

Dépressions *et psychose*

Ammppu - 8 mars 2005

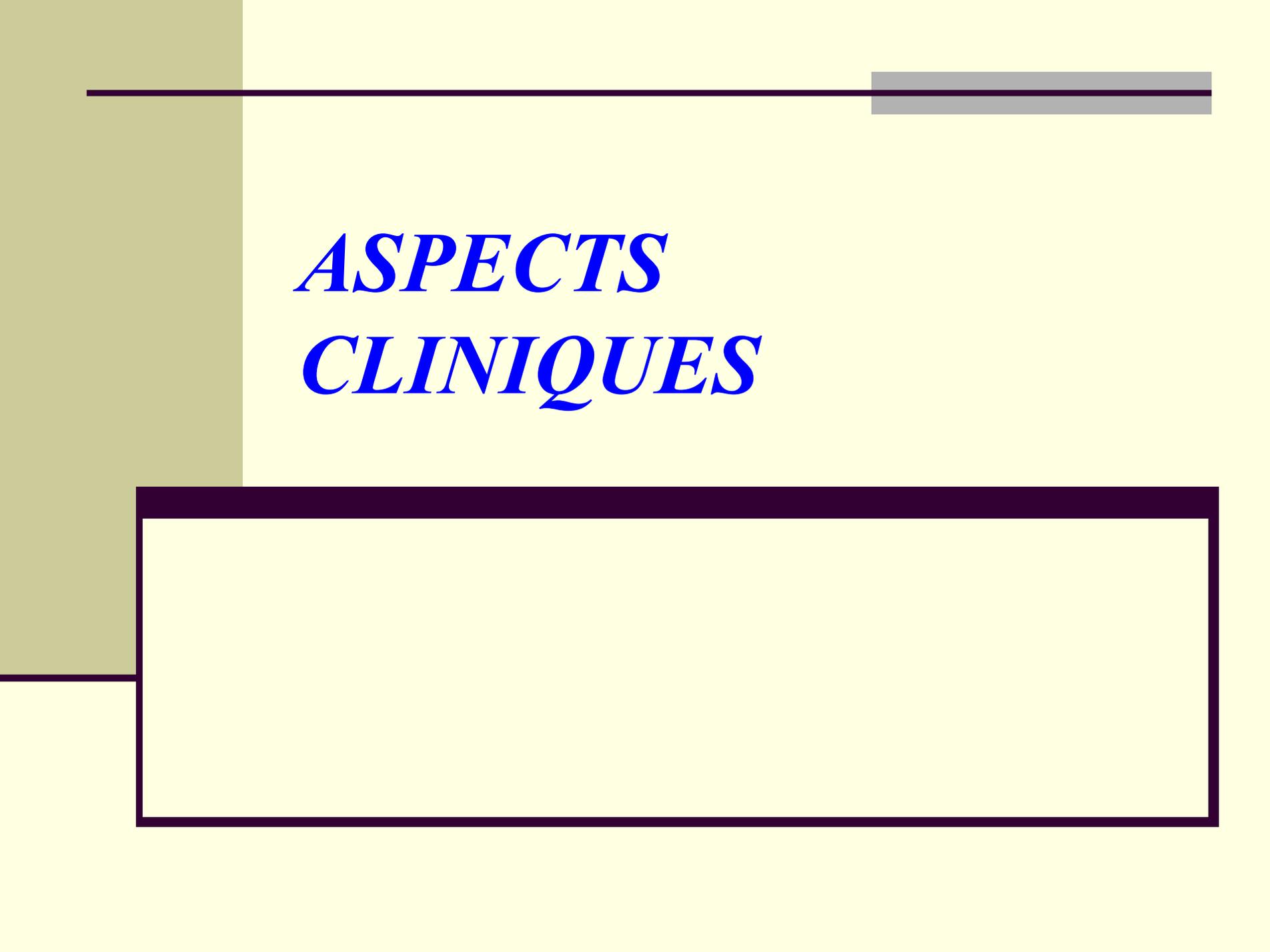
Docteurs Bernard REBOIS & Bertrand DUCROCQ
Service de Psychiatrie / Hôpital Ste Blandine, Metz

Dépressions, aspects cliniques :

- Identifier un épisode dépressif, diagnostic +
- Évaluer sa gravité, contexte, endogenéité, récurrence, pathologies associées
- Formes cliniques, déclinaisons en fonction de l'âge, et causes
- Qq données épidémiologiques
- Diagnostic différentiel avec **les psychoses débutantes** et le deuil

Dépressions, aspects thérapeutiques :

- Apprécier le risque suicidaire
- Choix des molécules :
ISRS ...ISRS-NA...tricycliques...neuroleptiques...associations ?
Délais d'efficacité...quand changer de ttt ?...durée du ttt, effets secondaires, place de l'EC, de l'Hdt...
- Prise en charge & C aT. / med traitant, /spécialiste, place des psychothérapies, quand passer la main, hospitaliser ?
- Les structures utiles : CMP, CASA, Thérapies familiales



***ASPECTS
CLINIQUES***

Aspects cliniques :

CRITERES DIAGNOSTIQUES

D'UN EPISODE DEPRESSIF

La **définition** se décline selon la **sévérité** des symptômes et selon la **durée** :

L'épisode dépressif, selon la CIM-10, est défini par la présence d'un nombre minimum de symptômes (*6 critères de sévérité sur 10*), durant les 15 derniers jours (critère de durée)

Éléments généraux obligatoires

- L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
- Critères d'exclusion :
- Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques
- Épisode non imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive ou à un trouble mental organique

aspects cliniques (suite) :

Présence d'au moins deux des trois
symptômes majeurs suivants :

- (1) **Humeur dépressive** à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.

- (2) Diminution marquée de **l'intérêt ou du plaisir** pour des activités habituellement agréables.

- (3) **Réduction de l'énergie** ou augmentation de la fatigabilité.

Présence d'au moins quatre des sept
symptômes suivants :

- Perte de la **confiance en soi** ou de l'estime de soi.
- Sentiments injustifiés de **culpabilité excessive** ou inappropriée.
- Pensées de mort ou **idées suicidaires récurrentes**, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- Diminution de **l'aptitude à penser** ou à se concentrer se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- Modification de **l'activité psychomotrice**, caractérisée par une agitation ou un ralentissement.
- Perturbations du **sommeil** de n'importe quel type.
- Modification de **l'appétit** (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

(signalés par le sujet ou observée par les autres)

aspects cliniques (suite) :

Selon la sévérité des symptômes présents,
l'épisode dépressif est qualifié de :

- “ **léger** ” peu ou pas de symptômes supplémentaires au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; l'altération des activités prof., sociales, ou rel. est mineure (*maintien capacité de WI*)
- “ **sévère sans caractéristiques psychotiques** ” plusieurs symptômes supplémentaires au nombre minimum, les symptômes perturbent nettement les activités prof. et rel. (*perte capacité de WI*)
- “ **sévère avec caractéristiques psychotiques** ” lorsque s'ajoutent aux symptômes typiques de l'épisode dépressif sévère, des idées délirantes ou des hallucinations, concordant ou non avec le trouble de l'humeur ; (*perte capacité de WI*)
- “ **modéré** ” lorsque les symptômes et altérations sont comprises entre ces deux extrêmes (*capacité de WI variable*)

Epidémiologie

- prévalence annuelle de troubles dépressifs sévères est estimée à 5%
- prévalence supérieure pour les femmes : 6% contre 3-4% pour les hommes
- le mariage est un facteur de risque pour les femmes quelque soit l'âge
- le célibat ou le veuvage sont des facteurs de risque pour les hommes
- le risque d'avoir une dépression non endogène est de 12 à 18% sur toute une vie
- le risque d'avoir une dépression endogène est de 0.6 à 0.8% sur toute une vie

Épidémiologie (suite)

La comorbidité est fréquente :

- - 75% des dépressions sont associées à d'autres troubles:
- - 58% sont associées avec des troubles anxieux
- - 39% sont associées à une toxicomanie et alcoolisme
- - 6.7% sont associées à un état dysthymique (état dépressif modéré au long court)
- - 16% sont associées à des troubles des conduites (alimentaires, sexuelles, pyromanie, kleptomanie...)
- - 41% des dépressions sont antérieures à la dépendance alcoolique
- - 43% sont postérieures à l'alcoolis., et 16% concomitantes

Épidémiologie (suite)

- La comorbidité => une gravité supérieure => une moins bonne réponse au traitements
- Les intrications avec une pathologique phy. associée sont fréquentes:
 - les états démentiels sont associés à un état dépressif dans 50% des cas
 - les accidents vasculaires dans 40% des cas
 - les maladies cardio-vasculaire dans 40% des cas.
- 13% des Cs chez le médecin généraliste sont motivées par une symptomatologie dépressive

Épidémiologie (suite) - SUICIDE

- Nbre de suicides en France ~ 12 à 14000 / an (route ~7000)
- Ds les 10 premiers pays, derrière Pays de l'Est, Finlande, Dk, Autr.
- 40/100000 Russie ~> 20 France ~> 7 Italie, GB

- Suicide = une des rares causes de décès qui ne décline pas // cancer, alcool, acc. Route, tabagisme
- 40 à 85% des suicidés étaient déprimés
- 10% des dépressifs se suicident
- le risque suic. des PMD est 30 x supérieur au risque dans la population

- Taux de suicide > chez inactifs, invalides,
- Taux de suicide : employés et ouvriers > cadres
- Faible niveau d'étude > études sup.
- Variabilité territoriale : N > S
- 6 suicidants / 10 ont consulté un med. ds le mois précédant leur acte

aspects cliniques (suite) :

FORMES CLINIQUES et **Diagnostics différentiels**

- D. réactionnelles (deuil patho., choc aff.)
- D.d'épuisement (surmenage, burn-out)
- D. névrotiques (tr. person., chron., >moi)
- D. somatiques (hypothy. Infec. Parkinson)
- D. comorbides à tr.psychiques (schizo., anor. immaturité, angoisse, hyperémotivité, sensit.)
- Mélancolie (ruine, délire)
- Dysthymies et PMD
- D. masquées (obésité, alcool, toxiques, somati. Hypochondrie)
- D. selon l'âge (enf., adoles., ½ vie, involution)
- D. spécifiques (post partum, post natale, saisonnières)

aspects cliniques (suite) :

FORMES CLINIQUES et

Diagnostics différentiels

Le DEUIL

- réaction douloureuse non pathologique qui nécessite un travail, à effectuer / sujet qui a perdu un objet auquel il était attaché
- 1° ph de choc et de détresse, sidération, d'incrédulité, réalité temporairement refusée
- 2° ph de dépression ou nostalgique
- 3° ph de réinvestissement

- deuils pathologiques // durée, intensité, dénégarion, hystérisation...

- Deuil nl => pas de ttt

aspects cliniques (suite) :

Dépression chez le sujet âgé

- Risque suicidaire augmente avec l'âge
- Dépression masquée par des plaintes somatiques (symptôme clinique prépondérant chez le sujet âgé dépressif)
- Forme pseudo-démentielle avec un réel affaiblissement des fonctions cognitives
- Forme délirante (idées de spoliations ou de ruines...)
- Forme caractérielle
- PB angoisse de mort- désir de mort
- PB des moyens thérapeutiques

aspects cliniques (suite) :

Dépression de l'adolescent

- Notion des 3 adolescences (*période du non, adol. ppt dite, 1/2 de la vie = 3 épreuves de réalité, frustr.et deuil*)
- Définition de l'adol.
 - Ph. Biologique (puberté, transformation corps, de ses possibilités et de ses fonctions)
 - Ph. Social (statut enfant ~> st adulte)

Nature et culture se potentialisent ds un processus non désiré voire forcé qui impose un WI psychique d'élaboration d'une nlle personnalité. Ceci / enft & / parents.
- Aspects spécifiques et physiol. de l'adol :
 - Le conflit est la règle
 - Irruption de la pulsion sexuelle (corps, psyché)
 - Modification intrafamiliale (ingérence, adulte = société)
 - Expérimentation nouvelles (absolutisme, bande, affirmation)

aspects cliniques (suite) :

Dépression de l'adolescent

En plus de la symptomato classique, **clinique spécifique** :

- Vide, inexpérience, absence de référentiel
- Troubles de l'estime de soi & doute, identité
- Processus de séparation, menace
- Difficulté d'élaboration mentale / extrémisme, suscep.
- Plaintes corporelles
- Troubles alimentaires, addictions
- Facilité du passage à l'acte
 - Conclusion : adol. = dépression

aspects cliniques (suite) :

Symptomatologie commune dépression – psychose débutante

Concerne la **symptomatologie déficitaire**, dans les domaines de **l'activité** et du **comportement**

- Anhédonie perte d'intérêt, d'élan vital, d'énergie, apathie
- Fatigue, baisse rendement
- Anxiété, ralentissement, négligence corpo.
- Réduction activités, dégoût de la vie
- Isolement, inhibition
- Flou conceptuel, fragilité du moi

aspects cliniques (suite) :

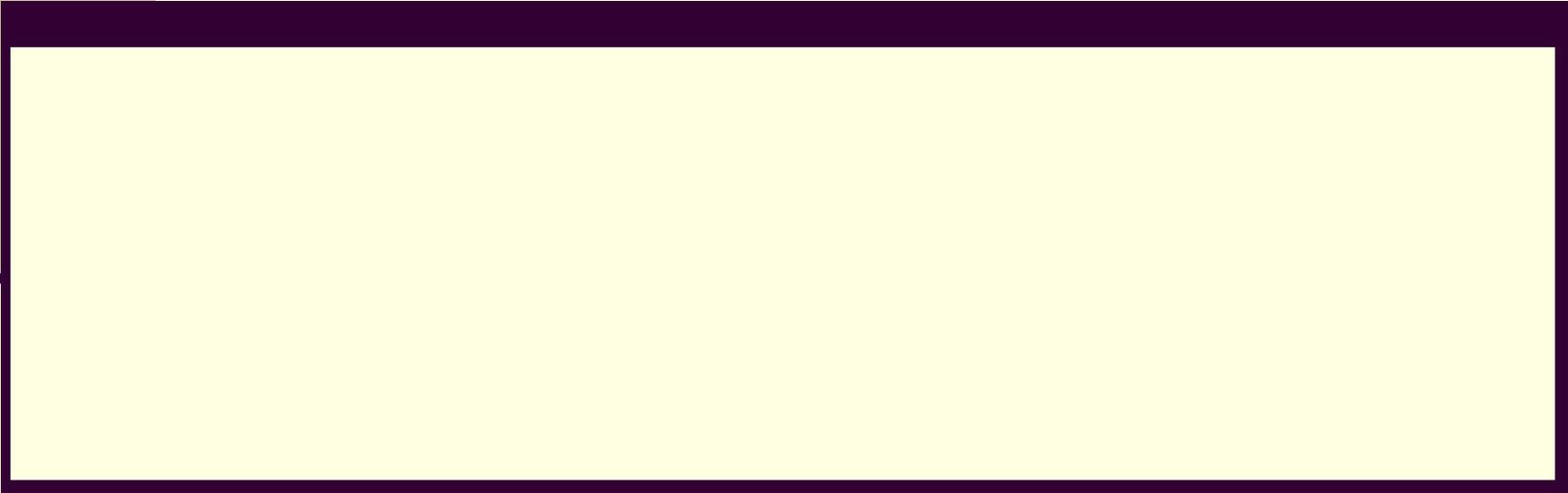
Psychose débutante

Psychose débutante présente en plus des troubles de l'affectivité ou de la relation

- Froideur affective, détachement, indifférence
- Bizarrerie, sentiment d'étrangeté, ambivalence
- hermétisme
- Sommeil, appétit conservé
- Dymorphophobie, hallucinations
- Trouble du cours de la pensée (barrage, délire, illogisme, mysticisme)
- Trbls comportement, parasitisme, rituels, tocs
- Dissociation de la réalité, perte de l'adaptation



Traitement
et prise en charge



Évaluation risque suicidaire

- Sévérité de la dépression et l'intensité de l'angoisse
- Si délire associé risque suicidaire x 5
- Antécédent de tentatives de suicide, antécédent de sévices ou violences physiques
- Contexte de séparation affective
- Isolement social
- Addiction ou toxicomanie

6 éléments d'appréciation de la dangerosité

- Le niveau de souffrance : désespoir omniprésent, culpabilité ...
- Le degré d'intentionnalité : idées suicidaires envahissantes, ruminations, opposition au soin, sentiment d'avoir tout essayé...
- Les éléments d'impulsivité : tension psychique, agitation motrice, le patient est coupé de ses émotions, rationalisation de sa décision...
- Un élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte...
- La présence de moyens létaux à disposition...acte planifié
- La qualité de soutien de l'entourage proche

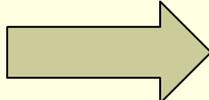
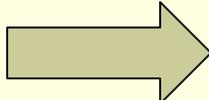
Les choix thérapeutiques

Les antidépresseurs:

Utiles, mais actuellement incriminés de favoriser les passages à l'acte chez les adolescents dépressifs...

En ambulatoire, sont recommandés les ISRS ou ISRSNA en première intention, leur efficacité n'est pas meilleure que celle des tricycliques, mais l'observance est meilleure (>4%) et le risque léthal en cas d'ingestion volontaire est nettement inférieur (1/1750 sous imipraminique, 1/100 000 sous ISRS).

Les interactions médicamenteuses des ISRS et des ISRSNA à retenir:

-  -**antivitamine K** (augmentation effets anticoagulants)
-  -**Triptan** (risque HTA ou vasoconstriction coronaire ou syndrome sérotonigernique)
-  -**carbamazepine** (risque surdosage en carbamazepine)
-  -**methadone** (risque de surdosage en méthadone)
-  -**IMAO, Imipramine, lithium** risque de syndrome serotonigergique

Les interactions médicamenteuses des tricycliques à retenir

- Imao, sultopride (C.I. formelle)
- Clonidine (catapressan), guanfacine (estulic)
 - Diminution de l'effet antihypertenseur
- Théophylline
 - surdosage en théophylline
- Cimétidine
 - augmentation taux sérique
- imipramine
- Chez le tabagique, le taux d'imipramine est réduit de 45%
- Anticonvulsivants : diminue le seuil épileptogène)
- Quinidiniques, procainamide
 - augmentation du temps de conduction

Traitements médicamenteux *associés*

Les anxiolytiques:

Indispensables chez toutes personnes déprimées angoissées durant les quinze premiers jours, sauf antidépresseurs très anxiolytiques comme la miansérine, ou la tianeptine dont l'usage est surtout réservé aux sujets âgés ou alcooliques, ou aux patients très angoissés mais peu déprimés.

Les hypnotiques:

en commençant par les moins dangereux en cas d'ingestion massive...

Traitements médicamenteux associés (suite)

Les neuroleptiques:

réservés aux dépressions très sévères où le risque suicidaire est élevé, peuvent être utilisés :

-tercian 25 mg ½ -1 cp 3x/jour

-loxapac 2,5% 10 -25 gttes 3x/jour

-tiapridal 100mg 3x1/2 -1 cp /jour

dans les mélancolies délirantes l'haldol est également intéressant pour son action incisive et sédatrice

Choix de l'antidépresseur

- En fonction des effets collatéraux:

- sédatifs, pour les déprimés anxieux et/ou insomniaques

- stimulants pour les déprimés ralentis

◀ En fonction des interactions médicamenteuses, du terrain somatique, de l'âge, de l'image que le patient ou le thérapeute en a...

L'évaluation de l'efficacité des antidépresseurs n'a pas montré de différence significative entre les différentes classes thérapeutiques...

Les R.M.O.

- Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement, en début de traitement, à un antidépresseur:
 - un anxiolytique, un hypnotique, un thymorégulateur, un neuroleptique
 - si l'importance de l'anxiété, de l'insomnie, de l'agitation, du risque de levée de l'inhibition justifie une coprescription, celle-ci doit être brève et rapidement réévaluée.

Les R.M.O. (suite)

- Il n'y a pas lieu de prescrire, en première intention plus d'un antidépresseur lors de la mise en route du traitement d'un état dépressif.
- Il n'y a pas lieu de poursuivre, sans le réévaluer, un traitement antidépresseur plus de six mois, après obtention de la rémission complète de l'épisode dépressif, sauf en cas d'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs caractérisés récurrents et rapprochés.

Durée du traitement antidépresseur

- De 6 mois à un an après l'obtention de la rémission
- L'arrêt doit être progressif, car le risque de rebond ou de symptômes de sevrage sont fréquents (anxiété, myalgies, céphalées, troubles du sommeil, syndrome extrapyramidal...); en pratique, réduire de 25% la posologie hebdomadaire sur une période de 2 à 3 mois.
- L'indication d'un traitement antidépresseur au long cours est justifiée après deux ou trois épisodes dépressifs sévères ou après un traitement par psychothérapie.

Effets secondaires des antidépresseurs

Antidépresseur		sédation	insomnie	Effets anti-cholinergiques	Troubles sexuels	nausées	hypona; tbles hématologiques	Alopécie	anorexie
Amitriptyline	Laroxyl	+++	0	+++	0	0	0	0	0
Clomipramine	Anafranil	++	0	+++	++	++	0	0	0
Desipramine	Pertofran	+	+	+	0	0	0	+	0
Doxépine	Quitaxon	+++	0	++	0	0	0	0	0
Imipramine	Tofranil	++	0	++	0	0	0	+	0
trimipramine	Surmontil	+++	0	+++	0	0	0	0	0
amoxapine	Défanyl	++	0	+	0	+	0	0	0
Citalopram	Seropram	0	+	0	++	++	+	0	0
Fluoxétine	Prozac	0	++	0	++	++	+	0	0
Fluvoxamine	Floxyfral	0	++	0	++	++	+	0	0
Maprotiline	Ludiomil	++	0	+	0	0	0	+	0
Miansérine	Athymil	+++	0	0	0	0	0	0	0
Paroxétine	Deroxat	0	++	0	++	++	+	0	0
Viloxazine	Vivalan	0	+	+	0	+	0	0	+
Tianeptine	Stablon	0	+	0	0	0	0	0	+
Mirtazapine	Norset	+++	0	+	0	0	+	0	0
Milnacipran	Ixel	0	+	++	0	+	0	0	0
Venlafaxine	Effexor	+	+	+	+	+	+	+	+
Sertraline	Zoloft	0	+	0	+	++	+	0	0

Stratégies thérapeutiques en cas de résistance au traitement

- Le délai d'action habituel des antidépresseurs est de 10 jours, les premières améliorations symptomatiques sont le sommeil et l'anorexie. Attention à la levée de l'inhibition du dixième jour.
- En cas de réponse partielle: augmentation de la posologie de l'antidépresseur à partir du 15ième jour
- En cas de résistance, 20% des dépressions, (absence d'amélioration au terme de 4 semaines) : changer de médicament (choisir une autre classe si possible), éliminer une origine organique, (dysthyroïdie, tumeur cérébrale, maladie de parkinson, cancer, alcoolisme...) associer une psychothérapie, envisager une consultation spécialisée ou une hospitalisation

Prise en charge des dépressions résistantes

- Si malgré le changement de thérapeutique, les troubles dépressifs persistent :
- envisager une hospitalisation
- éventuellement associer deux antidépresseurs
- Ajouter un thymorégulateur (dépakote, téralithe), améliore 50 % des dépressions résistantes.
- évoquer un traitement par sismothérapie qui trouve sa meilleure indication dans les dépressions mélancoliques. La sismothérapie bilatérale est plus efficace mais génère davantage de troubles cognitifs que la sismothérapie unilatérale.

Choix et indications des psychothérapies

Les thérapies de soutien : indiquée pour les dépressions simples ayant un retentissement sur la vie du sujet, efficaces principalement dans les dépressions réactionnelles (divorce, deuil...).

Les thérapies analytiques : indiquée dans les dépressions névrotiques avec difficultés narcissiques, carences affectives de l'enfance, personnalité pathologique associée, nécessite des capacités d'insight, de désir d'aborder la dimension cachée du sens des symptômes.

Choix et indications des psychothérapies (suite)

Les thérapies cognitivo-comportementales :

indiquées dans les dépressions liées à un manque de confiance en soi, à des difficultés d'affirmation de soi, efficacité si absence de troubles névrotiques sévères ou de troubles graves de la personnalité.

Les thérapies familiales : indiquées si problématiques conjugales ou familiales prononcées, nécessite l'adhésion du groupe familial.

Traitement des dépressions de l'adolescent

- Actuellement la prescription d'antidépresseurs s'avère dangereuse chez l'adolescent compte tenu du risque de passage à l'acte qu'elle peut provoquer.
- Face à un jeune en proie à une symptomatologie dépressive, le plus souvent existentielle liée à la perte des idéaux infantiles, lui opposer une présence adulte, un intérêt, une capacité à trouver avec lui des réponses à ses interrogations ou doutes, est probablement plus narcissisant que le lui renvoyer l'image d'un malade que l'on doit traiter médicalement.
- Les anxiolytiques sont utiles si l'angoisse est importante.

Structures d'accueil pour adolescents

- Localement, le CASA est une structure de soin spécialisée dans l'accueil des adolescents à partir de 13 ans pour les filles, 14 ans pour les garçons jusqu'à 18 – 20 ans.
- La maison des parents est également une structure où des éducateurs, des psychologues, peuvent apporter leur compétence à des parents inquiets ou dépassés par les comportements ou troubles de leurs enfants.

CONCLUSION: QUELLES DEPRESSIONS PEUVENT ETRE PRISES ENCHARGE EN AMBULATOIRE ?

~~~~> *LA PLUPART.*

- **Affirmer le diagnostic**, et apprécier le **risque suicidaire** ; signaler que l'avis psychiatrique ou hospitalisation peuvent s'imposer à tout moment de l'évolution.
- **Évaluer les incapacités** fonctionnelles, arrêt de travail.
- **Informé le patient**, définir avec lui un projet thérapeutique, le réévaluer régulièrement.
- Obtenir et maintenir une « **alliance thérapeutique** » : traitement long, effets II°, informer du déficit cognitif
- **Renforcer l'adhésion au traitement** : pour la phase de consolidation, (fausse euthymie), pour le délai d'action inévitable de 2 à 4 semaines, prendre un avis médical avant d'arrêter le traitement.
- Informer le patient, après amélioration , et s'il en est d'accord son entourage, des **signes précoces de rechute**.

## CONCLUSION: Consultation psychiatrique recommandée



### Quand ?

- à n'importe quel moment de la prise en charge si **le patient le souhaite**
- s'il existe une **incidence médico-légale**, en cas de contexte familial difficile, ou en cas de **comorbidité psychiatrique**
- si le praticien se sent **insuffisamment expérimenté**
- s'il n'est pas possible d'instaurer une véritable «alliance thérapeutique » ou **observance**
- en cas de réponse insuffisante au traitement dans les 4 à 8 semaines

# **CONCLUSION:** **Hospitalisation recommandée** ~~~~> **quand ?**

---

- En cas de **risque suicidaire**, interroger le patient sur **ses idées de mort**, (aucun facteur de risque ne permet d'évaluer avec certitude le risque réel). Si hospitalisation refusée et dangerosité manifeste, recourir à l'HDT
- Dans certaines formes sévères : présence de symptômes psychotiques ou somatiques associés
- Résistance au traitement
- Dépression avec abus associé de médicaments ou drogues (alcool compris)
- Dépression associée à des troubles paniques
- Dépression atypique (avec agitation)
- Dépression bipolaire
- Dépression multi récidivante nécessitant traitement HR
- Un entourage social ou familial insuffisant

**CONCLUSION:**  
**AMELIORATION DE LA**  
**PRISE ENCHARGE DES PATIENTS DEPRIMES / ANAES**

---

- **Améliorer la perception de la maladie par le patient lui-même** et, avec son accord, celle de son entourage ( information sur le trouble dépressif et son traitement )
- **Améliorer le repérage de la dépression** en médecine générale  
L'Anaes a signalé l'intérêt d'utiliser en pratique courante les 2 questions suivantes pour le repérage des sujets à risque :  
“au cours du dernier mois,
  - avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ?
  - avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ? (ou vous sentez-vous déprimé ?)”
- **Améliorer la coordination** entre médecine générale et médecine psychiatrique

# annexes

| <i>Médicaments antidépresseurs commercialisés en France</i> |               |                      |
|-------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|
| Classe Pharmacologique                                      | DCI           | Nom de la spécialité |
| <b>IMIPRAMINIQUES</b>                                       | AMITRYPTILINE | ELAVIL / LAROXYL     |
| ”                                                           | AMOXAPINE     | DEFANYL              |
| ”                                                           | CLOMIPRAMINE  | ANAFRANIL            |
| ”                                                           | DÉSIPRAMINE   | PERTOFRAN            |
| ”                                                           | DOSULÉPINE    | PROTHIADEN           |
| ”                                                           | DOXÉPINE      | QUITAXON             |
| ”                                                           | IMIPRAMINE    | TOFRANIL             |
| ”                                                           | MAPROTILINE   | LUDIOMIL             |
| ”                                                           | TRIMIPRAMINE  | SURMONTIL            |
| <b>IMAO</b>                                                 | IPRONIAZIDE   | MARSILID             |
| <b>IMAO SÉLECTIFS</b>                                       | MOCLOBÉMIDE   | MOCLAMINE            |
| ”                                                           | TOLOXATONE    | HUMORYL              |
| <b>ISRS</b>                                                 | CITALOPRAM    | SEROPRAM             |
| ”                                                           | FLUOXÉTINE    | PROZAC               |
| ”                                                           | FLUVOXAMINE   | FLOXYFRAL            |
| ”                                                           | MIRTAZAPINE   | NORSET               |
| ”                                                           | PAROXÉTINE    | DEROXAT / DIVARIUS   |
| ”                                                           | SERTRALINE    | ZOLOFT               |
| <b>ISRS-NA</b>                                              | MILNACIPRAN   | IXEL                 |
| ”                                                           | VENLAFAXINE   | EFEXOR               |
| <b>NON IMIPR—NON IMAO</b>                                   | MIANSÉRINE    | ATHYMIL              |
| ”                                                           | TIANEPTINE    | STABLON              |
| ”                                                           | VILOXAZINE    | VIVALAN              |

# Annexes

## Législation française sur la responsabilité en cas de suicide (Code pénal).

---

- **Article 223-3** « le délaissement, en un lieu quelconque, d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende »
- **Article 223-4** « le délaissement qui a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente est puni de quinze ans de réclusion criminelle. Le délaissement qui a provoqué la mort est puni de vingt ans de réclusion criminelle »
- **Article 223-6** Punit de 5 ans d'emprisonnement et 500 000 F d'amende « quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »
- **L'article 423 du Code de la santé publique** peut conduire à la radiation d'un médecin sous le coup d'une condamnation en rapport avec les articles du Code pénal cités. Dans tous les cas, le témoin direct d'une tentative de suicide se doit de l'empêcher, à plus forte raison s'il est médecin.