



Article
scientifique

Revue de la
littérature

2020

Published
version

Open
Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Crise suicidaire et prévention du suicide : aspects psychopharmacologiques

De Neris, Mélanie; Costanza, Alessandra; Besson, Marie; Greiner, Christian; Prada, Paco Boris;
Ambrosetti, Julia

How to cite

DE NERIS, Mélanie et al. Crise suicidaire et prévention du suicide : aspects psychopharmacologiques.
In: Revue médicale suisse, 2020, vol. 16, n° 681, p. 314–317.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:152599>

© The author(s). This work is licensed under a Other Open Access license

<https://www.unige.ch/biblio/aou/fr/guide/info/references/licences/>

Crise suicidaire et prévention du suicide: aspects psychopharmacologiques

Dr^s MÉLANIE de NÉRIS^a, ALESSANDRA COSTANZA^{b,c}, MARIE BESSON^d, CHRISTIAN GREINER^a, PACO PRADA^a et JULIA AMBROSETTI^e

Rev Med Suisse 2020; 16: 314-7

Le suicide est une cause de mortalité fréquente en Suisse. Il survient souvent durant une période de crise marquée par une perturbation de l'équilibre intrapsychique, interpersonnel ou social du sujet. La prise en charge de cette crise est cruciale et essentiellement psychothérapeutique. Un traitement médicamenteux peut s'avérer nécessaire pour la gestion des symptômes aigus ou la prévention du risque suicidaire à long terme. Les benzodiazépines et les antipsychotiques atypiques sont souvent utilisés pour les symptômes aigus comme l'anxiété ou les troubles du sommeil. D'autres molécules sont reconnues dans la diminution du risque suicidaire à long terme. Certains troubles, comme le trouble borderline, rendent compte de comportements suicidaires plus fréquents. La prise en charge pharmacologique de ces situations spécifiques est discutée.

Suicidal crisis and suicide prevention: psychopharmacological aspects

Suicide is a common cause of death in Switzerland. It often occurs during a period of crisis marked by a disruption of the subject's intrapsychic, interpersonal or social balance. The management of this crisis is crucial and essentially psychotherapeutic. Drug therapy may be necessary for the management of acute symptoms or for the prevention of long-term suicidal risk. Benzodiazepines and atypical antipsychotics are often used for acute symptoms such as anxiety or sleep disorders while other molecules are recognized in reducing long-term suicidal risk. Some disorders, such as borderline personality disorder, account for more frequent suicidal behaviors. The pharmacological management of these specific situations is discussed.

CRISE SUICIDAIRE

Le suicide reste une des causes de mortalité les plus fréquentes en Suisse représentant mille décès par an.¹ Il survient dans un contexte de crise suicidaire dont le socle du traitement est psychothérapeutique. Un traitement médicamenteux peut y être associé selon la gravité des symptômes et le profil de risque de l'individu.²

^aService de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, HUG, 1211 Genève 14,

^bDépartement de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cStruttura Complessa di Psichiatria (S.P.D.C.), Azienda Ospedaliera Nazionale «Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo», Via Venezia, 16, 15121

Alessandria, Italie, ^dUnité de psychopharmacologie clinique, Département de médecine aiguë, HUG, 1211 Genève 14, ^eService des urgences, Département de médecine aiguë, HUG, 1211 Genève 14

melanie.deneris@hcuge.ch | alessandra.costanza@unige.ch

marie.besson@hcuge.ch | christian.greiner@hcuge.ch

paco.prada@hcuge.ch | julia.ambrosetti@hcuge.ch

Vignette clinique (cas fictif)

À 18 heures, un homme de 42 ans sans antécédents connus est amené par son épouse aux urgences suite à une consultation chez son médecin traitant. Le patient se présente très tendu et anxieux. Il se dit triste depuis un mois suite à une restructuration professionnelle et une augmentation de sa charge de travail. Il ne dort plus et n'éprouve plus de plaisir dans ses loisirs comme le tennis. Aujourd'hui, après un conflit avec son supérieur hiérarchique, il a quitté son travail. Il est allé consulter son médecin traitant qui, inquiet face au désarroi de son patient, l'adresse aux urgences pour l'évaluation du risque suicidaire. Le patient nie toute idée suicidaire, mais son épouse vous fait part d'un message d'adieu qu'il a envoyé cet après-midi...

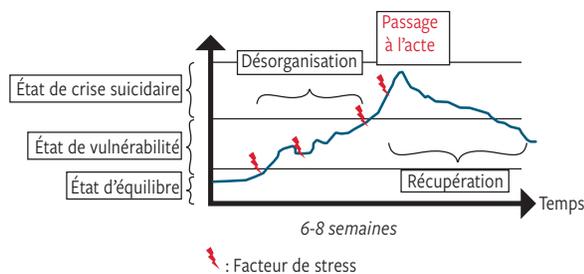
La crise suicidaire est un moment aigu de rupture de l'équilibre psychique d'un individu³ qui comporte une notion d'urgence lorsqu'un passage à l'acte est imminent. La prise en charge par des professionnels de la santé mentale dans les 24 heures est nécessaire. Cette rencontre doit permettre au patient de sentir que son état de détresse est reconnu.⁴ Cette crise aiguë découle d'un processus évoluant sur plusieurs semaines et qui se déploie en plusieurs étapes, faisant passer le sujet par divers états psychiques.⁵

L'état psychique d'équilibre du patient se trouve perturbé par des facteurs de stress créant un état de vulnérabilité. Dans cet état, les solutions aux problèmes manquent, un sentiment de désespoir s'installe progressivement, associé au fur et à mesure à des idées suicidaires. Lorsqu'aucune perspective n'est apportée durant cette phase, le désespoir s'accroît, les idées suicidaires deviennent progressivement plus prononcées, actives, scénarisées. Un plan d'action suicidaire se met en place, le suicide devenant une solution définitive. Il s'agit alors de l'état de crise suicidaire et le risque de passage à l'acte est majeur (**figure 1**). L'incidence des crises suicidaires est plus élevée chez les patients souffrant de maladies psychiatriques, comme le trouble dépressif, le trouble bipolaire, les troubles psychotiques, les addictions et les troubles de la personnalité (en particulier, le trouble de personnalité borderline).^{5,6}

TRAITEMENT PSYCHOPHARMACOLOGIQUE

Le traitement psychopharmacologique de la crise suicidaire et de la prévention du suicide est un sujet de débat dans la littérature.⁷ Un problème méthodologique des études concernant les effets sur la suicidalité est la différenciation entre

FIG 1 Le processus suicidaire et son évolution en fonction de la vulnérabilité individuelle



(Adaptée de réf:5).

« idéations suicidaires » et « comportements suicidaires » (suicides/tentatives de suicide). Le terme « suicidalité » est utilisé pour décrire un spectre large allant des idées aux actes suicidaires,⁸ ce qui est crucial dans l'évaluation des potentiels effets positifs des interventions psychopharmacologiques.⁹

Gestion pharmacologique de la crise suicidaire aiguë

Vignette clinique (suite)

Au vu de la tension interne du patient, vous administrez 25 mg de quétiapine per os. Après une heure, le patient se sent plus calme, moins anxieux, il est plus accessible en entretien. Il vous parle de sa souffrance face à sa surcharge au travail et des conflits avec ses collègues et les membres de sa famille. La dispute de ce jour avec son chef était de trop, il a voulu en finir et a pensé se jeter sous un train. Il a alors écrit un message d'adieu à son épouse. En pensant à sa famille, ses enfants, il décide de se rendre chez son médecin traitant pour demander de l'aide. Il ne sait pas comment se sortir de sa situation.

Dans la crise aiguë, le traitement psychopharmacologique permet de réduire les symptômes comme l'anxiété, les troubles du sommeil, les symptômes dépressifs ou d'éventuels symptômes psychotiques. Il est important de toujours contextualiser cela autour de la reconnaissance de la souffrance du patient. Après exclusion des contre-indications (par exemple, la présence concomitante d'intoxications à des substances, etc.), une anxiolyse avec des benzodiazépines (lorazépam 1 à 2,5 mg per os) ou des antipsychotiques atypiques à faibles doses (quétiapine 25 à 50 mg per os, olanzapine 2,5 à 5 mg per os) doit être envisagée (tableau 1). L'effet désinhibiteur des benzodiazépines engendrant une augmentation du risque de passage à l'acte doit être pris en considération dans cette utilisation. L'utilisation des antipsychotiques atypiques peut viser une réduction de l'impulsivité.¹¹ Comme dans la vignette clinique, un traitement médicamenteux peut aider à baisser la tension interne et permettre l'échange autour de la problématique actuelle. Le patient doit être entouré (s'il n'est pas hospitalisé, demander du support à la famille) et, si un traitement psychopharmacologique est nécessaire, il faut prescrire des petits emballages.⁵

TABLEAU 1 Propositions pour le traitement de crise suicidaire aiguë^{10,11}

BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive.

Molécules	Lorazépam	Olanzapine	Quétiapine
Dose initiale per os	1-2,5 mg	2,5-5 mg	25-50 mg
Demi-vie	12-16 h	5-8 h	7 h
Effets indésirables	Dépression respiratoire	Dyskinésies, hypotension	Hypotension
Contre-indications absolues	Insuffisance respiratoire sévère, BPCO sévère, myasthénie	Glaucome à angle fermé	
Formulations	Forme velotab	Forme velotab	Forme « classique »
Particularités	Risque de désinhibition (passage à l'acte)	Possible effet réduisant l'impulsivité	Possible effet réduisant l'impulsivité

Prévention pharmacologique du risque suicidaire

Le rôle du traitement pharmacologique dans la prévention du risque suicidaire est majeur et mieux établi dans la littérature par rapport au rôle du traitement pharmacologique pendant la crise suicidaire. Cette prévention consiste à traiter la maladie psychiatrique sous-jacente et les comportements suicidaires ou les symptômes qui l'accompagnent.¹²

Lithium et stabilisateurs de l'humeur

Dans le contexte du traitement des troubles affectifs, le lithium diminue le risque de suicide, en dehors de son effet stabilisateur de l'humeur.¹³ À des taux sanguins thérapeutiques (0,5-1,0 mmol/l), des effets positifs sur la suicidalité ont été démontrés chez des patients souffrant aussi bien d'un trouble affectif bipolaire qu'unipolaire, ainsi que d'un trouble schizo-affectif.¹⁴ Le rôle des autres stabilisateurs de l'humeur dans la réduction de la suicidalité demeure secondaire par rapport au lithium.¹⁵

Clozapine et antipsychotiques

La clozapine est le seul antipsychotique qui a été associé à une diminution significative des taux de suicide chez des patients souffrant d'une schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif.⁶ Les autres antipsychotiques n'ont pas fait l'objet d'études permettant d'évaluer leurs effets sur la suicidalité.¹²

Antidépresseurs

Une question controversée est de déterminer, en comparant les données provenant des différentes études épidémiologiques, de cohortes cas-témoins et d'essais contrôlés randomisés, si le traitement antidépresseur modifie le risque de suicidalité chez les patients atteints de troubles dépressifs majeurs.¹² Il semble qu'un traitement antidépresseur thérapeutique diminue le risque de suicide lors des épisodes dépressifs, mais que seul un traitement antidépresseur associé à une psychothérapie adaptée ait un effet préventif à long terme.¹¹ Il convient de garder à l'esprit que, malgré des études cliniques montrant une diminution du risque suicidaire chez des patients dépressifs traités avec un antidépresseur,^{16,17} le risque suicidaire reste élevé lors des deux premières semaines

suivant l'introduction du traitement et pour les patients « non répondeurs » ou avec « dépression résistante ».⁵

Quelques études cliniques ont montré une induction d'idées suicidaires par un traitement antidépresseur avec les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) en monothérapie.¹⁸ Les résultats de ces études sont à interpréter avec beaucoup de précaution en raison de limitations méthodologiques. L'une des plus grandes analyses gérées par la Food and Drug Administration (FDA) pour évaluer toutes les données disponibles provenant de 386 essais contrôlés sur les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine comprenait 112 875 patients souffrant de dépression majeure et d'autres troubles.¹⁹ Alors qu'aucune différence n'a été observée en termes de risque accru de suicidalité (idéation suicidaire, principalement), la stratification des groupes en fonction de l'âge a montré un risque accru comparé au placebo chez les sujets jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes jusqu'à 24 ans) et au contraire un effet protecteur chez les sujets plus âgés.

Chez les sujets plus jeunes ou en présence d'anxiété et de troubles du sommeil chez les sujets de tout âge, il peut s'avérer nécessaire de prescrire de façon concomitante à l'antidépresseur un traitement anxiolytique comme des benzodiazépines ou des antipsychotiques à faible dose. Dans le cas d'un trouble dépressif avec symptômes psychotiques, un antipsychotique atypique à posologie thérapeutique (particulièrement la clozapine) est indiqué. Dans le cas du trouble « dépressif résistant », l'association de l'antidépresseur avec le lithium est recommandée.⁵

L'apparition de symptômes tels qu'une akathisie, une agitation, une insomnie ne répondant pas au traitement hypno-inducteur, une irritabilité, une anxiété, une angoisse, une dépression ou un sentiment de désespoir, doit guider le clinicien vers la suspension de l'antidépresseur.²⁰ Certaines interventions peuvent être mise en œuvre en cas de suicidalité aggravée ou émergente pendant le traitement antidépresseur (tableau 2). Il existe également des cas où l'utilisation d'antidépresseurs doit être limitée, voire strictement évitée: chez les patients suicidaires à risque de virage maniaque ou présentant un état mixte avec un taux élevé de dysphorie et d'irritabilité.²⁰

TABLEAU 2 Prévention du risque suicidaire

Adaptations des conduites médicamenteuses et non médicamenteuses lors de l'aggravation ou de l'apparition de suicidalité pendant le traitement antidépresseur.

- Diminuer la posologie ou suspendre le traitement antidépresseur
- Introduire un traitement anxiolytique ou antipsychotique
- Envisager l'introduction du lithium, en particulier chez les patients collaboratifs et en cas d'échec de traitements antidépresseurs antérieurs
- Rendre flexibles les contrôles cliniques et mettre l'accent sur la disponibilité du soignant en cas de besoin de clarification ou d'appel urgent
- Reconnaître la souffrance du patient et exprimer ouvertement l'empathie du soignant à son égard
- Explorer de façon explicite le risque suicidaire (y compris l'accessibilité à des moyens potentiellement létaux)
- Faire recours au soutien d'un proche pour surveiller le patient et gérer les médicaments
- Organiser une hospitalisation en milieu psychiatrique

(Adapté de réf.²⁰).

Cas particulier de la kétamine

La kétamine et son énantiomère S, l'eskétamine, sont des antagonistes du récepteur NDMA et sont en voie d'introduction sur le marché suisse pour le traitement du trouble dépressif réfractaire en association avec le traitement habituel du patient. Dans les premières études testant l'effet de la kétamine et de l'eskétamine, on observe un effet important et rapide sur la suicidalité, débutant 24 heures après la prise et se maintenant pendant une semaine.^{21,22} Ces résultats, ainsi que le profil de sécurité de la kétamine et de l'eskétamine, devront être confirmés dans différentes populations de patients, néanmoins cette action antisuicidaire, indépendante de l'effet antidépresseur, en fait un outil intéressant pour le futur.

CRISE SUICIDAIRE CHEZ LES PATIENTS AVEC UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE
Crise suicidaire aiguë vs chronique

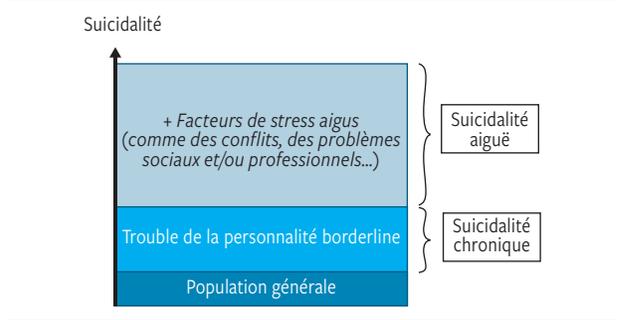
Le trouble de personnalité borderline comporte dans ses critères diagnostiques une suicidalité chroniquement augmentée²³ et les dimensions du trouble comme l'impulsivité, la dysrégulation émotionnelle, l'hypersensibilité à l'abandon et les difficultés dans les relations interpersonnelles, génèrent des crises suicidaires fréquentes chez ces patients. Le modèle de la suicidalité « aiguë sur chronique » (figure 2) schématise ce phénomène.²⁴

Psychopharmacologie adaptée au trouble de personnalité borderline

Crise suicidaire

Lors de la phase aiguë de la crise, le soignant peut être amené à utiliser des traitements afin de contrôler les symptômes souvent au premier plan (tension interne élevée, anxiété, troubles du sommeil). Cependant, un nombre très limité d'évidences montre une utilité des benzodiazépines ou des antipsychotiques en situation de crise chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline.²⁵ L'ensemble des guidelines déconseillent l'administration de benzodiazépines aux patients souffrant de ce trouble, cela notamment en lien avec le risque de désinhibition associé à ces molécules, qui favorise les comportements impulsifs et suicidaires.^{11,26} Malgré le peu d'évidence scientifique, les recommandations vont dans le sens de l'administration de faibles doses d'antipsychotiques (telles que 2,5 à 5 mg d'olanzapine ou 50 à 100 mg de quétiapine), sur une courte durée, en cas de nécessité.^{11,26}

FIG 2 Concept de «suicidalité aiguë sur chronique» dans la population borderline



Risque suicidaire à moyen-long terme²⁶

Tel que décrit précédemment, la suicidalité chez les patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline revêt des aspects différents de celle rencontrée chez des patients connus pour d'autres pathologies psychiatriques. En effet, la dimension chronique de la suicidalité présente dans le cadre du trouble de personnalité ne répond que peu aux traitements antidépresseurs. Un traitement antidépresseur est recommandé seulement lorsqu'un épisode dépressif d'intensité modérée ou plus est caractérisé.

Les traitements antipsychotiques comme l'olanzapine, l'aripiprazole et la quétiapine peuvent être utilisés à faibles doses pour le traitement de certains symptômes comme l'agressivité, l'irritabilité, la colère ou des symptômes cognitivo-perceptifs.

Les traitements stabilisateurs de l'humeur sont recommandés pour le traitement de la colère, de l'agressivité et de l'impulsivité. La Société suisse de psychiatrie et psychothérapie propose l'évaluation individuelle concernant l'introduction d'un traitement de lithium pour le traitement de la suicidalité et des gestes auto-agressifs, cela en lien avec la faible marge thérapeutique.

CONCLUSION

Le traitement de la crise suicidaire, avant tout psychothérapeutique, peut nécessiter un traitement pharmacologique, notamment pour rendre un patient accessible à l'intervention de crise. Pour ce qui concerne la prévention du risque suicidaire à long terme, l'efficacité du lithium et de la clozapine est démontrée. Le rôle d'un traitement antidépresseur est débattu, mais fait sens en cas de symptomatologie dépressive.

L'impulsivité, la colère et l'agressivité répondent mieux aux stabilisateurs de l'humeur et aux antipsychotiques. La crise suicidaire chez un sujet souffrant de trouble de la personnalité est un défi nécessitant des adaptations de prise en charge sur tous les plans.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le traitement de la crise suicidaire est avant tout psychothérapeutique
- Un traitement médicamenteux peut aider à diminuer les symptômes de la crise suicidaire aiguë, notamment par un effet anxiolytique qui permet de débiter un travail de crise. Certains médicaments, comme les benzodiazépines ou les antipsychotiques à faible dose sont utilisés dans ce contexte
- Le traitement médicamenteux joue surtout un rôle dans la prévention du risque suicidaire. En particulier, le lithium et la clozapine sont reconnus pour diminuer le taux de suicide
- Le trouble de personnalité borderline présente des particularités vis-à-vis de la suicidalité. Ce symptôme requiert une prise en charge adaptée
- Il n'existe pas de recommandation pharmacologique pour le traitement du trouble de personnalité borderline. Cependant, dans les moments de crise, certains traitements antipsychotiques peuvent être utilisés de façon symptomatique, à faible dose, sur une courte durée. Les benzodiazépines sont contre-indiquées pour ce trouble, en raison de leur effet désinhibiteur

1 Groupe Romand Prévention Suicide (GRPS). Observatoire Romand des Tentatives de Suicide – Rapport final sur mandat de l'Office Fédéral de la Santé Publique, 2018. www.bag.admin.ch>2018_03_>RTS_Rapport_final_FR

2 Pfenning A, Bergdörfer A, Bauer M. Medikamentöse Behandlung der Suizidalität. Verhaltenstherapie 2005;15:29-37.

3 * Coulon N de. Crise et Intervention de Crise. In: Morin G, editor. La Crise. Stratégies d'Intervention Thérapeutique en Psychiatrie 1999;23-36.

4 * Dorogi Y, Saillant S, Michaud L. Les enjeux de la rencontre avec la personne suicidaire. Apports du Groupe romand prévention suicide (GRPS). Rev Med Suisse 2019;15:644-9.

5 ** Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry 2012;27:129-41.

6 Meltzer HY, Alphas L, Green AI, et al. International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: international suicide prevention trial (InterSePT). Arch Gen Psychiatry 2003;60:82-91.

7 Haußmann R, Bauer M, Lewitzka U, Müller-Oehrlinghausen B. Keine hochwertige Evidenz für

Verhinderung von Suiziden durch Antidepressiva und Clozapin. Nervenarzt 2016;87:483-7.

8 Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonté B, Mechawar N. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. Trends Neurosci 2012;35:14-23.

9 Bschor T. Leserbrief: Antidepressiva verhindern nicht Suizidversuche oder Suizide. Nervenarzt 2015;86:1186-70.

10 www.compendium.ch

11 Wasserman D, Wasserman C. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford: University Press, 2013.

12 Baldessarini RJ, Tondo L. Psychopharmacology for suicide prevention. In: Evidence-based practice in suicidology: a source book. Pompili M, Tatarelli R. (Eds). Ashland: Hogrefe Publishing, 2011.

13 Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ 2013;27:346:f3646.

14 Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behaviour and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. Am J Psychiatry 2005;162:1805-19.

15 Baldessarini RJ, Tondo L. Psychopharmacology for suicide prevention. In:

evidence-based practice in suicidology: a source book. Pompili M, Tatarelli R. (Eds). Ashland: Hogrefe Publishing, 2011.

16 Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. J Affect Disord 2002;68:167-81.

17 * Moller HJ. Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patient: a systematic review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006;256:329-43.

18 Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2005;330:396.

19 Laughren TP. Overview of a meeting of the psychopharmacology drug advisory committee (PDAC) concerning suicidal risk in trials of antidepressant drugs in juvenile and adult patients; 2006. www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006-4272b1-index.htm

20 Pompili M, Tondo L, Baldessarini RJ. Suicidal risk emerging during antidepressant treatment: recognition and intervention. Clin Neuropsychiatry 2005;2:66-72.

21 Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, et al. the effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a

systematic review and individual participant data meta-analysis. Am J Psychiatry 2018;175:150-8.

22 Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M, et al. Efficacy and safety of intranasal esketamine for the rapid reduction of symptoms of depression and suicidality in patients at imminent risk for suicide: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Am J Psychiatry 2018;175:620-30.

23 Links PS, Links M, Boursiquot P. Évaluation et gestion du risque suicidaire aiguë chez les patients avec un trouble de la personnalité borderline. In: Kolly S, Charbon P, Kramer U, editors. Trouble de la personnalité borderline, pratiques thérapeutiques, 2019;57-74.

24 Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorder. Psychiatric Clin North Am 2008;31:527-43.

25 Hong V. Traitements dans les services d'urgence. In: Kolly S, Charbon P, Kramer U, editors. Trouble de la personnalité borderline, pratiques thérapeutiques, 2019;129.

26 ** www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/Fachleute/Empfehlungen/SGPP_BE_BPS_version_francaise.pdf

* à lire

** à lire absolument