



HAL
open science

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du suicide

Anne Romain

► **To cite this version:**

Anne Romain. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du suicide. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01434898

HAL Id: dumas-01434898

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01434898>

Submitted on 13 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2016

THESE

pour le DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 7 Juin 2016

Par

Anne ROMAIN

Née le 12 Octobre 1988 à Deauville

Le rôle du pharmacien d'officine
dans la prévention du suicide

Président du jury : *Mme Seguin Elisabeth, Professeur*

Membres du jury : *Pr Guillin Olivier, Psychiatre*

Dr Fouldrin Gaël, Psychiatre

Mr Campart Arnaud, Docteur en Pharmacie

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>urnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>urnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

A mes parents,

L'amour, la rigueur, les valeurs que vous m'avez enseignées m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui.

Merci de m'avoir permis de réaliser ce rêve.

Par cette thèse, je vous témoigne tout l'amour que j'ai pour vous.

A ma sœur,

Merci d'avoir toujours été un modèle pour moi.

Que notre complicité ne cesse de grandir...

A mon trésor,

Merci pour ta patience lors de ces longues années d'études. Ta rencontre est la plus belle des choses qui me soient arrivées. Que nos projets à venir soient remplis de bonheur... Je t'aime

A Céline,

Dont ces années d'études ont permis la plus belle des amitiés...

Au Docteur Fouldrin,

Merci pour vos précieux conseils lors de la rédaction de cette thèse.

Mon stage au sein de votre service reste pour moi une très belle expérience.

Merci pour tout ce que vous m'avez appris...

L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.

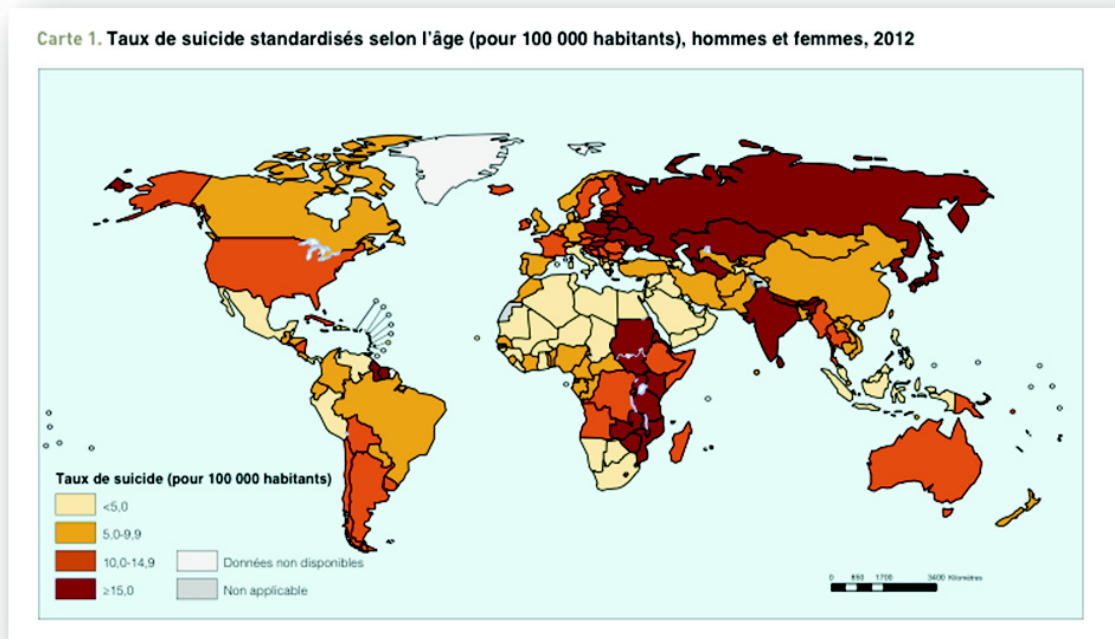
Table des matières

I. EPIDEMIOLOGIE DU SUICIDE	14
1./ EPIDEMIOLOGIE INTERNATIONALE :	14
2./ EPIDEMIOLOGIE NATIONALE :	19
3./ EPIDEMIOLOGIE REGIONALE :	23
II. SUICIDE & PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES.	25
1./ LA DEPRESSION	25
2./ TROUBLE BIPOLAIRE	28
3./ LA SCHIZOPHRENIE.	31
III. SUICIDE & PSYCHOTROPES	35
1. LES TRICYCLIQUES = IMIPRAMINIQUES	36
2. LES INHIBITEURS SPECIFIQUES DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE (ISRS)	38
3. LES NEUROLEPTIQUES	42
5./ INTERACTION AVEC L'ALCOOL.	50
6./ LE PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE	52
IV. ETUDE	63

I. Epidémiologie du suicide

Selon l'OMS, 804 000 personnes se suicident chaque année dans le monde soit 1 personne toutes les 40 secondes. (1)

1. Epidémiologie INTERNATIONALE :



Sur cette représentation géographique de l'OMS, on observe que le taux de suicide le plus élevé (supérieur ou égal à 15 suicides pour 100 000 habitants) en 2012, est principalement situé en Inde, en Russie et en Europe de l'Est (Estonie, la Lettonie et la Lituanie). Ensuite, on retrouve également un taux de suicide élevé en Afrique du sud avec le Mozambique, le Zimbabwe, la Tanzanie et le Soudan. Quant au continent américain, ce taux de suicide se retrouve seulement en Guyane.

Ensuite les taux moyens (compris en 5 et 15 suicides pour 100 000 habitants) en 2012, sont majoritaires à travers le monde que ce soit en Amérique, en Europe, en Asie ou en Australie.

Enfin, les taux les plus faibles, correspondant à moins de 5 suicides pour 100 000 habitants en 2012, se retrouvent principalement en Afrique et Amérique centrale.

On remarque donc que les suicides interviennent surtout dans les pays industrialisés.

Au contraire, les Pays en Voie de Développement, sont moins impactés concernant la mortalité par suicide.

Rang	Pays	Année	Hommes	Femmes	Total
1	Lituanie	2005	68,1	12,9	38,6
2	Biélorussie	2003	63,3	10,3	35,1
3	Russie	2004	61,6	10,7	34,3
4	Kazakhstan	2003	51	8,9	29,2
5	Slovénie	2003	45	12	28,1
6	Hongrie	2003	44,9	12	27,7
7	Lettonie	2004	42,9	8,5	24,3
8	Japon	2004	35,6	12,8	24
9	Ukraine	2004	43	7,3	23,8
14	Belgique	2008	26,2	9,3	17,6
17	France	2008	26,4	7,2	16,2
69	Espagne	2008	9,6	3	6,1
73	Italie	2008	8,4	2,3	5,2
86	Grèce	2008	4,8	1	2,8

Tableau 1. Estimations du nombre de suicides et du taux de suicide par région et dans le monde, 2012

Région	% de la population mondiale	Nombre de suicides en 2012 (milliers)	% du nombre de suicides dans le monde	Taux de suicide standardisés selon l'âge* (pour 100 000), 2012			Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge, 2012
				Tous	Femmes	Hommes	
Monde**	100,0 %	804	100,0 %	11,4	8,0	15,0	1,9
Tous les États membres à revenu élevé	17,9 %	192	23,9 %	12,7	5,7	19,9	3,5
Tous les États membres à revenu faible et intermédiaire (PRFI)	81,7 %	607	75,5 %	11,2	8,7	13,7	1,6
PRFI en Afrique	12,6 %	61	7,6 %	10,0	5,8	14,4	2,5
PRFI dans les Amériques	8,2 %	35	4,3 %	6,1	2,7	9,8	3,6
PRFI en Méditerranée orientale	8,0 %	30	3,7 %	6,4	5,2	7,5	1,4
PRFI en Europe	3,8 %	35	4,3 %	12,0	4,9	20,0	4,1
PRFI en Asie du Sud-Est	25,9 %	314	39,1 %	17,7	13,9	21,6	1,6
PRFI dans le Pacifique occidental	23,1 %	131	16,3 %	7,5	7,9	7,2	0,9

Sur ce tableau d'estimation du nombre de suicides, on observe 804 000 suicides à travers le monde en 2012. Environ 24 % de ces suicides provenaient des Etats membres à revenu élevé alors que plus de 75% provenaient des Etats membres à revenu faible et intermédiaire.

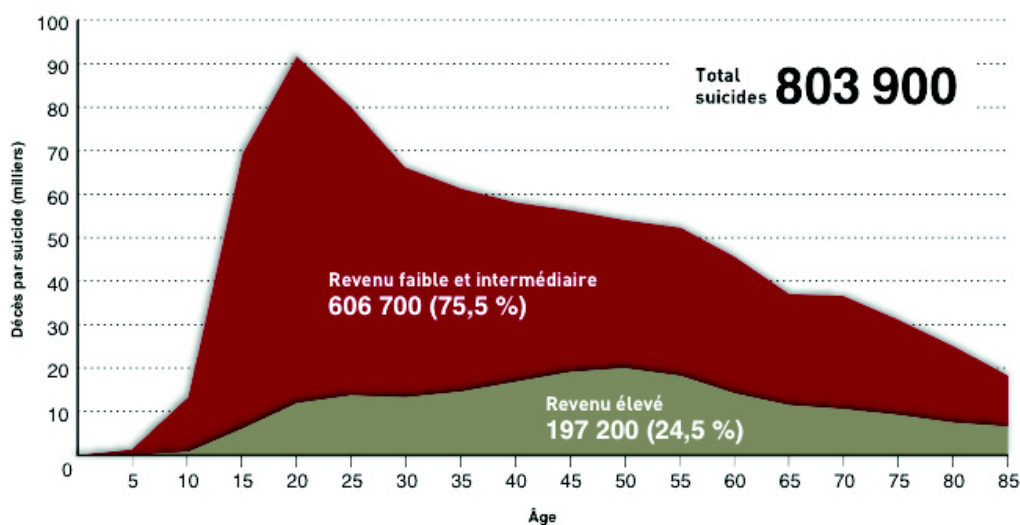
Toutefois, il convient de nuancer notre propos car la population composant les états membres à revenu faible et intermédiaire représente environ 81,7% de la population mondiale totale. Dès lors, il semble logique que le taux de suicide soit plus important pour cette catégorie ayant une zone de chalandise plus conséquente.

Par la suite, on remarque que les hommes semblent le plus affecté par ce phénomène à travers le monde, avec une tendance de 15 pour 100 000 d'après le taux de suicide standardisé selon l'âge. En effet, il n'est que de 8 pour 100 000 pour les femmes.

Cette différence est d'autant plus marquée pour les Etats membres à revenu élevé avec un rapport hommes/femmes qui est de 3,5 pour la même norme.

L'Europe obtient le rapport le plus élevé à hauteur de 4,1 : les hommes se suicident donc plus que les femmes sur notre continent.

Figure 2. Suicides mondiaux par âge et niveau de revenu des pays, 2012

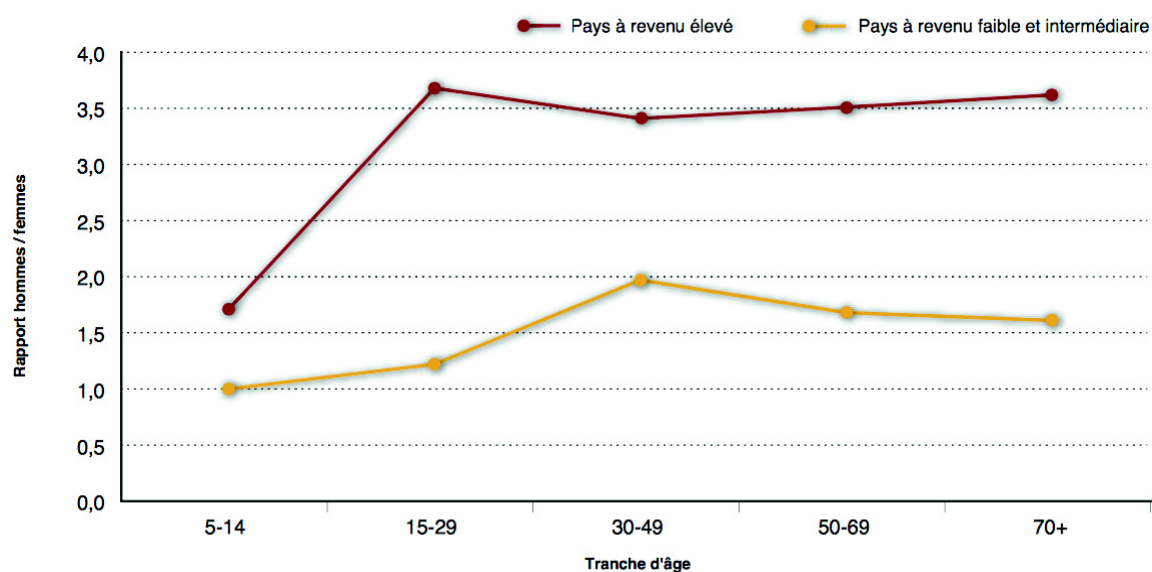


A travers ce nouveau graphique, nous pouvons constater que nos conclusions ci dessus sont renforcées. A savoir, que la taux de suicide des pays à revenu faible et intermédiaire semble plus élevé que ceux des pays à revenu élevé.

De plus, on observe que les pays ayant un revenu élevé ont un tracé plus linéaire comparé aux pays à revenu faible & intermédiaire, qui eux, sont représentés avec un pic de décès par suicide. En effet, cette accentuation intervient pour les 20-25 ans avec un nombre de décès par suicide qui dépasse les 90 000. Ensuite, la courbe des décès diminue avec l'âge.

Pour les pays ayant un revenu élevé, on aperçoit 2 légères accentuations à 20-25 et 50 ans, mais dans une moindre proportion.

Figure 5. Rapport hommes / femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge par tranche d'âge et niveau de revenu des pays, 2012

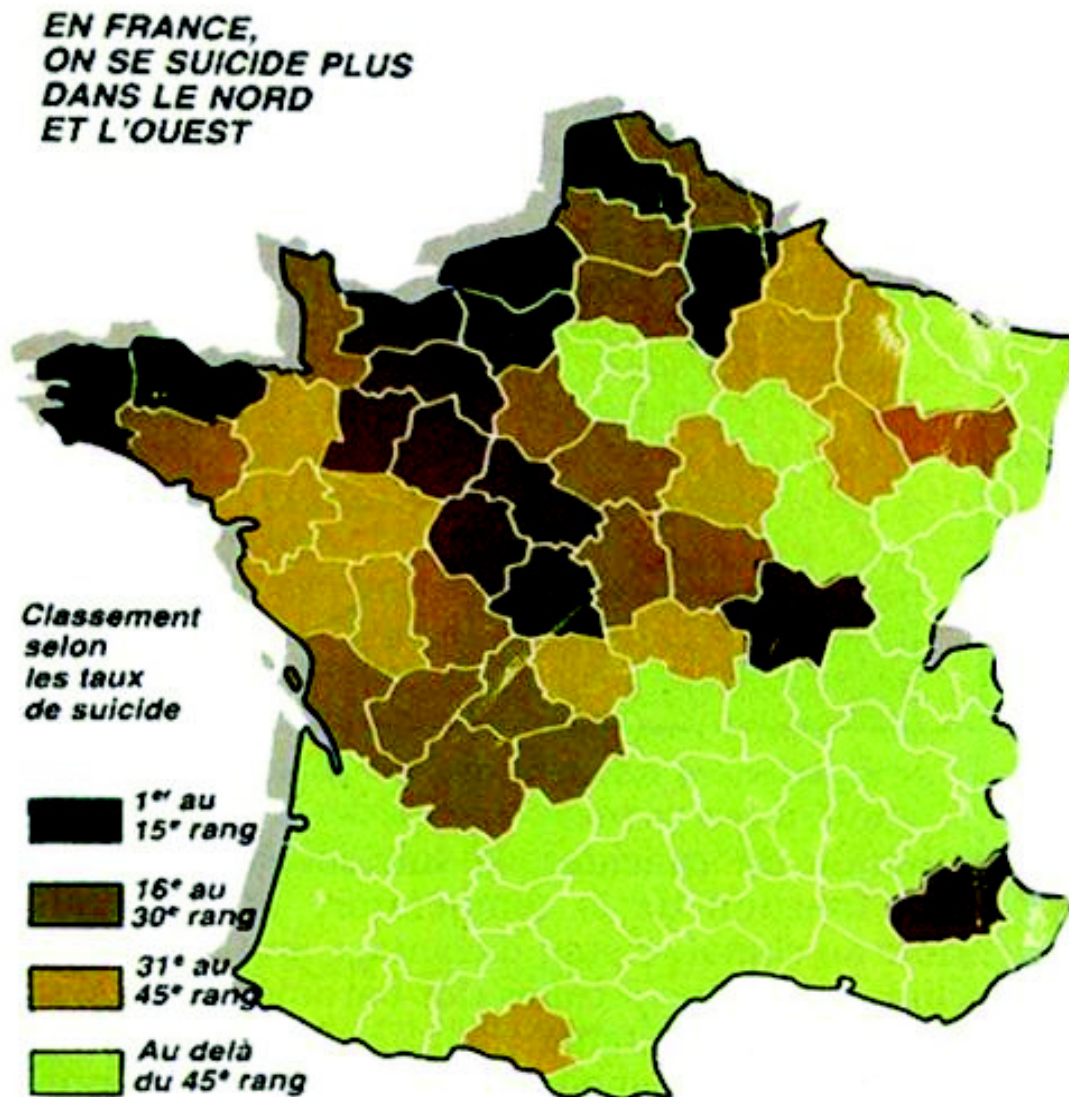


Comme vu lors du tableau 1, on confirme une forte disparité du rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge concernant les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible & intermédiaire.

En effet, les pays à revenus élevés recueillent le rapport homme/femme le plus élevé. (2) Comme vu également dans le tableau 1, ces pays obtiennent un pic pour la tranche 15-29 ans puis retrouvent plus ou moins une linéarité pour les tranches d'âge suivantes.

Quant aux pays à revenus faible & intermédiaire, leur pic se situe entre 30 et 49 ans puis la différence entre hommes/femmes s'affine pour les tranches d'âge suivantes.

2. Epidémiologie NATIONALE :



Concernant la France, il est clairement visible qu'il existe un gradient Nord/Sud. En effet, les régions situées au nord de la France rassemblent les taux de suicide les plus élevés. Les régions de l'ouest sont également les plus touchées : l'est de la France semble plus épargnée par les suicides.

Il existe cependant une retenue pour le département des Alpes de Haute Provence qui obtient un taux de suicide plus élevé comme les régions du nord de la France. (3)

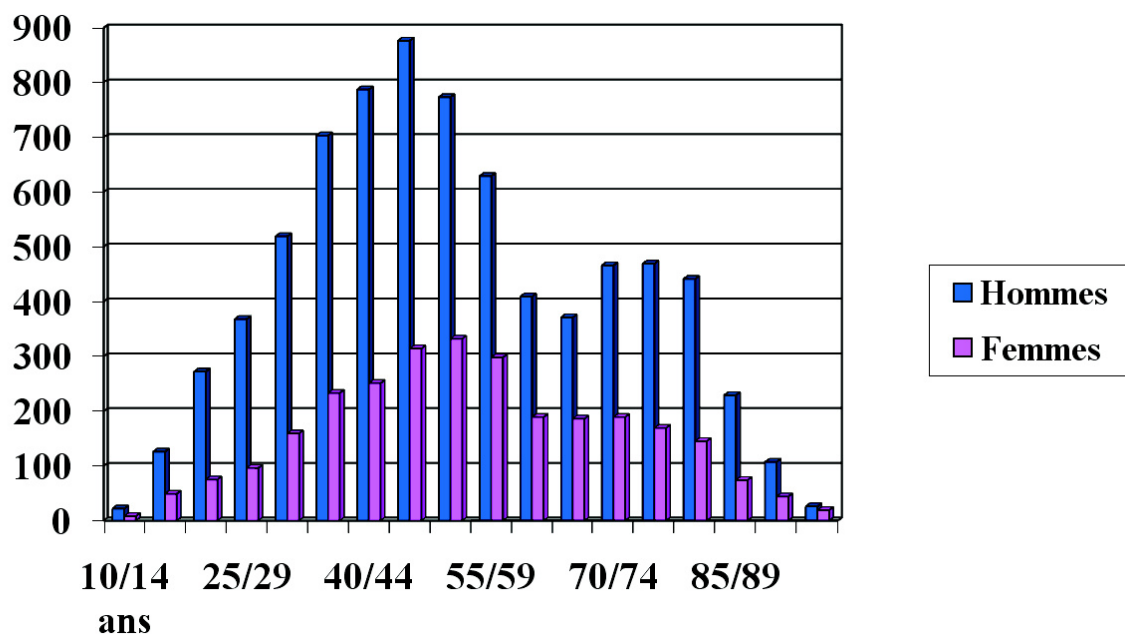


Figure 1 Effectifs des décès par suicide en France en 2006

En France, on analyse l'existence d'une forte disparité des décès par suicide entre homme & femme. En effet, les hommes décèdent beaucoup plus par suicide que les femmes et ce surtout dans la tranche d'âge compris entre 44 et 55 ans. Ce pic est moins représenté chez les femmes même si une augmentation subsiste pour la même tranche d'âge. En 2006, on répertoriait donc près de 900 décès par suicide chez les hommes de 44 à 55 ans.

	Hommes		Femmes	
	Part (%)	Rang	Part (%)	Rang
15-24	16	2	13	3
25-34	23	1	18	2
35-44	18	2	12	2
45-54	8	4	6	3
55-64	3		3	
>65	<1		<1	
Tous âges	3		1	

Figure 2 - Mortalité par suicide en France en 2006

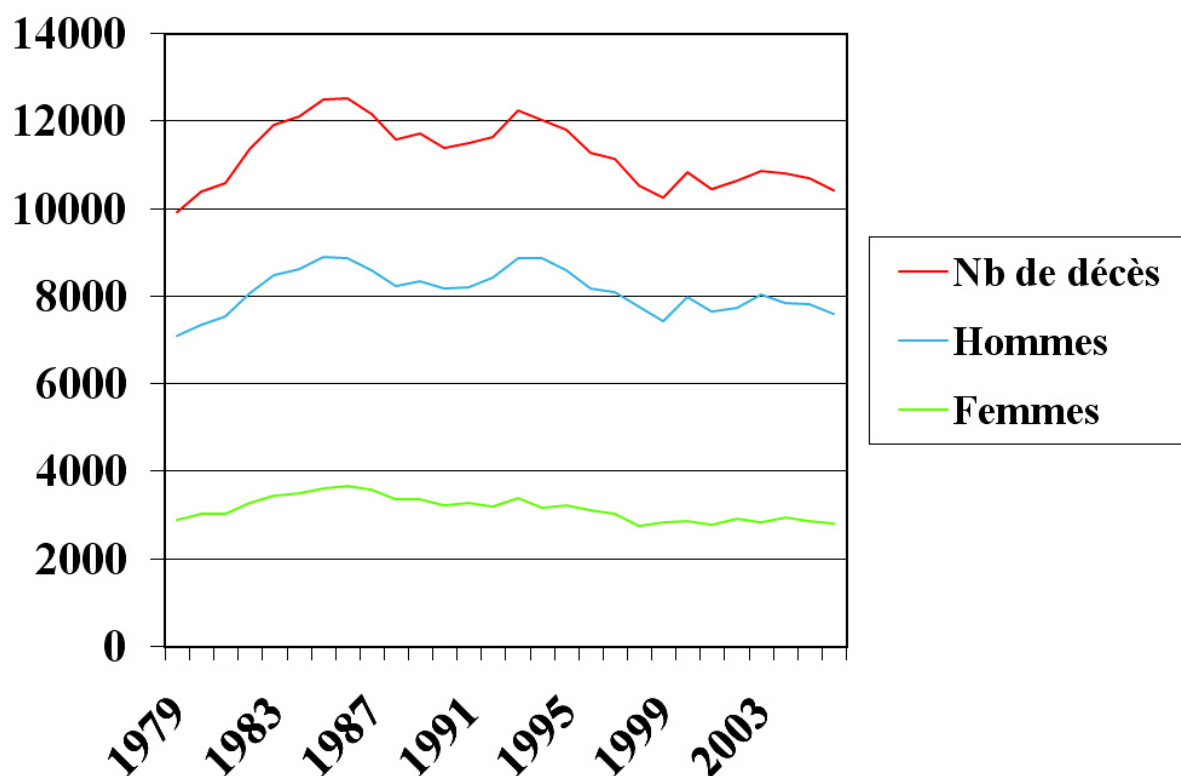


Figure 3 - Evolution des décès par suicide de 1979 à 2006

Sur ce graphique, on observe une légère diminution du nombre de décès par suicide, surtout depuis 1995. Le nombre de décès par suicide pour les hommes diminue de façon proportionnelle à celui des femmes. Cependant, cette mesure pour les hommes reste nettement plus élevée (environ 8000 décès par suicide pour les hommes en 2006) que celui des femmes (environ 3000).

I^{er} TABLEAU. Nombre des suicides par année, 1836-1852.

Années.	Hommes.	Femmes.	Totaux.
1836. . . .	1,775	565	2,340
1837. . . .	1,841	632	2,443
1838. . . .	1,886	700	2,586
1839. . . .	2,049	698	2,747
1840. . . .	2,040	712	2,752
1841. . . .	2,139	675	2,814
1842. . . .	2,129	737	2,866
1843. . . .	2,291	729	3,020
1844. . . .	2,197	776	2,973
1845. . . .	2,332	752	3,084
1846. . . .	2,329	773	3,102
1847. . . .	2,781	866	3,647
1848. . . .	2,567	734	3,301
1849. . . .	2,736	847	3,583
1850. . . .	2,723	873	3,596
1851. . . .	2,737	861	3,598
1852. . . .	2,780	894	3,674
Totaux. .	39,302	12,824	52,126
Moyenne. .	2,312	753	3,066

Figure 4 - Nombre de suicides par année de 1836 à 1852

Plus de 39 000 suicides pour les hommes pour la période 1836 à 1852 et près de 13 000 pour les femmes. Nous pouvons donc conclure qu'en 200 ans la situation n'a guère changé : les hommes se suicidaient plus que les femmes.

Modes de décès	Hommes	Femmes
Pendaison	3933 (52%)	829 (29%)
Médicaments	826 (11%)	887 (31%)
Armes à feu	1482 (20%)	96 (3%)
Saut	413 (5%)	355 (13%)
Noyade	258 (3%)	315 (11%)
Autres	681 (10%)	348 (12%)
Total	7593	2830

Figure 5 - Modes de décès par suicide en 2006

Cependant, comme nous pouvons l'observer sur cette figure 5, les modes de décès sont différents selon le sexe de l'individu. Cela explique cette différence de mortalité. En effet, les hommes utilisent des méthodes beaucoup plus létales. On note par exemple, la pendaison comme moyen le plus utilisé chez les hommes alors que ce sont les médicaments qui sont le plus utilisé chez les femmes. (4)

En 2006, on recense près de 10 500 décès par suicide hommes et femmes confondus en France.

Cela représente environ 2% de la mortalité pour la même année étant donné que le nombre de décès total était de 516 000.

3. Epidémiologie REGIONALE :

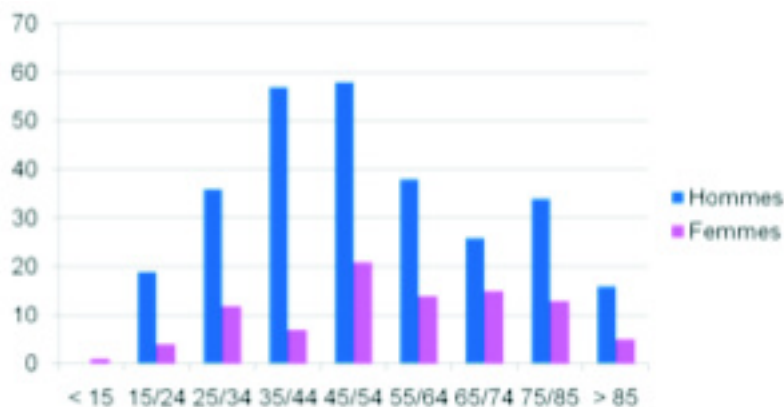
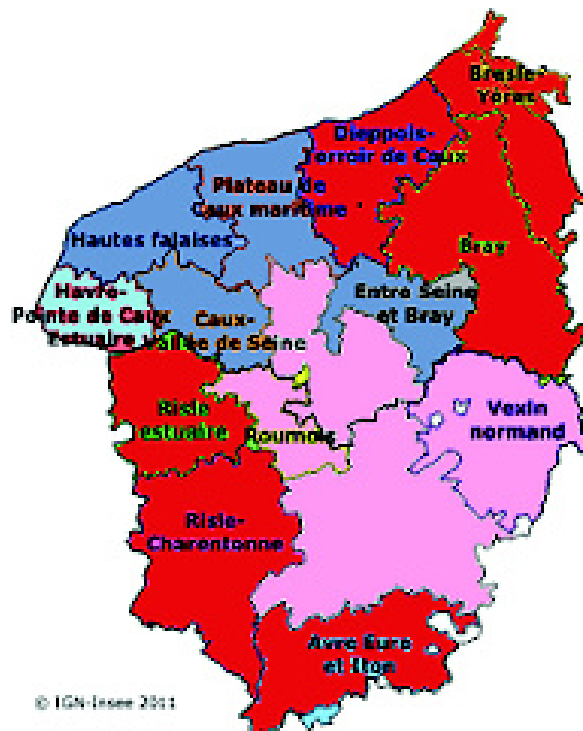


Figure 6 - Nombre de décès par suicide par tranche d'âge en Haute Normandie de 2008 à 2010

Cette représentation confirme la tendance nationale. En effet, il existe une forte disparité dans le nombre de suicides entre les hommes et les femmes. De plus, le nombre de décès par suicide le plus élevé intervient pour la tranche d'âge 45-54 ans chez les hommes.

Pour 2008-2010, il a été recensé près de 366 décès par suicide par an ce qui porte la Haute Normandie au 8^{ème} rang alors qu'elle était au 3^{ème} rang en 2006. (5) La mortalité par suicide diminue dans toute la France, mais elle diminue plus vite en Haute Normandie.



La Haute Normandie présente 20 décès pour 100 000 habitants alors que la France est à 16,5, notre région est donc supérieure à la moyenne nationale. Notre département est donc fortement impacté par le suicide en comparaison à notre pays.

On note 41 décès pour 100 000 habitants dans le canton de Bernay alors que l'agglomération Havraise rassemble 14 décès pour 100 000 habitants, il existe donc de grande inégalité au sein de la région.

Les zones rurales, notamment celles situées dans le Pays de Bray, au nord du département de la Seine Maritime sont particulièrement touchées par la mortalité par suicide.

De manière générale, l'ensemble des cantons de l'Ouest du département sont plus touchés par la mortalité par suicide (risque psychosociaux élevé dans le monde agricole, isolement, célibat/veuvage, accès facile aux modes de létalités, fusils/puits/étangs...) que le reste du département.

II. Suicide & pathologies psychiatriques.

Le diagnostic d'un trouble dépressif ou anxieux et l'indication d'un traitement antidépresseur sont posés à l'issue d'un examen clinique systématique et non à partir d'une simple impression clinique. Cet examen permet de distinguer un trouble dépressif ou anxieux d'un ou plusieurs symptômes dépressifs ou anxieux qui n'atteignent pas le seuil de définition du trouble. Ainsi, l'existence de symptômes dépressifs ou anxieux au décours d'un événement de vie, aussi signifiant soit-il dans la vie du sujet (deuil, divorce, chômage...) ne suffit pas à poser un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux. (6)

L'évaluation du potentiel suicidaire doit être réalisée systématiquement à l'interrogatoire chez tout sujet présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, même si le patient ne l'évoque pas spontanément.

1./ La dépression

L'entité pivot des troubles dépressifs est le trouble dépressif majeur unipolaire, qui est défini selon le DSM-V, par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (c'est à dire caractérisés), dans la vie d'un sujet, et par l'absence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.(7)

Il existe différentes formes d'épisode dépressif majeur :

- selon l'intensité : léger, modéré et sévère :

L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique et éventuellement d'échelles validées. Elle est définie en fonction de l'évaluation du nombre, de l'intensité et du retentissement des symptômes dépressifs :

- un épisode léger est défini par la présence de 5 symptômes dépressifs et d'une altération limitée du fonctionnement (social, professionnel...), ou d'un fonctionnement normal mais au prix d'efforts importants et inhabituels
- un épisode sévère est défini par la présence de 8 ou 9 symptômes dépressifs correspondant aux critères et d'une altération du fonctionnement nette et observable.

- Une intensité modérée est intermédiaire entre légère et sévère
- selon l'existence de caractéristiques mélancoliques, éventuellement délirantes, pour les épisodes d'intensité sévère.

Critères d'un Episode dépressif majeur selon le DSM-IV :

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex, pleure). NB Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- Perte ou gain de poids significatif ou l'absence de régime (ex, modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères de l'Episode mixte

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex, une substance donnant lieu à abus, un médicament ou d'une affection médicale générale (par ex, hypothyroïdie)

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est à dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Les modalités évolutives de l'épisode dépressif majeur sont les suivantes :

- une rémission complète correspond à une disparition des symptômes et à un retour à un fonctionnement normal
- une rémission partielle correspond à une amélioration telle que l'individu ne répond plus aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur, tout en conservant des symptômes dépressifs, nommés symptômes résiduels
- un épisode dépressif résistant est un épisode n'ayant pas répondu à 2 traitements antidépressifs successifs bien conduits, c'est à dire à posologie efficace pendant une durée de 4 à 6 semaines.
- Une rechute dépressive correspond, après amélioration, à la réapparition de symptômes dépressifs au cours du même épisode dépressif
- Une récurrence ou récurrence dépressive correspond à la survenue d'un nouvel épisode dépressif, après rémission complète d'au moins 2 mois. (8)

L'incidence des tentatives de suicide chez les sujets déprimés varie avec la sévérité clinique du trouble : classiquement estimée à 15% en cas de dépression sévère (patients hospitalisés), cette incidence apparaît réduite, de l'ordre de 6% lorsque sont pris en compte, l'ensemble des troubles dépressifs. (9)

Le poids des troubles dépressifs dans l'incidence des suicides est confirmé par les autopsies psychologiques. En effet, les troubles de l'humeur dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquemment retrouvés chez les suicidés. Cependant, le trouble dépressif n'est qu'exceptionnellement le seul facteur en cause. Ainsi, dans 85% des cas la dépression majeure se trouvait associée à une pathologie comorbide : abus ou dépendance à l'alcool (plus souvent chez les hommes), troubles de la personnalité (plus souvent chez les jeunes, pathologie somatique (chez sujet âgé). Seule une très faible minorité de ces suicidés (3%) recevaient un traitement antidépresseur à dose adéquate.

Cf étude finlandaise réalisée en 1987-1988

Coryell retient les facteurs de risque clinique suivants, dont il souligne la faible sensibilité et la faible spécificité :

- existence de tentatives de suicides antérieures ou plans suicidaires
- être du sexe masculin
- être isolé ou vivre seul
- être hospitalisé (sévérité de la dépression)
- présence de désespoir

et 2 facteurs de risques biologiques :

- une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien
- un déficit de la neurotransmission sérotoninergique

2./ Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire également appelé maniaque-dépression, se manifeste par la présence de variations symptomatiques de l'humeur. Il est important de le distinguer des variations normales que peut éprouver un individu sain.

En effet, les personnes bipolaires peuvent présenter des épisodes dépressifs, des états maniaques et des phases non symptomatiques appelées intervalles libres.

Critères diagnostiques selon le DSM-IV :

- A. Episode mixte actuel
- B. Au moins un antécédent « Episode dépressif majeur », d'Episode maniaque ou d'Episode mixte
- C. Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un Trouble Schizo-affectif et ils ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié

Les symptômes retrouvés lors d'une phase de manie :

- estime de soi augmentée ou idées de grandeur
- réduction du besoin de sommeil
- parole augmentée ou volonté de parler sans arrêt
- pensées rapides ou sensation d'un trop-plein d'idées
- distractivité, incapacité à fixer son attention
- recrudescence de l'activité aux plans social, professionnel ou scolaire
- agitation psychomotrice
- plaisirs augmentés de façon excessive et à haut risque de conséquences négatives (achats, sexualité, investissements financiers)

Il existe principalement 2 types de troubles bipolaires :

Le Trouble bipolaire de type I :

- Alternance d'épisodes dépressifs, d'accès maniaques et d'intervalles libres
- Forme typique de psychose maniaco-dépressive
- Toutes les combinaisons peuvent s'observer
- Diagnostic facile si l'interrogatoire retrouve cette alternance

Le Trouble bipolaire de type I au premier accès :

- Accès maniaque
 - Envisager systématiquement ce diagnostic (en dehors d'une cause organique ou toxique)

- Dépression mélancolique
 - Attendre un deuxième épisode avant de poser un diagnostic
 - Dépressions mélancoliques en dehors du trouble bipolaire
 - Régulateurs de l'humeur ont une action préventive modérée sur les rechutes dépressives.

Le Trouble bipolaire de type II :

- Plusieurs Episodes Dépressifs Majeurs alternants avec des hypomanies sans facteur déclenchant

Les Cycles rapides, quant à eux, représentent une forme clinique particulière des troubles bipolaires de type I et II définie par l'évolution et le nombre d'accès annuel (≥ 4 accès par an).

Il est important de souligner que le risque suicidaire est 7 fois plus important chez le sujet bipolaire par rapport à la population générale. De cette façon, au moins 1/3 des patients bipolaires font une tentative de suicide et 1/3 présentent une idéation suicidaire. (10)

Goldstein et al. Relèvent des antécédents de tentative de suicide chez 32% de sujets bipolaires. (11)

3./ La schizophrénie.

La schizophrénie affecte 0,6 à 0,8 % de la population. En France, le nombre de sujets souffrant de schizophrénie est évalué à 500-600000. C'est une pathologie fréquente, d'évolution bien souvent chronique, au pronostic lourd, source de désinsertion socioprofessionnelle et d'isolement affectif.

La schizophrénie comporte de nombreux symptômes. Ils se développent progressivement, varient d'une personne à l'autre et ne sont pas toujours présents simultanément.

Les premiers symptômes de la schizophrénie apparaissent, le plus souvent, au début de l'âge adulte. Chez l'homme, les symptômes de la schizophrénie se manifestent à l'adolescence ou plus typiquement vers la vingtaine. Par contre, chez la femme ils peuvent apparaître plus tard vers l'âge de 20 ans ou, plus souvent encore, au début de la trentaine.

Les symptômes sont classés en 3 grandes catégories : positifs, négatifs et cognitifs.(12)

Les symptômes positifs

Ils sont considérés comme des signes dits productifs, caractérisés par une production anormalement active de l'esprit. On inclut dans cette catégorie : les hallucinations, les idées délirantes, les troubles de la pensée et les troubles du comportement.

Les hallucinations :

Ce sont de fausses perceptions qui peuvent toucher nos 5 sens.

- les hallucinations auditives représentent la forme la plus commune. Elles peuvent être perçues soit comme de simples sons ou des discours incessants qui vont tourmenter et faire souffrir la personne. Elles transmettent des ordres, des menaces ou des injures. La personne sujette aux hallucinations auditives aura tendance à dialoguer avec ces voix et tenter de les faire disparaître avec l'aide d'un appareil radio, un baladeur ou des bouchons dans les oreilles.

- les hallucinations visuelles peuvent être perçues comme des visions, des apparitions, des taches colorées, des personnages ou des scènes animées plaisantes ou désagréables. Elles sont parfois proches des images des rêves.
- Les hallucinations cénesthésiques se définissent pas des sensations de brûlures, de fourmillement ou l'impression qu'un organe disparaît. La personne peut également se sentir être possédée ou dématérialisés.
- Les hallucinations olfactives et gustatives forment d'autres types d'hallucinations plus subtiles et généralement pénibles ou désagréables.
- Les hallucinations psychiques sont perçues par la personne comme des phénomènes venant d'ailleurs.

Les idées délirantes :

Ce sont des convictions non fondées, très fortes, concernant une fausse réalité construite à partir de perception incorrecte ou d'une mauvaise interprétation de l'expérience vécue. Il existe différentes sortes d'idées délirantes.

- Délire de persécution : c'est le plus fréquent des délires. Le malade est convaincu qu'il est persécuté et en danger.
- Délire de contrôle : la personne est convaincu d'être sous l'emprise d'une force étrangère. Tous ses actes lui sont imposés par une personne qui la domine.
- Les idées de grandeur : elles sont aussi fortes que celles de délire de persécution, mais elles se manifestent sous la forme d'une illusion de puissance, de richesses, de grande intelligence, d'influence...

- Les idées de références : le malade est convaincu que les autres parlent de lui, ou lui font signe dans la rue, que des messages lui sont adressés par le biais de la télévision ou de la radio.
- Délire érotomaniacal : le malade est persuadé d'avoir une relation passionnelle avec quelqu'un.

La désorganisation du comportement et de la pensée :

- Les troubles de la pensée : manifestation sous forme d'un langage difficile à suivre avec des idées décousues. Le discours est flou et parfois incohérent. De plus, la personne ne répond pas à la question, passe d'un sujet à l'autre.
- Les troubles du comportement : ils se manifestent sous forme d'actions bizarres ou sans but précis. Il peut arriver que la personne devienne hostile et agressive, et ses proches peuvent avoir l'impression qu'elle n'est pas la même.

Les symptômes négatifs

Alors que les symptômes positifs se caractérisent par une exagération de traits normaux, les symptômes dits négatifs se traduisent par une réduction des activités ou une diminution de réaction par rapport à une situation donnée. (13)

Ces symptômes sont parmi les plus difficiles à déceler.

- Réduction des activités. Le patient passe beaucoup de temps au lit, passe son temps à manger et dormir, est peu disposé à participer aux activités de la maison.
- Le patient ne participe plus à des activités sociales.

- Diminution de l'expression émotionnelle. Le patient ne réagit peu ou pas en présence de stimuli importants.
- Perte des activités intellectuelles.

La sévérité des symptômes négatifs est indépendante de la présence des symptômes positifs.

Les symptômes cognitifs :

Ceux-ci affectent la personne au niveau de sa capacité à comprendre, à analyser et à se rappeler l'information reçue. La personne a des difficultés à se concentrer ou à maintenir son attention sur une tâche spécifique. La mémoire à court terme semble être affectée et la personne en cause semble avoir de la difficulté à exécuter ses activités dans la vie au quotidien. Elle a de petites pertes de mémoire au niveau de l'hygiène personnelle ou dans la prise de ses médicaments.

La personne atteinte a beaucoup de difficulté à prendre des décisions, elle change souvent d'idées, hésite à prendre des décisions banales. A cause des problèmes d'attention, de mémoire ou de concentration, l'apprentissage est pénible pour certains individus.

Troubles de l'anxiété et de l'humeur

La prévalence des troubles de l'anxiété et de l'humeur est plus élevée chez la personne schizophrène que dans la population en général.

Troubles métaboliques :

La schizophrénie est associée au diabète, à une hyperlipidémie et à une hypertension. Cette association s'explique par la prise de médicaments antipsychotiques qui provoquent des troubles métaboliques, auxquels s'ajoute une mauvaise hygiène de vie.

La mortalité, toutes causes confondues, est 4,5 fois supérieure à celle de la population générale. L'espérance de vie est réduite de 20 %. Plusieurs hypothèses sont avancées pour tenter d'expliquer cette surmortalité : limitation de l'accès et du recours aux soins (du fait de leur pathologie, de leurs difficultés économiques, de l'attitude du milieu médical, de la stigmatisation) ; association de facteurs de risque (hygiène de vie de mauvaise qualité, sédentarité, surpoids, alcool-tabagisme et autres consommations toxiques) ; vulnérabilité constitutive aux maladies somatiques ; effets secondaires des traitements psychotropes ; vulnérabilité au suicide.

Les patients souffrant de schizophrénie représentent un groupe particulièrement exposé au risque de suicide. Cette notion est connue de longue date des psychiatres. Bleuler considérait déjà la suicidalité comme « le symptôme schizophrénique le plus sérieux ».

Il s'agit de la première cause de mort prématurée dans cette population. Le suicide concerne 9 à 13 % des sujets, ce qui représente un risque 20 fois supérieur à celui de la population générale. Trente à cinquante pour cent de ces patients font au moins une tentative de suicide au cours de leur existence.

Pour les schizophrènes, la clozapine est le seul antipsychotique ayant fait preuve d'une diminution de la mortalité par suicide (même en tenant compte de l'augmentation de la mortalité induite par la iatrogénie de ce médicament).

III. Suicide & psychotropes

Les antidépresseurs facilitent la transmission des amines cérébrales (noradrénaline et sérotonine essentiellement). Leur but est d'améliorer l'humeur dépressive et soulager la souffrance mentale et ainsi éviter le suicide, risque majeur de toute dépression. (14)Cependant, tous les antidépresseurs sont aptes à lever l'inhibition psychomotrice avant que les ruminations pessimistes et les propensions suicidaires n'aient disparu. En ce sens, les antidépresseurs favorisent transitoirement, au moment de l'amélioration initiale, les comportements suicidaires. Cet inconvénient s'observe avec tous les antidépresseurs, mais il

semble plus fréquent avec les antidépresseurs psychotoniques qu'avec les sédatifs qui estompent l'anxiété et la prégnance des vellétés suicidaires. (15)

Lors de l'instauration d'un traitement chez un patient dépressif, il est justifié de se poser la question de la toxicité en cas d'ingestion massive, telle que rencontrée dans les tentatives d'autolyse. Alors que les premiers antidépresseurs sont très toxiques à dose élevée, la recherche pharmaceutique a, à l'heure actuelle, mis à disposition des cliniciens des molécules plus sûres en cas d'intoxication. Les molécules récentes sont rarement mortelles lorsqu'elles sont ingérées seules, même à dose élevée, mais le risque de décès persiste lors d'intoxications polymédicamenteuses ou sur terrains fragiles. (16)

1. les Tricycliques = imipraminiques

DCI	Princeps
Clomipramine	Anafranil®
Amoxapine	Défanyl®
Amitriptyline	Elavil®
Amitriptyline	Laroxyl®
Maprotiline	Ludiomil®
Dosulépine	Prothiaden®
Doxépine	Quitaxon®
Trimipramine	Surmontil®

Tous agissent sur l'humeur mais certains, comme l'amitriptyline (Laroxyl, Elavil), ont une activité sédatrice qui sera mise à profit dans les dépressions avec anxiété, insomnie voire agitation.

Les antidépresseurs tricycliques ont une action sympathomimétique et anticholinergique. Le mécanisme d'action de leur effet antidépresseur implique l'inhibition du recaptage de la noradrénaline et de la sérotonine. Le blocage partiel des récepteurs histaminiques, α -adrénergique, gabaergique et muscarinique, induit également sédation, vasodilatation, convulsions et effets anticholinergiques.

Leur résorption est rapide et leur biodisponibilité est généralement faible, en raison d'un effet marqué de 1^{er} passage hépatique, variable suivant la molécule.

Contre indication des tricycliques:

- risque de glaucome à angle fermé
- risque de rétention des urines (adénome de la prostate)
- infarctus du myocarde récent (de moins de 3 mois)
- association avec les IMAO non sélectifs ou avec des médicaments contenant du sultopride

Effets indésirables des tricycliques : (17)

- sécheresse de la bouche
- constipation
- trouble de l'accommodation
- tachycardie
- sueurs
- difficultés à uriner
- troubles sexuels
- hypotension orthostatique
- somnolence

Toxicité des tricycliques :

Les antidépresseurs tricycliques sont les plus toxiques des antidépresseurs. L'ingestion d'une dose de 0,5g de principe actif est potentiellement toxique, celle d'une dose de 1g peut avoir des conséquences graves, celles supérieures à 2g engagent le pronostic vital. Les signes de l'intoxication atteignent leur intensité maximale au bout de 4 à 12 heures. Les propriétés pharmacologiques des antidépresseurs expliquent les 3 syndromes majeurs observés au cours des intoxications qui peuvent entraîner un coma avec décès du patient :

- effets anticholinergiques
- toxicité cardiaque (effet proarythmogène)
- toxicité centrale (sédation et convulsion)

Toutefois, il existe des différences en termes de toxicité entre les antidépresseurs tricycliques, selon la molécule en cause et la sensibilité du sujet. (18)

La prise en charge clinique fait appel à un traitement symptomatique et à un traitement des arythmies cardiaques. L'administration de bicarbonate de sodium est recommandée pour corriger l'acidose métabolique et diminuer la fraction libre de l'antidépresseur tricyclique, ainsi que le blocage des canaux sodiques.

L'intoxication aux tricycliques : c'est une urgence qui engage le pronostic vital. Il existe un intervalle libre de 4 heures ou moins entre l'absorption d'une dose toxique et l'apparition des premiers signes. La survenue de troubles cardiaques fait toute la gravité de cette intoxication et nécessite une surveillance attentive en milieu spécialisé.

2. Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS)

DCI	Princeps
Citalopram	Séropram®
Escitalopram	Séroplex®
Fluoxétine	Prozac®
Fluvoxamine	Floxyfral®
Paroxétine	Déroxat® / Divarius®
Sertraline	Zoloft®

Mis au point beaucoup plus récemment, ces médicaments agissent de façon ciblée sur la sérotonine. Les ISRS ont une activité quasi exclusivement pro-sérotoninergique présynaptique, à l'exception de la paroxétine qui exerce en plus une action anticholinergique notable en inhibant les récepteurs muscariniques M3. Ils augmentent la concentration en sérotonine dans la fente synaptique en inhibant les sites de recapture du neuromédiateur qui va alors agir indistinctement sur les 3 sous types de récepteurs sérotoninergiques, les 5HT1, à l'origine des propriétés antidépessives, mais aussi les 5HT2 et les 5HT3, auxquels sont imputables les effets indésirables neurologiques ou psychiques des ISRS.

Ils sont souvent aussi actifs que les antidépresseurs plus anciens pour le même niveau d'AMM, mais ont moins d'effets indésirables. Ils sont donc utilisés en 1^{ère} intention.

Contre indications des ISRS :

- hypersensibilité à l'un des constituants
- IMAO
- Linézolide

Se fixant peu sur les récepteurs postsynaptiques, ils n'induisent pas d'effets indésirables d'origine post-synaptique. La plupart des effets secondaires sont liés à des concentrations élevées de sérotonine notamment au niveau du système nerveux central.

Effets indésirables des ISRS :

- dysfonction sexuelle, diminution de la libido (occasionnant des problèmes d'observance)
- somnolence
- sécheresse buccale
- insomnie, fatigue, asthénie
- nausées, vomissements, diarrhée, constipation
- vertige, céphalée, tremblement
- akathisie

Toxicité des ISRS :

L'absence d'effet des ISRS sur la synthèse et le métabolisme de la sérotonine explique que leur toxicité soit minimale lorsque la prise n'est pas associée à celle d'autres médicaments. L'intoxication aiguë est généralement bénigne, pratiquement asymptomatique ou avec des signes peu marqués (troubles digestifs et somnolence). Des signes anticholinergiques peuvent se manifester avec la paroxétine et la fluvoxamine. La dépression du SNC est rare et est plus souvent le fait d'une association à d'autres psychotropes. Des convulsions et troubles du rythme ou de la conduction, parfois d'apparition retardée, peuvent exceptionnellement être observés avec la fluvoxamine, la fluoxétine et le citalopram.(19) En association avec d'autres médicaments, les ISRS peuvent être à l'origine d'un syndrome sérotoninergique parfois mortel, survenant dans les 6 à 12 heures suivant l'intoxication. (Par exemple, une augmentation de segment QT de l'ECG lors d'association aux antipsychotiques).

La spécificité d'action de cette classe incite de plus à une surveillance particulière lors d'associations. En effet, les propriétés pharmacologiques pro-sérotoninergiques de ces médicaments peuvent être à l'origine d'éventuelles poussées hypertensives ou de syndrome sérotoninergiques.

Syndrome sérotoninergique

Le syndrome sérotoninergique est un ensemble de manifestations psychiques, motrices et végétatives, liées à l'augmentation de la transmission sérotoninergique dans le système nerveux central.

Il est le plus souvent la conséquence d'une interaction médicamenteuse augmentant la neurotransmission sérotoninergique mais peut aussi apparaître de façon imprévisible lors d'une monothérapie, ou à l'occasion d'une ingestion massive. Il n'y a pas nécessairement de relation entre les doses ingérées et la gravité du syndrome. (20)

Les associations médicamenteuses les plus documentées concernant le syndrome sérotoninergique sont : (21)

- les IMAO
- les ISRS
- les antidépresseurs tricycliques
- tramadol
- triptans
- lithium
- buspirone

Les critères diagnostiques du syndrome sérotoninergique sont : (22)

- modification de l'état mental (hypomanie ou confusion)
- agitation
- myoclonies
- sueurs, hypersudation
- frissons
- tremblements
- diarrhée
- hyperthermie

SIADH (23)

Tout comme les antidépresseurs tricycliques, tous les ISRS peuvent conduire, généralement dans les 2 semaines qui suivent l'introduction du traitement, à une hyponatrémie, suite à une sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH). Si l'apparition de cet effet indésirable semble occasionnelle (1 cas sur 200 par année de traitement selon une étude rétrospective), une analyse de 50 cas publiés a montré que l'âge médian des patients était de 78 ans, ce qui suggère une apparition favorisée chez les patients âgés. (24) L'évolution de l'hyponatrémie induite par les ISRS est généralement favorable à l'arrêt du traitement nécessitant parfois aucune mesure thérapeutique ou plus fréquemment des mesures simples de restriction hydrique. (25)

Plus récemment sont apparues d'autres molécules dites spécifiques, les Inhibiteurs de la Recapture de Sérotonine et Noradrénaline (IRSNa) . (26)

DCI	Princeps
Milnacipran	Ixel®
Venlafaxine	Effexor®
Duloxétine	Cymbalta®

Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline agissent eux aussi au niveau des sites de recapture présynaptique mais à la fois sur les systèmes sérotonergiques et noradrénergique. D'autre part, de la même façon que les ISRS, ils sont dépourvus d'activité anticholinergique, dopaminergique ou antihistaminique, ce qui implique en théorie de moindre effets indésirables sédatifs, atropiniques, addictogènes ou endocriniens par rapport aux tricycliques. (27)

Contre indications des IRSNa :

- hypersensibilité à un constituant
- IMAO
- Hypertension non contrôlée
- IR sévère
- Maladie hépatique

Toxicité IRSNa :

- nausées
- céphalées
- bouche sèche

D'autres antidépresseurs comme la miansérine ou la mirtazapine doivent leurs propriétés antidépressives à une inhibition des récepteurs α -2 présynaptiques responsables d'un rétrocontrôle négatif sur les synapses sérotoninergiques et noradrénergiques. La conséquence de cette action est un relargage plus important de ces 2 neuromédiateurs permettant de compenser leur faible concentration chez les patients déprimés. Par ailleurs, la mirtazapine bloque directement les récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂ et 5HT-3 post-synaptiques, ce qui aurait pour conséquence d'éviter l'anxiété, les troubles du sommeil, et certains autres effets indésirables observés avec les ISRS (agitation, vomissements, troubles sexuels, céphalées)

3. Les neuroleptiques

La principale indication des neuroleptiques demeure les troubles psychotiques chez l'adulte. (28)

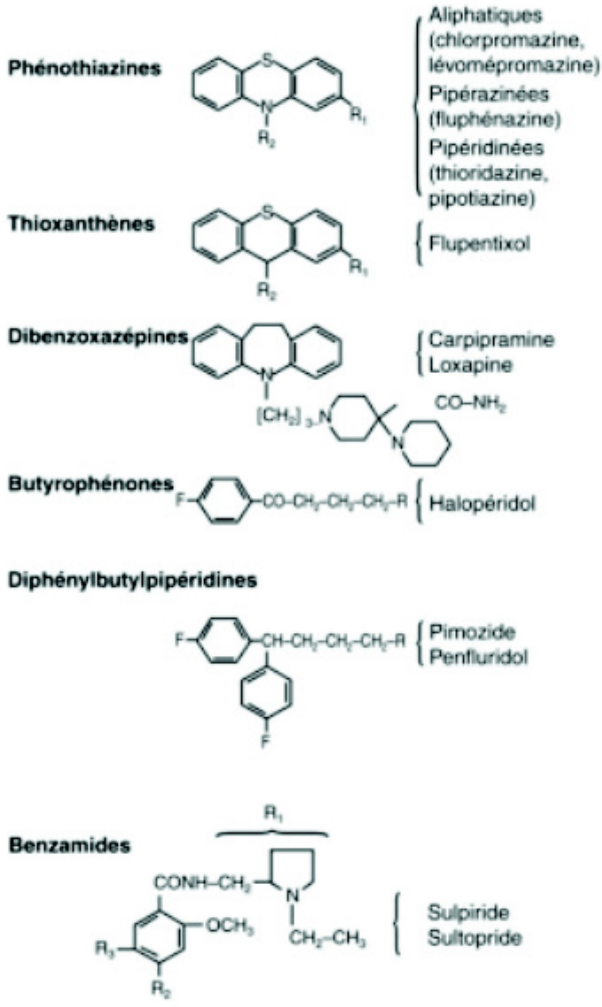
Ils ont, en particulier, considérablement modifié le pronostic évolutif de la schizophrénie. Ils sont également indiqués dans le trouble bipolaire et les troubles psychocomportementaux associés à la démence.(29) Les neuroleptiques de seconde génération (les antipsychotiques) possèdent une tolérance neurologique meilleure que celle des neuroleptiques classiques. Alors que les neuroleptiques de seconde génération ne diffèrent pas entre eux en termes d'efficacité, leur profil d'effets secondaires varie considérablement d'une molécule à l'autre (en particulier en termes de risque métabolique et de prise de poids, plus élevé avec les dibenzodiazépines).

Les neuroleptiques sont des médicaments ayant essentiellement des effets sur le système dopaminergique. Ce dernier joue un rôle dans la régulation de la vie émotionnelle et le contrôle de la motivation, dans la modulation de la perception, ainsi que dans la psychose qui est la 1ère indication de l'utilisation des neuroleptiques. Le système dopaminergique joue également un rôle dans le contrôle de la motricité et dans l'inhibition de la sécrétion de

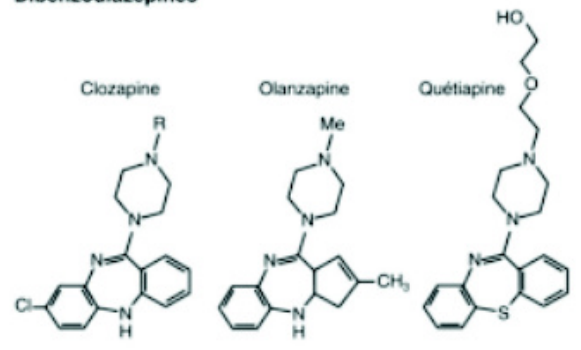
prolactine, à l'origine des effets secondaires de certains neuroleptiques. (30) Les neuroleptiques peuvent exercer des effets non seulement sur les hallucinations, le délire et l'agitation (effets antipsychotiques ou incisifs et effets sédatifs), mais aussi, et de façon plus modeste, sur les symptômes négatifs ou déficitaires de la schizophrénie (effets désinhibiteurs et/ou antidéficitaires). Il existe environ une dizaine de classes pharmacologiques principales de neuroleptiques, selon la structure biochimique de ces molécules. Si l'on considère les effets cliniques de ces substances, on distingue des neuroleptiques de première génération, associés à des effets indésirables neurologiques, et des neuroleptiques de seconde génération, beaucoup mieux tolérés sur le plan neurologique. (31) (32)

		DCI	Princeps
Antipsychotique de 1 ^{ère} génération	Phénothiazine	chlorpromazine	Largactil®
		cyamémazine	Tercian®
		fluphénazine	Moditen®/ Modecate®
		levomépromazine	Nozinan®
		pipothiazine	Piportil®
		propériciazine	Neuleptil®
	Butyrophénones	halopéridol	Haldol®
		pipampérone	Dipiperon®
		penfluridol	Semap®
		pimozide	Orap®
	Thioxanthènes	flupentixol	Fluanxol®
		zuclopenthixol	Clopixol®
Benzamides	sulpiride	Dogmatil®	
	tiapride	Tiapridal®	
	amisulpride	Solian®	
Antipsychotique de 2 ^e et 3 ^e génération	Dibenzodiazépine	clozapine	Leponex®
		quétiapine	Xeroquel®
	Proches dérivés	olanzapine	Zyprexa®
		loxapine	Loxapac®
	Autres	rispéridone	Rispéridal®
		aripiprazole	Abilify®
palipéridone		Xeplion®	

Neuroleptiques

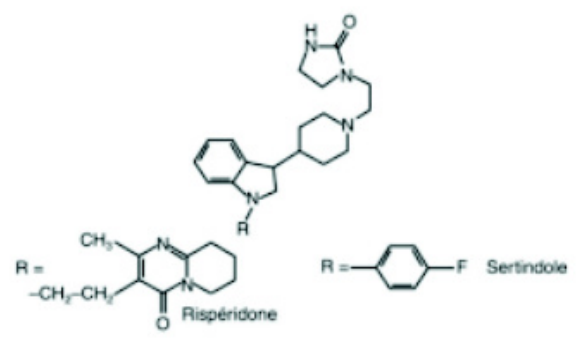


Dibenzodiazépines



Benzisoxazoles

Imidazolidinones



Contre indications des neuroleptiques :

- hypersensibilité à l'un des constituants
- association a un agoniste dopaminergique
- en relation avec effet antagoniste muscarinique
 - o risque de glaucome à angle fermé
 - o rétention d'urine
- antécédent d'agranulocytose (phénothiazines & clozapine)
- trouble de la conscience, dépression du SNC
- insuffisance hépatique ou rénale grave (zuclopenthixol)
- dépression

Effets indésirables des neuroleptiques : (33)

- cardiovasculaire
 - hypotension
 - tachycardie
 - allongement du QT
- digestif
 - boulimie
 - prise de poids
 - constipation
 - ictère cholestatique sous chlorpromazine
- neuroendocriniens
 - modification du cycle menstruel
 - gynécomastie
 - anovulation
 - galactorrhée
 - diminution de la libido
 - anéjaculation
 - impuissance
- neurologique
 - dyskinésies aiguës
 - torticolis
 - protrusion de la langue
 - syndrome (pseudo)parkinsonien
 - trouble hyperkinétique
 - akathisie
 - impatience dans les jambes
 - dyskinésies tardives
- divers
 - agranulocytose
 - rétinopathie
 - dépôts pigmentaires
 - dermatite
 - photosensibilisation
 - pigmentation bleue

4./ Interactions médicamenteuses

Tableau 1 Inhibition des systèmes enzymatiques CYP450 par les antidépresseurs.

Niveau relatif	1A2	2C9/19	2D6	3A4
Élevé	fluvoxamine	fluvoxamine	paroxétine	fluvoxamine fluoxétine
Modéré	ATC tertiaires fluoxétine paroxétine	sertraline fluoxétine	ATC secondaires	sertraline ATC paroxétine
Faible	venlafaxine citalopram mirtazapine sertraline	venlafaxine citalopram mirtazapine paroxétine	venlafaxine citalopram mirtazapine sertraline fluvoxamine	venlafaxine citalopram mirtazapine

Les interactions médicamenteuses de type pharmacocinétique sont définies par la modification du sort d'un médicament dans l'organisme (absorption, distribution, élimination) par un médicament associé. (34) Les interactions pharmacocinétiques se traduisent par une augmentation ou une diminution des concentrations plasmatiques du médicament. Ces modifications sont d'importance variable mais peuvent conduire dans les situations extrêmes à une contre indication d'association.(35) En termes de mécanismes, les interactions cinétiques mettent principalement en jeu les enzymes impliquées dans le métabolisme des médicaments, les transporteurs qui déterminent le passage transcellulaire et les récepteurs nucléaires qui contrôlent l'expression des enzymes et des transporteurs. L'augmentation des concentrations plasmatiques d'un médicament est liée à l'inhibition d'activité enzymatique et/ou de transport membranaire par un médicament associé qualifié d'inhibiteur. La diminution des concentrations plasmatiques reflète l'activation de récepteurs nucléaires par un médicament inducteur entraînant l'augmentation de l'expression des enzymes métaboliques et des transporteurs. Le processus d'inhibition est rapide (24-48 heures) alors que le processus d'induction est progressif (7 à 10 jours pour obtenir l'effet maximal). Certains médicaments sont à la fois inducteurs et inhibiteurs et peuvent conduire au cours du temps à des variations multiphasiques du médicament associé.

Un potentiel d'interaction avec les cytochromes P450 est décrit in vivo et in vitro pour plusieurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Les différents ISRS semblent toutefois inhiber les isoenzymes du cytochrome P450 de manière sélective et différenciée. (36)

Les patients déprimés sont souvent polymédiqués.

Le tamoxifène, un antioestrogène, est le traitement hormonal de référence du cancer du sein. Il est largement transformé en métabolite actif par des isoenzymes du cytochrome P450, notamment en endoxifène par l'isoenzyme CYP 2D6. L'association du tamoxifène à des médicaments inhibiteurs de l'isoenzyme CYP 2D6 diminue ces transformations. Les ISRS inhibent l'isoenzyme CYP 2D6. La paroxétine diminue de l'ordre de 50% les concentrations plasmatiques d'endoxifène. Il est donc prudent d'éviter d'utiliser un antidépresseur inhibant l'isoenzyme 2D6 chez les femmes atteintes d'un cancer du sein traitées par tamoxifène afin d'éviter un échec thérapeutique de ce dernier.(37)

Imipraminique : interaction au niveau du CYT P450 2D6 :

- métaboliseurs lents
- phénothiazines
- β bloquants

ISRS :

- CYT 1A2, augmentation des concentrations plasmatiques de
 - o Théophylline
 - o Méthadone
 - o Imipramine
 - o Clomipramine

- CYT 1A2 – 3A4, augmentation des concentrations plasmatiques de
 - o Halopéridol
 - o Clozapine
 - o Olanzapine
 - o Quétiapine

- CYT 1A2 – 2C9 – 2C19 – 3A4 , augmentation des concentrations plasmatiques de
 - o Warfarine

Neuroleptiques :

Halopéridol, chlorpromazine, lévopromazine sont de puissants inhibiteurs du CYT 2D6. On observe donc une augmentation des concentrations des molécules suivantes métabolisées par ce même cytochrome :

- ISRS
- B bloquant
- Proprafénone
- Flécaïnide
- phénothiazine
- cimétidine
- millepertuis

Le pimozide est un inhibiteur du CYT 3A4. Il faut donc éviter la coprescription avec les molécules suivantes :

- antifongiques azolés
- navirs
- macrolide
- jus de pampousse
- réglisse
- vérapamil
- diltiazem
- (es)citalopram
- paroxétine
- sertraline

Quant aux **interactions pharmacodynamiques**, elles peuvent être généralement anticipées sur la base des effets pharmacologiques.

Imipraminiques :

- antihypertenseurs
- dépresseurs du SNC

- opiacés
- alcool
- benzodiazépine
- agents à action anticholinergique
- inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ISRS
- IMAO (non sélectifs, irréversibles)

ISRS :

- IMAO (non sélectifs, irréversibles)
- Autres antidépresseurs sérotoninergiques
- Sumatriptan

De plus, ils inhibent la recapture de sérotonine ce qui entraîne une diminution de la sérotonine mobilisable à partir des plaquettes. On observe donc une diminution de la coagulation. Cet effet se retrouve également avec les anticoagulants et les AINS. Cela ayant pour conséquence une augmentation du risque hémorragique.

IRSNa :

- IMAO (non sélectifs, irréversibles)
- Autres antidépresseurs sérotoninergiques
- Sumatriptan
- Substances agissant sur le système noradrénergique

Antidépresseur noradrénergique et sérotoninergique spécifique (NaSSA) :

- Dépresseurs du SNC
 - Opiacés
 - Alcool
 - Benzodiazépines

Neuroleptiques :

- agoniste dopaminergique
- médicaments entraînant des torsades de pointes
 - antiarythmique Ia et III
 - autres antipsychotiques
 - tricycliques
 - méthadone
 - cisapride
 - érythromycine
 - vincamine
- sédatifs
 - anxiolytiques
 - antidépresseur
 - antagoniste H1
 - morphinique
 - antihypertenseur
- diminution du seuil épileptogène
 - antidépresseurs tricycliques
 - ISRS
 - Antipaludéens (méfloquine, chloroquine)
- Antagoniste muscarinique
 - Antidépresseurs tricycliques
- Antihypertenseur et antiangoreux

5./ Interaction avec l'alcool.

Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont plus fréquemment affectés que la population générale par l'usage de substances psychoactives et en particulier celui de l'alcool. Ils sont aussi plus vulnérables aux conséquences immédiates et tardives de ces consommations. (38)

Les troubles liés à l'utilisation d'alcool impactent fortement la morbidité des troubles psychiatriques, les conduites à risques, l'observance de soins et l'espérance de vie des patients. (39)

La prise d'alcool peut influencer la concentration sanguine des médicaments par un effet sur l'absorption de la molécule pharmaceutique, ou au niveau de son métabolisme.

Parallèlement l'alcool interagit de 2 façons avec les médicaments : (40)

- en alcoolisation aigüe :

la consommation aigüe d'une forte dose d'alcool peut inhiber le métabolisme du médicament et retarder son élimination. L'alcool entre en compétition avec le produit en monopolisant les mêmes enzymes métaboliques (effet inhibiteur par liaison avec le cytochrome P450). Cette interaction prolonge la disponibilité du médicament : l'alcool potentialise l'effet du médicament et augmente les risques d'effets secondaires. Le risque de toxicité des médicaments est alors augmenté.

- en alcoolisation chronique

L'ingestion chronique d'alcool peut, au contraire, activer les enzymes du métabolisme du médicament, et accélérer son élimination, ce qui diminue l'efficacité du traitement. Une fois activées, les enzymes peuvent exercer leur action même en l'absence d'alcool ; perturbant ainsi le métabolisme de certains produits plusieurs semaines après l'arrêt de la consommation d'alcool. Pour cette raison, les buveurs chroniques récemment abstinents nécessitent une posologie supérieure à la normale afin d'obtenir l'effet thérapeutique attendu.

De plus, d'un point de vue pharmacologique, l'éthanol est un dépresseur du système nerveux central qui induit somnolence et sédation ; à forte dose, il peut même entraîner le coma. Cette dépression centrale est précédée par une phase d'euphorie psychomotrice, définissant l'ébriété. L'éthanol agit au niveau du système nerveux central par l'intermédiaire d'un neuromédiateur, l'acide gamma-amino-butyrique (GABA). Le GABA agit sur un récepteur complexe, composé de 4 sous unités, et commande l'ouverture du canal chlore, c'est à dire l'entrée des ions chlorure dans la cellule cérébrale, créant ainsi une hyperpolarisation membranaire responsable d'une inhibition synaptique entraînant la sédation.

L'utilisation concomitante d'éthanol et d'un médicament tranquillisant majore les effets sédatifs des 2 produits. A dose élevée, le risque est celui d'une dépression respiratoire ; à dose modérée, les conséquences sont une diminution de la vigilance, de l'attention et de la concentration, ce qui entraîne un accroissement des risques dans le cadre de la conduite automobile et de certaines activités de travail ou de loisir. Ces risques peuvent se retrouver avec les antidépresseurs sédatifs et neuroleptiques. Parmi les antidépresseurs, ce sont surtout les tricycliques qui sont concernés : il a été montré qu'après un traitement de 2 semaines par amitriptyline ou doxépine, la prise d'éthanol provoquait une perturbation importante de la vigilance. En revanche, une dose d'éthanol équivalente ne modifie pas de façon significative la vigilance des personnes traitées par clomipramine.

Les interactions entre éthanol et médicaments sont complexes car elles mettent en jeu des mécanismes très divers. Cependant, elles sont assez bien connues et peuvent donc être prévues et modélisées.

Chez certains patients des réactions d'activation ont été relevées à la suite d'introduction de traitement antidépresseur. Ces réactions d'activations sont notamment une akathisie c'est à dire une envie impérieuse de mouvement surtout dans les membres inférieurs ; une nervosité, une anxiété, une insomnie, une agitation. Ces réactions étant des facteurs de risque de passage à l'acte. En effet, ce sentiment de perte de contrôle de la motricité peut devenir insupportable pour le patient et le précipiter vers le passage à l'acte.

6./ Le passage à l'acte suicidaire

En France mais aussi au niveau international, les antidépresseurs sont accusés de favoriser le passage à l'acte suicidaire.

En effet, tous les antidépresseurs sont aptes à lever l'inhibition psychomotrice avant que les ruminations pessimistes et les propensions suicidaires n'aient disparu. En ce sens, les antidépresseurs favorisent transitoirement, au moment de l'amélioration initiale, les comportements suicidaires. Cet inconvénient est signalé par de nombreux auteurs. (41) (42)

Ce constat est à relativiser étant donné que peu d'études ont été réalisées sur la levée d'inhibition, même si cette notion est présente dans toutes les AMM d'antidépresseurs.

En effet, les médias mais aussi des associations de patients comme Prozac Awareness se sont développées accusant la fluoxétine d'entraîner des comportements dommageables pour les patients traités par ce médicament. De même, plusieurs procès ont été médiatisés incriminant les antidépresseurs dans des suicides aboutis.

Ces illustrations démontrent qu'à l'heure actuelle, les troubles de l'humeur ainsi que leurs traitements témoignent toujours d'une connotation négative.

En 1987, Cassidy et Henry ont étudié le nombre d'intoxications mortelles par antidépresseur survenues au Royaume Uni en 9 ans rapporté au nombre de millions de prescriptions. Leurs résultats montrent sans surprise que les tricycliques sont nettement plus incrimés que les nouveaux antidépresseurs non tricycliques non IMAO. L'amitryptiline semble la plus toxique, avec environ 10 fois plus de décès qu'un produit comme la miansérine ; clomipramine et imipramine se classent en position « moyenne ».

Des études scientifiques ont donc été réalisées sur des lignées animales afin de déterminer si les antidépresseurs sont à l'origine de ces passages à l'acte ou au contraire, s'ils sont protecteurs. Les lignées retenues sont des rats particulièrement muricides c'est à dire le fait de tuer des souris. Lors de ces études, il est ressorti que les antidépresseurs sont particulièrement inhibiteurs des comportements agressifs et présentent un meilleur contrôle de l'impulsivité par certains antidépresseurs sérotoninergiques. En effet, plusieurs études ont montré que la fluoxétine avait un effet inhibiteur sur le comportement muricide des rats, et ce de façon dose dépendante. Chez les rats ayant acquis ces comportements muricides à la suite d'un évènement stressant, comme un isolement social ou une ablation du bulbe olfactif, les comportements agressifs étaient également réduits par l'administration de fluoxétine.

L'administration de fluoxétine chez le rat diminue tous les types de comportement agressifs que ce soit au niveau de la période de latence avant les combats, la période de contact physiques et le nombre d'agression entre les rats.

La Kétansérine, quant à elle antagoniste des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{2a} et 5HT_{2c}, entraîne une augmentation des comportements agressifs chez le rat.

Ces mêmes résultats se retrouvent également avec le singe. En effet, lors d'administration de médicament stimulant la fonction sérotoninergique, le singe devenait dominant par rapport au singe traité par placebo (non en étant agressif mais en accroissant

leurs interactions sociales avec les autres singes). De la même façon, les singes traités par médicaments stimulant la fonction sérotoninergique avaient davantage d'interactions sociales positives et moins de comportements agressifs.

Cette même notion se pose également chez l'adolescent. En effet, des études ont été réalisées sur cette catégorie de population, mais des résultats contradictoires ont été obtenus dans ces études. En effet, certaines études montrent une augmentation du risque de comportements autoagressifs et de suicide lors de l'usage d'antidépresseurs & d'autres études épidémiologiques soulignent que le taux de mortalité par suicide a diminué chez les enfants et les adolescents depuis la disponibilité des antidépresseurs inhibiteurs de la sérotonine. Cependant, seuls les adolescents les plus sévèrement atteints ont participé à ces études ce qui pourrait amener un biais à ces études. De plus, le diagnostic de trouble bipolaire est peu réalisé à l'adolescence, cela peut donc entraver ces études. Une prescription d'antidépresseur dans cette pathologie peut entraîner des réactions comme une agitation ou une désinhibition favorisant un passage à l'acte. L'utilisation d'antidépresseur chez les adolescents doit donc reposer sur un diagnostic très précis d'épisode dépressif majeur.

« Une prise en charge spécialisée est donc recommandée dans cette tranche d'âge et les prescriptions d'antidépresseurs doivent être surveillées de façon très rapprochée en étroite concertation avec la famille qui doit être informée des risques. Parmi les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, seule la fluoxétine a l'indication dans la dépression chez l'enfant de plus de 8 ans en France. La sertraline et la fluvoxamine, 2 autres inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont l'autorisation de mise sur le marché en France pour des enfants de moins de 15 ans, dans l'indication des troubles obsessionnels compulsifs » .

Concernant les adultes ayant des comportements impulsifs et agressifs, cela proviendrait d'un dysfonctionnement sérotoninergique cérébral, selon une étude canadienne, agissant sur le système de l'impulsivité et de l'agressivité. Leur dépression est marquée par une irritabilité, une hostilité, des crises de colères... De nombreuses recherches ont constaté un faible niveau de neurotransmission cérébrale de sérotonine. Une équipe a mis en évidence le lien entre un faible niveau de métabolite de la sérotonine dans le liquide céphalorachidien et l'augmentation du risque de suicide à court terme pour les patients déprimés. Récemment, dans une population finnoise, une étude génétique a mise en évidence un lien entre un codon stop du gène codant le récepteur HTR2B et une prédisposition à l'impulsivité. La faible activité du système sérotoninergique, tant chez les patients souffrant de dépression que chez

les patients impulsifs, aurait une action sur l'activité corticale, en particulier sur le contrôle de l'activité de l'amygdale et sur la toxicité neuronale.

De même, l'association d'un traitement antidépresseur à des agents psychotropes désinhibiteurs comme l'alcool peuvent entraîner des actes violents. Il n'est pas rare d'entendre les patients expliquer leur prise d'alcool par un désir de se « donner du courage ». Certains affirment même qu'en l'absence du produit, ils ne se seraient jamais saisis de la lame de rasoir ou de la boîte de médicaments. Ainsi, Suokas et Lonquist montrent que 62% des suicidants avaient consommé de l'alcool avant leur passage à l'acte. Ce chiffre se maintient à 63% pour les hommes et 25% pour les femmes dans l'enquête de Suominen et al. Une étude française annonce un pourcentage plus bas : 40% des suicidants ont consommé de l'alcool dans les 6h précédant leur geste.

Les troubles addictifs associés à des troubles psychiatriques sont des facteurs de risque important de passage à l'acte violent. L'alcool, mais aussi les anxiolytiques de la classe des benzodiazépines, et la cocaïne peuvent entraîner des comportements agressifs, principalement liés à une désinhibition comportementale. Les benzodiazépines, notamment à des posologies assez faibles sont connues pour être des agents désinhibiteurs pouvant favoriser des passages à l'acte auto ou hétéroagressifs. Ainsi, quand une prescription d'anxiolytique est nécessaire chez un patient suicidaire, il est d'usage de prescrire des benzodiazépines à une forte posologie pour obtenir un effet anxiolytique et sédatif et non une faible posologie qui risquerait de favoriser un passage à l'acte suicidaire. Au contraire, de faibles posologies de neuroleptiques semblent capables de diminuer un risque suicidaire sévère, notamment dans les dépressions récurrentes brèves.

La cocaïne est la substance psychoactive qui a le plus grand potentiel suicidogène devant l'alcool. (43)

Petronis et al. ont montré dans une méta-analyse regroupant 13 673 patients aux Etats-Unis, que les abuseurs de cocaïne avaient de manière significative un risque plus important de passage à l'acte contrairement aux abuseurs d'alcool. L'étude va plus loin en affirmant que l'abus de cocaïne augmente plus le risque de TS que le syndrome dépressif. D'après Véga et al, ce risque serait multiplié par 5.

Une étude australienne a étudié la prévalence des TS chez 183 consommateurs de cocaïne : 120 patients injecteurs et 63 non injecteurs. L'essai a montré que la voie injectable augmentait la prévalence des TS (38% pour les injecteurs contre 10% pour les non injecteurs). La recherche d'expériences nouvelles, l'attrait pour les stimulations fortes, la

nouveauté, la sensibilité à l'ennui peuvent donner à certains produits le pouvoir d'accroître les sensations. Cette conduite addictive expose à un risque à court terme (overdose, suicide) et à un risque à long terme (installation de la dépendance avec ses conséquences physiques et psychiques).

Le rapport bénéfice/risque d'un traitement antidépresseur dans la prise en charge d'une dépression caractérisée est donc bien en faveur de la prescription.

Ainsi, que ce soit une prescription pour un adulte ou bien pour un adolescent, la prescription d'antidépresseur doit se faire sur un diagnostic bien précis de trouble dépressif, et avec prudence par un spécialiste dans le cadre de trouble bipolaire ou de trouble schizoaffectif, une addiction à l'alcool ou à une autre drogue. Il convient également d'éliminer toutes causes somatiques de trouble dépressif, à savoir des troubles endocriniens, des affections auto-immunes, infectieuses ou carcinomateuses. Le risque suicidaire doit également être recherché à l'instauration d'un traitement antidépresseur, étant donné qu'il s'agit d'un risque majeur de trouble dépressif, mais il doit être réévalué régulièrement au fil du traitement. Il existe une grande variabilité de réponse aux traitements psychotropes. Seule une anamnèse précise peut permettre au clinicien d'éviter des réactions non souhaitées.

Identifier la crise suicidaire et en évaluer la gravité rend possible l'action thérapeutique et donc la prévention du passage à l'acte suicidaire. La crise suicidaire est une crise psychique temporaire et réversible dont le risque majeur est le suicide. Comme toute crise, il s'agit d'une période de déséquilibre intense. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, les autres manifestations pouvant être la fugue, l'agressivité, l'abus d'alcool et de toxiques ou tout autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par une situation difficile.

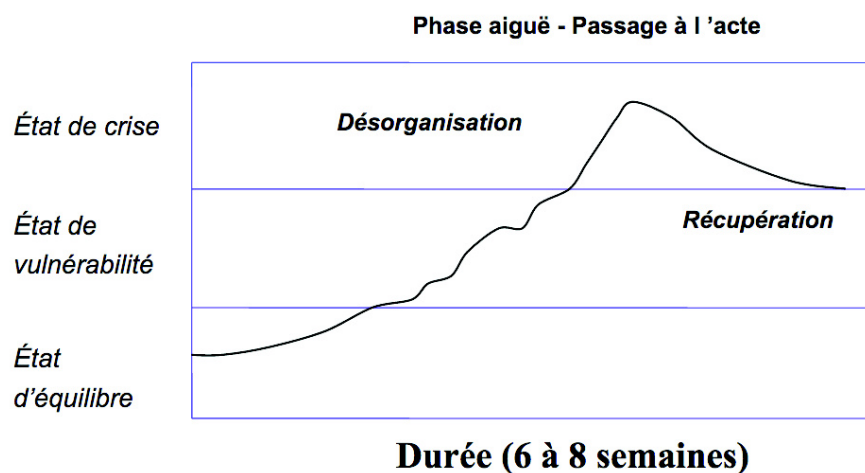
Une personne en crise psychique peut éprouver divers malaises : anxiété croissante devant l'incapacité à résoudre une situation, montée de l'irritabilité et de l'agressivité, fatigue, sentiment d'échec, de dévalorisation, d'inutilité, ruminations mentales, perte de l'élan vital et anhédonie.

Le suicide étant envisagé comme l'une des solutions possibles pour faire face à la souffrance. Cette idée peut disparaître pour ne jamais revenir ou au contraire réapparaître régulièrement, de plus en plus persistante et sérieuse, car les échecs accumulés ne font que confirmer l'impasse dans laquelle la personne suicidaire se trouve.(44) La rumination de

l'idée suicidaire correspond au sentiment de ne plus avoir de solution. La personne rumine alors le projet suicidaire, de plus en plus convaincue qu'il n'existe aucune autre solution. L'idée suicidaire devient quasi obsédante.

Dans un premier temps, il faut avoir notion des situations à risque quelles soient familiales, professionnelles ou matérielles. Nous pouvons citer comme exemples un divorce/une séparation, de la maltraitance, un veuvage, un harcèlement, une perte d'emploi, un endettement, une perte de logement...

Dans un second temps, il est important de reconnaître l'état de crise. (45) En effet, l'état de crise est l'étape précédant le passage à l'acte. Il est donc crucial de désamorcer une crise suicidaire afin d'éviter le passage à l'acte. Ces étapes peuvent être schématisées de la façon suivante : (46)



Pendant cet état, la personne est submergée par les émotions. (47) Cela est provoqué par les différentes difficultés qu'elle rencontre. De là, se crée une tension émotionnelle qui va provoquer un épuisement des ressources cognitives. La personne n'arrive plus à trouver des solutions à ses obstacles. (48) La perception de la réalité est, de ce fait, perturbée et la personne se concentre sur les solutions inadaptées.

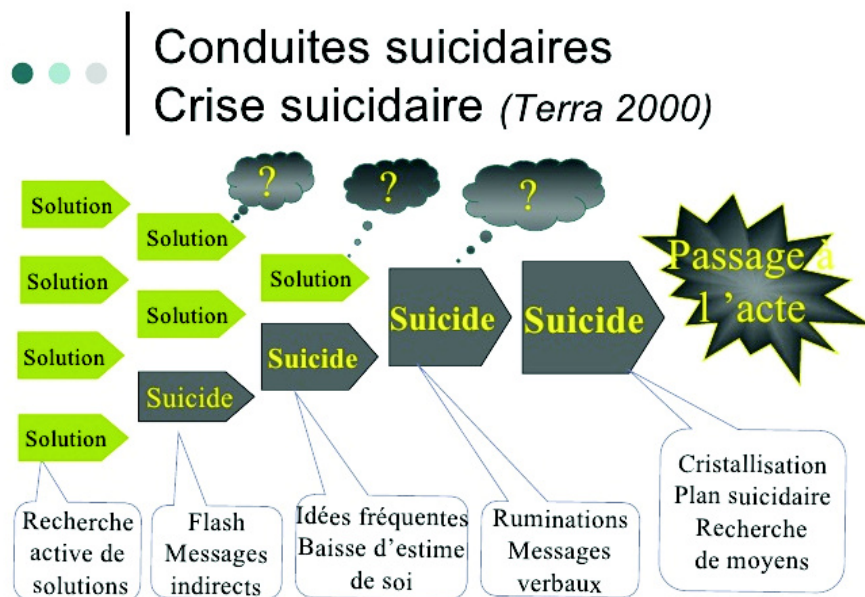
La crise suicidaire est une période où, pour un sujet donné, le suicide devient une solution pour mettre fin à sa souffrance actuelle. La personne ne veut pas mourir, elle veut simplement arrêter de souffrir. (49)

La cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire. Il s'agit du moment où le suicide est considéré comme la solution ultime au désarroi et à la souffrance. A ce stade, la solution est prise et le scénario (où ? quand ? comment ?) s'élabore. Cette phase s'accompagne parfois d'un sentiment trompeur de calme, lié à la reprise du contrôle inhérente à la prise de décision, le passage à l'acte est imminent. Il est fréquemment lié à un événement déclencheur qui peut paraître anodin ou au contraire très grave. Il ne faut pas juger l'événement en lui-même mais tenir compte de l'ensemble du processus.

Lorsque des signes d'alerte sont repérés chez un patient en crise, il devient nécessaire d'évaluer le potentiel suicidaire de cette crise avant d'en débiter la prise en charge. Cette évaluation constitue souvent la première étape de la prise en charge, car aborder directement ces questions a pour effet de susciter un soulagement chez la personne suicidaire.

Concernant les facteurs de danger, il s'agit de prendre en considération la dangerosité du scénario qui dépend d'une part de la létalité du moyen envisagé et de l'accessibilité plus ou moins directe à ce moyen. L'accès immédiat aux moyens augmente en effet le risque et l'urgence du passage à l'acte. Il est donc nécessaire de se préoccuper d'une réduction de l'accès aux moyens.

Les facteurs de protection, quant à eux, concernent la qualité du support social et familial. Ainsi, l'évocation de la famille et la projection dans un avenir meilleur sont les « raisons de vivre » le plus souvent retrouvées chez les patients dépressifs. C'est toutefois le niveau d'urgence qui détermine en définitive le type d'intervention, comme le proposent les recommandations de la Conférence de Consensus.



→ Evaluation du potentiel suicidaire : (50)

Il existe une triple évaluation du potentiel suicidaire

- selon son Risque
- selon l'Urgence
- selon sa Dangerosité

En fonction des résultats, le potentiel suicidaire peut donc être faible, moyen ou élevé.

L'objectif de cette évaluation est de diminuer le nombre de gestes aboutis.

• **LES FACTEURS DE RISQUE : (51)**

Facteurs de risque de Tentative de Suicide	Facteurs de risque de Suicide
Femme	Homme
< 30 ans	<19ans & >45ans
Seule, divorcée	Sans emploi
Faible niveau socioéconomique	Seul, séparé, divorcé, veuf
Histoire familiale difficile	Alcoolique
Antécédents psychiatriques : dépression, tentative(s) de suicide ...	Antécédents psychiatriques : tentative(s) de suicide
	Santé précaire

Les facteurs de risque sont atténués par les facteurs de protection : (52)

- l'investissement au travail
- la reconnaissance de la souffrance
- la qualité des relations de couple, du réseau d'amis et du réseau professionnel
- la capacité d'en parler à une personne de son choix (amis, proches, collègues...)

- **L'URGENCE :**

L'évaluation de l'urgence vise à évaluer la probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte.

C'est une évaluation clinique de la probabilité de décéder dans les 48 heures. Elle se fonde sur :

- l'idéation suicidaire et son intensité
- l'absence d'alternative autre que le suicide
- le scénario suicidaire et l'imminence du passage à l'acte

La conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie et de l'ANAES (devenue maintenant Haute Autorité de Santé – HAS), sur la « crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », octobre 2000, définit comme suit, les critères de probabilité et d'éminence d'un passage à l'acte.

Une personne est généralement considérée en urgence faible lorsqu'elle :

- Désire parler et qu'elle est à la recherche de communication
- Cherche des solutions à ses problèmes
- Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis
- Maintient des projets réels pour les prochains jours
- Pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise
- N'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante

Une personne est considérée en urgence moyenne si :

- Son équilibre émotionnel est fragile
- Elle envisage le suicide et son intention est claire
- Elle a envisagé un scénario suicidaire, mais son exécution est reportée
- Elle ne voit que le recours au suicide pour céder de souffrir
- Elle a besoin d'aide et indique directement son désarroi

Une personne est considérée en urgence élevée si :

- Elle est décidée, sa planification est claire (où, quand, comment) et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent
- Elle est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée
- Elle se sent complètement immobilisée par la dépression ou au contraire elle se trouve dans un état de très grande agitation
- La douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement absentes
- Elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, lames de rasoirs...
- Elle a le sentiment d'avoir fait et tout essayé

- **LA DANGÉROSITÉ**

Evaluer la dangerosité du scénario suicidaire, c'est évaluer la létalité du moyen et son accessibilité.

Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence.

L'intervention de crise du pharmacien :

L'objectif est de retrouver un état d'équilibre par l'expression des émotions, la compréhension des événements qui ont mené à la crise et par l'apprentissage de nouvelles résolutions suicidaires. (53)

Stratégies et séquences d'interventions :

1. Etablir un lien de confiance entre l'intervenant et la personne suicidaire
2. Evaluation rapide et efficace du RUD
3. Evaluation du facteur précipitant
4. Encourager l'exploration et l'expression des émotions afin de diminuer la détresse

5. Formulation de la crise
6. Briser l'isolement, soutenir la famille et les proches, et mettre en place des structures de protection auprès de la personne suicidaire
7. Arrêt du processus autodestructeur et établissement d'ententes avec la personne suicidaire afin d'assurer un suivi psychologique du moins à court ou moyen terme.
8. L'après crise

Lors de cette intervention, l'intervenant doit être en mesure d'offrir des alternatives valables, à savoir : (54)

- Identifier et préciser avec la personne suicidaire les éléments positifs de sa vie qu'elle n'est plus en mesure de percevoir elle-même.
- Rechercher des ressources adéquates et accessibles qui correspondent aux besoins de la personne suicidaire
- Planifier des démarches simples et réalistes que la personne peut entreprendre et dont elle peut rendre compte
- Accompagner et soutenir la personne suicidaire pour qu'elle évite des échecs difficiles.

Les principaux moments à risque du suicide sont l'instauration de traitement et la sortie d'hospitalisation psychiatrique. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du suicide réside dans le lien privilégié de confiance et de proximité avec le patient.

Pour illustrer ces notions, un questionnaire a été établi. Il a été publié sur la page d'accueil d'un Logiciel de Dispensation Officinale, à savoir « LGPI ». La société Pharmagest Interactive, exploitant ce logiciel, est le leader français de l'informatique officinale, avec 43 % de parts de marché, 9 800 clients et 700 collaborateurs.

Partenaire privilégié des pharmaciens depuis plus de 30 ans, Pharmagest Interactive conçoit des solutions informatiques innovantes à destination des officines et met à disposition des pharmaciens, des services permettant de répondre au double enjeu de leur profession : renforcer l'accompagnement thérapeutique et assurer la pérennité de leur officine.

Ce questionnaire pouvait être rempli par toute personne appartenant à l'équipe officinale. En effet, la fonction exercée importait peu. L'objectif principal de ce questionnaire était de cibler le rôle du pharmacien d'officine lors d'intoxication médicamenteuse

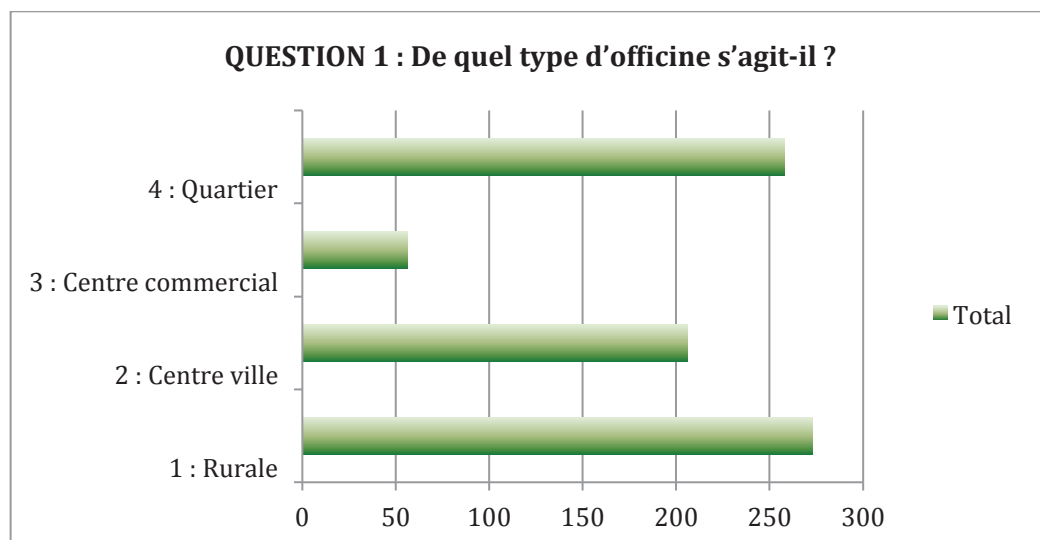
volontaire, et en quoi la relation avec le patient pouvait être améliorée afin d'éviter un passage à l'acte du patient.

Lors de ce questionnaire, 793 réponses ont été recensées en 3 jours. Cela démontre que les pharmaciens d'officine éprouvent une attention particulière sur ce sujet, et qu'il est donc important d'approfondir ce domaine afin de diminuer les chiffres des tentatives de suicides.

Voici l'analyse des résultats de ce questionnaire.

IV. Etude

QUESTION 1 : De quel type d'officine s'agit-il ?	Nombre	Pourcentage
1 : Rurale	273	34,4%
2 : Centre ville	206	25,9%
3 : Centre commercial	56	7,1%
4 : Quartier	258	32,5%
Total	793	

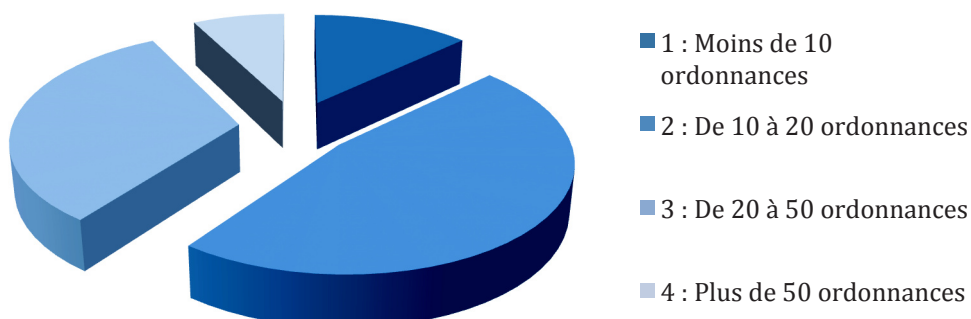


Sur les 793 réponses obtenues, la majorité concernait les officines rurales. Ces pharmacies représentent la catégorie la plus proche des patients. En effet, à la campagne les populations étant moins nombreuses, les soignants et les patients sont plus intimes.

Quant aux pharmacies de centres commerciaux, probablement les plus grosses structures, elles sont minoritaires à avoir répondu au questionnaire, probablement faute de temps et étant moins nombreuses.

QUESTION 2 : A combien estimez-vous le nombre de délivrances de psychotropes au sein de votre officine par jour ?		
	Nombre	Pourcentage
1 : Moins de 10 ordonnances	103	13%
2 : De 10 à 20 ordonnances	374	47,2%
3 : De 20 à 50 ordonnances	256	32,3%
4 : Plus de 50 ordonnances	60	7,5%
Total	793	

QUESTION 2 : A combien estimez-vous le nombre de délivrances de psychotropes au sein de votre officine par jour ?



Cette question n°2 représente une estimation du nombre de délivrances de psychotropes journalières. La majeure partie concerne le choix entre 10 à 20 ordonnances de psychotropes par jour. Questionner le patient sur son traitement, lui donner des conseils, l'inciter à consulter... est donc réalisable et non chronophage étant donné que ces patients représentent une minorité de la clientèle.

QUESTION 3 : Les clients concernés sont-ils, en majorité, domiciliés près de votre pharmacie ?	Nombre	Pourcentage
1 : Oui	729	92%
2 : Non	62	8%
Total général	791	

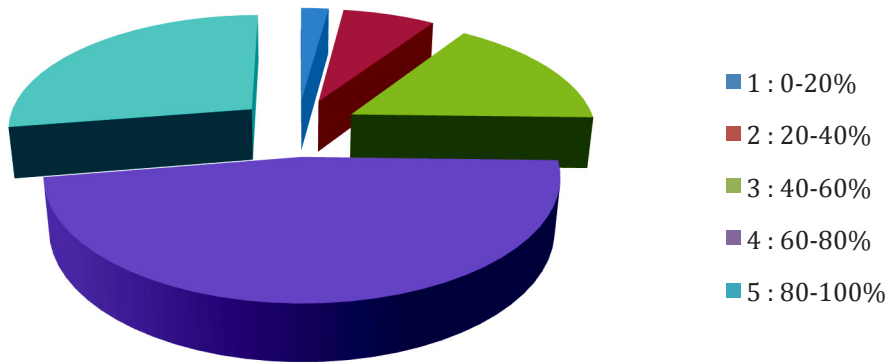
QUESTION 3 : Les clients concernés sont-ils, en majorité, domiciliés près de votre pharmacie ?



Un client recherche tout d'abord la proximité avec sa pharmacie, c'est ce qu'illustre cette 3^{ème} question. Il est donc important que la confiance qu'il peut avoir avec son pharmacien soit respectée.

QUESTION 4 : Quelle est, selon vous, la part de ces patients qui est habituée à votre pharmacie ?	Nombre	Pourcentage
1 : 0-20%	17	2,1%
2 : 20-40%	57	7,2%
3 : 40-60%	127	16%
4 : 60-80%	372	47%
5 : 80-100%	218	27,5%
Total général	791	

QUESTION 4 : Quelle est, selon vous, la part de ces patients qui est habituée à votre pharmacie ?

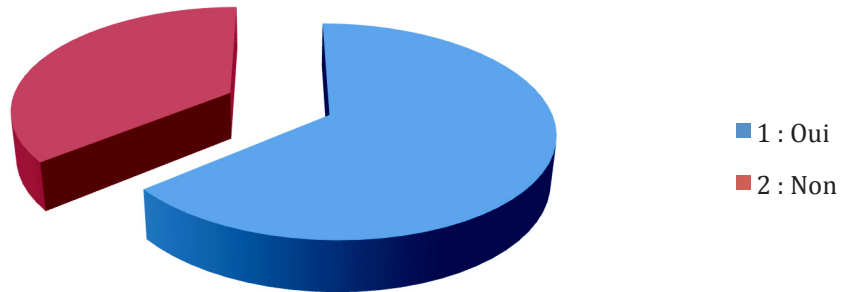


Cette question 4 confirme que les patients souffrant de pathologie psychiatrique sont en très grande majorité habituée à leur pharmacie, et seulement une infime part de ces patients ne prend pas ses médicaments dans sa pharmacie habituelle. Cet élément est important concernant la relation Pharmacien/Patient qui peut exister.

QUESTION 5 : Questionnez-vous le patient lors de la délivrance de psychotropes (effets indésirables, efficacité du traitement ...) ?

	Nombre	Pourcentage
1 : Oui	503	64%
2 : Non	282	36%
Total	785	

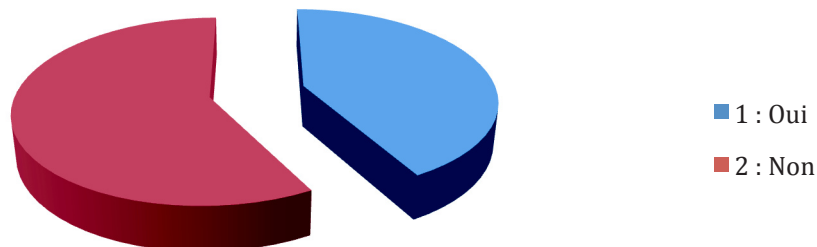
QUESTION 5 : Questionnez-vous le patient lors de la délivrance de psychotropes (effets indésirables, efficacité du traitement ...) ?



Quant à la question n°5, la plupart des pharmaciens questionnent les patients concernant leur traitement. Cette notion doit donc être renforcée par le pharmacien pour la prévention du suicide pour obtenir de meilleurs résultats.

QUESTION 6 : Vous est-il déjà arrivé de proposer/réaliser un fractionnement de délivrance de psychotropes à votre propre initiative d'après les dires de vos patients ?		
	Nombre	Pourcentage
1 : Oui	332	42%
2 : Non	459	58%
Total	791	

**QUESTION 6 : Vous est-il déjà arrivé de proposer/
réaliser un fractionnement de délivrance de
psychotropes à votre propre initiative d'après les dires
de vos patients ?**



Concernant la question 6, en majorité les pharmaciens ne proposent pas de fractionnement à leur propre initiative. Il est donc important de travailler sur ce sujet, qu'ils puissent être capable de juger quand la situation impose une délivrance fractionnée afin que le patient ne se retrouve pas chez lui avec une quantité importante de médicaments à sa disposition surtout s'il est en période de fragilité.

Ce point doit donc être amélioré.

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?	Nombre	Pourcentage
1 : Fragilité du sujet	40	11,8%
2 : Abus de substances	115	33,9%
3 : Incompréhension du schéma posologique prescrit	19	5,6%
4 : Autre	17	5%
Total	339	

Lorsqu'un fractionnement a été proposé, cela été particulièrement à cause d'abus de substances. La fragilité du sujet intervient en second et l'incompréhension du schéma posologique prescrit représente une infime minorité.

Si vous avez coché "Autre" veuillez préciser	Nombre	Pourcentage
En accord ou à la demande du médecin traitant	8	32%
Effets indésirables	6	24%
Problèmes liés à la délivrance ou à l'observance	11	44%
Total général	25	

Lorsque le fractionnement a été réalisé pour d'autres raisons, nous retrouvons principalement que cela concernait principalement des problèmes liés à la délivrance ou à l'observance.

QUESTION 7 : Avez-vous déjà été informé d'intoxications médicamenteuses volontaires au sein de votre patientèle ?	Nombre	Pourcentage
1 : Oui	273	35%
2 : Non	511	65%
Total	784	

Ainsi sur la totalité des réponses obtenues, les pharmaciens ont été informé d'IMV au sein de leur patientèle à hauteur de 273 personnes. Cela représente donc près de 35% des pharmaciens ayant répondu à ce questionnaire qui rencontrent au moins un patient suicidant. Le pharmacien est donc un acteur majeur de cette situation.

Si oui, combien de jours environ se sont écoulés entre le passage à la pharmacie et le passage à l'acte	Nombre	Pourcentage
< 24h	33	27%
24h à 1 semaine	53	42,7%
1 semaine à 1 mois	36	29,7%
> 1 mois	2	1,6%
Total général	124	

Nous pouvons remarquer que l'IMV a eu lieu essentiellement au bout d'une semaine après le passage à la pharmacie. Il est donc nécessaire que ce geste soit évité d'autant plus s'il est réalisé le lendemain du passage à la pharmacie. Le pharmacien doit être en mesure de discuter avec son patient, et s'apercevoir de son état anormal de détresse lors de la délivrance de son traitement.

Quelle(s) classe(s) de médicament était/étaient concernée(s) ?	Nombre	Pourcentage
1 = Benzodiazépines	133	46%
2 = Antidépresseurs	9	3%
3 = Neuroleptiques	5	2%
4 = Autres	20	7%
Total	287	

Si vous avez coché "Autre" veuillez préciser :	Nombre
Antalgiques	7
Stupéfiants	7
Autres	7
Total	21

133

20

9

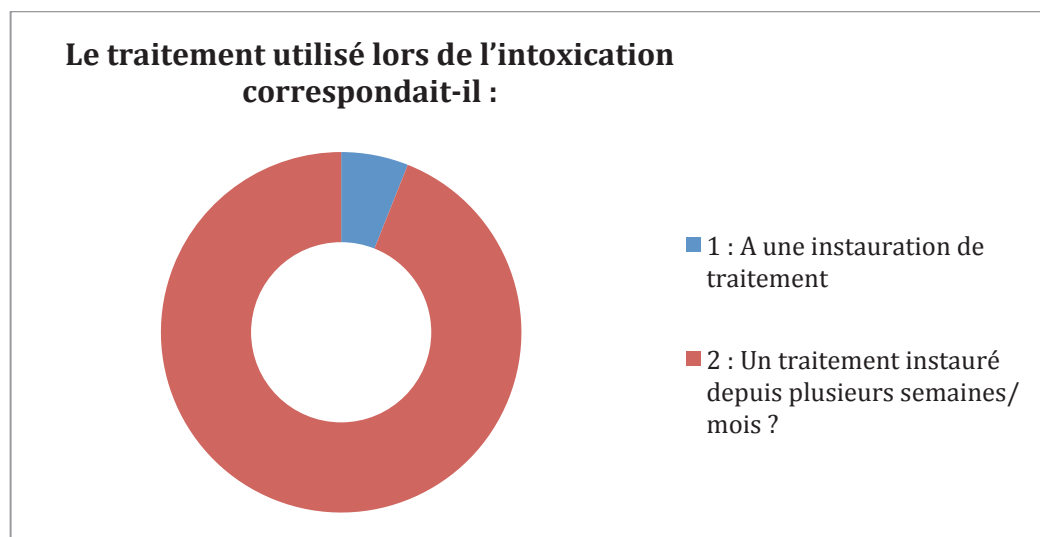
5

Grâce à cette question, nous pouvons nous apercevoir que les benzodiazépines sont la classe de médicaments la plus consommée lors d'intoxication volontaire. Cela peut être rassurant du fait de leur grande marge thérapeutique. Cependant, cela devient plus inquiétant lorsqu'elles sont associées avec d'autres substances.

Ces mêmes données étaient retrouvées lors de l'enquête de Mr Olivier Colboc, pharmacien à Fécamp, réalisée en partenariat avec le service de réanimation du CHU de Rouen de janvier 1994 à juillet 1995.

Les stupéfiants de type Méthadone & Buprénorphine ressortent le plus parmi les agents consommés lors d'IMV après les Benzodiazépines. Cela rejoint également la question 6. En effet, lorsque le pharmacien a de lui même proposé un fractionnement de délivrance des psychotropes, cela concernait principalement un abus de substance. Avec Méthadone et Buprénorphine nous sommes également dans ce même cas, il s'agit de patients toxicomanes. Nous retrouvons également de nombreuses intoxications avec des antalgiques (dalfalgan codeine, tramadol, diantalvic, paracétamol, pefcent). Les patients souffrant de douleurs et non soulagés sont également une catégorie fragile et le pharmacien doit également porter son attention envers ces patients.

Le traitement utilisé lors de l'intoxication correspondait-il :	Nombre	Pourcentage
1 : A une instauration de traitement	17	6%
2 : Un traitement instauré depuis plusieurs semaines/mois ?	265	94%
Total	282	



Concernant cette dernière question, l'intoxication a eu lieu lors d'un traitement chronique majoritairement. En effet, les intoxications suivant une instauration de nouveau traitement représentent une infime minorité.

Pour conclure par rapport à ce questionnaire national, nous pouvons nous apercevoir que le pharmacien peut tenir un rôle majeur dans la prévention du suicide. En effet, il est important que le pharmacien puisse poser les bonnes questions à ses patients sur le ressenti de son traitement. Cette notion est à renforcer comme le démontre la question n°5, cela est la base de la prévention. Nous avons également vu lors des réponses de ce questionnaire, que l'IMV a lieu généralement dans les 8 jours suivant le passage à la pharmacie. (55) Donc en proposant plus régulièrement un fractionnement de délivrance, les quantités délivrées seraient moindres et le patient devrait revoir son pharmacien, pouvant ainsi faire le point ensemble, et peut être éviter leur geste.

Quant aux médicaments ingérés, il est très clair que les benzodiazépines sont la classe la plus utilisée lors d'intoxication médicamenteuse volontaire. Médicament de l'anxiété, les patients recherchent probablement une délivrance en passant à l'acte. A surveiller également les patients souffrant de douleurs chroniques, qui à bout de forces, peuvent exprimer leur détresse et leur souffrance en ingérant la totalité de leur traitement de façon toxique.

Grafism, Livret pédagogique, repérage de la crise suicidaire :

Le suicide n'est pas une fatalité. Il n'est pas éphémère. C'est pourquoi une stratégie de prévention peut être efficace, il faut cependant agir au bon moment.

Comme vu lors des réponses au questionnaire publié dans le cadre de cette thèse, la tentative de suicide a eu lieu principalement dans les 15 jours suivant le passage à la pharmacie. Le pharmacien peut donc avoir un rôle prépondérant dans la prévention du suicide. Il s'agit d'un acteur majeur, étant donné qu'il délivre le traitement qui servira potentiellement lors d'intoxication médicamenteuse volontaire.

Il est donc nécessaire d'améliorer les compétences des professionnels de santé vis à vis des patients suicidaires, afin de repérer ce mal être et ainsi pouvoir venir en aide aux patients.

Il est important également de supprimer les moyens de suicide. En effet, c'est ce que relate le Professeur Frédéric Rouillon , professeur de psychiatrie à l'université Paris Descartes (Paris V) et chef de pôle à l'hôpital Sainte Anne lors de son interview dans l'émission « Comment prévenir le suicide » sur RFI, en date du 26 Mai 2015. (56) En effet plusieurs mesures entreprises ont permis de faire diminuer le taux de suicide. Il s'agit notamment, pour les précurseurs, de la Grande Bretagne, de la détoxification du gaz de ville : de part cette mesure on prive le sujet de son moyen de suicide et il est important de noter que le sujet ne se dirige pas vers un autre moyen.

Une baisse du taux de suicide a aussi été remarquée depuis la suppression du marché des barbituriques il y a 30- 40 ans.

Cette même constatation se retrouve aux Etats Unis. En effet, le suicide est plus fréquent dans les états où le contrôle des armes à feu est très libéral alors que le suicide est moins présent dans les états où le contrôle des armes à feu est très strict.

Discussion :

Cette étude nationale recense près de 800 réponses qui peuvent être caractéristiques du quotidien officinal.

En effet, grâce à cette étude, nous pouvons mettre en évidence que la délivrance de psychotropes représente une grande partie du travail du pharmacien. Dès lors, 47% de ces derniers estiment que leur délivrance de psychotropes représente entre 10 à 20 ordonnances quotidiennes et près de 32% estiment cette délivrance entre 20 à 50 ordonnances par jour. Ces chiffres révèlent que ce sujet concerne une grande partie des délivrances de la pharmacie d'officine et que le pharmacien doit être en mesure de s'adapter à ces situations.

En parallèle, selon la source DIM du Centre Hospitalier du Rouvray, en 2015 le Service d'Accueil des Urgences a réalisé près de 4 800 actes psychiatriques dont 1 500 pour des actes suicidaires soit une moyenne journalière de 13 patients (57). Face à ces données, il est nécessaire que le pharmacien d'officine puisse intervenir lors de cet épisode et puisse contribuer à la diminution de ces chiffres. Le pharmacien doit être un acteur prépondérant dans la prévention des comportements suicidaires

De plus, ces chiffres, jusqu'à 50 ordonnances psychiatriques par jour par officine, démontrent une souffrance psychologique de la population française à ce jour. En effet, la crise économique que subit la France n'améliore guère la situation. Que ce soit le secteur rural, le secteur industriel, peu semblent épargnés par cette crise. A cela s'ajoute également le stress au travail, le « burn-out », le harcèlement... tant de facteurs pour déstabiliser un sujet. De surcroît, les problèmes familiaux, la perte d'un équilibre conjugal, les problèmes financiers, bien souvent s'accumulent et peuvent précipiter un sujet en situation de crise suicidaire.

Ces ordonnances de psychotropes doivent donc alerter le pharmacien.

De plus, lors de cette étude, il a été vu que le passage à l'acte suicidaire a lieu le plus souvent dans les 10 jours suivants le passage à la pharmacie et plus particulièrement le jour même ou dès le lendemain. C'est pourquoi, en discutant avec le patient, le repérage de la crise suicidaire doit avoir lieu. Il est tragique de voir que des patients peuvent ingérer la totalité de leur traitement dès le franchissement de la porte de sortie de la pharmacie.

A ce niveau, nous pouvons nous interroger sur la problématique suivante : Au regard des résultats obtenus de tentatives de suicide, peut-on évoquer une sensibilisation insuffisante du pharmacien lors de la délivrance de psychotropes ?

En effet, en tant que dernier maillon de la chaîne des professionnels de santé à recevoir le patient avant le passage à l'acte, le pharmacien doit être en mesure d'intervenir face à cette situation.

Premièrement, le pharmacien doit établir des actions de prévention. La prévention à l'officine passe d'abord par l'engagement du dialogue (sans cependant être invasif) et la création d'une relation de confiance, afin de pouvoir, à l'occasion, repérer le risque suicidaire. Certaines pathologies (tout comme les antécédents de tentative de suicide) doivent alerter : la dépression, la dépendance à un produit et les maladies psychotiques sont ainsi les plus suicidogènes. Si un risque suicidaire semble avéré, il ne faut pas hésiter à appeler le médecin voire les urgences. Le repérage de la crise suicidaire se fait selon le modèle de crise établi pour les professionnels de santé mais aussi pour les personnes non qualifiées dans ce domaine. En effet, il est possible d'évaluer la gravité de la crise sans poser de diagnostic. Pour cela, l'Agence Régionale de Santé, organise des sessions de formations sur le repérage de la crise suicidaire. Ces formations sont accessibles à tout corps de métiers en relation avec les suicidaires que ce soit des travailleurs sociaux, enseignants, personnels de l'administration pénitentiaire.... travaillant auprès de publics fragiles (adolescents, personnes détenues...). En ce qui concerne la Haute-Normandie, ces formations sont organisées sur l'ensemble des territoires haut-normands prioritaires, par l'association régionale GRAFISM avec l'intervention de psychiatres et psychologues principalement. Elles ont pour vocation d'apprendre à analyser le « potentiel suicidaire » des personnes, à les écouter et à les orienter vers les professionnels qualifiés avant le passage à l'acte. En 2014, 44 formations ont été financées par l'ARS et mises en place en région par l'association GRAFISM et ont concerné 803 personnes (16 formations sur le territoire du Havre, 15 à Rouen, 9 à Evreux-Vernon et 4 à Dieppe). (59). Grâce à ces formations, le lien entre prescripteurs et pharmaciens est renforcé. En effet, permettre une rencontre entre différents acteurs de santé, lors de ces formations, facilite les échanges dans le domaine pour une meilleure collaboration entre médecins et pharmaciens.

Deuxièmement, lors de la dispensation du traitement, le pharmacien doit vérifier l'historique des délivrances ainsi que leurs fréquences. De cette façon, l'officinal doit être capable de constater si la régularité des prises du traitement permet de détecter une bonne ou mauvaise observance du traitement. Pour avoir une bonne efficacité du traitement, les antidépresseurs doivent être pris quotidiennement.

Les délivrances des traitements psychotropes doivent respecter les dates de prescription et de renouvellement des ordonnances. De facto, les patients ne doivent pas avoir la possibilité d'accumuler leur traitement à la maison. La mauvaise observance, les changements de traitements liés aux effets indésirables ou l'absence d'efficacité et le recours à plusieurs professionnels de santé favorisent l'accumulation des psychotropes notamment des benzodiazépines. Les quantités stockées à la maison doivent se limiter à un mois. Et le pharmacien doit être garant de cela, ce qui est rendu possible grâce à l'historique des délivrances mais aussi par le Dossier Pharmaceutique lorsque le client provient d'une autre pharmacie. Ainsi, lorsque le pharmacien constate une irrégularité dans la prise des traitements, il doit en informer le prescripteur.

Troisièmement, un fractionnement de la délivrance des psychotropes peut être réalisé en accord avec le patient ou en cas de doute sur la fragilité du patient. Cela permet de limiter les quantités disponibles au domicile du patient mais également de multiplier les contacts avec le pharmacien. En effet, certaines prescriptions comportent de nombreuses lignes et de nombreuses quantités de médicaments. Limiter l'accès aux moyens permet de réduire le passage à l'acte. Il peut être intéressant, surtout si le sujet est fragile, de proposer un fractionnement de délivrance à la semaine notamment lors d'instauration de traitement ou de modification de celui-ci. De la sorte, cela permet de faire le point avec le patient semaine par semaine, voir s'il le supporte bien et le cas échéant contacter le prescripteur.

Quatrièmement, lors de la délivrance du traitement, le spécialiste des médicaments doit être vigilant quant à la prescription. En effet, il doit informer le médecin de toute anomalie quelle qu'elle soit mais aussi si un doute subsiste face au patient. Une erreur de posologie, une erreur de nom de médicament... peuvent se retrouver sur l'ordonnance. Ainsi, en consultant l'historique des délivrances, le pharmacien peut détecter cette maladresse et appeler le prescripteur afin de corriger cela. Un appel est également conseillé si le patient présente des propos déroutants. Il est crucial d'adresser un patient égaré vers un professionnel

de santé spécialisé dans le domaine afin qu'il soit pris en charge dans les meilleures conditions.

Pour finir, le pharmacien doit disposer des coordonnées des réseaux de soins psychiatriques existants dans le secteur : numéros des associations d'écoute (SOS amitié, Suicide écoute, SOS suicide phénix) et pouvoir les communiquer au patient si besoin. (58)

Conclusion :

La France et surtout notre région, la Normandie, sont particulièrement touchées par le suicide et les tentatives de suicide. En effet, la Normandie dépasse la moyenne nationale du nombre de décès par suicide (20 décès pour 100 000 habitants contre 16,5 pour la moyenne nationale).

Il est donc important que le pharmacien d'officine soit en mesure de reconnaître la crise suicidaire et donc permettre la prévention du suicide. Comme évoqué lors des résultats du questionnaire publié dans près de 9000 pharmacies de France, le passage à l'acte a lieu principalement peu de temps après le passage à la pharmacie. Le pharmacien peut donc tenir un rôle prépondérant dans cette prévention. Aborder le sujet avec un patient suicidaire peut susciter un soulagement chez ce patient et de ce fait, permettre d'éviter ce geste fatal. L'évaluation de l'urgence vise à estimer la probabilité et l'imminence d'un éventuel passage à l'acte. Les facteurs de danger prennent en considération la dangerosité du scénario qui dépend de la létalité du moyen envisagé et de l'accessibilité plus ou moins directe à ce moyen. Quant aux facteurs de protection, ils concernent la qualité du support social et familial.

Grâce à ce repérage, le pharmacien peut alors orienter le patient vers un praticien spécialisé et ainsi permettre de désamorcer cette crise suicidaire.

Ainsi, nous pourrions nous demander s'il est possible d'intégrer une formation spécifique concernant la crise suicidaire, au sein du cursus de Docteur en Pharmacie afin de mieux appréhender cette situation ou que cette formation soit validante du DPC?

**Questionnaire dans le cadre d'une thèse en vue du diplôme d'état
de Docteur en Pharmacie**

Anne ROMAIN, étudiante en 6^{ème} année de Pharmacie à Rouen (76)

**Le rôle du pharmacien d'officine dans la
prévention du suicide**

1. De quel type d'officine s'agit-il ?
 Rurale Centre ville Centre commercial Quartier

2. A combien estimez-vous le nombre de délivrance de psychotropes au sein de votre officine par jour ?
 <10 ordonnances 10-20 ordonnances 20-50 ordonnances >50 ordonnances

3. Les clients concernés sont-ils, en majorité, domiciliés près de votre pharmacie ?
 Oui Non

4. Quelle est, selon vous, la part de ces patients qui est habituée à votre pharmacie ?
 0-20% 20-40% 40-60% 60-80% 80-100%

5. Questionnez-vous le patient lors de la délivrance de psychotropes (effets indésirables, efficacité du traitement ...) ?
 Oui Non

6. Vous est-il déjà arrivé de proposer/réaliser un fractionnement de délivrance de psychotropes à votre propre initiative d'après les dires de vos patients ?
 Oui Non

- Si oui, pour quelle(s) raison(s) :
 fragilité du sujet
 abus de substances
 incompréhension du schéma posologique prescrit
 autre : ...

7. Avez-vous déjà été informé d'intoxications médicamenteuses volontaires au sein de votre patientèle ?
 Oui Non

Si oui :

8. Combien de jours environ se sont écoulés entre le passage à la pharmacie et le passage à l'acte ? le

9. Quelle(s) classe(s) de médicament était/étaient concernée(s) ?
 Benzodiazépine Antidépresseur Neuroleptique Autre

10. Le traitement utilisé lors de l'intoxication correspondait-il :
 à une instauration de traitement
 un traitement instauré depuis plusieurs semaines/mois ?

Merci pour votre participation !

Les structures et les ressources en région

- **Ecoute téléphonique**

Association	Téléphone
La porte ouverte	02 35 70 67 03
France Dépression Normandie	02 35 15 01 69
SOS Amitié le Havre	02 35 21 55 11
SOS Amitié Rouen	02 35 03 20 20
CLCIS (Centre de Lutte Contre l'isolement)	02 35 88 57 62

- **Les maisons des adolescents**

	Adresse	téléphone	Accueil				
MDA de ROUEN	Allée Eugène Delacroix 76000 ROUEN	02 32 10 97 30	En semaine 9h/20h		Le samedi 9h-13h		
	1 rue de Germont 76000 ROUEN	02 32 88 89 14	Accès sur orientation médicale à partir de la MDA, allée Eugène Delacroix.				
MDA du HAVRE	69 rue d'Ingouville 76600 Le Havre	02 32 74 27 30	En semaine 8h30 / 20h30		Le samedi 10h/20h	Le dimanche 10h/ 18h	
MDA d'EVREUX	35 rue Jean Jaurès 27000 EVREUX	02 32 34 72 33	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
			9h30/18h	9h/17h30	10h18h30	9h17h30	9h17h30

- **Structures d'accueil**

	Structure	Adresse	Téléphone	Accueil
LE HAVRE	Association Réseau Prévention Suicide	115 Rue Richelieu 76600 Le Havre	02 35 22 00 00	du lundi au samedi de 16h00 à 19h30
	SOS suicide Phénix	3 Place Danton 76600 le Havre	02 35 43 24 25	permanence d'accueil/ Ecoute téléphonique Le mercredi de 18h00 à 21h30 Le samedi de 17h à 20h
ROUEN	Centre de lutte contre l'isolement et le suicide	20 rue Bac 76000 Rouen	02 35 88 57 62	Accueil sur RDV téléphonique
	La porte ouverte	22 rue d'Umont d'Urville 76600 Rouen	02 35 70 67 03	le mardi et le jeudi de 15h à 18h. le samedi de 14h à 17h.

Contact Presse : Sandrine GAUTIER – 02 32 18 31 61 / 06.47.07.32.17
Courriel : ars-hnormandie-communication@ars.sante.fr

1. OMS | Suicide [Internet]. WHO. 2015 [cited 2015 Sep 28]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/fr/>
2. Bonnichon D. La tentative de suicide déclinée au féminin. *L'Évolution Psychiatr.* 2011 Jan;76(1):97–108.
3. Evolution IMV en France.
4. Vidal A, Cremades S, Ossart M, Loas G. Étude des caractéristiques des tentatives de suicide graves : comparaison avec les autres tentatives de suicide. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2001 Mar;159(2):128–30.
5. Infosuicide P par actualités. Infosuicide.org actualités: PRESENTATION SUTRUCTURE RESSOURCE ROUEN [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 10]. Available from: <http://bloginfosuicide.blogspot.fr/2014/09/presentation-sutstructure-ressource-rouen.html>
6. First MB, Frances A, Pincus HA. DSM-IV: diagnostics différentiels. Elsevier Masson; 1999. 260 p.
7. La dépression - Porphyre n° 387 du 01/11/2002-Revues [Internet]. *Le Moniteur des pharmacies.fr.* 2015 [cited 2015 Sep 7]. Available from: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/porphyre/article/n-387/la-depression.html>
8. Courtet P. Le risque suicidaire dans la dépression récurrente. *L'Encéphale.* 2010 Dec;36, Supplément 5:S127–31.
9. Hardy P. Dépressions sévères : morbi-mortalité et suicides. *L'Encéphale.* 2009 Dec;35, Supplément 7:S269–71.
10. Fouilhoux N. Troubles bipolaires et suicide. *L'Encéphale.* 2006 Jun;32(3, Part 2):6–9.
11. Bipolarité et suicide par CTAH-Recherche [Internet]. [cited 2016 May 24]. Available from: <http://ctah.eu/dossier-bipolarite-suicide.php?r=1111>
12. schizophrénie [Internet]. Available from: <http://www.iusmm.ca/sante-mentale/schizophrenie.html>
13. Baup N. Impulsivité des sujets atteints de schizophrénie. *L'Encéphale.* 2007 Jun;33(3, Part 3):S380–2.
14. les antidépresseurs [Internet]. Available from: http://udsmed.u-strasbg.fr/pharmaco/pdf/dcm3/DCEM3-Pharmaco_Chap5-Antidépresseurs_2008.pdf
15. Lôo H, Olié J-P. Effets thérapeutiques et indications des antidépresseurs. *EMC - Psychiatr.* 2004 Oct;1(4):273–83.
16. afssaps bon usage ATD.
17. Healy D. Chapitre 5 - Les effets indésirables des antidépresseurs. In: Healy D, editor. *Les médicaments psychiatriques démystifiés* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2009 [cited 2015 Aug 3]. p. 71–86. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782810101160500056>
18. Marty H, Hoizey G, Lamiable D, Vistelle R. Intoxications aiguës par les antidépresseurs. *Rev Fr Lab.* 2000 Apr;2000(322):53–9.
19. Montastruc F, Rieu J, Letamendia C, Montastruc J-L, Pathak A, Schmitt L. Évaluation de l'intervalle QT sous antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : étude des pratiques dans un service hospitalo-universitaire de psychiatrie. *L'Encéphale.* 2015 Jun;41(3):282–3.
20. Deville M, Denooz R, Charlier C. Toxicité Induite Par Les Antidépresseurs: État Des Lieux. *ANTIDEPRESSANTS Toxic STATE Sci.* 2013 Mar;113(2):17–21.
21. Besignor M. IRS : attention aux associations. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 2004 Feb;5(1, Part 1):50–1.

22. syndrome sérotoninergique. Available from: http://ac.els-cdn.com/S1164675601001414/1-s2.0-S1164675601001414-main.pdf?_tid=6379549c-563b-11e5-ae09-00000aacb35e&acdnat=1441725057_1eaecf3557616237060f65cd67b87cf6
23. les nouveaux ATD. Available from: http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/pharmacologie_et_toxicologie_cliniques/documents/cappinfo14.pdf
24. Sultana J, Spina E, Trifirò G. Antidepressant use in the elderly: the role of pharmacodynamics and pharmacokinetics in drug safety. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2015 Jun;11(6):883-92.
25. effets ind psychotropes sujet âgé. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0003448712000431/1-s2.0-S0003448712000431-main.pdf?_tid=b5b44d82-516f-11e5-858f-00000aacb361&acdnat=1441197773_94cb9ee3b9be002888a494ebcc1dac9b
26. pharmacorama. Available from: http://www.pharmacorama.com/Rubriques/Output/Sympathomimetiques_indirectsa4.php
27. Gennai S, Saviuc P, Carpentier F. Difficultés diagnostiques d'une intoxication médicamenteuse aiguë volontaire. *J Eur Urgences.* 2009 Jun;22(2):55-7.
28. Javelot H, Javelot T, El Aatmani M, Noiriel P, Tissot E, Tosi J-M, et al. Les associations d'antipsychotiques en psychiatrie : étude multicentrique sur les co-prescriptions de psychotropes associées à l'aripiprazole (étude ARIPSY-Est). *Pharm Hosp Clin.* 2012 Mar;47(1):42-51.
29. Franck N, Thibaut F. Modalités d'utilisation des neuroleptiques. *EMC - Psychiatr.* 2005 Nov;2(4):300-39.
30. Biotteau M, Receveur-Doucet C, Suzanne I, Gaillard P, Camus V. Troubles métaboliques induits par les neuroleptiques atypiques : revue de littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2008 Mar;166(2):93-101.
31. Franck N, Thibaut F. Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques. *EMC - Psychiatr.* 2005 Nov;2(4):282-99.
32. Demily C, Chouinard V-A, Chouinard G. Reconnaître les symptômes psychiatriques iatrogènes liés aux antipsychotiques. *L'Encéphale.* 2010 Oct;36(5):417-24.
33. Lôo H, Olié J-P. Effets secondaires des antidépresseurs. *EMC - Psychiatr.* 2004 Oct;1(4):294-305.
34. Dusouchet T, Bret M-C, Bret P. Antidépresseurs: caractéristiques et modalités d'utilisation des IRSS, IRSNa et NaSSA. *Pharm Hosp.* 2006 Mar;41(164):25-31.
35. Lôo H, Poirier M-F, Chauchot F, Galinowski A, Hartmann F, Krebs M-O, et al. Antidépresseurs. Données sur les propriétés pharmacocinétiques. *EMC - Psychiatr.* 2004 Oct;1(4):260-5.
36. Levêque D, Lemachatti J, Nivoix Y, Coliat P, Santucci R, Ubeaud-Séquier G, et al. Mécanismes des interactions médicamenteuses d'origine pharmacocinétique. *Rev Médecine Interne.* 2010 Feb;31(2):170-9.
37. TAMOXIFENE ET INHIBITEURS DE L'ISOENZYME CYP 2D6 : PRUDENCE [Internet]. EPP du 78. 2015 [cited 2015 Sep 17]. Available from: <http://eppdu78.unblog.fr/2011/08/03/tamoxifene-et-inhibiteurs-de-lisoenzyme-cyp-2d6-prudence/>
38. interaction alcool médicaments. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/168/?sequence=19>

39. Lang J-P, Bonnewitz M-L, Kusterer M, Lalanne-Tongio L. Usage d'alcool chez les patients souffrant de troubles psychiatriques : quelles évaluations ? Quelle prise en soin ? *L'Encéphale*. 2014 Sep;40(4):301-7.
40. alcool et médicaments [Internet]. Available from: <http://sspf.claroline.com/claroline/backends/download.php?url=L1RleHRIX2FsY29vbF9ldF9t6WRpY2FtZW50cy5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=GEN2012ALCOO>
41. Coupland C, Hill T, Morriss R, Arthur A, Moore M, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *BMJ*. 2015;350:h517.
42. Delavenne H, Garcia FD, Thibaut F. Les médicaments antidépresseurs influencent-ils les passages à l'acte auto- et hétéroagressifs ? *Presse Médicale*. 2013 Jun;42(6, Part 1):968-76.
43. Petit A, Reynaud M, Lejoyeux M, Coscas S, Karila L. Addiction à la cocaïne : un facteur de risque de suicide ? *Presse Médicale*. 2012 Jul;41(7-8):702-12.
44. Versaevel C, Vinckier F, Jeanson R, Defromont L, Lebouteiller V, Lajugie C. Liens entre personnalité dépendante, épisode dépressif majeur et tentative(s) de suicide. Dans une population de 108 suicidants, étude des liens entre personnalité dépendante, dépression et différentes variables. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2013 May;171(4):232-7.
45. Mazet P. prévention du suicide : qu'apporte la notion de crise suicidaire ? *J Pédiatrie Puériculture*. 2001 Dec;14(8):492.
46. Présentation "Troubles de la personnalité. Définition de la personnalité désigne ce qu'il y a de relativement permanent et stable dans le fonctionnement psychologique." [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 18]. Available from: <http://slideplayer.fr/slide/9346054/>
47. Vandevoorde J, Le Borgne P. Dissociation et passage à l'acte violent : une revue de littérature. *L'Évolution Psychiatr*. 2015 Jan;80(1):187-208.
48. Vandevoorde J. Mise en évidence de trois états psychologiques pré-passage à l'acte chez 32 patients hospitalisés pour tentative de suicide. *L'Encéphale*. 2013 Sep;39(4):265-70.
49. Vandevoorde J, Andronikof A, Baudoin T. Dynamique de l'idéation et des comportements préparatoires dans le passage à l'acte suicidaire : vers une méthodologie qualitative standardisée. *L'Encéphale*. 2010 Jun;36, Supplement 2:D22-31.
50. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation*. 2008 Dec;17(8):783-9.
51. D. Y-M. Chômage, cause de 20 % des suicides. *Option/Bio*. 2015 Feb;26(522):4.
52. Walter M, Tokpanou I. Identification et évaluation de la crise suicidaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2003 Mar;161(2):173-8.
53. Vandevoorde J, Le Borgne P. Prise en charge des patients en situation de crise suicidaire : le protocole GERE. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2014 Dec;172(10):851-7.
54. Lorillard S, Schmitt L, Andreoli A. Comment traiter la tentative de suicide ? Seconde partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2011 May;169(4):229-36.
55. De Gregorio F, Damsa C, Adam E, Reggers J, Marcoz N, Lejeune J, et al. L'utilisation du système de santé avant une tentative de suicide : étude préliminaire dans un service d'urgences psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2006 Sep;164(7):574-80.

56. Comment prévenir le suicide ? [Internet]. RFI. 2015 [cited 2016 Apr 2]. Available from: <http://www.rfi.fr/emission/20150203-comment-prevenir-le-suicide>
57. Thèse APL.
58. coordonnées structure.
59. ARS - Agences Régionales de Santé: Prévention du suicide [Internet]. [cited 2016 May 22]. Available from: <http://www.ars.normandie.sante.fr/Prevention-du-suicide.142004.0.html>

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



ROMAIN Anne

Le rôle du pharmacien d'officine dans la prévention du suicide.

Th. D. Pharm., Rouen, 2016, 87 p.

RESUME

Le passage à l'acte a lieu principalement peu de temps après le passage à la pharmacie. Le pharmacien peut donc tenir un rôle prépondérant dans cette prévention. Aborder le sujet avec un patient suicidaire peut susciter un soulagement chez ce patient et de ce fait, permettre d'éviter ce geste fatal. L'évaluation de l'urgence vise à estimer la probabilité et l'imminence d'un éventuel passage à l'acte. Les facteurs de danger prennent en considération la dangerosité du scénario qui dépend de la létalité du moyen envisagé et de l'accessibilité plus ou moins directe à ce moyen. Quant aux facteurs de protection, ils concernent la qualité du support social et familial. Grâce à ce repérage, le pharmacien peut alors orienter le patient vers un praticien spécialisé et ainsi permettre de désamorcer cette crise suicidaire.

MOTS CLES : Suicide – Prévention – Pharmacien

JURY

Président : Mme Seguin Elisabeth, Professeur
Membres : Mr Guillin Olivier, Psychiatre
Mr Fouldrin Gaël, Psychiatre
Mr Campart Arnaud, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 7 Juin 2016