (idéations ou tentative(s) suicidaires) et comprenant au moins une mesure du niveau d'insight. Les mots clés « Suicide », « Conscience », « Insight », « Anosognosie », « Inconscience » et « Conscience de la maladie » ont été combinés entre eux. Nous avons aussi conduit une étude transversale comparant les scores d'insight à l'échelle Mood Disorder Insight Scale (MDIS) ainsi que l'item 17 « autocritique » de l'échelle de dépression d'Hamilton (HAM-D) entre 22 patients déprimés suicidants et 22 patients déprimés sans histoire de conduites suicidaires. Enfin, une méta-analyse a été effectuée parmi les études de la revue comparant le niveau d'insight chez les patients avec versus sans antécédents d'idéation ou d'actes suicidaires.

Résultats : La majorité des études (n=25) concernaient les troubles psychotiques, beaucoup moins souvent les troubles de l'humeur (n=4) et parfois les deux types (n=3). Parmi les 32 études identifiées, une faible majorité (n=21) montrait une association entre au moins une dimension d'insight et le risque d'actes ou d'idées suicidaires, aussi bien dans des troubles psychotiques que thymiques. Notre propre étude a retrouvé que les suicidants, principalement les femmes, avaient tendance à présenter un meilleur insight vis-à-vis de leur dépression que les témoins à l'échelle d'Hamilton (p=0,06, taille de l'effet= 1,43 [95%CI: 0,77; 2,09]), mais pas à l'échelle MDIS. Enfin, la méta-analyse de 7 études a confirmé un score d'insight significativement meilleur chez les patients avec versus sans histoire de conduites suicidaires, mais avec une faible taille d'effet (g=-0,16 [95%CI: -0,3; -0,03]).

Conclusion : Une association significative, mais faible, a été démontrée entre insight et risque suicidaire. Des limites méthodologiques et conceptuelles ont été toutefois soulevées. Enfin, de nouvelles mesures, notamment expérimentales sont discutées.

MOTS CLÉS : Suicide, Tentative de suicide, Idées suicidaires, Vulnérabilité, Insight, Cognition, Schizophrénie, Troubles de l'humeur.

9. SERMENT



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

