



SUICIDE ET ANTIDÉPRESSEURS

Recherche menée par **Philippe COURTET** et **Emilie OLIÉ**

Hôpital Lapeyronie au CHU Montpellier, INSERM (Unité 1061) « Neuropsychiatrie : Recherche
Epidémiologique et Clinique », MONTPELLIER.



FONDATION
Pierre Deniker

POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Suicide et antidépresseurs

La décennie passée a vu couler beaucoup d'encre sur la possibilité d'un risque suicidaire induit par les antidépresseurs, ce qui a conduit aux mises en garde, en particulier chez les personnes âgées de moins de 25 ans. Cependant, la succession d'études épidémiologiques, écologiques et toxicologiques révèle des résultats discordants et indique que les prescriptions d'antidépresseurs sont assorties de moins de suicides aboutis. Il a été même avancé que si l'on prescrivait un antidépresseur à tous les sujets déprimés français on pourrait diviser par 3 la mortalité suicidaire, quel que soit l'âge, le genre et l'histoire suicidaire du sujet. Le Pr. Philippe Courtet et le Dr. Emilie Olié présentent les données de cette littérature épineuse et analysent les risques de biais possibles dans les procédures méthodologiques utilisées. Dans la mesure où la vulnérabilité suicidaire et l'environnement social jouent un rôle majeur dans la survenue des actes suicidaires, la prévention du suicide chez les patients déprimés ne repose pas uniquement sur le traitement de la dépression. L'identification d'endophénotypes du « trouble conduite suicidaire » est susceptible d'offrir de nouvelles pistes thérapeutiques et une meilleure compréhension des phénotypes cliniques de la dépression liés au risque de suicide...

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.4
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.5
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.6
Références	p.8
Biographies	p.12

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 8).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Organisation Mondiale de la Santé.

2. Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1: « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

3. Voir l'article n° 4: « Dépression et suicide » (Dr. E. Hantouche), Le Livre Blanc de la Dépression.

4. L'incidence d'une pathologie est une mesure du risque pour un individu de contracter cette pathologie pendant une période donnée. Le taux d'incidence est le nombre de nouveaux cas observés dans une population donnée, divisé par la taille de cette population et la durée de la période d'observation.

5. Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

6. ISRS: des antidépresseurs dont les molécules agissent comme des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

7. IRSN: des antidépresseurs dont les molécules agissent comme des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

8. Un placebo est une préparation dépourvue de tout principe actif, utilisée à la place d'un médicament pour son effet psychologique. En effet, le simple fait de se voir prescrire un médicament, et de l'utiliser, peut produire des effets thérapeutiques, indépendamment de l'action pharmacologique

L'OMS¹ estime qu'à partir de 2020, le nombre annuel de morts par suicide dans le Monde sera de 1,5 million de personnes. Les patients déprimés² sont à haut risque de conduites suicidaires (CS)³ avec des taux de suicide de 5 à 20 %, variation probablement liée à la sévérité de la dépression [1]. Dans une étude prospective de suivi de patients déprimés durant 5 ans, le calcul du risque attribuable suggère que la disparition totale de la dépression pourrait conduire à une diminution de 78 % de l'incidence⁴ des tentatives de suicide [2]. Ainsi, traiter la dépression devrait prévenir les CS. En effet, 60 à 70 % des sujets suicidés souffraient de dépression au moment de leur passage à l'acte. De plus, seulement 25 % des patients déprimés recevraient un traitement adéquat pour la dépression et l'immense majorité des sujets déprimés qui se sont suicidés ne recevait pas d'antidépresseurs. Finalement, il a été suggéré que si l'on prescrivait un antidépresseur à tous les sujets déprimés français on pourrait diviser par 3 la mortalité suicidaire, quelque soit l'âge, le genre et l'histoire suicidaire du sujet [3].

Pourtant, la décennie passée a vu couler beaucoup d'encre sur la possibilité d'un risque suicidaire induit par les antidépresseurs, ce qui s'est soldé par les mises en garde chez les moins de 25 ans. En 2004, la méta-analyse⁵ d'essais randomisés contrôlés à court terme impliquant les ISRS⁶ et IRSN⁷ (24 études versus placebo⁸ portant sur 4582 patients), démontre une augmentation du risque de « suicidalité » chez les patients pédiatriques, avec un Odds Ratio⁹ de 1,78 (4). En 2006,

une nouvelle méta-analyse de 372 études portant sur près de 100 000 sujets décrit une augmentation non significative du risque de « suicidalité » chez les 18-24 ans tandis qu'un effet protecteur significatif et très net était retrouvé chez les 25-64 ans et encore plus chez les plus de 65 ans [5]. Dans les nombreuses méta-analyses publiées au cours de ces dix ans, retenons que le risque suicidaire initialement observé décline dans les études les plus récentes. Ainsi, dans l'analyse incluant 27 essais portant sur les ISRS, la venlafaxine et la mirtazapine chez les sujets de moins de 19 ans [8] il a été rapporté une augmentation non significative du risque suicidaire. Le rapport bénéfice/risque des antidépresseurs est jugé favorable et la différence de risque n'est plus que de 0,9 % alors qu'elle était de 2 % dans la première méta-analyse. La méta-analyse la plus récente portant sur 10 000 patients concerne l'ensemble des essais réalisés avec la fluoxétine et la venlafaxine dans la dépression [7]. Le résultat nous indique que, chez les sujets adultes et âgés, ces molécules diminuent les idées suicidaires et les conduites suicidaires (CS), effet médié par l'effet antidépresseur. Chez les jeunes, il est observé une absence d'effet sur les idées suicidaires et les CS en dépit de l'effet antidépresseur. Enfin, l'effet protecteur attribuable au traitement est de 77%. Ainsi, la succession des méta-analyses d'études randomisées contrôlées comparant des antidépresseurs au placebo nous indique des résultats relativement discordants concernant l'augmentation du risque chez les jeunes, alors que les antidépresseurs semblent nettement protecteurs au-delà de 25 ans.

du produit sur l'organisme. C'est ce que l'on appelle « l'effet placebo ».

9. Odd-Ratio: L'odds ratio (OR), également appelé rapport des chances, rapport des cotes¹ ou risque relatif rapproché², est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives. Il est utilisé en inférence bayésienne et en régression logistique, et permet de mesurer l'effet d'un facteur. Il se définit comme le rapport de la cote d'un événement arrivant à un groupe A d'individus, par exemple une maladie, avec celle du même événement arrivant à un groupe B d'individus. L'odds ratio est toujours supérieur ou égal à zéro.

10. L'épidémiologie: Science qui étudie, au sein de populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent (source: Consulter le lien).

11. Le phénotype: En génétique, le phénotype est l'état d'un caractère observable (caractère anatomique, morphologique, moléculaire, physiologique, ou éthologique) chez un organisme vivant. Le phénotype est l'ensemble des caractères observables d'un individu.

Toutefois, les études épidémiologiques¹⁰, écologiques, toxicologiques nous indiquent de façon concordante que les prescriptions d'antidépresseurs sont assorties de moins de suicides aboutis. Des études écologiques ont montré une corrélation inverse entre prescription d'antidépresseurs et mortalité suicidaire. Les premières données publiées en Scandinavie montrant que le doublement des prescriptions d'antidépresseurs s'accompagnait d'une diminution de 25 % de la mortalité par suicide, ont été très largement répliquées dans des études européennes, scandinaves, américaines et australiennes [8, 9]. Barbui et al. [10] ont montré que la prescription d'antidépresseurs, notamment d'ISRS, diminuait de 40 % les CS. Cette méta-analyse d'études observationnelles portant sur les 18-25 ans montrait un net effet protecteur des antidépresseurs vis à vis des CS une augmentation du risque suicidaire chez les enfants de 6 à 18 ans. Toutefois, une de ces études portant sur des sujets de 10 à 19 ans montrait une augmentation du risque de

CS mais une diminution des suicides aboutis, indiquant qu'il est nécessaire de préciser le phénotype¹¹ suicidaire, avant de conclure à une augmentation du risque de "suicidalité".

Dans les études toxicologiques post-mortem, plus de 80 % des sujets déprimés ne recevaient pas d'antidépresseurs au moment du suicide [11-14].

Enfin, plusieurs études ont confirmé que les sujets recevant des antidépresseurs au long cours ont un risque suicidaire diminué. Angst et al. [15] rapportent que la mortalité globale (et spécifiquement suicidaire et cardiovasculaire) des sujets déprimés traités par antidépresseurs est diminuée lors des 30 ans de suivi. Une autre étude de 757 sujets suivis 27 ans nous indique d'une part que les sujets sévèrement déprimés ont plus de chance de recevoir un antidépresseur et qu'en prenant en compte ce biais de prescription, l'utilisation des antidépresseurs s'accompagne d'une réduction de 20 % des CS [16].

Comment les obtenons-nous ?

Ces nombreuses études de nature très différente ne sont pas indemnes de critiques méthodologiques. Le signal de risque provient des méta-analyses d'études randomisées contrôlées, qui ne sont pas faites pour mesurer un effet sur les idées et conduites suicidaires, mais pour tester l'effet de médicaments dans la dépression sur une durée courte, de 4 à 16 semaines. Les patients

inclus dans ces études ne présentent pas de risque suicidaire, pas d'idée de suicide active, pas d'antécédent de tentative de suicide, ni de comorbidité psychiatrique. Il est donc logique de n'observer aucun cas de suicide abouti. Les événements suicidaires qui ont été mesurés lors des études sont l'aggravation des idées de suicide ou la survenue de tentative de suicide, qui ne sont

12. FDA: Food and Drug Administration, [Consulter le lien](#)

13. Un « number needed to treat » (NNT) : Le nombre de sujets à traiter (NST) (en anglais: number needed to treat (NNT), est le résultat d'un calcul basé sur des études épidémiologiques et destiné à apprécier l'efficacité d'une intervention de santé publique, notamment médicamenteuse. Le NST est le nombre de patients à traiter pendant une période donnée pour éviter l'apparition d'un évènement défavorable. Il a été décrit en 1988 et est défini par l'inverse de la réduction du risque absolu.

14. Un « number needed to harm » (NNH) : Il s'agit d'une mesure épidémiologique qui indique combien de patients sont exposés à un facteur de risque sur une période spécifique et qui doivent subir une intervention (ex. prendre un traitement) pour éviter l'apparition d'un évènement défavorable.

15. Pour un élargissement du thème, consultez :

> l'article n°22: « L'identification des rapports bénéfices-risques dans la prescription des antidépresseurs » (Dr. F. Rouillon & Dr. Hélène Verdoux)

> l'article n°23: « Les antidépresseurs dans la vraie vie » (Dr. Viviane Kovess), Le livre Blanc de la Dépression.

d'ailleurs pas de bons indicateurs du risque de suicide abouti chez les adolescents. Enfin, les procédures utilisées exposent au risque de biais de déclaration spontanée en comparaison de la mesure systématique. Le risque de « suicidalité » s'appuie sur l'augmentation des évènements suicidaires rapportés spontanément par les investigateurs des études, et il concerne essentiellement les idées et parfois les gestes suicidaires. Les méta-analyses de Hammad qui signalaient l'augmentation du risque, ne retrouvaient pas d'aggravation suicidaire lorsque l'analyse portait sur l'idéation suicidaire mesu-

rée de façon systématique et prospective (OR = 0,92 vs. OR = 1,78). Enfin, il faut noter que dans ces méta-analyses, l'efficacité est ignorée, ce qui ne permet pas la prise en compte d'un rapport bénéfice/risque. Enfin les taux d'attrition qui vont jusqu'à 30 % ne sont pas pris en compte.

Pour leur part, les études observationnelles comportent par nature des limites méthodologiques importantes, notamment le biais de prescription, l'absence de prise en compte de facteurs de confusion et parfois leur nature rétrospective.

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

Embarrassé par l'effet des mises en garde sur les antidépresseurs, un expert impliqué dans le vote de la FDA¹², rappelle que les mises en garde devaient concerner le risque de suicide dans la dépression non traitée et non pas le risque lié aux antidépresseurs [17]. Les résultats globaux indiquent que chez les enfants, les données sont contradictoires mais un effet bénéfique semble exister avec un « number needed to treat » (NNT)¹³ de 10 pour un « number needed to harm » (NNH)¹⁴ de 121. Chez les adultes, il semble exister un effet protecteur tout à fait clairement démontré. Ainsi, si au niveau populationnel les prescriptions d'antidépresseurs semblent bénéfiques sur les taux de suicide, au plan individuel il est possible d'observer chez certains patients une

aggravation du risque suicidaire au cours du traitement.

Il est capital de raison garder : le rapport bénéfice risque des antidépresseurs¹⁵ est largement favorable ! Nous insistons dans la mesure où il a été suggéré que les mises en garde adoptées par toutes les agences de régulation pourraient promouvoir le nihilisme thérapeutique. En effet, depuis les mises en garde concernant les prescriptions d'antidépresseurs, il a été montré que les cliniciens portent moins souvent le diagnostic de dépression, qu'ils prescrivent moins d'antidépresseurs et que ceci pourrait avoir été associé à une augmentation des CS dans plusieurs pays. En conséquence, on peut se demander si le risque des mises en garde ne dépasserait pas le possible risque induit par les antidépresseurs [18-20].

16. Lakathisie est un symptôme qui se définit par l'impossibilité de s'asseoir ou de rester dans la position assise. Elle peut se traduire aussi par un sentiment d'angoisse intérieure où le sujet ne se sent bien ni assis ni debout ni couché et où seul le changement de position engendre un léger soulagement dans le mal. Le terme provient du grec (a- privatif ; kathizien «faire asseoir») Cette akathisie peut également être tardive et apparaître à l'issue d'un traitement ou demeurer permanente à l'instar de la dyskinesie tardive.

17. Diathèse: Prédilection de l'organisme à être fréquemment affecté par un type de maladie.

18. FDA: Food and Drug Administration

Plusieurs hypothèses ont été avancées quant aux mécanismes à l'origine de la possible augmentation du risque suicidaire avec les antidépresseurs : « levée d'inhibition », syndrome d'activation associant agitation/insomnie/irritabilité, syndrome « nervosité/akathisie¹⁶/anxiété ». La prescription d'antidépresseurs chez des sujets déprimés présentant une diathèse¹⁷ bipolaire pourrait conduire à l'apparition de caractéristiques mixtes favorisant le passage à l'acte suicidaire. Par ailleurs, l'arrêt brutal du traitement a été impliqué pour les antidépresseurs à demi vie courte. Si aucune de ces hypothèses n'a été réellement validée, il n'en demeure pas moins qu'elles peuvent refléter la réaction idiosyncrasique lors de la rencontre d'un patient et d'un antidépresseur [21-25]. La plupart des événements suicidaires observés chez les sujets déprimés recevant un antidépresseur sont l'émergence ou l'aggravation de l'idéation suicidaire, corrélées à la dépression.

Dans plusieurs études de cohortes de grande taille il est estimé que des idées suicidaires apparaissent chez 3 à 17% des patients au cours de premières semaines de traitement antidépresseur [26-29]. Les facteurs prédictifs d'émergence des idées suicidaires sont des facteurs classiques de risque suicidaire : dépression sévère, début à l'adolescence, nombre d'hospitalisations, abus de toxiques, trouble de personnalité, tentative de suicide passée, chômage, retraite, âge jeune. Plusieurs études sur la dépression de l'adolescent ont été publiées avec un suivi prospectif des événements suicidaires, les sujets à risque suicidaire n'étant généralement pas exclus [30]. Chez les 11 à 18 ans, les facteurs prédictifs d'événements suicidaires étaient le fonctionnement familial, les conflits interpersonnels, les abus de substances, la maltraitance infantile, les automutilations, le niveau suicidaire et de dépression de base, et l'absence d'amélioration de la dépression.

Qu'en faisons-nous concrètement ?

Rappelons que la période où l'incidence des tentatives de suicide est la plus élevée chez les sujets déprimés traités (par antidépresseurs et/ou psychothérapie) est le mois précédant l'initiation du traitement, le risque déclinant ensuite progressivement à partir du moment où le traitement est instauré [31].

Pour que le traitement (efficace) de la dépression s'accompagne d'une prévention du suicide, il est important que les médecins

évaluent le risque suicidaire avant l'instauration et au cours du traitement et informe le patient et sa famille des risques associés à la dépression. La FDA¹⁸ a d'ailleurs proposé en 2005 des recommandations pour le suivi des patients déprimés après l'instauration d'un traitement antidépresseur : hebdomadaire pendant le premier mois, bimensuel pendant le deuxième mois et à trois mois. Les mesures de surveillance doivent également accompagner toute modification du traitement

19. Endophénotype : On appelle endophénotypes des indices révélateurs d'une vulnérabilité: ces indices pouvant être cognitifs, électrophysiologiques, cliniques.

antidépresseur chez les patients déprimés (initiation et arrêt du traitement, changement de doses) [32].

Plus largement, rappelons que la formation des médecins à la reconnaissance et à la prise en charge de la dépression s'accompagne d'une diminution des taux de suicide et d'une amélioration des prescriptions médicamenteuses, notamment d'antidépresseurs, chez les patients déprimés [33, 34].

Enfin, la prévention du suicide chez les patients déprimés ne repose pas uniquement sur le traitement de la dépression. En effet, il ne suffit pas de traiter la dépression dans la mesure où la vulnérabilité suicidaire et l'environnement social jouent un rôle majeur dans la survenue des CS [2]. L'identification d'endophénotypes¹⁹ du « trouble conduite suicidaire » (DSM-5) est susceptible d'offrir de nouvelles pistes thérapeutiques [35]. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **BALAZS J, LECRUBIER Y, CSISZER N, KOSZTAK J, BITTER I.**
"Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary :importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses"
J Affect Disord, 2003 Sep • 76(1-3):113-9.
- Ref. [2] **HOLMA KM, MELARTIN TK, HAUKKA J, HOLMA IA, SOKERO TP, ISOMETSA ET.**
"Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder :a five-year prospective study"
Am J Psychiatry, 2010 Jul • 167(7):801-8.
- Ref. [3] **COUGNARD A, VERDOUX H, GROLLEAU A, MORIDE Y, BEGAUD B, TOURNIER M.**
"Impact of antidepressants on the risk of suicide in patients with depression in real-life conditions:a decision analysis model"
Psychol Med, 2009 Aug • 39(8):1307-15.
- Ref. [4] **HAMMAD T, EDITOR.**
"Results of the analysis of suicidality in pediatric trials of newer antidepressants"
Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee with the Pediatric Subcommittee of the Anti-Infective Drugs Advisory Committee Meeting, 2004 • Rockville.
- Ref. [5] **HAMMAD TA, LAUGHREN T, RACOOSIN J.**
"Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs"
Arch Gen Psychiatry, 2006 Mar • 63(3):332-9.
- Ref. [6] **BRIDGE JA, IYENGAR S, SALARY CB, BARBE RP, BIRMAHER B, PINCUS HA, ET AL.**
"Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment:a meta-analysis of randomized controlled trials"
JAMA, 2007 Apr 18 • 297(15):1683-96.
- Ref. [7] **GIBBONS RD, HUR K, BROWN CH, DAVIS JM, MANN JJ.**
"Benefits from antidepressants:synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine"
Arch Gen Psychiatry, 2012 Jun • 69(6):572-9.
- Ref. [8] **LUDWIG J, MARCOTTE DE, NORBERG K.**
"Anti-depressants and suicide"
J Health Econ, 2009 May • 28(3):659-76.
- Ref. [9] **ISACSSON G.**
"Suicide prevention - a medical breakthrough?"
Acta Psychiatr Scand, 2000 Aug • 102(2):113-7.
- Ref. [10] **BARBUI C.**
"Antidepressants and the risk of suicidal behaviors"
JAMA, 2004 Dec 15 • 292(23):2833; author reply.

- Ref. [11] **ISACSSON G, HOLMGREN P, AHLNER J.**
"Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides"
Acta Psychiatr Scand, 2005 Apr • 111(4):286-90.
- Ref. [12] **LEON AC, MARZUK PM, TARDIFF K, TERES JJ.**
"Paroxetine, other antidepressants, and youth suicide in New York City: 1993 through 1998"
J Clin Psychiatry, 2004 Jul • 65(7):915-8.
- Ref. [13] **ISACSSON G, HOLMGREN P, WASSERMAN D, BERGMAN U.**
"Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden"
BMJ, 1994 Feb 19 • 308(6927):506-9.
- Ref. [14] **ISACSSON G, AHLNER J.**
"Antidepressants and the risk of suicide in young persons - prescription trends and toxicological analyses"
Acta Psychiatr Scand, 2013 Jun 17.
- Ref. [15] **ANGST F, STASSEN HH, CLAYTON PJ, ANGST J.**
"Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years"
J Affect Disord, 2002 Apr • 68(2-3):167-81.
- Ref. [16] **VALUCK RJ, ORTON HD, LIBBY AM.**
"Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study"
J Clin Psychiatry, 2009 Aug • 70(8):1069-77.
- Ref. [17] **LEON AC.**
"The revised warning for antidepressants and suicidality: unveiling the black box of statistical analyses"
Am J Psychiatry, 2007 Dec • 164(12):1786-9.
- Ref. [18] **GIBBONS RD, BROWN CH, HUR K, MARCUS SM, BHAUMIK DK, MANN JJ.**
"Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets"
Am J Psychiatry, 2007 Jul • 164(7):1044-9.
- Ref. [19] **VALUCK RJ, LIBBY AM, ORTON HD, MORRATO EH, ALLEN R, BALDESSARINI RJ.**
"Spillover effects on treatment of adult depression in primary care after FDA advisory on risk of pediatric suicidality with SSRIs"
Am J Psychiatry, 2007 Aug • 164(8):1198-205.
- Ref. [20] **LIBBY AM, ORTON HD, VALUCK RJ.**
"Persisting decline in depression treatment after FDA warnings"
Arch Gen Psychiatry, 2009 Jun • 66(6):633-9.
- Ref. [21] **TEICHER MH, GLOD CA, COLE JO.**
"Antidepressant drugs and the emergence of suicidal tendencies"
Drug Saf, 1993 Mar • 8(3):186-212.
- Ref. [22] **WALKUP J, LABELLARTE M.**
"Complications of SSRI treatment"
J Child Adolesc Psychopharmacol, 2001 Spring • 11(1):1-4.

- Ref. [23] **GRUNZE HC.**
"Switching, induction of rapid cycling, and increased suicidality with antidepressants in bipolar patients: fact or overinterpretation?"
CNS Spectr, 2008 Sep • 13(9):790-5.
- Ref. [24] **SINCLAIR LI, CHRISTMAS DM, HOOD SD, POTOKAR JP, ROBERTSON A, ISAAC A, ET AL.**
"Antidepressant-induced jitteriness/anxiety syndrome: systematic review"
Br J Psychiatry, 2009 Jun • 194(6):483-90.
- Ref. [25] **GROSS C, ZHUANG X, STARK K, RAMBOZ S, OOSTING R, KIRBY L, ET AL.**
"Serotonin1A receptor acts during development to establish normal anxiety-like behaviour in the adult"
Nature, 2002 Mar 28 • 416(6879):396-400.
- Ref. [26] **ZISOOK S, TRIVEDI MH, WARDEN D, LEBOWITZ B, THASE ME, STEWART JW, ET AL.**
"Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: an examination of citalopram in the STAR*D study"
J Affect Disord, 2009 Sep • 117(1-2):63-73.
- Ref. [27] **PERROUD N, UHER R, MARUSIC A, RIETSCHER M, MORS O, HENIGSBERG N, ET AL.**
"Suicidal ideation during treatment of depression with escitalopram and nortriptyline in genome-based therapeutic drugs for depression (GENDEP): a clinical trial"
BMC Med, 2009 • 7:60.
- Ref. [28] **PERLIS RH, PURCELL S, FAVA M, FAGERNESS J, RUSH AJ, TRIVEDI MH, ET AL.**
"Association between treatment-emergent suicidal ideation with citalopram and polymorphisms near cyclic adenosine monophosphate response element binding protein in the STAR*D study"
Arch Gen Psychiatry, 2007 Jun • 64(6):689-97.
- Ref. [29] **SEEMULLER F, RIEDEL M, OBERMEIER M, BAUER M, ADLI M, MUNDT C, ET AL.**
"The controversial link between antidepressants and suicidality risks in adults: data from a naturalistic study on a large sample of in-patients with a major depressive episode"
Int J Neuropsychopharmacol, 2009 Mar • 12(2):181-9.
- Ref. [30] **BRENT D, MELHEM N, TURECKI G.**
"Pharmacogenomics of suicidal events"
Pharmacogenomics, 2010 Jun • 11(6):793-807.
- Ref. [31] **SIMON GE, SAVARINO J, OPERSKALSKI B, WANG PS.**
"Suicide risk during antidepressant treatment"
Am J Psychiatry, 2006 Jan • 163(1):41-7.
- Ref. [32] **LEON AC, SOLOMON DA, LI C, FIEDOROWICZ JG, CORYELL WH, ENDICOTT J, ET AL.**
"Antidepressants and risks of suicide and suicide attempts: a 27-year observational study"
J Clin Psychiatry, 2011 May • 72(5):580-6.
- Ref. [33] **RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J, WISTEDT B.**
"Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs"
Acta Psychiatr Scand, 1990 Dec • 82(6):399-403.

- Ref. [34] **RUTZ W, VON KNORRING L, WALINDER J.**
"Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression"
Acta Psychiatr Scand, 1992 Jan • 85(1):83-8.
- Ref. [35] **COURTET P, GOTTESMAN, II, JOLLANT F, GOULD TD.**
"The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies?"
Transl Psychiatry, 2011 • 1.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR **PUBMED**

- Avec les mots-clés « **antidépresseurs** » et « **suicide** »
- Avec les mots-clés « **Antidépresseurs** » and « **Suicide** »

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR **GOOGLE SCHOLAR**

- Avec les mots-clés « **Antidépresseurs** » et « **Suicide** »

AUTRES LIENS UTILES

- [Suicide écoute](#)
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

Biographies



Philippe COURTET,

Professeur de Psychiatrie à l'Université de Montpellier, coordonateur du Département d'Urgence et Post Urgence Psychiatrique et chef du secteur Montpellier Nord-Est au CHRU de Montpellier.



Emilie OLIÉ,

Dr. Emilie Olié est psychiatre, Praticien Hospitalo-Universitaire, Département Urgences et Post Urgences Psychiatriques, Hopital Lapeyronie, CHU Montpellier / Université de Montpellier / Montpellier, France.

THÈMES DE RECHERCHE

Philippe COURTET : Il est psychiatre, spécialiste des conduites suicidaires, de la dépression et du trouble bipolaire. Ses recherches visent à permettre de mieux comprendre les mécanismes de ces affections et leurs traitements, ainsi que de développer la santé connectée. Il est le Président actuel de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie, et est impliqué dans la World Federation of Societies of Biological Psychiatry, l'European College of Neuropsychopharmacology et l'European Psychiatric Association.

Emilie OLIÉ : les conduites suicidaires, des troubles de l'humeur et du trouble de personnalité borderline. INSERM Unité 1061 « Neuropsychiatrie : Recherche Epidémiologique et Clinique » : **Consulter le lien**

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE