

# DÉPRESSION ET SUICIDE

---

Recherche menée par **Elie HANTOUCHE**

CTAH - Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur, PARIS



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

## Dépression et suicide

Le risque suicidaire chez les personnes dépressives est multiplié par 20 fois par rapport à la population générale et le comportement suicidaire est plus létal dans le trouble bipolaire. A l'appui d'une analyse de travaux scientifiques et cliniques, le Dr. Hantouche présente l'enjeu du clinicien qui est celui d'être capable d'estimer la potentialité du risque suicidaire chez un patient dépressif (mesures préventives) et de repérer les facteurs « modifiables » sur lesquels il peut agir (mesures curatives). Fondé sur la conjonction de données scientifiques et d'une analyse clinique, l'article présente les facteurs associés au risque du suicide et permet de lever le paradoxe apparent qu'une bipolarité atténuée ou cyclothymique est plus suicidaire qu'un trouble plus sévère. L'auteur montre l'importance d'aborder les troubles de l'humeur dans leur évolutivité en explorant de plus près la nature des tempéraments affectifs, la précocité du début, la qualité mixte des épisodes, la comorbidité et le mode évolutif instable ou circulaire...ce qui va guider le meilleur choix des traitements du trouble dépressif et éviter certains traitements susceptibles d'accentuer le risque naturel, notamment dans les dépressions appartenant au spectre bipolaire.

### SOMMAIRE

<b>De quels résultats communément admis disposons-nous ?</b>	p.3
<b>Comment les obtenons-nous ?</b>	p.5
<b>Qu'en tirons-nous comme connaissances ?</b>	p.6
<b>Qu'en faisons-nous concrètement ?</b>	p.7
<b>Références</b>	p.8
<b>Biographie</b>	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. **Létal** signifie mortel.

2. Voir l'article n°23 : «**Dépression Bipolaire, aspects Cliniques**» (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

3. **Lieu de contrôle externalisé**: Le **locus de contrôle** (ou «**lieu de contrôle**») est un concept proposé par Julian Rotter en 1954. Il se réfère à la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence. Un **locus de contrôle dit «externe»** caractérise les personnes croyant que leur performance ou leur sort dépendent surtout de facteurs extérieurs (exemple, un candidat échouant à un examen, attribuera une cause externe à son échec, comme la difficulté de l'examen, la sévérité de l'examineur, etc.); à la différence, un **locus de contrôle «interne»** caractérise des personnes persuadées que leur performance ou leur sort dépendent d'eux-mêmes (un échec sera attribué au manque de concentration, à l'insuffisance du travail personnel etc.).

4. **Analyses multivariées**: En statistique, les analyses multivariées ont pour caractéristique de s'intéresser à la distribution conjointe de plusieurs variables.

5. **Patients unipolaires**: Il s'agit de patients qui ont eu un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs récurrents et qui n'ont jamais manifesté de symptômes maniaques et/ou hypomaniaques.

6. **Patients BP-I**: Il s'agit de patients ayant un trouble bipolaire de type I. Ce trouble est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique ou toxique ne permet pas de retenir ce diagnostic.

### LA PRÉDICTION DU SUICIDE : MISSION TOUJOURS IMPOSSIBLE ?

Le risque suicidaire chez les dépressifs est multiplié par 20 fois par rapport à la population générale et le comportement suicidaire est plus létal<sup>1</sup> dans le trouble bipolaire<sup>2</sup> [16]. Malgré une identification de plus en plus précise des facteurs de risque, il semble presque impossible de prédire un suicide [15]. Cela dit, l'enjeu du clinicien est d'être capable d'estimer la potentialité du risque suicidaire chez un patient dépressif (mesures préventives) et surtout repérer les facteurs « modifiables » sur lesquels il peut agir (mesures curatives en traitant de manière la plus appropriée les troubles dépressifs) [1]. Rihmer [18] a classé les facteurs de risque suicidaire dans les troubles thymiques en deux catégories selon qu'ils sont à proximité ou à distance des épisodes thymiques (voir le Tableau n°1 ci-dessous).

Pour compléter cette liste, des facteurs psychologiques sont associés au risque suicidaire dans les troubles dépressifs [14, 15, 20, 22, 28]:

- > Niveau bas de l'estime de soi
- > Traits borderline et automutilations
- > Niveaux élevés d'impulsivité et d'hostilité
- > Niveau bas d'extraversion et niveau élevé d'ouverture
- > Excès de traits névrotiques (réactivité émotionnelle)

- > Niveau élevé d'évitement de nuisance et d'anticipation anxieuse
- > Lieu de contrôle externalisé<sup>3</sup>
- > Pauvreté des stratégies d'adaptation.

### VERS UN AFFINEMENT DU DIAGNOSTIC DES DÉPRESSIONS À RISQUE SUICIDAIRE

Dans une étude française [7], ayant inclus 2 300 patients présentant une dépression récurrente ou résistante et consultant en médecine générale, psychiatrie de ville et hospitalière, les analyses multivariées<sup>4</sup> montrent que les facteurs expliquant le risque suicidaire sont représentés par :

- > l'histoire familiale de suicide
- > les tentatives de suicide antérieures
- > la récurrence des dépressions
- > l'âge de début précoce
- > la dimension « sombre » de l'hypomanie (irritabilité et conduites à risque)
- > l'abus d'alcool

Le rôle de l'histoire familiale de suicide a été observé dans d'autres études [3, 10, 21, 23]. Dans un échantillon de 211 patients souffrant de dépression et hospitalisés après une tentative de suicide [5], la sévérité de la tentative et l'histoire familiale de suicide s'avèrent être significativement liées avec le diagnostic de bipolarité.

En reprenant les résultats de 10 études ayant inclus 3 000 patients unipolaires<sup>5</sup>, BP-I<sup>6</sup> et BP-II<sup>7</sup>, Rihmer [18] conclut que le risque suicidaire est le plus élevé chez les patients pré-

Tableau n°1  
(ci-contre)

Classement des facteurs de risque suicidaire dans les troubles thymiques en deux catégories selon qu'ils sont à proximité ou à distance des épisodes thymiques.

> d'après Rihmer [18]

Facteurs de proximité des épisodes	Facteurs à distance des épisodes
<p><b>Episode dépressif majeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Idées ou plans suicidaires actuels ; désir de mort</li> <li>&gt; Sévérité de l'épisode (désespoir, insomnie grave)</li> <li>&gt; Sortie récente de l'hôpital</li> <li>&gt; Dépression mixte ou agitée</li> <li>&gt; Eléments psychotiques</li> <li>&gt; Comorbidité anxieuse / abus de substances / trouble somatique sérieux</li> <li>&gt; Trouble bipolaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Histoire familiale de suicide</li> <li>&gt; Conduites suicidaires antérieures</li> <li>&gt; Expériences traumatiques dans l'enfance (perte parentale, abandon émotionnel, abus physique ou sexuel)</li> <li>&gt; Age de début précoce du trouble de l'humeur</li> <li>&gt; Comorbidité avec personnalité pathologique (cluster B)</li> <li>&gt; Addiction nicotinique</li> <li>&gt; Situations de stress permanent (isolement, chômage)</li> <li>&gt; Stress psychosociaux aigus</li> <li>&gt; Absence de soutien familial, social ou médical</li> </ul>
<p><b>Episode maniaque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Manie mixte dysphorique</li> <li>&gt; Comorbidité anxieuse / abus de substances</li> </ul>	

7. **Patients BP-I**: Il s'agit de patients ayant un trouble bipolaire de type I. Ce trouble est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique ou toxique ne permet pas de retenir ce diagnostic.

8. **Extrait des critères diagnostiques (DSM -5, APA, 2013) d'un épisode d'hypomanie**: « Une période distincte d'humeur anormalement, et de façon persistante, élevée, expansive ou irritable, et d'augmentation anormale et persistante de l'activité ou de l'énergie durant au moins 4 jours consécutifs, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté, ont représenté un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents à un niveau significatif: > Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.

sentant un trouble BP-II, puis chez les BP-I et les unipolaires. Ce résultat est conforté par l'étude française [7] révélant que le taux de tentatives de suicide est plus élevé chez les dépressifs avec hypomanie<sup>8</sup> (27,8%) versus 19,4% chez les dépressifs unipolaires.

Dans la manie aiguë<sup>9</sup>, Azorin et al [2] ont exploré le risque chez 1090 patients et trouvé des liens avec les traits cyclothymiques<sup>10</sup> et la présence de 7 autres facteurs:

- > Hospitalisations multiples
- > Polarité mixte ou dépressive du premier épisode
- > Événements de vie stressants,
- > Précocité de l'âge de début du trouble,
- > Absence d'intervalles libres<sup>11</sup>
- > Sexe féminin
- > Récurrence élevée des épisodes.

Au-delà du diagnostic de bipolarité, c'est probablement le cumul de plusieurs facteurs qui influence le risque suicidaire, comme le début

précoce du trouble, la récurrence dépressive<sup>12</sup>, la comorbidité avec l'abus d'alcool<sup>13</sup> et le suicide dans la famille.

Selon Slama et al. [23], cette configuration clinique peut constituer un sous-groupe particulier de bipolarité qui est à haut risque suicidaire. Elle renvoie à la bipolarité type « cyclothymique » qui se distingue de la forme classique « épisodique », par une instabilité affective persistante, et qui mérite d'être considérée comme une variante distincte et spécifique du spectre bipolaire, et non seulement comme une variante atténuée [23].

## AU-DELÀ DES ÉPISODES : RÔLE DES TEMPÉRMENTS AFFECTIFS

L'évaluation systématique des tempéraments chez des personnes ayant fait une tentative de suicide non violente versus un groupe contrôle (témoins sains), révèle des

- > Besoin réduit de sommeil (p. ex., se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
- > Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
- > Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
- > Distractibilité rapportée ou observée (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
- > Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
- > Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)...

9. <http://ctah.eu/bipolarite-adulte.php>

**10. Des traits cyclothymiques :**  
La cyclothymie est un trouble de l'humeur dans le spectre de la bipolarité, au cours duquel les périodes euphoriques et les périodes dépressives et d'irritabilité se succèdent. La cyclothymie est considérée comme un trouble de l'humeur « affectif persistant » les classifications officielles des troubles mentaux (DSM-IV et CIM 10) mais certains experts la considèrent plus comme un trouble de la personnalité différent de la bipolarité. Pour la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10), la cyclothymie est définie comme une « instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire ou de trouble dépressif récurrent ».

11. Présence de symptômes thymiques au cours des intervalles séparant les épisodes majeurs.

12. Voir l'article n°41-1: « Dépression et récurrences » (Dr. A. Gaillard) et l'article n°14-2 « Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité » (Dr. Chloé

niveaux élevés des 4 tempéraments cyclothymique : anxieux, dépressif et irritable et un niveau inférieur (mais non significatif) du tempérament hyperthymique [19]. Vasquez et al. [24] observent également que le tempérament hyperthymique<sup>14</sup> peut être protecteur contre le risque suicidaire. De plus, Yen et al [26] ont remarqué que le risque suicidaire est minoré chez les adolescents avec un niveau élevé de l'intensité des affects positifs (ce qui est la marque de l'hyperthymie).

La fréquence des conduites suicidaires est la plus élevée dans les dépressions cyclothymiques (47 %) par rapport au trouble BP-II sans cyclothymie (33 %) et aux dépressions unipolaires (26 %) [1]. Les patients bipolaires avec un tempérament cyclothymique débutent leur trouble à un âge précoce qui évolue selon un mode de cyclicité ultrarapide

avec des dépressions plus intenses et récurrentes [8]. Un suivi prospectif de 2 à 4 ans chez des jeunes dépressifs âgés de 7 à 17 ans, a montré que la présence d'un tempérament cyclothymique est caractérisée par une prééminence des idées et des comportements suicidaires (81 %) versus 36 % dans le groupe sans cyclothymie [11].

Pompili et al. [17] ont réussi d'établir, chez des patients dépressifs majeurs, une connexion significative entre le cluster<sup>15</sup> du tempérament « cyclothymique – dépressif – anxieux » avec une augmentation du niveau de désespoir et du risque suicidaire (64 % ont un score de 9 ou plus sur l'échelle de désespoir de Beck<sup>16</sup>) contre 13 % dans le groupe avec un tempérament stable hyperthymique. A part le profil tempéramental, les suicidants sont plus déprimés, désespérés, socialement introvertis et psychasthéniques<sup>17</sup>.

## Comment les obtenons-nous ?

Passation systématique :

- > Des questionnaires dépistant la bipolarité : le MDQ = Questionnaire de l'humeur ; la CLH = Check-list d'hypomanie (20 et 32 items)<sup>18</sup>
- > Du questionnaire des tempéraments affectifs (TEMPS-A)<sup>19</sup>
- > Des échelles évaluant le risque suicidaire ; les plus utilisées incluent la BSS : échelle

d'idéation suicidaire de Beck ; la BHS : Echelle de désespoir de Beck ; la C-SSRS = Echelle Columbia de la gravité du risque de suicide ; la SIS = Echelle d'intention suicidaire ; la SPS = Echelle de probabilité de suicide ; la SIS-MAP = Echelle d'incidence de la suicidalité (Prise en charge – Evaluation – Planification des soins)<sup>20</sup>.

Girod-a-Petit-Louis, Dr. Emilie Olié et Pr. Philippe Courtet), Le Livre Blanc de la Dépression.

13. Voir l'article n°7-1: «**Dépression et Alcool: Mécanismes physiopathologique**» (Pr. JH Constantin), l'article n°7-2: «**Dépression et Alcool: Psychopathologie**» (Pr. I. Varescon), l'article n°7-3: «**Dépression et alcool**» (Pr. A. Benyamina\*, et Dr. M. Taleb), Le Livre Blanc de la Dépression

14. <http://ctah.eu/hyperthy-mie.php>

15. Un **cluster**: un regroupement formé grâce aux analyses statistiques.

16. **L'échelle de désespoir de Beck** ou «**Echelle H**» (Hopelessness Scale) mesure le pessimisme du sujet dépressif et indirectement elle reflète les intentions suicidaires. Elle est composée de 20 questions qui peuvent être **consulté sur ce lien**.

17. **Psychasthéniques**: le terme «**psychasthénie**» est proposé par Pierre Janet, décrivant un comportement aboulique (difficulté à agir), d'idées obsédantes et d'inhibitions résultant d'une «**baisse de tension psychologique**».

18. Disponibles sur le site [www.ctah.eu](http://www.ctah.eu)

19. Elie Hantouche, Les Tempéraments Affectifs. J Lyon, Mars 2014.

20. Pour plus de détails sur les outils d'évaluation du risque suicidaire, référence 15 (Perlman et al, 2011)

21. **Les troubles thymiques**: les troubles de l'humeur.

22. Voir l'article n°13: «**Dépression et tempérament**» (Dr. Eli Hantouche), Le Livre Blanc de la Dépression.

## Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

### POUR QUELLES RAISONS LA BIPOLARITÉ ATTÉNUÉE CYCLOTHYMIQUE EST-ELLE PLUS SUICIDAIRE ?

Un tel paradoxe est levé quand on tient compte de la non reconnaissance du diagnostic de bipolarité «**atténuée**» (BP-II / cyclothymie) chez les patients dépressifs – ce qui comporte plusieurs risques, notamment liés à une exposition aux antidépresseurs (virages, récurrence, formation d'épisodes mixtes, déstabilisation du cours évolutif du trouble) [1, 20].

De plus, les patients présentant un trouble BP-II passent plus de temps de leur vie en dépression par rapport aux patients présentant un trouble BP-I ou un trouble dépressif unipolaire [9] et les tentatives dans ce trouble sont plus violentes et létales par rapport aux autres troubles de l'humeur [16].

Enfin, c'est la relation du trouble BP-II avec la cyclothymie qui semble majorer significativement le risque, même au sein du trouble BP-II, et cela pour de multiples raisons [4, 6, 12, 13, 20, 22, 25]:

> La réactivité émotionnelle excessive et persistante entre les épisodes (synonyme de névrosisme élevé et de fluctuations sévères de l'estime de soi)

- > Le niveau élevé de détresse lié à la labilité affective et aux changements brusques de la polarité des émotions
- > La précocité de l'âge de début
- > Le degré de récurrence plus important
- > La formation des épisodes dépressifs mixtes (plus suicidaires que des dépressions bipolaires pures)
- > La prévalence des hypomanies «**sombres**» avec irritabilité, impulsivité, prise de risque, abus de substance (alcool)
- > La difficulté d'adaptation aux changements et aux adversités de la vie
- > La comorbidité assez élevée (anxiété, borderline, abus d'alcool, boulimie...)
- > Les liens avec le stress post-traumatique et les traumatismes émotionnels dans l'enfance
- > Les altérations de la qualité de vie et du fonctionnement psychosocial,
- > La réactivité excessive aux antidépresseurs et la tendance aux «**virages rapides**».

L'ensemble de ces données montre l'importance d'aborder les troubles thymiques<sup>21</sup> dans leur évolutivité en explorant de plus près la nature des tempéraments affectifs<sup>22</sup> (indices de troubles de régulation des émotions et des comportements), la précocité du début, la qualité mixte des épisodes, la comorbidité et surtout le mode évolutif instable ou circulaire [8, 13, 20].

23. **Thymorégulateurs** : médicaments permettant de « réguler l'humeur » et prévenir au long cours les récurrences.

## Qu'en faisons-nous concrètement ?

### IMPLICATIONS PRATIQUES

Toute dépression nécessite une évaluation systématique du risque suicidaire en :

- **Identifiant les signes de crise suicidaire** (signes actuels de pensées, plans ou désir de mort, niveau de sévérité et mixité de l'épisode, troubles psychomoteurs extrêmes, douleur morale omniprésente) et évaluant la dangerosité (détermination, accès immédiat à un moyen létal, sentiment d'avoir tout essayé, isolement social) qui rendent possible la prévention immédiate du passage à l'acte. Une surveillance étroite du patient, un soutien médical et familial (écoute et reconnaissance de la souffrance, reformulation), éventuelle-

ment une hospitalisation, sont nécessaires en cas de crise suicidaire [15].

- **Recherchant les indices « robustes »**, comme histoire familiale de suicide, présence de tentatives antérieures, bipolarité (hypomanie) notamment instable (traits cyclothymiques), précocité de l'âge de début du trouble dépressif, comorbidité (anxiété et addiction), forte impulsivité... Ce qui va guider le meilleur choix des traitements du trouble dépressif, comme le recours aux thymorégulateurs<sup>23</sup> (dont le lithium en tête de file) en évitant autant que possible les psychotropes susceptibles d'accentuer le risque naturel, notamment dans les dépressions appartenant au spectre bipolaire [1, 18, 27]. ■

## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **AKISKAL HS.**  
"Targeting suicide prevention to modifiable risk factors: has Bipolar-II disorder been overlooked?"  
*Acta Psychiatr Scand*, 2007 • 116: 395-402.
- Ref. [2] **Azorin JM, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S, Akiskal HS.**  
"Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort"  
*Compr Psychiatry*, 2009 • 50: 115-20.
- Ref. [3] **BORGES G, ANGST J, NOCK MK, RUSCIO AM, WALTERS EE, KESSLER RC.**  
"A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)"  
*Psychol Med*, 2006 • 36: 1747-57.
- Ref. [4] **GOLDBERG JF, PERLIS RH, BOWDEN CL, THASE ME, MIKLOWITZ DJ, MARANGELL LB, CALABRESE JR, NIERENBERG AA, SACHS GS.**  
"Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD"  
*Am J Psychiatry*, 2009 • 166: 173-81.
- Ref. [5] **GUILLAUME S, JAUSSENT I, JOLLANT F, RIHMER Z, MALAFOSSE A, COURTET P.**  
"Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression"  
*J Affect Disord*, 2010 • 122: 53-9.
- Ref. [6] **HANTOUCHE EG, ANGST J, AKISKAL HS.**  
"Factor structure of hypomania : interrelationships with cyclothymia and soft bipolar disorders"  
*J Affect Disord*, 2003 • 73: 39-47.
- Ref. [7] **HANTOUCHE EG, ANGST J, AZORIN JM.**  
"Explained factors of suicide attempts in major depression"  
*J Affect Disord*, 2010 • 127: 305-8.
- Ref. [8] **HANTOUCHE EG, PERUGI G.**  
"Should cyclothymia be considered as a specific and distinct bipolar disorder?"  
*Neuropsychiatry*, 2012 • 2: 407-14.
- Ref. [9] **JUDD LL, SCHETTLER PJ, AKISKAL HS, MASER J, CORYELL W, SOLOMON D, ENDICOTT J, KELLER M.**  
"Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders"  
*Int J Neuropsychopharmacol*, 2003 • 6: 127-37.
- Ref. [10] **HAWTON K, SUTTON L, HAW C, SINCLAIR J, HARRISS L.**  
"Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors"  
*J Clin Psychiatry*, 2005 • 66: 693-704.



- Ref. [11] **KOCHMAN FJ, HANTOUCHE EG, FERRARI P, LANCRENON S, BAYART D, AKISKAL HS.**  
"Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder"  
J Affect Disord, 2005 • 85:181-9.
- Ref. [12] **MACKINNON DF, POTASH JB, MCMAHON FJ SIMPSON SG, DEPAULO JR JR, ZANDI PP.**  
"Rapid mood switching and suicidality in familial bipolar disorder"  
Bipolar Disord, 2005 • 7: 441-8.
- Ref. [13] **NWULIA EA, ZANDI PP, MCINNIS MG, DEPAULO JR JR, MACKINNON DF.**  
"Rapid switching of mood in families with familial bipolar disorder"  
Bipolar Disord, 2008 • 10: 597-606.
- Ref. [14] **OQUENDO MA, GALFALVY H, RUSSO S, ELLIS SP, GRUNEBAUM MF, BURKE A, MANN JJ.**  
"Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder"  
Am J Psychiatry, 2004 • 161: 1433-41.
- Ref. [15] **PERLMAN CM, NEUFELD E, MARTIN L, GOY M, HIRDES JP.**  
« Guide d'évaluation du risque de suicide : Une ressource pour les organismes de santé »  
Toronto (Ontario) : Association des hôpitaux de l'Ontario et Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011
- Ref. [16] **POMPILI M, RIHMER Z, INNAMORATI M, LESTER D, GIRARDI P, TATARELLI R.**  
"Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders"  
Expert Rev Neurother, 2009 • 9: 109-36.
- Ref. [17] **POMPILI M, INNAMORATI M, RIHMER Z, GONDA X, SERAFINI G, AKISKAL H, AMORE M, NIOLU C, SHER L, TATARELLI R, PERUGI G, GIRARDI P.**  
"Cyclothymic-depressive-anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders"  
J Affect Disord, 2012 • 136: 405-11.
- Ref. [18] **RIHMER Z.**  
"Suicide in mood disorders"  
Curr Opinion in Psychiatry, 2007 • 20: 17-22.
- Ref. [19] **RIHMER A, ROZSA S, RIHMER Z, GONDA X, AKISKAL KK, AKISKAL HS.**  
"Affective temperaments, as measured by TEMPS-A, among nonviolent suicide attempters"  
J Affect Disord, 2009 • 116: 18-22.
- Ref. [20] **RIHMER Z, GONDA X.**  
"Predisposition for self-destruction? Affective temperaments as a suicide risk factor in patients with mood disorders"  
Crisis, 2012 • 33: 309-12.
- Ref. [21] **ROY A, JANAL M.**  
"Family history of suicide, female sex, and childhood trauma: separate or interacting risk factors for attempts at suicide?"  
Acta Psychiatr Scand, 2005 • 112: 367-71.

- Ref. [22] **SIMON GE, SAVARINO J, OPERSKALSKI B, ET AL.**  
"Suicide risk during antidepressant treatment"  
Am J Psychiatry, 2006 • 163: 41-7.
- Ref. [23] **SLAMA F, BELLIVIER F, HENRY C, ROUSSEVA A, ETAIN B, ROUILLON F, LEBOYER M.**  
"Bipolar patients with suicidal behaviour: toward the identification of a clinical subgroup"  
J Clin Psychiatry, 2004 • 65: 1035-9.
- Ref. [24] **VÁZQUEZ GH, GONDA X, ZARATIEGUI R, LORENZO LS, AKISKAL K, AKISKAL HS.**  
"Hyperthymic temperament may protect against suicidal ideation"  
J Affect Disord, 2010 • 127: 38-42.
- Ref. [25] **WALSH MA, ROYAL AM, BARRANTES-VIDAL N, KWAPIL TR.**  
"The association of affective temperaments with impairment and psychopathology in a young adult sample"  
J Affect Disord, 2012 • 41: 373-81.
- Ref. [26] **YEN S, WEINSTOCK LM, ANDOVER MS, SHEETS ES, SELBY EA, SPIRITO A.**  
"Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up"  
Psychol Med, 2013 • 43: 983-93.
- Ref. [27] **YEREVANIAN BI, KOEK RJ, MINTZ J.**  
"Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior"  
3 Parts, J Affective Dis, 2007 • 103: 5-28.
- Ref. [28] **ZOUK H, TOUSIGNANT M, SEGUIN M, LESAGE A, TURECKI G.**  
"Characterization of impulsivity in suicide completers: clinical, behavioural and psychosocial dimensions"  
J Affect Disord, 2006 • 92: 195-204.

## REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR **PUBMED**


- Avec les mots-clés: [Depression & Suicide](#)

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR **GOOGLE SCHOLAR**

- Avec les mots-clés: [Depression & Suicide](#)

## AUTRES LIENS UTILES

- À consulter dans cet ouvrage l'article n° 67 : « [Antidépresseurs et suicide](#) »
- <http://www.sante.gouv.fr/suicide.html>
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)
- [www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad452530.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad452530.pdf)

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

## Biographie



### Elie HANTOUCHE

Dr Hantouche, psychiatre, expert international des troubles bipolaires et du trouble obsessionnel compulsif.

---

### THÈMES DE RECHERCHE

**Elie HANTOUCHE** est directeur du Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur ([www.ctah.eu](http://www.ctah.eu)) ; il est l'auteur de plus de 200 articles médicaux et 13 livres consacrés aux troubles bipolaires, aux tempéraments, à la créativité, aux TOC et autres troubles anxieux.

### 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