

## **"La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge"**

Conférence de consensus organisée par la Fédération Française de  
Psychiatrie  
avec l'aide méthodologique de l'ANAES et le soutien de la Direction  
Générale de la santé.

Cette conférence de consensus a eu lieu :

**19 et 20 octobre 2000 à Amphithéâtre Charcot  
Hôpital La Salpêtrière Boulevard de l'Hôpital - 75013 PARIS**

- 1 • [La crise suicidaire \(Définition et limites\)](#) - Pr Pierre Moron
- 2 • [Les étapes de la crise suicidaire](#) - J. Vedrinne - D. Weber - CH de Lyon
- 3 • [Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ?](#) - Dr Michel Benoit - CHU de Nice
- 4 • [Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien](#)  
[Quels sont les facteurs relatifs à l'environnement \(famille, travail, contexte social\) ?](#)  
[Quelle est l'influence des événements de vie ?](#)  
M. Walter CHU de Brest
- 5 • [Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur](#) - Agnès Battinserm
- 6 • [Facteurs de risques relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire : réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire](#) -  
Professeur Ph. Jeammet
- 7 • [Crise suicidaire et pathologie mentale](#) - Jean-Marie Vanelle Professeur  
de psychiatrie, SHUPPM, CHU de Nantes 44
- 8 • [Caractéristiques favorisant le passage à l'acte dans la crise suicidaire](#) -  
Docteur Yves Lecrubier INSERM - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière Paris
- 9 • [Repérage du suicide en prison et éléments contextuels](#) - Dr Sophie  
Baron-Laforet Praticien hospitalier, C.H. L-J Gregory, Thuir
- 10 • [Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques](#) - Marie Choquet  
Directeur de Recherche, INSERM, U. 472
- 11 • [Quelles sont les circonstances de la crise suicidaire, Y compris le suicide en collectivité ?](#) - Pr J.P. Soubrier Groupe Hospitalier Cochin -  
Saint-Vincent-de-Paul (AP-HP) Ancien Président de l'Association  
Internationale pour la Prévention du Suicide
- 12 • [Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool ?](#) - Pr. Jean  
Adès, Pr. Michel Lejoyeux. Service de psychiatrie. Hôpital Louis Mourier.  
Colombes
- 13 • [Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise](#)

[suicidaire et de son intensité](#) - Dr Louis Jehel Hôpital Pominidou

14 • [Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ?](#) - Dr François DUMEL  
Médecin généraliste, Audincourt

15 • [Peut-on évaluer le rôle des services d'assistance téléphonique dans la crise suicidaire ?](#) - Professeur Patrick Hardy Service de Psychiatrie  
d'adultes. C.H.U. de Bicêtre

16 • [Risque suicidaire, crise familiale ; réflexions générales et modalités d'intervention](#) - Dr Serge Kannas CHS Charcot - Plaisir

17 • [Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?](#) - Monique SÉGUIN, Ph.D. Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull Directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil

18 • [Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte?](#) - Monique SÉGUIN, Ph.D. Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull Directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil

19 • [Quelles sont les spécificités associées à l'intervention en situation de crise en fonction des facteurs de risque ?](#) - Monique SÉGUIN, Ph.D. - Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull - Directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil - Centre de recherche Fernand-Seguin Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal

20 • [Approche pharmacologique des conduites suicidaires](#) - Dr Mocrane Abbar Service de Psychiatrie A, CHU Carémeau, Nîmes

21 • [Protocole de thérapie brève de familles de suicidants](#) - Dr J.-C. Oualid Psychiatre, Thérapeute familial, Responsable du département Impasse & Devenir, Unité de prévention de l'association La Corde Raide. Paris.

22 • [Place de l'hospitalisation sous contrainte dans la crise suicidaire. Utilisation de la loi du 27 juin 1990.](#) - Dr Michel BENOIT CHU de Nice

23 • [Crise suicidaire : faut-il un suivi à court terme ?](#) - Dr Xavier Pommereau Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte - Centre Abadie CHU de Bordeaux

24 • [Suivi après la crise suicidaire, à moyen et long terme](#) - Dr Alain Braconnier Centre Philippe Paumelle, Paris

25 • [Le rôle de l'entourage dans la prévention du suicide](#) - Brian L. Mishara, Ph.D. Directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie Professeur, Département de psychologie - Université du Québec à Montréal

## La crise suicidaire (Définition et limites)

Pr Pierre Moron

Thématique essentielle de toute réflexion sur le suicide, la crise suicidaire a fait l'objet d'assez nombreux travaux (24).

Sa connaissance, sa reconnaissance par tout intervenant en la matière est indispensable afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire, spécialement chez un sujet "à risque", adolescent par exemple (20) dont on connaît bien maintenant les vécus dépressifs, base usuelle de la conduite suicidaire, et la dépressivité (1).

La crise suicidaire est toujours sous-jacente à une conduite suicidaire et peut être son aboutissement (en matière de suicide comme en psychologie générale, le terme de conduite implique une certaine élaboration d'un comportement qui, lui, serait plus instinctif).

Ainsi, alors qu'en créant le GEPS en 1969 nous l'avions intitulé "Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide", l'Association Internationale a choisi une autre formule : "Pour la prévention du suicide et les interventions en cas de crise", mariant ainsi judicieusement les deux termes.

Tout d'abord pourquoi parler de crise? : "Ce terme s'est introduit en psychiatrie par analogie au sens médical pour signifier "période de crise". Classiquement, il s'agit d'un changement subit dans l'évolution d'une maladie qui signe une aggravation ou une amélioration, mais aussi de l'émergence de manifestations pathologiques chez un sujet considéré comme sain. Elle correspond à un moment d'échappement où le patient présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, le mettant en situation de rupture, de souffrance, laquelle n'est pas obligatoirement théâtrale ou bruyante au contraire" (35), certains l'ayant même vécue comme moment fécond d'une vie (19).

"Cette crise constitue un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant ou d'un ensemble d'êtres, conséquence d'une perturbation du système de régulation assurant leur continuité et leur intégrité. C'est donc un phénomène qui recouvre des situations très variables dans leur nature puisqu'il peut affecter les domaines corporels, psychiques et sociaux. Elle doit être pensée avant tout comme un phénomène où une tension dynamique s'exerce entre les deux pôles dialectiques de l'individu et du groupe. Elle se délimite aussi comme la vie par des critères temporels ; elle a un début et une fin.

En même temps que le suicide se défaisait de sa conception psychiatrique (descriptive, nosologique) où il était aliéné à la maladie mentale par sa réduction à une composante constitutive de celle-ci, on était amené dans une conception psychodynamique à mettre l'accent sur la notion de crise suicidaire (33).

Quant au suicidaire, c'est celui "qui sans réaliser un geste directement auto-agressif multiplie par ses comportements les situations de risque où parfois sa vie, en tout cas sa santé, peut être mise en jeu"(13). Il convient classiquement de l'opposer certes au suicidé, mort par suicide, mais aussi au suicidant qui s'est manifesté concrètement dans un comportement dont la finalité autolytique n'est pas tant s'en faut toujours majeure. "Si ces trois catégories ne peuvent se confondre, elles ont à l'évidence un fond commun, celui qui consiste pour une personne à remettre en cause ce qui la fait vivante, agissante" (13). A signaler que l'appellation bien désagréable de suicidards a pu être attribuée à des sujets à comportement suicidaire répétitif (pouvant présenter un véritable "état de mal suicidaire" : 21) par telle équipe de service d'urgence ayant à s'occuper de ce qu'elle estime "des patients plus gravement atteints"(29).

Il est classique de décrire : la tentative de suicide, acte incomplet se soldant par un échec, dont l'intentionnalité suicidaire est donc souvent discutable ou de toute façon à discuter ; la velléité suicidaire, acte plus ou moins ébauché ; l'idée du suicide, simple représentation mentale de l'acte, voire le chantage au suicide dont il faut savoir aussi se méfier de l'apparence. Est exclu volontairement le concept de "parasuicide", pas forcément aussi négligeable qu'il est décrit (32). En tout espèce de cause, la bénignité apparente du geste (type phlébotomie : 31) ne doit pas faire exclure la prudence. Au total, se pose classiquement la question du dit et du non-dit dans les conduites suicidaires (18).

A ce sujet, on ne peut négliger ce qu'il est convenu d'appeler les fonctions suicidaires : à la suite de E. Stengel et N.G. Cook (40), nous nous sommes intéressé comme d'autres à cet aspect de la crise suicidaire très lié à l'intentionnalité d'un geste éventuellement mortel(28). C'est ainsi que si l'auto-agressivité est logiquement à la base de la suppression de soi, il convient, comme l'ont fait nombre de psychanalystes, de rappeler l'existence fréquente de l'hétéro-agressivité (base entre autres du chantage) ; sont également décrites la catastrophe, la fuite, la grande majorité des comportements suicidaires étant sous-tendue par la fonction d'appel justifiant la nécessité d'intervention systématique en matière de crise suicidaire. Cette dernière peut aussi se masquer sous une attitude de jeu, correspondre à un anniversaire ou dans le passage à l'acte à venir répondre à une attitude ordalique ou oblativ.

Cette approche plus psychologique n'exclut naturellement pas l'importance de tel ou tel déterminant psychopathologique de la crise suicidaire.

N'y-a-t-il pas bien souvent derrière ces intentionnalités variées, constitutives de la crise suicidaire, un désir de vivre mieux (7), autrement (27) ou bien un désir d'absolu (10)?

"L'émergence de la crise suicidaire, véritable dérèglement du sens de l'auto-conservation trouve son moteur dans l'envahissement soudain du psychisme par une passion de destruction plus que par un désir de mort qu'on serait en peine de définir. Une des fonctions de la crise suicidaire est bien de court-circuiter l'espace et le temps inhérent à la communication. La crise suicidaire, quand elle devient publique constitue l'urgence par excellence, un moment décisif qui mobilise impérieusement l'autre" (33).

C'est dire les difficultés que peuvent éprouver en face d'elle l'omnipraticien ou le médecin hospitalier (39), en fait toute personne confrontée à sa reconnaissance chez l'autre, l'écoute du désir du suicide mettant en cause la position personnelle de l'écouter, praticien ou pas (42). Si un dialogue ne s'instaure pas, le geste suicidaire qui risque de survenir peut avoir alors comme signification un acte de communication ... (41). Les écoutes du suicidant furent d'ailleurs le thème de la huitième réunion du G.E.P.S. en 1976 à Reims .

On doit à ce sujet évoquer le rôle important des associations, s'efforçant de prévenir le suicide, dont les pratiques ont évolué avec généralement abandon de la réponse "d'accompagnement" (jusqu'à la mort), adaptation aux appelants dits "chroniques" (11) et autres progrès dans l'écoute du suicidaire. La perception des motivations de l'appelant suicidaire est certainement une vraie base de prévention du geste auto-agressif (25) mais on est obligé de reconnaître que l'identification clinique du risque suicidaire est en toute espèce de cause bien souvent des plus difficiles (30).

Mais qu'en est-il de la durée de la crise suicidaire? Il s'avère aussi qu'elle peut être très variable, allant au minimum de quelques secondes (tel le brusque raptus suicidaire du grand mélancolique) à des formes beaucoup plus durables de quelques

heures, jours ou mois, voire années, certains n'hésitant pas à la reconnaître dès la naissance comme cela a pu être décrit à l'occasion de la mort puerpérale de la mère avec deuil d'une réparation narcissique fondamentale chez l'enfant "dans le cadre d'un vrai roman paradoxal" (37).

La crise suicidaire peut également être variable dans le temps avec de véritables fluctuations d'intensité ou même des mutations ou également réapparaître après le passage à l'acte avec danger de récurrence (17) et souvent phénomène "d'escalade" dans les moyens auto-agressifs employés.

Nous n'insisterons pas sur les événements de vie, facteur déclenchant ou amplifiant la crise suicidaire (12) dont on peut éventuellement juger de l'impact dans les lettres de suicidant (4) et rappellerons que désormais la provocation du suicide est inscrite dans le Nouveau Code Pénal (2). Il convient maintenant d'évoquer le problème des équivalents suicidaires (dans le cadre des limites de la crise suicidaire) que M. L. Farberow (14) et l'Ecole Américaine de Suicidologie ont défendu sous le concept d'auto-destruction directe ou indirecte (38).

Mériteraient une telle appellation le refus de traitement en connaissance de cause, certaines toxicomanies au cours desquelles le sujet est averti et conscient de sa déchéance progressive et toutes les conduites de risque choisies sans obligation avec conscience du danger couru, jeu avec la vie et avec la mort tel qu'on le rencontre en particulier chez certains adolescents (22).

Certains ont voulu aller plus loin et cliniquement (ou théoriquement) et considèrent comme équivalents suicidaires : l'anorexie mentale (8) le syndrome de glissement, la prise d'otage (5) et même le symptôme psychosomatique (16) ; nous avons nous-même décrit dans ce cadre certaines formes curieuses de don du sang (26).

Au total, c'est dire que sont souvent floues les limites de ce qu'il est convenu d'appeler la crise suicidaire.

Peut-il y avoir d'ailleurs crise suicidaire collective? D'assez nombreux événements évoquant de tels faits ont donné souvent naissance à une publicité médiatique. Il est tout à fait évident que dans ces cas de suicides à plusieurs, voire collectifs, il ne s'agit pas toujours tant s'en faut de crises suicidaires mais de problèmes d'ordre potentiellement médico-légal.

Enfin, on doit rappeler la "contagiosité" de la crise suicidaire, en particulier en milieu institutionnel (6) (36).

Existe-t-il au total un syndrome pré-suicidaire avec majoration de la "crise de base"?

Pour E. Ringel (34), il est usuel, constitué d'une triade faite de constriction de la personnalité, d'inhibition de l'agressivité et de fuite vers les phantasmes de suicide (dans ses premiers ouvrages, cet auteur parlait de rétrécissement de l'affectivité et d'accroissement de l'agressivité). Pour R. E. Litman (23), il n'y a non pas tant un syndrome pré-suicidaire qu'un potentiel suicidaire latent lequel éclate au cours d'une crise pendant laquelle le sujet, directement ou indirectement, suggère à son entourage son idée de suicide et modifie son comportement habituel (43).

Ce qui amène à évoquer l'état d'inquiétude suicidaire voire de crise qui peut apparaître au cours de toute psychanalyse, posant un délicat problème au psychanalyste (parfois piégé par un prétendu syndrome pré-suicidaire : 15) mais se révélant être à mon sens, si elle est "dépassée", une garantie de réussite d'une psychanalyse approfondie (type didactique, suivant l'appellation maintenant périmée).

On ne serait trop également souligner le rôle des systèmes sérotoninergiques dans la genèse des troubles de l'humeur et du comportement et en particulier dans les passages à l'acte et de façon plus large l'aspect iatrogène et pharmacogène de

certaines crises suicidaires (9) ou même l'utilisation suicidaire au sortir de la consultation des médicaments prescrits par le généraliste ou même le psychiatre ayant sous-estimé ou n'ayant pas objectivé la détermination suicidaire du patient.

**Telle se présente la crise suicidaire que peu d'auteurs négligent dans leurs écrits sur le suicide : c'est pourtant le fait de J. Baechler (3) qui dans l'Avant-propos de son livre "Les suicides", considéré habituellement comme un ouvrage classique en tant que "théorie générale partant de l'étude de cas", reconnaît : "Je ne suis pas médecin, ni psychiatre, ni psychanalyste ; je ne suis pas moraliste, ni philosophe, ni théologien ; je ne suis pas ethnologue, ni psychologue et si peu sociologue".**

**Ceci explique peut-être cela.**

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Alléon A. M., Morvan O., Mouchet A., "Idées de suicide, dépression, dépressivité". In "Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte" (Jeammet P., Birot E.), Paris, Presses Universitaires de France, 1994, 133-150.
- Alméras J.-P., "La provocation au suicide", *Le Concours Médical*, 1988, 110,8, 603-605. Baechler J., "Les suicides", Paris, Calmann-Lévy, 1975.
- Bareil M., Franc R., Moron P., "Lettres de suicidants et évènements de vie", *Psychologie Médicale*, 1988, 20, 3, 319-321.
- Boucharlat J., "Equivalent suicidaire : la prise d'otage. Réflexions sur la situation d'urgence", *Psychologie Médicale*, 1981, 13, 8, 1219-1220.
- Bourgeois M., "Suicide et Institution", *Psychologie Médicale*, 1987, 19, 5. Burner M., "Le suicidant : régression ou désir de vivre mieux", *Psychologie Médicale*, 1978, 10, 3, 441-446.
- Charazac-Brunel M., "Peut-on considérer le symptôme psychosomatique comme un équivalent suicidaire?", *Psychologie Médicale*, 1981, 13, 8, 1195-1198.
- Chauvot B., Pascalis G., "Aspect iatrogène et pharmacogène de certaines crises suicidaires", *Psychologie Médicale*, 1977, 9, 5, 845-847.
- Chevron Villette J.-M. de, "Le suicidaire et le désir d'absolu", *Psychologie Médicale*, 1986, 18, 6, 925-926.
- Cosyns P., Wilmotte J., "Les appelants dits chroniques", Bruxelles, Compte rendu polycopié des Actes de la 4ème Réunion du G.E.P.S., 1972, 45-49.
- Coudert A.-J., "Evènements de Vie et Gestes Suicidaires", *Psychologie Médicale*, 1988, 20, 3. Debout M., "Le suicide", Paris, Ellipses, 1996.
- Farberow N.L., "The many Faces of Suicide", New York, Mc Graw Hill, 1980. Ferro A., Bianchi Loconte S., "A propos du prétendu syndrome présuicidaire", *Psychologie Médicale*, 1982, 14,12, 1877-1878.
- Frigli L., Cuzzolaro M., "La grève de la faim et l'anorexie mentale essentielle des jeunes filles. Le suicide-chantage dans la société et la famille", *Psychologie Médicale*, 1984, 16, 12, 2053-2054.
- Garré J.B., "Les récidives suicidaires : réflexions sur un programme possible de prévention", *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1998, 15,17-21.
- Gorceix A., Peyron M., "Le dit et le non-dit dans les conduites suicidaires", *Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale*, n°64, Paris, Masson, 1972, 39-43.
- Gouiran Y., "La crise suicidaire comme moment fécond d'une vie", *Psychologie Médicale*, 1977, 9, 5, 787-795.
- Jeammet P., Birot E., "Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte", Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- Jolibois M., Finance F., Ruh D., Schweitzer E., Singer P., Jaeger A., Tempe J.-D., Singer L., "Etat de mal suicidaire. A propos d'un cas", *Psychologie Médicale*, 1977, 9, 5, 771-776.
- Ladame F., Ottino J., Wagner P., "Adolescent suicidaires, adolescent suicidants" : in adolescence et suicide (Ladame F., Ottino J., Pawlak C.), Paris, Masson, 1995, 124-131.
- Litman R.E. et al., "Investigation of Equivocal suicides", *J.A.M.A.*, 1963, 184, 924-929. Moron P., "La crise suicidaire", *Psychologie Médicale*, 1977, 9, 5.
- Moron P., Fabre A.-P., S.O.S. Amitié Toulouse. "Perception des motivations de l'anneant suicidant".

Psychologie Médicale, 1977, 9, 9, 1681-1683.

Moron P., Fabre A.-P., Fedou R., "Don du sang, équivalent suicidaire", Psychologie Médicale, 1981, 13, 8, 1185-1188.

Moron P., "Suicide et désir de vivre", Editorial, La Gazette Médicale, 1985, 92, 13, 21. Moron P., "Les fonctions suicidaires", Psychologie Médicale, 1994, 26, spécial 11, 1103-1107. Moron P., "Le suicide", Collection "Que sais-je?" n° 1569 (7ème édition), Presses Universitaires de France, 1999.

Murphy G.E., "Clinical identification of suicidal risk", Arch. Gen. Psychiat., 1972, 27, 356-359.

Pédinielli J.-L., Bertagne P., Chabaud B., "Les phlébotomies : approche descriptive et quantitative", Psychologie Médicale, 1988, 20, 3, 448-453.

Pringuey D., Milech T., Yzombard G., "Le parasuicide comme syndrome anagapique", Psychologie Médicale, 1980, 12, 4, 769-772.

Quenard O., Rolland J.-C., "Aspects cliniques et état de crise suicidaire", Suicide et conduites suicidaires. Aspects cliniques et institutionnels, Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, n°122, Paris, Masson, 1982, 13-47.

Ringel E., "La prévention du suicide, un problème mondial", Hygiène mentale, 1966, 55, 3, 84-105.

Samuelian J. C. : "Crise", In Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique (Porot A.), Paris, Presses Universitaires de France, 1996, 165.

Schmitt L., Olivier F., Péresson G., Rouch M., Franc R., Moron P., "Le désarroi institutionnel après le geste suicidaire de patients hospitalisés", Psychologie Médicale, 1992, 24, 10, 1035-1037.

Skrobot L., "L'enfant de "la mort puerpérale" et le suicide : le roman paradoxal", Psychologie Médicale, 1984, 16, 12, 2097-2099.

Soubrier J.P., "Contribution à la notion d'équivalent suicidaire : le concept d'autodestruction directe ou indirecte. Selon Farberow et l'Ecole Américaine de Suicidologie", Psychologie Médicale, 1981, 13, 8, 1205-1207.

Souris M., Eleftheriadis C., "Prévention du suicide chez l'omnipraticien et le médecin hospitalier", Dépression et Suicide, Paris, Pergamon Press, 1983, 429-432.

Stengel E., Cook N.G., "Attempted suicide. Its social signifiante and effects", London, Oxford University Press, 1958.

Taleghani M., "Signification du geste suicidaire comme acte de communication", Psychologie Médicale, 1977, 9, 5, 851-856.

Védrinne J., "Le praticien et la reconnaissance du sujet suicidaire", Suicide et conduites suicidaires. Aspects socioculturels, épidémiologiques. Prévention et traitement, Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale, n°120, Paris, Masson, 1981, 171-179.

Vigy (M.), "Le syndrome pré-suicidaire", Le Concours Médical, 1969, 91, 37, 6313-6317.

## Les étapes de la crise suicidaire

J. Vedrinne - D. Weber CH - Lyon

La conception psychiatrique du suicide aliénait celui-ci à la maladie mentale en le réduisant à une des composantes qui la constituait ; il s'inscrivait dans un processus pathologique d'évolution continue, linéaire, comme s'il s'agissait de la conclusion logique d'une maladie fatale.

La conception psycho-dynamique du suicide a mis l'accent sur la notion de crise. Celle-ci constitue un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant, résultant d'une perturbation du système de régulation qui assure la continuité et l'intégrité de l'être, au niveau corporel, psychique ou social. D'où l'aspect souvent protéiforme et insaisissable de la crise, qui tient aux possibilités illimitées des conflits qu'elle peut présenter.

Le geste suicidaire s'inscrit dans le déroulement de la crise comme une tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie. Il s'impose à lui comme une nécessité, devant l'impossibilité de contenir une angoisse envahissante et déstructurante par les mécanismes de défense habituels. Certes, le passage à l'acte suicidaire n'est pas le seul moyen de réduire ces tensions : l'agitation, l'agressivité à l'égard d'autrui le permettraient aussi. Tout se passe comme si, face à cette équivalence (agressivité contre autrui ou contre soi) le sujet balançait, à travers ses représentations fantasmatiques, entre une identification à une position de victime ou d'agresseur, pour finalement trouver un compromis singulier : être les deux à la fois ! La crise suicidaire quand elle devient publique, constitue l'urgence par excellence, un moment décisif qui mobilise impérieusement l'autre. Le suicidant, par la mise en jeu de sa vie, s'impose aux autres. Il force l'attention, la relation, l'intervention de l'autre, c'est à dire qu'il en fait d'une certaine façon son objet, en court-circuitant l'espace et le temps de la demande.

Cependant, le temps du déroulement de la crise, dont nous analyserons les étapes, constitue paradoxalement un moment fécond en ce qu'il laisse place à des interventions préventives, contrairement à ce qui se passe dans le raptus suicidaire où celles-ci sont limitées du fait de l'instantanéité du geste.

Les différentes significations de ce dernier ne peuvent alors se décrypter que dans l'après coup, souvent post-mortem, mais il n'en reste pas moins que dans un certain nombre de situations, aucun signe n'a été perceptible par l'entourage familial, professionnel ou médical, ajoutant au désarroi de tous.

Il est difficile de décrire des étapes aux frontières bien tranchées : chaque sujet suit un cheminement qui lui est propre et dont les expressions sont loin d'être standardisées, même lorsqu'elles sont marquées du sceau de la pathologie mentale. Ce cheminement va provoquer divers types de réponses, indissociables du déroulement de la crise, qui peut s'en trouver par-là même profondément modifiée. On ne peut mettre sur le même plan la description des étapes d'une maladie somatique et celles d'un processus psychique.

De la même façon que les psychanalystes ont pu évoquer pendant des années après Freud, la succession rigoureuse de stades dans le développement somato-psychique de l'enfant, il n'en est plus guère question aujourd'hui en dehors des nécessités pédagogiques.

De plus, le débat récurrent sur la dimension systématiquement pathologique du suicide n'est pas de nature à simplifier la question.

Peut-être serait-il plus conforme à la réalité du fonctionnement psychique et social

de parler de moments au cours desquels le sujet est amené à mettre en question sa vie ou sa mort.

Il est habituel de distinguer les idées de suicide, des intentions suicidaires et des passages à l'acte suicidaire.

De quelque moment qu'il s'agisse, la question du sens doit être abordée avec le sujet, dans un échange de paroles : le plus grand danger que puisse rencontrer un suicidant, c'est de se retrouver seul, sans autre, à ressasser ses idées ou intentions, ou à ne rencontrer que des personnes trop angoissées et qui ne songent qu'à prendre la fuite.

### **I - Les idées de suicide**

Les idées de suicide germent chez un grand nombre de sujets, quelles que soient les positions de principe affichées antérieurement : ainsi, une attitude d'opposition déclarée face au suicide ne protège en aucun cas celui qui la met en avant.

La fréquence des idéations suicidaires a été estimée à 13,5% à un moment de leur vie sur un échantillon de 5877 répondants âgés de 15 à 54 ans dans l'Enquête Nationale de Comorbidité réalisée aux USA (1) entre 1990 et 1992. Cette enquête montre ainsi que 3,9% ont rapporté un plan et 4,6% une T.S. Les probabilités cumulées étaient de 34% pour le passage de l'idéation au plan, de 72% pour le passage du plan à la tentative et de 26% pour le passage de l'idéation à une tentative sans plan. Environ 90% des premières tentatives non planifiées et 60% des tentatives planifiées survenaient dans l'année suivant l'apparition de l'idéation.

En France, l'enquête du baromètre Santé (2) a montré que 10 à 25% des jeunes ont des idées suicidaires, 12% de ceux-ci ont fait un projet précis de suicide. Parmi les adolescents ayant fait une tentative de suicide, 57,6% avaient pensé au suicide dans l'année. S'il convient donc de prêter la plus grande attention à de telles idées, il n'en reste pas moins qu'il s'agit également d'une manière de réfléchir sur l'existence et sa finitude, démarche s'intégrant fréquemment dans le processus de maturation psychique à l'adolescence.

D'ailleurs, tout être humain, quel que soit son âge, est soumis psychologiquement au "travail de la mort" (3), même à son insu... On peut aller jusqu'à souligner l'aspect structurant pour la personne de cette prise de conscience des limites de l'homme. Il convient aussi de souligner l'ambivalence de ces idées de suicide qui peuvent paradoxalement avoir une fonction de protection contre un passage à l'acte. Comme le dit Cioran (4): "Je ne vis que parce qu'il est en mon pouvoir de mourir quand bon me semblera : sans l'idée de suicide, je me serais tué depuis toujours."

### **II - L'intention suicidaire**

Lorsque la qualité de la structure familiale ou de l'entourage est insuffisante à contenir de telles idées, on peut alors assister au glissement vers une intention suicidaire lors de n'importe quel événement difficile de l'existence, qu'il le soit objectivement ou non : "L'inconscient n'attend que des prétextes pour réaliser des intentions, y compris des "intentions suicidaires semi-conscientes". Celles-ci s'expriment alors sous la forme de mutilations volontaires ou d'un malheur accidentel, tel un compromis entre la tendance à se détruire et les forces qui s'y opposent." (5).

Une des caractéristiques de ce glissement est que l'on abandonne la dimension exclusivement imaginaire de l'idée de suicide et que des éléments de nature symbolique (dates anniversaires...) ou de la réalité (organisation des modalités du geste) émergent.

Ce glissement peut être perçu et inquiéter l'entourage, surtout si le discours et le comportement habituel du sujet revêtent une tonalité différente. Walter (6) a bien montré qu'une meilleure connaissance des plaintes des patients suicidaires pourrait permettre de mieux identifier un éventuel "syndrome pré-suicidaire", décrit par Ringel (7), et dont une tentative de validation a été proposée par Ahrens et Linden en 1996 (8). Il se définit comme un syndrome transnosographique indépendant de tout diagnostic psychiatrique visant à mieux prédire le risque immédiat de passage à l'acte et caractérisé par :

- une constriction croissante de la personnalité à la fois au niveau situationnel (repli sur soi, limitation des relations interpersonnelles), psychodynamique (restriction des émotions et des mécanismes de défense) et des idéaux (réduction du sens des valeurs),
- une inhibition de l'agressivité soit par refoulement, soit par retournement de celle-ci, témoignant d'un intense contrôle de la tension intérieure,
- un envahissement fantasmatique par les idées de suicide qui occupent toute la vie imaginaire. Poldinger, quant à lui (9) définit le suicide comme l'aboutissement de trois stades successifs : l'idée suicidaire, la période d'ambivalence et la décision définitive.

Le passage du premier au dernier stade peut être rapide par "réaction de court-circuit" chez les impulsifs, les psychopathes ou les schizophrènes par exemple. Par contre, dans les états dépressifs, le deuxième stade peut être prolongé, ce qui revêt une certaine importance pour la détection car c'est pendant cette période que peuvent être exprimées les idées suicidaires.

Cremniter (10) a ainsi montré que les troubles dépressifs prédominent nettement dans un groupe d'idées de suicide comparé à un groupe tentatives de suicide. Pour Poldinger, une fois la décision prise, le patient devient plus calme, ce changement devant particulièrement attirer l'attention.

L'évocation d'idées de suicide avec ou sans intention plus ou moins planifiée, est une situation que le médecin généraliste ou le psychiatre rencontre souvent. Même si ces praticiens peuvent estimer que parmi leur clientèle il n'est pas souvent question de suicide, il faut savoir qu'un grand nombre de suicidants ont consulté un praticien dans les jours ou semaines précédant leur passage à l'acte. Cette situation entraîne la plupart du temps un tel malaise que patient et praticien préfèrent éviter jusqu'aux termes de suicide ou de mort, au profit d'allusions du genre "penser à mal", "faire une bêtise", avoir de "mauvaises idées". Il peut s'agir, chez le patient, de tentatives de dénégation (autrement formulé : un dire qui ne peut se dire vraiment) plutôt que d'un abord direct du désir d'autodestruction ; cependant, le praticien ne saurait donc méconnaître que de telles allusions peuvent être reprises comme des amorces destinées à faciliter l'énoncé par le patient lui-même de ce dont il est réellement question.

Une fois dépassé ce moment, et pour aider le sujet suicidaire, le praticien devra être particulièrement attentif aux différentes modalités d'expression de ce désir de mort. Certains expriment leurs idées de suicide de manière très explicite. Le médecin, souvent conforté par l'entourage, arguant qu'il a "tout pour être heureux", peut être alors tenté de mettre en doute ces propos, surtout s'ils sont exposés sur un mode ironique ou détaché. A tout le moins, la tentation est grande de minimiser l'intensité du désir de mort. Parfois aussi, l'interlocuteur est impressionné par un discours logico-métaphysique dont la rigueur apparente peut le faire basculer de la compréhension à la complicité, sous couvert du respect de la liberté d'autrui. En fait, de telles rationalisations cachent le plus souvent de profondes détresses en évacuant

tout affect pénible pour le plus grand confort des interlocuteurs.

Mais très souvent, plutôt que d'être exprimées en clair, les idées de suicide se traduisent indirectement dans des discours qui expriment les thèmes suivants, dans un contexte de profond désarroi :

- se sentir de trop, inutile,
- désir de rejoindre un être cher décédé,
- dispositions testamentaires sans nécessité logique, legs ou vente d'objets auxquels le sujet est attaché (souvenirs personnels, livres, jeux...),
- organisation de funérailles ou demandes concernant le don du corps,
- désir de fuite, d'évasion (voyages impulsifs),
- désir de dormir longtemps, véritable recherche de nirvana, de l'annulation des tensions, désir infantile de retour au sein maternel,
- désir de "faire peau neuve", espérance d'une nouvelle vie...

Bref, autant de perspectives qui ne s'ouvrent pas sur la mort vue comme but ultime mais qui s'y réfèrent comme à un moyen de déboucher sur autre chose, de fuir une certaine forme de vie. Ces évocations d'un certain rapport à la mort peuvent être bénéfiques et leur expression doit être facilitée par la qualité de l'accueil et par une écoute exempte de toute complaisance morbide.

C'est ainsi que dans la pratique clinique le médecin peut être confronté à différents cas de figure à partir de l'expression d'un désir de mort :

1°) - il peut s'agir d'un patient qui présente un état dépressif majeur, voire un accès mélancolique franc d'apparition récente avec la sémiologie habituelle comportant les idées de mort, de ruine, d'indignité avec la classique douleur morale intense. Il est bien évident que, devant un tel tableau l'hospitalisation s'impose.

2°) - soit s'il s'agit d'un patient qui ne présente pas les caractéristiques évidentes d'un état dépressif mais qui peut s'autoriser à évoquer des idées suicidaires à son médecin traitant. Cela constitue un élément très important car le patient estime que le médecin est en mesure d'entendre de telles idées ou menaces sans prendre le risque d'une contre-attitude rejetante ou moralisatrice. Le lien de confiance avec ce médecin paraît solidement établi.

A partir de là, deux situations peuvent être envisagées :

- soit l'entretien permet de mettre en évidence que le patient est déjà psychologiquement engagé dans l'élaboration du processus du passage à l'acte et que par ailleurs le médecin arrive à percevoir des affects dépressifs. Dans ce cas il convient de travailler avec le patient sur la base du lien de confiance et de mettre en route un traitement antidépresseur et anxiolytique mais surtout de revoir le patient dans un délai court, maximum d'une semaine, afin de réévaluer la situation et décider une hospitalisation si nécessaire.

- soit le patient ne paraît pas encore dans la disposition mentale de préparation d'un passage à l'acte, ses idées restent encore assez floues ou allusives, l'entretien ne met pas en évidence d'élément dépressif patent : dans ce cas le praticien ne doit pas se précipiter dans le sens d'une prescription médicamenteuse mais proposer au sujet une série d'entretiens pour essayer de clarifier un peu mieux la signification de ces idées suicidaires.

La problématique du moment du passage à l'acte reste encore hautement aléatoire, tous les stades pouvant être décrits entre une prise de médicaments psychotropes

étalés sur plusieurs heures (volontiers associée à l'alcool) jusqu'au geste auto agressif brutal. De la même façon, nombres de sujets hésitent entre auto ou hétéro agression, le suicide étant en réalité un condensé des deux.

Une telle disparité dans les modalités du passage à l'acte a amené certains auteurs à inventer le concept de "para suicide" (11).

La même disparité se retrouve dans les éléments déclenchants, de la simple mauvaise note ou réprimande aux situations extrêmes.

Par contre, la mise en scène du geste est hautement signifiante, réalisant une sorte d'arrêt sur image du film de son existence, qui va laisser une impression parfois indélébile chez autrui.

### **III - La découverte d'un geste suicidaire**

La découverte d'un geste suicidaire provoque dans l'entourage familial et social une perturbation devant laquelle il n'est guère aisé de rester serein, du fait des relations affectives existant entre les personnes concernées ; il est d'ailleurs fréquent que les personnes qui découvrent le geste (ou le corps) soient choisies par le suicidant (ou suicidé), posant ainsi le problème de son adresse.

Il apparaît immédiatement dans cet instant de découverte qu'un message est livré, dans des lettres d'explications ou d'adieux, (12) mais parfois il est à déchiffrer dans l'énigme du geste lui-même. Ainsi, dans le cas des suicides par intoxication par exemple, est-il intéressant de savoir à qui appartenaient les médicaments ingérés. Lorsque d'autres moyens sont mis en œuvre, qui peuvent être très divers, leur valeur sémiologique n'est pas non plus dénuée d'intérêt en particulier quant à l'intentionnalité du geste mais il faut se garder d'en donner une interprétation réductrice (13).

En dehors de situations relationnelles particulièrement détériorées où le suicidant est délibérément ignoré ou laissé sans assistance (ce qui constitue une infraction caractérisée) des secours sont sollicités. Il est en effet impératif d'évaluer l'urgence et de prendre les dispositions nécessaires.

Certains conjoints, parents ou amis sont parfois tentés de limiter l'intervention des secours au strict minimum : la visite du "médecin de famille", espère-t-on, permettra de maintenir le patient à domicile. Ainsi s'exprime la crainte que l'intervention d'autres témoins (ambulanciers, infirmiers, réanimateurs, psychiatres...) n'aggrave la situation par une publicité intempestive ; on cherche en somme à éviter que les problèmes, exprimés ou non, ne "sortent de la famille". Cette tentation n'est pas dépourvue de risque : si la dangerosité toxicologique d'un geste suicidaire peut ne pas nécessiter par elle-même de surveillance intensive ou de soins particuliers, l'existence même de ce geste témoigne d'une perturbation dans les relations et d'une impossibilité - au moins temporaire - d'y faire face. Tout cela nécessite une évaluation attentive et éventuellement des soins appropriés. Il faut ajouter que la nature et la dose des produits ingérés sont souvent imprécis, voire dissimulés, et encore préciser que l'idée très répandue (y compris chez les soignants) selon laquelle une tentative de suicide médicalement peu grave correspond à un faible "désir de mort" s'avère parfois cruellement inexacte. Le désir de mort est en effet complexe : s'il existe une relation entre gravité médicale et intention suicidaire, (14) elle n'est ni systématique ni fiable lorsqu'on raisonne sur des sujets et non sur des échantillons. Ainsi semble-t-il prudent et opérant de prendre très au sérieux les sujets qui ont effectué un geste suicidaire, si bénin soit-il, et parfois même ceux qui en manifestent seulement l'idée ou l'intention, car la relation thérapeutique s'avère tout aussi utile à ce stade (15). L'examen clinique doit alors requérir autant une totale disponibilité du

praticien à l'expression spontanée du sujet (les situations humaines sont si variées qu'il est a priori difficile de les répertorier) que porter sur le repérage de signes traditionnellement évocateurs d'un processus psychopathologique dont nous verrons ultérieurement les conséquences qu'il faut en tirer.

#### **IV - Coupure temporaire**

Une coupure temporaire apparaît souhaitable par rapport à l'entourage, elle constitue une première prise en compte du désir de rupture ou de changement manifesté par le geste suicidaire (16). Le cadre de la rencontre influe par ailleurs sur la qualité et la valeur des éléments sémiologiques qui pourront être repérés.

Le plus souvent, les suicidants motivent leur acte en invoquant leur incapacité à surmonter leurs conflits et leur besoin de ne plus y penser ; ils se mettent alors, par le biais d'une intoxication médicamenteuse ou d'un autre geste, à l'abri, "hors-jeu" ou hors d'état de continuer à penser et à vivre dans cet état de déréliction. Le sommeil devient un refuge, une recherche d'apaisement, d'abaissement des tensions qui peut évoquer le nirvana, le retour à un état antérieur marqué par la sérénité, l'absence de tout conflit ou de toute menace (17). La plupart du temps, ce qui est imaginé s'arrête-là : les patients ne sont pas en mesure de discuter les conséquences possibles de leur acte, faute de les avoir pensées.

Le séjour hospitalier permet que se renouent des liens avec l'entourage dans un lieu tiers et suffisamment neutre : la famille, le voisinage, les copains... Tous ces témoignages viennent en quelque sorte répondre à une question essentielle implicite dans les gestes suicidaires, qui est celle du désir de l'entourage quant à la vie ou à la mort du sujet ("Veulent-ils que je vive ?" ou "Que leur ferait ma mort ?"). Être ou ne pas avoir été désiré est une plainte qui revient fréquemment au cours des entretiens avec les suicidants (18).

La pratique clinique montre que la sémiologie des situations suicidantes est labile, trompeuse et présente des aspects assez particuliers : elle n'est pas forcément identique à celle qui a précédé l'acte et se montre extrêmement mobile, sensible à l'ambiance ainsi qu'aux relations interpersonnelles. Ainsi la perception du type de fonctionnement mental, par le même thérapeute peut être très différente à peu d'intervalle et on observe de notables divergences d'évaluation si plusieurs cliniciens interviennent successivement pendant le séjour hospitalier. Certes cela peut constituer un écueil dans l'appréciation de la sémiologie et inciter à se donner le temps d'une rencontre à distance de la crise (19). Il convient cependant de ne pas négliger ce que cette vision kaléidoscopique témoigne de mécanismes défensifs, des diverses parties du monde interne, de ses expressions archaïques et pulsionnelles. Les choses se compliquent lorsqu'on prend en compte l'effet abréactif mais non résolutif des tentatives de suicide : les symptômes présentés avant le geste suicidaire et qui ont participé à sa genèse peuvent disparaître après l'acte, surtout si "l'effet pragmatique" (20) du geste a entraîné la résolution apparente du problème manifeste. D'où une tentation de minorer l'état du suicidant et de se rassurer à bon compte, "l'effet cathartique" valant alors autant pour le patient que pour celui qui l'écoute.

Mais quand bien même le geste aurait un effet naturellement libérateur, il n'est en règle que transitoire. Une écoute attentive décèle le retour rapide d'affects dépressifs, anxieux ou autres qui signent la persistance de la souffrance initiale.

Ainsi peut-on observer, selon la disponibilité de l'interlocuteur, plusieurs manières d'évoquer un geste suicidaire : si l'on y cherche des raisons précises, des causes repérables. ou si la nécessité de "comprendre" se fait trop impérieuse. le sujet v

répondra volontiers par un récit banalisé de faits ou de disputes auxquels il semble extérieur, où la gravité du risque léthal est déniée derrière une volonté de dormir, où la "bêtise" confessée fait rapidement place à un repentir affiché... Par contre, lorsque l'interlocuteur n'est pas spécialement préoccupé par la seule recherche de signes objectivables ou de causes identifiables, lorsqu'il est personnellement formé à l'écoute (de ce qui se passe en lui ou de ce que dit l'autre), lorsqu'il peut laisser ouvert le champ de ce qui peut se dire, alors il devient possible d'accéder à une histoire personnelle, à une conflictualité où le geste suicidaire laisse fugitivement entrevoir son message plus ou moins déchiffrable (21).

De la même façon, il y a lieu de bien distinguer les temps du discours du suicidant (avant ou au moment du geste, par rapport à l'après-coup) dont les données évoluent très vite, notamment en ce qui concerne la place d'autrui : bon nombre de sujets se culpabilisent au réveil de n'avoir pas pensé à leurs enfants ou à leurs parents... L'invasion du drame ou de la détresse qu'ils ont vécu a souvent été tel qu'ils ne s'y reconnaissent plus et s'obligent à des considérations moralisantes si l'interlocuteur s'y prête...

A titre d'exemple, une situation extrêmement courante, étiquetée "conjugopathie", permet d'appréhender les véritables enjeux d'un geste suicidaire (22).

La fréquence de cette situation l'élève quasiment au rang d'entité nosographique. Il s'agit de l'incrimination par un sujet suicidaire ou suicidant de l'attitude de son conjoint, dont il se dit victime. Très souvent, les soignants en restent là et se contentent de cette plainte qui fait l'objet d'échanges de vécus - qui ne s'y reconnaîtraient pas ? - plus que d'une analyse clinique sérieuse. Elle montrerait que le suicide représente souvent dans un couple la première revendication sérieuse d'altérité : la conjugopathie pose la question de l'altérité comme question de vie ou de mort.

Dans la tentative de suicide, l'histoire actuelle, quelle qu'elle soit, n'est pas la racine du dernier geste, elle en est la fleur. C'est ainsi qu'on retrouvera dans les antécédents par exemple un deuil récent ou traumatique, la perte d'un enfant ou d'un parent, ou encore un avortement parfois ancien : une rupture en cache souvent une autre. C'est même bien souvent dans les générations antérieures que l'on dévoilera ici une mort violente, là un manquement resté secret à l'honneur personnel, familial ou national. De nombreux travaux (23, 24) ont montré les enjeux d'un suicide par rapport aux générations passées ou à venir : ils dépassent très largement les conflits actuels mis en avant, parfois comme l'écran de souffrances plus secrètes (inceste, naissance illégitime).

Ainsi l'amour dont il est question dans les "conjugopathies" concerne-t-il un champ bien plus étendu et méconnu que celui dans lequel les conjoints et leurs interlocuteurs soignants le contiennent généralement.

## **V - Sortie de l'hôpital**

La sortie de l'hôpital représente un enjeu clinique important. Si pendant l'hospitalisation, la rencontre avec les soignants est souvent marquée par l'angoisse et l'ambivalence, la décision d'orientation les rend encore plus aiguës, surtout dans l'hypothèse, de loin la plus fréquente : la sortie simple. Adresser le patient dans une autre institution de soins (après avoir autant que possible travaillé avec lui l'élaboration d'un tel projet) peut conforter les soignants et la famille dans l'idée de la nécessité du maintien d'une certaine "protection" vis-à-vis d'une possible récurrence, alors que laisser sortir le sujet est souvent vécu dans un climat d'insécurité. Aussi convient-il de disposer d'un temps suffisant, de l'ordre de quelques jours, pour

dépasser l'aspect dramatique du geste, en ouvrir les diverses significations, retrouver des repères temporels cohérents, marquer l'importance de ce qui a eu lieu pendant ce court séjour.

La qualité des conditions de sortie est donc indissociable de la qualité de la rencontre telle qu'elle s'est déroulée depuis l'admission et comporte en outre la prise en compte de la réponse de l'entourage au message émis par le suicidant.

## **VI - La répétition**

Le geste suicidaire de par son déterminisme essentiellement inconscient, ne peut que s'inscrire dans la répétition. Tant que le message reste méconnu, la perspective de la mort s'insinue dans les pensées du sujet. La répétition représente une manière de demande, pas toujours clairement adressée, souvent en souffrance, susceptible d'effondrement comme c'est le cas dans la situation mélancolique où la demande est effondrée et le sujet télescopé avec l'autre ; il n'y a pas plus de moi que d'autre ou comme l'écrivait Freud "l'ombre de l'objet est tombée sur le moi"..

La tentative de suicide névrotique essaie de mettre en scène le désir sans que le sujet ne l'articule réellement en son nom propre, ce qui est une façon de se faire connaître sans se faire reconnaître (c'est ainsi qu'il faut comprendre certaines réactions des sujets suicidants après leur geste : "c'était sur un coup de tête..." ; "je voulais juste dormir"). Le geste adresse à l'autre une question le plus souvent non formulée, non élaborée. Cette demande comporte un versant affectif essentiellement représenté par la dépression et l'anxiété. L'anxiété est la forme que prend l'appréhension, l'inquiétude devant l'avenir lorsque le sujet ne peut s'appuyer sur son désir. Quant à l'affect dépressif, il témoigne de l'écart qui sépare l'idéal de la personne de ses réalisations subjectives effectives. Enfin, certaines personnes décrites comme narcissiquement fragiles, ne supportent rien et font de tout événement, quelle qu'en soit l'importance apparente, des enjeux de vie ou de mort ; l'autre ne peut avoir de valeur en tant que sujet ; il n'existe que tant qu'il assure une fonction d'étayage. Ce fonctionnement est caractéristique des personnalités étiquetées "border line" dont les confins avec les états psychopathiques, névrotiques et psychotiques restent flous. Le concept de "co-morbidité" est d'ailleurs souvent invoqué. Toujours est-il que dans cette perspective psychopathologique, de nombreux travaux ont permis une meilleure compréhension de la problématique de la répétition. Ainsi P.C. Racamier (25) propose, pour rendre compte du multirécidivisme, le terme de "suicidose" : il repère sous ce concept une organisation de caractère plus ou moins durable dont le symptôme type est constitué par la tentative et la menace de suicide à répétition. Tout autrement que dans la mélancolie où le suicide est foncièrement sans objet et procède d'une logique délirante, dans la suicidose, "il prend la valeur d'une arme et l'air d'une manœuvre. Il participe d'un combat et s'inscrit étroitement dans le rapport à autrui comme à soi-même". Un événement apparemment banal ayant valeur de frustration affective ou de blessure narcissique peut déclencher la tentative de suicide. Un double fait est alors remarquable : l'absence de tout vécu proprement dépressif et de toute émergence ou construction fantasmatique. La suicidose apparaît ainsi comme un système d'agissements puissamment défensif basé sur l'éviction des sentiments de deuil et, dans cette perspective, de toute dépendance affective structurante".

Une autre direction conceptuelle, d'intérêt clinique évident, repose sur la notion d'addiction ou de conduites addictives qui est de plus en plus utilisée dans la clinique comportementale et relationnelle pour mieux caractériser des sujets qui s'exoriment par la recherche avide d'un objet. la répétition. l'apparente dépendance.

l'utilisation risquée du corps, la recherche de satisfactions immédiates et la proximité de la mort et de la destruction. Certains comme Pedinielli (26) vont jusqu'à évoquer une "addiction suicidante". Cet auteur (27) a décrit un autre mécanisme de la répétition de l'agir suicidaire, lorsque "l'événement suicide" constitue une forme d'initiation qui est parfois le prélude d'un rite. Quelque chose de la rencontre reste inscrit dans le sujet et l'événement exerce ultérieurement un pouvoir de sollicitation et de fascination sur le sujet. Le geste sera alors susceptible d'être répété soit lorsque d'identiques circonstances critiques se représenteront, soit le plus souvent à cause de ce qu'il a en lui-même procuré au sujet. L'événement suicide est générateur de répétition à la fois par les bénéfices momentanés, par la nécessité de renouveler une expérience qui ne peut permettre à elle seule une élaboration et par la satisfaction pulsionnelle obtenue. La répétition s'inscrit dans le schéma que Freud proposait pour la pulsion en ouvrant ainsi sur la répétition comme "retour" en liant mort, jouissance et mère toute puissante. D'autres auteurs (28) ont souligné comme facteur de répétition l'effet du traumatisme psychique et de l'agression (violences accidentelles, surtout volontaires, sexuelles en particulier, maltraitances etc) chez certains suicidants. En effet, l'auto-agression apparaît chez certains patients comme le dernier maillon d'une chaîne parfois longue d'agressions, qui peuvent devenir une source pulsionnelle prévalente. Elle sont alors plus ou moins consciemment recherchées. Elles installent une sorte de "traumatophilie interne" qui est attente mêlée d'angoisses et de désirs. La répétition se renforce, risque de devenir compulsive. Ce sont parfois les mêmes patients, bien connus des services d'urgence, qui expliquent avoir été tantôt renversés sur la voie publique, opérés en catastrophe, agressés par surprise. On peut penser dit-il que "sur cette chair traumatisée qui est la leur, le plus léger heurt suffit en effet à raviver d'anciennes lésions. Ils n'ont de cesse de retrouver l'excitation, la sur-excitation traumatique d'autrefois". Ces références n'ont d'autre but que de souligner encore si besoin était le lien profond entre tentative de suicide et répétition. Cette donnée psycho-dynamique de base s'exprime au plan clinique et épidémiologique par ce que l'on dénomme la récurrence, dont le risque et la gestion préventive mobilisent de manière très active aussi bien les équipes soignantes que les chercheurs en santé publique.

Le risque de récurrence représente en effet une véritable hantise régulièrement invoquée tant par les soignants, les familles, relayés parfois par les instances officielles (administration hospitalière, justice par exemple), le psychiatre se trouvant mandaté, mis en demeure d'assumer seul l'évaluation et la prévention de ce risque.

La tentative de suicide est souvent considérée comme le facteur de risque de suicide le plus significatif, et parfois le seul réellement prédictif. Environ 1% des suicidants se suicident dans l'année et Diekstra (29) fait état de 10% à 14% de risque de suicide vie-entière chez les suicidants. De 30% à 60% des suicidés sont des récidivistes. J. Guillet (30) dans un travail à partir de sujets suicidés a montré que les sujets ayant effectué plus de 5 tentatives de suicide sont sur-représentés dans la population suicidante à pronostic fatal.

Durant la première année de suivi le risque de suicide est 50 fois celui de la population. Granboulan (31) a retrouvé après une durée moyenne de plus de 11 ans 48% d'un groupe de 265 adolescents suicidants graves. Parmi les patients retrouvés 31 % ont récidivé et 12% se sont suicidés. Pour 74% d'entre eux des signes de difficultés psychologiques persistaient Parmi des suicidants hospitalisés en psychiatrie et suivis durant 5 ans, Johnson-Fridell (32) trouve 13% de suicide, la plupart dans les deux premières années. Les caractéristiques associées au suicide

sont l'âge et les troubles de l'humeur. Les caractéristiques associées à la récurrence sont la jeunesse, les troubles de la personnalité et le fait d'avoir des parents qui ont été traités en psychiatrie.

Des recherches épidémiologiques et psychodynamiques plus fines seraient nécessaires, pour mieux différencier par rapport à la continuité de l'histoire du sujet, les modalités de survenue des récurrences : c'est ainsi que la clinique permet d'observer tantôt une succession de gestes suicidaires sur une courte période, véritable "état de mal", tantôt des gestes ponctuels à intervalles relativement éloignés sur une longue période (plusieurs décennies), tantôt enfin des gestes ponctuels ou répétés sur une durée de quelques années (33).

## **VII - Ceux qui restent**

Plus que la mort naturelle, la mort par suicide induit un stress sévère chez les survivants parce qu'elle laisse toujours penser qu'on y est plus ou moins impliqué. Les sentiments de culpabilité sont toujours présents et d'autant plus intenses qu'on a pu éprouver pour la personne suicidée des sentiments ambivalents. Le déni de la réalité, est une première réaction fréquente qui, avec le sentiment de culpabilité, fait partie du processus de deuil.

Au cours de ce processus, le médecin rencontré peut être le médecin légiste, lorsqu'une autopsie a été pratiquée : les familles l'interpellent comme "dernier témoin" à avoir vu la personne décédée. Elles recherchent auprès de lui l'existence d'une lésion cachée ou secrète, la révélation d'un dernier message que seule l'observation avisée du corps permettrait de décrypter. Ces familles ont besoin, pour continuer à vivre, de reconstruire imaginativement l'histoire vécue avec la personne suicidée et d'y trouver une logique qui leur évite de consacrer la faillite de liens interpersonnels qu'ils ont contribué à tisser.

Un risque assez fréquent réside dans le maintien d'un silence concerté à propos de cette mort par suicide, destiné à en "protéger" les membres estimés les plus fragiles (on pense naturellement d'abord aux enfants). Ce non-dit provoquera des dissonances bien plus dévastatrices que la reconnaissance du suicide : le suicide dans une génération, lorsqu'il reste non dit, devient parfois objet de transmission et ce type de situation pourrait avantageusement faire l'objet d'un travail d'élaboration psychique, pour en éviter la répétition.

Ce même type de dissonance dans les réseaux de communication sociale rend difficile l'appui, le soutien que les endeuillés pourraient recevoir de leur entourage. Il existe chez les endeuillés d'un suicide une particulière vulnérabilité aux affections physiques consécutives au stress et un taux de suicide qui pourrait être significativement supérieur à celui de la population générale. Les pays anglo-saxons organisent des thérapies brèves, familiales ou de groupe, pour y remédier.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - KESSLER R.C, BORGES G., WALTERS E.E - Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey, Archives of General Psychiatry, 1999, 56, 617-626.
- 2 - Rapport du HCSP sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Février 2000.
- 3 - CAREL A - Le projet suicidaire chez l'enfant. In VEDRINNE J., QUENARD O., WEBER D. - Suicide et conduites suicidaires, Masson, Paris 1981 (93 - 101).
- 4 - CIORAN Les syllogismes - Gallimard, 1952.
- 5 - SIBERTIN-BI ANC D. - L'intentionnalité suicidaire avant l'adolescence. Psychologie Médicale.

1994, 26, 1141-1146.

6 - WALTER M. - Réflexions concernant les modalités de prise en charge des patients suicidants en urgence et post-urgence - *L'information Psychiatrique*, 2000, 5, 541-548.

7 - RINGEL E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life-Threat. Behav.* 1976, 6, 131-149.

8 - AHRENS B., LINDEN M. - "Is there a suicidality syndrome independant of specific major psychiatric disorder ? Result of a split half multiple régression analyse". *Acta Psychiatr. Scand.* 1996, 94., 79-86.

9 - POLDINGER W - Suizid Prophylaxie bei Depressiven Syndromen, *Neuropsychiat. Clin.* (1982) 1 : 87

10 - CREMNITER D. - Les conduites suicidaires et leur devenir, Masson Ed., 1997, 129-130.

11 - KREITMAN N. Parasuicide. John Whiley and Sons. London. 1977.

12 - BAREIL-GUERIN M., GUERIN J.L., MORON P. L'écrit du suicidant. *Psychol. Med. (Paris)*, 1991, 23, 1141-1144.

13 - MENAHEM R. - Abord psychanalytique de l'intentionnalité suicidaire.

## Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de la crise suicidaire ?

Dr Michel BENOIT - CHU de Nice

### Préambule.

Il n'y a pas de schéma standardisé de crise suicidaire, chaque situation étant la résultante complexe de nombreux facteurs propres à l'individu, à son histoire, à son environnement actuel. Le contexte de survenue de la crise, sa durée, les significations psychologiques qu'on peut lui attribuer influent de façon importante sur la symptomatologie et les comportements repérables. La pratique clinique de ces situations d'urgence rappelle que la sémiologie des situations de crise suicidaire est souvent labile, évoluant rapidement d'un moment à l'autre, ou pouvant être jugée de façon différente selon l'évaluateur.

Il en découle que ces situations ne peuvent pas être appréhendées sur un seul entretien ou un " instantané " : elles requièrent au contraire du temps pour l'évaluation qui doit reposer souvent sur plusieurs examens à des temps différents. L'intervention dite " de crise " repose sur un temps suffisant à la compréhension de la dynamique psychologique, au dé-nouage des problèmes qui la sous-tendent, à une évaluation plus fiable de la symptomatologie. Le repérage et la compréhension de la sémiologie de la crise a pour finalité de mettre en place une prise en charge adaptée pour diminuer le risque de récurrence, mais surtout d'apporter des solutions visant à une amélioration psychologique globale. La prévention secondaire et tertiaire des tentatives de suicide ne peut se dispenser d'une évaluation symptomatique rigoureuse lors de ces situations, mais il ne peut s'agir du seul objectif de la prise en charge. Pourtant, la littérature sur ce thème est presque exclusivement orientée vers la prédiction et la prévention du suicide dans les situations de crise suicidaire.

### 1. Difficultés dans l'évaluation symptomatique de la crise suicidaire

La crise suicidaire est un processus dynamique qu'on peut subdiviser en plusieurs étapes :

- **une phase pré-suicidaire**, de durée très variable selon les facteurs psychologiques et précipitants en cause, et les mécanismes d'adaptation de l'individu, des recours possibles à des aides extérieures. La phase pré-suicidaire a pu être elle-même découpée en plusieurs sous-étapes (Quenard et Rolland, 1982) :

- un événement traumatisant ou déclenchant (pas toujours discernable) surprend l'individu et le soumet à un état de tension, alors qu'il était en situation de vulnérabilité - les essais de l'individu pour résoudre la situation n'aboutissent pas, et la tension psychique augmente, se manifestant par une anxiété croissante, voire de l'agitation. Il existe souvent à ce stade un état d'inhibition, de stupeur du sujet face à des émotions qu'il ne peut maîtriser et qui le soumettent à une situation d'incertitude
- la montée de l'agressivité et le sentiment d'incapacité à résoudre la situation génère une exaspération du sentiment de menace, précédant le passage à l'acte perçu comme seule issue possible.

- **une phase de passage à l'acte**, plus ou moins soudaine en apparence

- **une phase post-suicidaire**, résolutive et cathartique, ou au contraire pouvant être l'amorce d'une nouvelle crise

Un certain nombre de signes ou symptômes sont à rechercher et à mesurer dans

toute situation de crise suicidaire, plus particulièrement dans la phase pré-suicidaire, puisque c'est à cette période que la quasi-totalité des travaux se réfèrent, même si l'évaluation en est généralement faite dans l'après-coup. Cette évaluation a posteriori est souvent difficile parce qu'elle recherche de nombreux signes subjectifs (émotions, sentiments), elle est soumise à la reconstruction du souvenir, aux remaniements psychologiques de la crise, à l'impact potentiel de l'effet " prise en charge ". Ces études rétrospectives aboutissent à des niveaux de preuve intermédiaires. Un autre écueil de la recherche dans ce domaine est que la plupart des études ont cherché à quantifier les valeurs pronostiques ou prédictives de ces antécédents, signes et symptômes pour le risque de suicide, beaucoup moins pour le risque de tentative de suicide qui correspond pourtant à la majorité des situations. Enfin, il y a une carence de travaux sur l'évolution longitudinale des symptômes au fur et à mesure de la progression de la crise.

### **Quels éléments sont à repérer ?**

Il est d'usage dans toute situation de crise de faire la part entre les facteurs propres à l'individu (personnalité, pathologie psychiatrique) et les facteurs extérieurs (situation environnementale, événements de vie, réseau relationnel et affectif). Cette dichotomie est artificielle, ces facteurs interagissant en permanence, et c'est une des raisons pour lesquelles un temps d'évaluation important est nécessaire.

Le tableau 1 dresse une liste de signes et symptômes qui paraissent devoir être évalués dans les phases pré- et post-suicidaires avec l'apport d'informations de l'entourage. Il est rare qu'un seul examen permette de réunir l'ensemble de ces éléments. Un certain nombre d'antécédents ou de facteurs de risque ont été listés, bien qu'ils débordent du champ de la question posée. Néanmoins, l'examen émotionnel et comportemental d'un sujet suicidaire ou suicidant ne peut occulter ces différents facteurs sur lesquels les entretiens doivent s'appuyer, et qui modulent la portée des signes observés.

Nous détaillerons plus loin uniquement certains symptômes qui ont fait l'objet d'études, les autres facteurs de risque étant développés par d'autres experts.

#### **a) Les symptômes de risque suicidaire des pathologies psychiatriques**

L'examen du sujet supposé suicidaire ou suicidant ne peut se départir de la recherche d'une pathologie psychiatrique, dont l'existence conditionne le risque de nouvelle crise et la prise en charge globale (accord professionnel fort). Ces pathologies constituent fréquemment le terrain vulnérable sur lequel la crise s'installe, généralement à la faveur d'événements de vie. Une comorbidité psychiatrique, à type de dépression majeure, psychose, personnalité pathologique de type borderline ou psychopathique, trouble anxieux est retrouvée chez 60 à 90% des suicidés, alors que la prévalence de ces affections n'est estimée qu'entre 10 et 30% chez les suicidants (Cremniter, 1997; Davidson et Philippe, 1986; Hawton et col, 1998; Pommereau, 1996).

**Tableau 1. - Antécédents, signes et symptômes à rechercher et/ou surveiller au cours d'une situation de crise suicidaire**

	<p>instabilité), violences physiques proférées ou subies</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédents personnels et familiaux de prise en charge psychiatrique, prise de médicaments psychotropes, adhésion aux suivis et traitements proposés</li> <li>• modes de réactions habituels aux situations de crise, modalités de coping, fugues</li> <li>• antécédents de TS : modalités et facteurs déclenchants, prises en charge antérieures</li> <li>• prise de drogues, abus et dépendance alcoolique</li> <li>• maladie physique jugée invalidante ou létale, douleur chronique</li> <li>• TS ou suicide dans la famille ou l'entourage</li> </ul>
Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aggravation ou non-amélioration symptomatique d'une affection psychiatrique pré-existante (cf supra)</li> <li>• idées suicidaires passées et actuelles, scénarios suicidaires, moyens à disposition</li> <li>• sentiments de désespoir, de culpabilité, d'échec, recherche d'un allègement de ces sentiments ou d'une punition</li> <li>• facteurs précipitants : facteurs de stress durables et aigus, conflits interpersonnels ou avec l'autorité, ruptures affectives ou sociales</li> <li>• En cas de TS réalisée, modalités de la tentative de suicide: moyen employé et connaissance supposée de sa dangerosité, létalité potentielle et conséquences somatiques,</li> <li>• désir d'être découvert ou non, annonce préalable, degré de préméditation ou d'impulsivité, sens du geste suicidaire (désir de mort, d'alerte, de fuite, de pression sur l'entourage)</li> </ul>
Réactions du sujet à la situation de crise	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appréciation de la létalité de la méthode employée ou envisagée, Perception de l'irréversibilité de l'acte</li> <li>• Attitude par rapport à la vie : pessimisme foncier ou ambivalence, invocation de raisons de vivre</li> <li>• Représentations de la mort, objections morales au suicide</li> <li>• Réactions à la prise en charge (compliance, opposition, retrait)</li> <li>• Perception du support possible par l'entourage. Type de sollicitation de l'entourage</li> </ul>
Mode de vie et insertion sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• situation familiale et professionnelle. Qualité effective des supports extérieurs</li> <li>• conduites à risque : activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, comportements violents</li> <li>• projets professionnels, relationnels et investissement</li> </ul>

C'est en premier lieu la dépression qui a fait l'objet du plus grand nombre de travaux.

et il est démontré qu'une majorité des suicidés (de 70 à 90% selon les études) présentaient un trouble dépressif (Harris et Barraclough, 1997; Isometsä et col, 1995; Rihmer, 1996), avec un fort niveau de preuve. L'intensité objective du syndrome dépressif n'est pas toujours un bon prédicteur de la suicidalité, laquelle paraît dépendre davantage de l'humeur dépressive ressentie, de sentiment d'échec et de désespoir, de l'idéation suicidaire, du défaut de raisons de vivre (Bulik et col, 1990; Mann et col, 1999). Cette association a été retrouvée plus marquée chez les patients souffrant de trouble bipolaire, notamment de type 2 (Bulik et col, 1990; Oquendo et col, 2000 Aug). Les passages à l'acte étant nettement plus fréquents dans les premiers mois d'un épisode dépressif majeur, c'est probablement dans cette phase que l'évaluation du risque suicidaire doit être la plus rigoureuse (Malone et col, 1995b).

Les symptômes de dépression doivent par conséquent être recherchés dans toute suspicion de crise suicidaire, et leur évolution mesurée dans le temps. En dehors du noyau dépressif (humeur dépressive, perte d'intérêt et d'élan vital, ralentissement ou agitation psycho-motrice), les autres signes tels que l'insomnie, les plaintes somatiques, les troubles alimentaires, les désordres cognitifs ont une importance qui n'est pas clairement individualisée pour le risque de suicide et ils sont généralement abordés dans le cadre d'autres syndromes (idées de suicide, syndrome anxieux, démotivation et anhédonie). Néanmoins, ils ne sauraient être négligés dans l'évaluation de la gravité du tableau dépressif. Il est reconnu en pratique clinique que les signes de gravité des états dépressifs, tels que des thèmes mélancoliques, des idées délirantes congruentes à l'humeur, une agitation anxieuse associée à un état de souffrance morale, doivent alarmer le clinicien et faire mettre en œuvre des mesures de sécurité.

**Les troubles psychotiques** sont à haut risque suicide, puisqu'on estime que 10% des schizophrènes meurent de suicide et que jusqu'à 55% d'entre eux commettent au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, en général au cours de phases de décompensation et dans les premières années d'évolution de la maladie (Harris et Barraclough, 1997; Roy et col, 1984). Dans ce cadre, on recherchera les idées délirantes ou les hallucinations morbides reprenant des thèmes de culpabilité, de possession, de pouvoirs surnaturels, notamment si elles s'intègrent à un automatisme mental. La sémiologie est à évaluer particulièrement au moment de la sortie de l'hôpital, période propice aux crises suicidaires, notamment si elle est sous-tendue par des sentiments de mauvaise qualité de vie, d'incapacité et de désespoir quant aux possibilités de réadaptation (Beck et col, 1985). La coexistence d'un syndrome dépressif est en effet significativement plus fréquente chez les schizophrènes qui tentent de se suicider (évaluée à 45% par Roy et al (Roy et col, 1984)) et doit être recherchée. Le tableau dépressif est souvent incomplet, comprenant peu de signes somatiques, et la suicidalité qu'il induirait serait très corrélée à la perte d'espoir (Drake et Cotton, 1986). La suicidalité de patients schizophrènes a été corrélée à la prise de conscience par le patient de symptômes négatifs tels que l'anhédonie et l'émoussement affectif ou de symptômes productifs tels que le délire et l'évitement social actif (Amador et col, 1996). Il en découle que le vécu de la maladie et la mauvaise qualité de vie ressentie sont certainement plus prédictifs du risque suicidaire que l'intensité du tableau psychotique, mais peu d'études ont comparé l'influence respective de ces deux aspects.

L'utilisation de substances psycho-actives et l'alcoolisme sont associés à un risque de tentative de suicide multiplié par 6 à 14 selon les troubles (Bulik et col, 1990; Harris et Barraclough, 1997) et doivent être par conséquent repérés, constituant un facteur important de récurrence. Les corrélats sociaux et environnementaux de ces conduites (isolement, séparations et ruptures plus fréquentes, mauvaise adaptation professionnelle) sont autant de facteurs précipitants et d'entretien de la crise. Les troubles de la personnalité du groupe B du DSM IV, en particulier borderline ou psychopathe, ont un risque suicidaire significativement supérieur à la population générale, et ce risque apparaît très corrélé aux symptômes dépressifs, au dysfonctionnement comportemental, à l'abus de substances psycho-actives (Brodsky et col, 1997). Les personnalités névrotiques présentant des troubles anxieux tels que l'anxiété généralisée ou les troubles paniques ont également un risque de suicide plus élevé, mais ce lien paraît très influencé par la comorbidité dépressive et addictive de ces personnalités.

### **b) Approche transnosographique de la symptomatologie de la crise suicidaire**

Outre les symptômes repérés dans les pathologies psychiatriques pré-citées, en particulier ceux attribuables à la dépression, un certain nombre de signes ou de comportements sont régulièrement présents dans la sémiologie de la crise suicidaire. Aucun de ces signes pris isolément n'ayant une valeur prédictive suffisante, la pratique clinique et les études retrouvent des associations entre ces variables qui évoquent un risque suicidaire, sans qu'un modèle prédictif émerge de la littérature. Ainsi, l'association entre une pathologie psychiatrique, des antécédents suicidaires personnels ou familiaux, la communication d'intentions suicidaires est reconnue en clinique courante et dans la littérature comme un groupe de facteurs de risque primaires (Rihmer, 1996).

#### **• Existe-t-il un syndrome pré-suicidaire ?**

Ringel (Ringel, 1976) décrit un syndrome pré-suicidaire, non spécifique d'une pathologie psychiatrique, comprenant :

- un sentiment croissant de constriction situationnelle, psychodynamique (émoussement affectif, diminution de la réactivité émotionnelle et comportementale), diminution des échanges interpersonnels, réduction du sens des valeurs
- une diminution voire un retournement de l'agressivité
- des fantasmes suicidaires

Ces éléments sont retrouvés et validés par d'autres auteurs (Ahrens et Linden, 1996), qui y adjoignent la perte d'espoir, les ruminations mentales, le retrait social et le faible niveau d'activités. Ils retrouvent ce syndrome chez 86% des déprimés suicidaires et 74% des schizophrènes suicidaires, et le considèrent comme transnosographique. La spécificité de ce syndrome chez des dépressifs est toutefois modeste (44%), mais on ne peut pas exclure qu'il est très dépendant d'un trouble de l'humeur primaire ou secondaire. Le niveau de preuve de ce syndrome est actuellement faible, en l'absence d'autres études de validation.

#### **• L'intention suicidaire**

L'intentionnalité suicidaire a été mesurée par de nombreuses équipes, avec l'aide le plus souvent d'échelles validées comme l'Echelle d'Intentionnalité Suicidaire de Beck (Beck et col, 1974). Ces outils sont généralement utilisés après le geste suicidaire, permettant une estimation a posteriori. L'impact de leur utilisation

préventive est peu établi, mais les signes qu'ils repèrent doivent être connus (voir annexe).

Les études d'autopsies psychologiques de suicidés démontrent que contrairement à une idée reçue, dans environ la moitié des cas, les sujets feraient part de leurs idées suicidaires à leur entourage, voire évoqué des scénarios de suicide (Beck et col, 1999; Brown et col, 2000). Des données de l'OMS rapportent que 8,8% des patients de médecine générale ont avoué avoir eu récemment des idées de mort, ce taux étant d'environ 35% chez des patients dépressifs (Ahrens et col, 2000). Entre 50 et 70 % des suicidés mais aussi des suicidants ont consulté un médecin dans le mois précédent (Franc et col, 1994; Maurice et col, 1989), dans la plupart des cas pour des difficultés psychologiques et/ou pour des plaintes somatiques. Isometsä et col (1995) évaluent sur un groupe de 1397 suicidés que 18% d'entre eux ont consulté le jour même de leur acte (Isometsä et col, 1995). Dans cette étude, les idées suicidaires ne sont recueillies par les médecins lors de ces ultimes consultations que dans 22 % des cas, et chez 30% des patients ayant des antécédents suicidaires. Ce pourcentage n'est que de 11% en médecine générale. L'expression d'une volonté suicidaire est souvent indirecte, exprimée par un sentiment de désarroi, d'inutilité, un désir de fuir ou de partir, la nécessité de régler sa succession ou de faire des dons de biens personnels, le souhait de se rapprocher d'un proche disparu. Ces éléments indirects paraissent particulièrement fréquents chez le sujet âgé (Lynch et col, 1999). Le besoin d'échapper à la situation actuelle et les distorsions négatives de l'image de soi, puis les problèmes interpersonnels sont les raisons de mourir les plus fréquemment évoquées par des sujets dépressifs suicidaires (Jobes et Mann, 1999). Les pensées erronées sur la dévalorisation, l'inutilité, la culpabilité, la vision pessimiste de l'avenir sont corrélées à l'intentionnalité suicidaire (Alexopoulos et col, 1999; Mendonca et Holden, 1996; Van Gastel et col, 1997).

Il apparaît que l'intensité maximale passée des idées suicidaires a une meilleure valeur prédictive de risque de suicide que les idées suicidaires exprimées au moment de l'examen, ce qui incite à évaluer l'importance de ces idées également dans le passé récent du sujet (Beck et col, 1999). Les antécédents de tentatives de suicide sont un facteur favorisant les idées suicidaires chez des patients déprimés (van Praag et Plutchik, 1988). Mais si l'humeur dépressive est généralement fortement liée à cette idéation suicidaire, dans 30% des cas on ne retrouve pas de trouble défini, et dans 21% on ne décèle pas de troubles sub-syndromiques (Ahrens et col, 2000).

#### • **Les comportements suicidaires**

Un scénario mis en œuvre ou envisagé pour la tentative de suicide est à rechercher et est repéré par l'Echelle d'Intentionnalité Suicidaire de Beck. La préméditation du geste et sa forte létalité potentielle ou perçue par le patient sont reconnus comme des facteurs de risque de suicide ultérieur (De Moore et Robertson, 1996)

Des comportements " terminaux " à type de préparatifs signifiant un projet de changement profond ou un départ sont à repérer, avec l'aide de l'entourage, car ils sont souvent dissimulés. Des écrits et des lettres exprimant des idées de fin ou de désespoir sont à prendre en considération, d'autant plus chez des sujets utilisant peu ce mode de communication, car ils reflètent assez bien les états passionnels du sujet avant la réalisation de son geste ou peuvent aussi être un ultime moyen pour interpeller l'entourage (Bareil-Guerin et col, 1991). Le fait de laisser une lettre d'adieu a été corrélé à une intentionnalité suicidaire plus forte (Sarro et col, 1994)

Les comportements à risque de survenue ou d'aggravation récente sont à repérer : conduite automobile ou moto à risque. goût nouveau pour sports très dangereux.

conduites sexuelles risquées telles que rapports non protégés avec partenaires multiples, alcoolisations massives ou abus de drogues. Ces comportements ont été bien identifiés chez des adolescents et les jeunes adultes à risque suicidaire.

On repère parfois des comportements passifs tels que refus alimentaire chez le sujet âgé, assimilés parfois à des syndromes de glissement, ou refus de soins ou de poursuivre des traitements cruciaux pour la santé de l'individu (insulinothérapie, antibiothérapie, cardiotropes...). Ces conduites sont qualifiables d'équivalents suicidaires (Vedrinne, 1981)

Les enquêtes épidémiologiques plaident pour une reconnaissance meilleure des signes qui peuvent faire suspecter une situation de crise suicidaire, même si on ne connaît pas l'impact potentiel de ces efforts de dépistage. Comme le souligne Hardy (Hardy, 1997), la valeur prédictive positive des variables liées au risque de suicide est faible en raison de leur faible spécificité.

Ces signes d'intention suicidaire doivent être réexaminés tout au long de la gestion de la crise. On évaluera sur une durée suffisante le jugement critique que le patient prête à son acte, la confrontation de ce qu'il en attendait avec ce que lui évoque sa survie, la reprise de contrôle sur ses pensées erronées. Il est tout aussi important après la tentative de suicide de déterminer la ou les significations de ce geste, en restituant cette démarche au patient, ce qui est en soi thérapeutique.

#### • **Le sentiment de désespoir**

Il est significativement plus fort chez les patients ayant des idées de suicide et qui passent à l'acte, par rapport à ceux qui ne le font pas. La mesure de cette variable avec l'Echelle de Désespoir de Beck montre des scores significativement plus élevés chez des sujets qui se sont finalement suicidés, tant chez des sujets hospitalisés qu'ambulatoires, avec un niveau de preuve intermédiaire en raison du manque de spécificité généralement observé (Beck et col, 1999; Beck et col, 1985; Bulik et col, 1990; Malone et col, 1995a; Mann et col, 1999; Roy, 1993). Le désespoir est souvent corrélée à l'intention suicidaire indépendamment de la gravité de l'humeur dépressive (Wetzel et col, 1980), mais ce lien ne semble pas aussi marqué dans d'autres pathologies psychiatriques que la dépression (Mendonca et Holden, 1996; Soloff et col, 1994). Si la sensibilité de ce paramètre est de l'ordre de 95% pour le dépistage du suicide, sa spécificité est médiocre, notamment dans la prédiction des tentatives de suicide, ce qui en limite les valeurs prédictives.

#### • **L'anxiété**

L'anxiété psychique et physique, est un symptôme constant, bien que variable au cours de la crise. Elle est souvent maximale dans la phase décisionnelle de la TS, reflétant l'état de tension auquel le sujet est soumis. Il est de nombreux cas où l'anxiété est accompagnée d'une inhibition comportementale qui a pour effet de freiner le passage à l'acte. Ce dernier peut survenir par un mécanisme de levée de cette inhibition, tel que cela a été décrit dans les périodes d'instauration de traitements antidépresseurs, particulièrement dans des mélancolies. Un abaissement conjoint de l'anxiété et de l'inhibition qui l'accompagne paraît précéder beaucoup de passages à l'acte.

Lorsque l'acte est réalisé, il n'est pas rare d'observer chez les suicidants un apaisement, une absence de tension, qui a pu être mis sur le compte d'un effet cathartique de la tentative de suicide. Une étude sur 25 patients dépressifs récemment hospitalisés montre ainsi un abaissement significatif de l'humeur dépressive en quelques jours après un geste suicidaire. alors que cet effet n'est pas

observé dans un groupe contrôle de 50 dépressifs non suicidaires (van Praag et Plutchik, 1985). Cet effet cathartique n'a pas été retrouvé par une autre équipe qui suggère qu'il pourrait s'observer surtout chez des patients sévèrement déprimés ou ayant accompli des tentatives de suicide violentes (Bronisch, 1992). C'est effectivement ce que O' Donnell et col observent chez 20 suicidants qui ont tenté de se jeter sous un train, les patients exprimant dans les jours qui suivent un mieux-être, un sentiment de renaissance, ressentant leur survie comme un signe divin (O'Donnell et col, 1996). Cet effet d'apaisement pourrait dépendre du type de pathologie sous-jacente, les patients de cette dernière étude étant en majorité schizophrènes. Il apparaît au total que cette impression de calme et d'amélioration peut être faussement rassurante sur les motifs de la crise suicidaire, et d'autre part, l'évocation des difficultés ressenties et de la sortie prochaine du service peut suffire pour raviver l'état d'anxiété. L'examen des raisons qui ont amené des suicidants à récidiver au sein même de l'hôpital montre que ces actes surviennent plus souvent à l'annonce du projet de suivi et du retour à l'extérieur, dans un climat particulièrement anxieux.

#### • **L'agressivité**

Il paraît exister dans tout acte suicidaire un sens agressif, contre le sujet lui-même ou contre des personnes extérieures désignées. Cette agressivité peut se manifester dans la violence physique que le sujet veut infliger à son corps par le moyen choisi, par des actes préliminaires d'auto-mutilations, par de la colère en situation de soins. Dans le cadre de la dépression, elle s'associe fréquemment à la dévalorisation, au sentiment d'indignité. Elle s'intègre, sur un mode impulsif, aux personnalités borderline et est dans ce cadre comme dans les états dépressifs un facteur de passage à l'acte ou de récurrence (Soloff et col, 2000)

#### • **L'impulsivité et l'instabilité comportementale**

Elle est généralement reconnue comme un facteur facilitant particulièrement la mise en acte d'idées suicidaires (Beautrais et col, 1999; Mann et col, 1999). L'impulsivité " trait " et " état " est retrouvée significativement plus élevée chez des dépressifs aux antécédents suicidaires par rapport aux dépressifs non suicidaires (Corruble et col, 1999). Cette variable a fait l'objet de plusieurs études dans le cadre des personnalités pathologiques du cluster B du DSM IV, en particulier dans les personnalités borderline où le trait impulsif est un critère diagnostique. Dans une étude rétrospective portant sur 214 patients présentant ce type de personnalité, l'impulsivité s'est avérée être la variable la mieux corrélée au nombre de tentatives de suicide, après contrôle des variables dépression et abus de substances psychoactives (Brodsky et col, 1997).

L'état de conscience - ou de lucidité - de l'individu au moment de la phase pré-suicidaire est variable et dépend du type de passage à l'acte, (Moron, 1987). On pense souvent qu'une majorité de passages à l'acte sont impulsifs, ayant l'aspect de raptus. L'amnésie relative de l'épisode pré-suicidaire évoquée par ces patients, ainsi que les remaniements psychologiques de la crise, tendent à probablement à majorer cette impression. Un bilan minutieux réalisé dans l'après-coup relativise souvent cette impression de soudaineté, et retient l'idée que le passage à l'acte est la résultante d'un processus dynamique qu'il convient de détailler.

L'impulsivité est retrouvée plus fréquemment chez les adolescents, pouvant faciliter des passages à l'acte de toute nature, tels que des fugues ou des voyages en apparence pathologiques. des actes de violence. Il est alors nécessaire de préciser le

contexte de ces comportements qui peuvent parfois inaugurer une crise suicidaire. D'autres formes de discontinuité comportementale ont été évoquées plus haut, telles que les alcoolisations inhabituelles, l'agressivité et les violences, certains refus alimentaires.

• **Facteurs protecteurs (ou signes de réassurance)**

Paradoxalement, peu d'études se sont consacrées aux éléments signant une bonne évolution de la crise, ou protégeant les sujets à risque contre un passage à l'acte. Une analyse des " raisons de vivre " chez des sujets dépressifs a montré que certains éléments protecteurs discriminent les sujets qui commettent un acte suicidaire des sujets non suicidaires (Malone et col, 2000). Il s'agissait des croyances en la survie et l'affrontement des difficultés, de la peur de la réprobation sociale, des objections morales au suicide, et à un moindre degré, de la peur du suicide et des préoccupations pour ses propres enfants. L'évocation de la famille et la projection dans un avenir meilleur sont les raisons de vivre les plus souvent retrouvées chez des patients dépressifs (Jobes et Mann, 1999). Ces pensées qui tendent à protéger le sujet sont à repérer, bien que leur interprétation soit délicate en raison notamment des variabilités culturelles et sociales pour les valeurs qui les sous-tendent.

**Conclusion**

La revue de la littérature sur la symptomatologie de la crise suicidaire ne permet pas de dégager un modèle sémiologique unique. Un certain nombre de variables énumérées dans le texte sont à repérer, à quantifier, et leur évolution doit être surveillée pendant toute la durée de la phase aiguë du processus suicidaire. C'est sur l'évolution favorable et stable de ces paramètres que se décideront les modalités du suivi à l'issue de la période d'urgences.

Le nombre important de signes et paramètres à repérer, leur labilité dans les différentes phases de la période de crise, la nécessité de confronter le vécu subjectif du sujet aux éléments environnementaux rapportés par les proches, sont autant de raisons de consacrer un temps suffisant à cette intervention de crise, dans une approche multidisciplinaire.

Ces recommandations reposent surtout sur un consensus professionnel (qui sera probablement discuté lors de la Conférence), s'appuyant sur des études apportant un niveau de preuve généralement intermédiaire.

**Annexe 1 : Echelle d'Intentionnalité Suicidaire (Beck et col, 1974)**

<b>Circonstances objectives de la TS</b>	
1. Isolement	Une personne était-elle présente, ou a-t-elle été jointe par téléphone ?
2. Gestion du temps	La TS a-t-elle été planifiée de manière à ce que le patient ne puisse pas être découvert ?
3. Précautions prises pour ne pas être	Par exemple, TS dans une pièce fermée à clé
4. Dissimulation de la TS aux personnes	Le sujet a-t-il évoqué sa tentative lorsqu'il a été sollicité?

TS aux personnes présentes	sollicité?
5. Actes réalisés en prévision de la mort	Par exemple, changements de projets, cadeaux inhabituels
6. Préparation de la TS	Un scénario suicidaire a-t-il été réalisé ?
7. Intention écrite de TS	Le patient a-t-il laissé des messages écrits au préalable?
8. Communication verbale de l'intention suicidaire	Le patient en a-t-il parlé ouvertement au préalable ?
9. But de la tentative	Y avait t-il une intention de disparaître ?
<b>Propos rapportés par le patient</b>	
10. Attentes par rapport à la létalité du geste	Le patient pensait t-il qu'il allait mourir ?
11. Appréciation de la létalité de la méthode employée	Le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que ce qu'il croyait être ?
12. Gravité perçue du geste suicidaire	Le patient pensait t-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?
13. Attitude ambivalente par rapport à la vie	Le patient souhaitait t-il réellement mourir ? Ou seulement fuir, ne plus penser ?
14. Perception de l'irréversibilité de l'acte	Le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?
15. Degré de préméditation	Le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexion à son sujet ?
16. Réaction à l'issue de la prise en charge	Le patient regrette t-il d'être en vie ?
17. Représentation de la mort	La mort est-elle représentée de façon positive ?
18. Nombre de TS antérieures	Y a-t-il eu dans le passé plusieurs TS ? Ont t-elles été rapprochées ?

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ahrens B, Linden M. Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Result of a split half multiple regression analyse. Acta Psychiatr Scand 1996; 94:79-86.
2. Ahrens B, Linden M, Zasko H, Berzowski H. Suicidal behavior--symptom or disorder? Compr

- Psychiatry 2000; 41(2 Suppl 1):116-21.
3. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, Sirey JA, Kakuma T. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(11):1048-53.
  4. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996; 153(9):1185-8.
  5. Bareil-Guerin M, Guerin JL, Moron P. L'écrit du suicidant. *Psychologie Médicale* 1991; 23:1141-4.
  6. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29:37-47.
  7. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(1):1-9.
  8. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. Beck AT, Resnick HLR, Lettieri DJ. *The prediction of suicide*. Bowie, Maryland: Charles Press, 1974: 45-8.
  9. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142(5):559-63.
  10. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154(12):1715-9.
  11. Bronisch T. Does an attempted suicide actually have a cathartic effect? *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86(3):228-32.
  12. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3):371-7.
  13. Bulik CM, Carpenter LL, Kupfer DJ, Frank E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *J Affect Disord* 1990; 18(1):29-37.
  14. Corruble E, Damy C, Guelfi JD. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord* 1999; 53(3):211-5.
  15. Cremniter D. Les conduites suicidaires et leur devenir. Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris: Masson, 1997.
  16. Davidson F, Philippe Ae. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique. Paris: INSERM, Doin, 1986.
  17. De Moore GM, Robertson AR. Suicide in the 18 years after deliberate self-harm. A prospective study. *Br J Psychiatry* 1996; 169:489-94.
  18. Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1986; 148:554-9.
  19. Franc R, Belmas V, Canel-Gouzenes F, Moron P. Suicidants et suicidés: de la consultation, manifestation d'intention, à la prévention. *Psychologie Médicale* 1994; 26(Special 11):1115-9.
  20. Hardy P. La prévention du suicide: rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Paris: Doin Editeurs, 1997.
  21. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-28.
  22. Hawton K, Arensman E, Townsend E et al. Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317:441-7.
  23. Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995; 152:919-22.
  24. Jobes DA, Mann RE. Reasons for living versus reasons for dying: examining the internal debate of suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(2):97-104.
  25. Lynch TR, Johnson CS, Mendelson T et al. Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample. *J Affect Disord* 1999; 56(1):9-15.
  26. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995a; 34(3):173-85.
  27. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995b; 34(3):173-85.
  28. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000; 157(7):1084-8.
  29. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156(2):181-9.
  30. Maurice M, Pommereau X, Pueyo S et al. Epidemiologic surveillance of suicides and attempted suicides in Aquitaine, South-West France, using an original computer network of sentinel general practitioners. *J Epidemiolol Community Health* 1989; 43(290-292).
  31. Mendonca JD, Holden RR. Are all suicidal ideas closely linked to hopelessness? *Acta Psychiatr*

- Scand 1996; 93(4):246-51.
32. Moron P. Le suicide. Paris: Presses Universitaires de France, 1987: 127.
  33. O'Donnell I, Farmer R, Catalan J. Explaining suicide: the views of survivors of serious suicide attempts. *Br J Psychiatry* 1996; 168(6):780-6.
  34. Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000 Aug; 59( 2): 107-17.
  35. Pommereau X. L'adolescent suicidaire. Paris: Dunod, 1996.
  36. Quenard O, Rolland JC. Aspects cliniques et état de crise suicidaire. Vedrinne J, Quenard O, Weber D. Suicide et conduites suicidaires. Aspects cliniques et institutionnels. Paris: Masson, 1982: 13-47.
  37. Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *J Affect Disord* 1996; 39:83-91.
  38. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav* 1976; 6(3):131-49.
  39. Roy A. Features associated with suicide attempts in depression: a partial replication. *J Affect Disord* 1993; 27(1):35-8.
  40. Roy A, Mazonson A, Pickar D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 144:303-6.
  41. Sarro B, De La Cruz C, Blanch J. Evaluation de l'intentionnalité suicidaire comme facteur de risque suicidaire. *Psychologie Médicale* 1994; 26 (Spécial 11):1129-33.
  42. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151(9):1316-23.
  43. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000; 157(4):601-8.
  44. Van Gastel A, Schotte C, Maes M. The prediction of suicidal intent in depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96(4):254-9.
  45. van Praag H, Plutchik R. An empirical study on the "cathartic effect" of attempted suicide. *Psychiatry Res* 1985; 16(2):123-30.
  46. van Praag HM, Plutchik R. Increased suicidality in depression: group or subgroup characteristic? *Psychiatry Res* 1988; 26(3):273-8.
  47. Vedrinne J. Le praticien et la reconnaissance du sujet suicidaire. Vedrinne J, Quénard O, Weber D. Suicide et conduites suicidaires. Aspects socio-culturels, épidémiologiques. Prévention et traitement. Paris: Masson, 1981: 171-9.
  48. Wetzel RD, Margulies T, Davis R, Karam E. Hopelessness, depression, and suicide intent. *J Clin Psychiatry* 1980;

**Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ?**  
**Le point de vue du clinicien Quels sont les facteurs relatifs à l'environnement (famille, travail, contexte social) ?**

**Quelle est l'influence des événements de vie ?**

M. Walter CHU - Brest

**I - Remarques préliminaires**

**1 - Concernant la notion de facteur de risque**

Même si l'on considère comme acquise la définition de la crise suicidaire, plusieurs remarques préliminaires s'imposent concernant la notion de facteurs de risque ; ces remarques concernent le modèle théorique de référence, les classifications des facteurs de risque ainsi que les conséquences pour la prévention. Un facteur de risque est dans une relation de corrélation avec la survenue d'un phénomène et concerne une population ; il ne se situe donc pas au niveau de la causalité individuelle. De plus tous les auteurs s'accordent pour rapporter les phénomènes suicidaires en général et la crise suicidaire en particulier à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socio-culturels, environnementaux et psychopathologiques. Enfin, ces différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres, ce qu'indiquent certains auteurs en distinguant facteurs prédisposants ou de vulnérabilité, facteurs précipitants et facteurs de protection (Heikkinen, 1993 ; Young, 1994 ; Sandin, 1998). Il ne s'agit donc pas d'un modèle additif mesurant le risque final à partir d'une sommation des différents facteurs de risque mais d'un modèle intégratif aboutissant au fait que l'impact de chacun d'eux dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments. Toute politique de prévention doit évidemment tenir compte de ces données (corrélation, plurifactorialité, interaction) au risque de passer à côté de son objectif.

Les facteurs de risque suicidaire peuvent être classés selon plusieurs oppositions (court terme/long terme, psychopathologiques/socio-environnementaux, prédisposants/précipitants), mais également, dans une perspectives pragmatique et préventive, en facteurs primaires, secondaires et tertiaires (Rihmer, 1996 ; Hardy, 1997). Les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une faible activité sérotoninergique constituent des facteurs de risque primaires ; ils sont en interaction les uns avec les autres, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout pourront être influencés par les traitements. Les pertes parentales précoces, l'isolement social (séparation, divorce, veuvage,...), le chômage, les difficultés financières importantes et des événements de vie négatifs sévères forment les facteurs de risque secondaires, observables dans l'ensemble de la population, faiblement modifiables par les thérapeutiques et dont la valeur prédictive est réduite en l'absence de facteurs primaires. Enfin, les facteurs de risque tertiaires comprennent l'appartenance au sexe masculin, à un groupe d'âge à risque (adolescence, sénescence), ou à une période de vulnérabilité particulière (phase prémenstruelle) ; ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires.

Pour rester proche du plan proposé pour la conférence de consensus, nous ne ferons que citer les facteurs de risques primaires ou facteurs relatifs à l'individu (amplement détaillés par ailleurs) pour insister sur les facteurs de risque secondaires

ou facteurs relatifs à l'environnement, et plus particulièrement sur l'influence des événements de vie qui paraissent illustrer au mieux la complexité de la problématique suicidaire et l'écart qui existe entre un paramétrage épidémiologique basé sur l'identification de facteurs de risque et la question du sens qu'un tel événement peut prendre dans une histoire singulière (Mahieu, 2000).

## **2 - Concernant la notion d'événements de vie.**

Il y a d'abord lieu de donner une définition de l'événement de vie (Life Event). La notion courante d'événement peut être résumée par la formule d'un changement extérieur au sujet, c'est-à-dire que cette notion suppose à la fois la survenue d'un changement suffisamment rapide et important pour entraîner une discontinuité dans la vie du sujet et le caractère objectif de ce changement, c'est-à-dire une origine extérieure au sujet (Tatossian, 1985). Brown et Harris (1978) ont distingué en outre les difficultés de vie, situations problématiques qui durent au moins quatre semaines, et les incidents de vie ou tracasseries (hassless), événements de vie d'intensité mineure ou concernant des personnes trop éloignées du sujet. Enfin, il peut exister des difficultés naissant d'événements, des événements complexes (c'est-à-dire survenant pendant la même semaine et découlant d'un même processus) et des événements en série (événement de même thème se répétant) proches des stressseurs chroniques (Sandin, 1998).

En psychopathologie, la référence à la notion d'événement n'est pas épistémologiquement neutre, car elle participe d'une conception du fonctionnement mental où prédomine une logique de la causalité. C'est le domaine des épidémiologistes qui situent l'événement extérieurement aux phénomènes morbides en essayant de l'identifier à un facteur de risque. Ce caractère d'extériorité de l'événement par rapport au sujet, qui le rapproche du fait (donnée désaffectivée qui s'inscrit hors du champ du vécu, Sabatini, 1988), est critiqué à la fois par la psychanalyse et par la phénoménologie. Cette dernière insiste sur la nécessité d'intégrer le sujet à la définition et même à la constitution de l'événement, bref à l'avènement de l'événement. " Il n'y a d'événement que pour l'homme et par l'homme ; c'est une notion anthropologique, non une donnée objective " (Bastide, 1970). Bien loin de subir passivement ces événements, le sujet les provoque et les utilise comme instruments de sa stratégie d'adaptation, par exemple à un conflit interpersonnel. Le modèle de causalité événementiel le plus adéquat selon les phénoménologues n'est alors plus le modèle linéaire Stimulus-Réaction habituellement privilégié par la méthode des Life Events, mais un modèle de type transactionnel où le sujet essaie de contrebalancer les événements qu'il subit avant la crise suicidaire par les événements qu'il produit, éventuellement jusqu'au passage à l'acte suicidaire. Quant à la psychanalyse, elle introduit la notion d'après-coup qui interdit de réduire l'histoire d'un sujet à un déterminisme linéaire envisageant seulement l'action du passé sur le présent. Le sujet remanie ainsi après-coup les événements passés, et c'est ce remaniement qui leur confère un sens, une efficacité, ou un pouvoir pathogène. Toutefois, ce n'est pas le vécu en général qui est remanié après-coup, mais électivement ce qui, au moment où il a été vécu, n'a pu pleinement s'intégrer dans un contexte significatif. Le modèle d'un tel vécu est l'événement traumatisant. Ainsi, dans *L'Homme aux loups* (Freud, 1918), la scène originelle vécue à 18 mois ne prit son caractère pathogène qu'après-coup, lors de la survenue du rêve à 4 ans. Pour la psychanalyse, c'est donc l'après-coup qui fait l'événement ; la priorité est donnée aux facteurs internes et à la nécessité de saisir des processus d'élaboration psychologique

dans l'histoire du sujet. Il serait donc possible d'opposer une conception anthropologique subjective de l'événement (position de la phénoménologie et de la psychanalyse) à une conception objective ou plutôt objectivante privilégiée par la méthode des Life Events et l'épidémiologie. Il semble toutefois que cette opposition ne soit plus aussi tranchée. D'une part, le caractère d'extériorité de l'événement par rapport au sujet est nuancé par un certain nombre d'auteurs se référant à la méthodologie des événements de vie : événements dépendants du sujet (Brown, 1974), contrôlables par lui (Paykel, 1975 ; Cochrane, 1975), ou encore contingents à son comportement (Fontana, 1972). D'autre part, le mode d'évaluation de l'impact événementiel a évolué avec le temps. Le premier mode d'approche a été mis au point par Holmes et Rahe (1967) et consistait à attribuer à chaque événement une note standard en terme de retentissement affectif. Puis, l'intérêt s'est porté vers l'auto-évaluation rétrospective (Sarason et al, 1978) soumise aux biais des mécanismes de défense et à la réorganisation des affects dans le temps. Enfin, l'évaluation la plus achevée introduit dans l'analyse événementielle le contexte où se place l'événement dans la vie du sujet et aussi l'appréciation du sujet lui-même (Brown et Harris, 1989). C'est dans ce rapprochement objectif/subjectif que l'ambiguïté de la notion d'événement trouve à la fois son illustration et sa fécondité (Tatossian, 1985). De nombreux auteurs se sont penchés depuis plus d'un demi siècle sur les relations existant entre les événements de vie stressants et le phénomène de la maladie, à la suite d'A. Meyer formulant l'hypothèse de l'existence d'une relation entre stimuli stressants issus de l'environnement et maladie. Dans cette optique, les recherches ont d'abord été centrées sur les maladies somatiques, puis sur les maladies psychosomatiques et enfin sur les maladies mentales. Dans le domaine de la souffrance psychique, de nombreuses études ont établi un lien temporel entre un événement et certains types de maladies (états dépressifs, schizophrénie) ou certains types de comportement comme les tentatives de suicide (Cochrane, 1975 ; Paykel, 1975). Outre la question de la nature de l'événement incriminé, se pose alors celle, fondamentale, du type de lien qui unit l'événement et le trouble, ici le comportement suicidaire. Cette liaison n'est jamais considérée comme l'expression d'une causalité directe, mais comme l'effet de facteurs favorisants ou déclenchants, termes pour lesquels un certain nombre de synonymes ont été proposés : facteurs prédisposants et précipitants (Cross, 1986 ; Shaffer, 1988), facteurs distaux et proximaux (Low, 1990 ; Mosciki, 1995), facteurs de vulnérabilité et événements stressants récents (De Vanna, 1990). Amiel-Le Bigre (1986) distingue de son côté les événements de vie marqueurs de risque et ceux facteurs de risque, traduisant ainsi le fait que ce n'est pas tant le nombre ni le type d'événements vécus mais la façon de vivre ceux-ci (l'impact affectif) qui serait un trait de vulnérabilité. Enfin, quelques auteurs (Heikkinen, 1993 ; Sandin, 1998) ont proposé un modèle intégratif des événements de vie pour tenter de rendre compte des interactions entre facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité et facteurs de protection.

## **II - Influence des événements de vie (EV)**

### **1 - Revue générale**

Si différentes études se sont intéressées à l'impact des EV lors de la crise suicidaire (séparations diverses pour Levi en 1966, mort récente d'un parent pour Birtchnell en 1970), l'étude la plus complète est celle de Paykel (1975, 1976) car elle compare trois groupes (suicidants, déprimés et nonulation générale) et s'intéresse également

aux différents types d'EV : désiré (mariage, promotion, ...)/non désiré (décès, séparations, maladies,...), degré de contrôle du sujet, domaine de la crise (travail santé, famille, justice), intensité de l'impact, modification de la structure socio-familiale (par entrée d'un nouveau membre ou par perte). Les suicidants présentent quatre fois plus d'EV dans les six derniers mois que la population générale (3,3 versus 0,8) et 1,5 fois plus que les déprimés (3,3 versus 2,1). Un pic de fréquence est retrouvé dans le dernier mois précédant le geste qui concentre 1/3 des EV. Parmi les variétés impliquées, ce sont surtout les événements indépendants de la volonté du sujet, non contrôlés par lui et d'intensité moyenne à forte qui distinguent suicidant et déprimés alors que toutes les catégories distinguent suicidants et population générale (sauf les événements désirés). Pour Slater et Depue, les suicidants déprimés se distinguent des déprimés non suicidants par la poursuite de la survenue d'EV stressants après le début de la dépression et par l'absence de soutien d'un confident (1981). Chez l'adolescent, deux études retrouvent également des niveaux élevés d'EV stressants dans l'année précédant la TS, surtout des pertes interpersonnelles (Cohen-Sandler, 1982), mais aussi une instabilité sociale (De Wilde, 1992). Toutefois, pour Low (1990), les EV ne constituent pas en eux-mêmes des prédicteurs suffisamment puissants, ce que confirme Lewinsohn (1994) dans une des rares études prospectives où, quand la variable dépression est contrôlée, seule la TS récente d'un ami paraît être un EV prédictif d'une future TS. Cette sureprésentation d'EV négatifs dans les mois précédant un geste suicidaire peut aboutir à deux interprétations (Lafont, 1987, Clum, 1991); soit le passage à l'acte suicidaire apparaît comme une réaction à une conjoncture événementielle défavorable, comme une réponse mal adaptée à une crise interpersonnelle, ce qui a le mérite de mettre l'accent sur l'importance des interventions de crise mais réduit la problématique au modèle Stimulus-Réaction ; soit la population suicidante ou à risque de passage à l'acte est par nature une population à événements, privilégiant l'expression agie plutôt que la mentalisation. L'étude des événements traumatisants survenant dans l'enfance (pertes précoces, violence et abus), plus fréquents chez les futurs suicidants (Cf paragraphe II.3), plaiderait pour l'organisation d'une personnalité vulnérable, responsable à la fois de la tendance aux passages à l'acte et de la plus grande sensibilité aux événements extérieurs.

## **2 - EV précipitants (ou facteurs proximaux).**

Plusieurs auteurs (Bancroft, 1975 ; Fieldsend, 1981) se sont intéressés à la semaine précédant la TS et ont constaté un nombre important de patients rapportant un conflit interpersonnel (dispute, rupture sentimentale) avec une personne-clé 48 heures avant le geste. Il s'agit majoritairement de femmes jeunes engagées dans un conflit relationnel avec leur conjoint (Maris, 1997). Les thèmes principalement évoqués sont les violences physiques, l'infidélité et l'indifférence affective (Stephen, 1985). IL existe généralement une dépendance affective (Pommereau, 1988) et une forte hostilité dans les motivations suicidaires (Fieldsend, 1981), ce qui semble indiquer des dispositions de personnalité particulières. Chez les adolescents, un second facteur précipitant s'ajoute aux facteurs sentimentaux, il s'agit des problèmes disciplinaires soit avec les parents (Shaffer, 1974), soit avec la loi (Beautrais, 1997), surtout quand l'altercation s'accompagne d'un sentiment de rejet et d'humiliation. Par ailleurs, il apparaît que les idées de suicide chez l'adolescent peuvent être liées à des tensions chroniques intrafamiliales (Adams, 1994). Quelques auteurs dont Mehlum (1992) ont relié ces conflits actuels (de l'ordre de la perte) à des pertes précoces survenues lors de la petite enfance. Notons pour terminer qu'un tiers (Beautrais,

1997) à la moitié (Kienhorst, 1995) des suicidants ne rapporte pas de facteurs précipitants, et que ce pourcentage augmente avec l'âge. Ceci permet de rappeler ici qu'un facteur précipitant n'est prédictif qu'en présence d'autres déterminants de la crise suicidaire.

### **3 - EV prédisposants (ou facteurs distaux ou facteurs de vulnérabilité)**

Une littérature assez abondante suggère l'existence d'un lien entre pertes précoces pendant l'enfance et comportement suicidaire (Cross, 1986). Il s'agit essentiellement de la perte précoce de l'un des deux parents par séparation, divorce ou décès (Crook, 1975 ; Morgan, 1975), surtout quand elle est survenue pendant la période de latence (Pfeffer, 1981), ou lorsqu'elle a résulté d'une instabilité familiale importante (Goldney, 1981 ; Adam, 1982), voire lorsque cette instabilité se prolonge à l'adolescence (De Wilde, 1992). L'exposition précoce et prolongée aux idées de suicide ou aux comportements suicidaires d'un des parents, ou la survenue du décès par suicide constitue un facteur de risque de passage à l'acte à l'adolescence et à l'âge adulte (Hutchinson, 1987), mais aussi de récurrence (Krarup, 1991). Si tous les types de maltraitance lors de l'enfance augmentent le risque suicidaire à l'âge adulte (Bryant, 1995), c'est l'association entre abus sexuels et suicidalité qui est le mieux documenté, à la fois pour des populations cliniques (Briere, 1988 ; Yang et Clum, 1996) et pour des populations générales de collégiens (Peters, 1995). Ainsi, dans l'étude rétrospective de Martin (1996), 51 % des jeunes filles abusées sexuellement ont fait une TS, ce qui traduit un risque suicidaire multiplié par 5 par rapport aux non-abusées. Ce risque est d'autant plus élevé que l'abus a été répété et sévère, et qu'il a duré longtemps (Boudewyn, 1995). Il semblerait identique pour les garçons et les filles mais les études sont peu nombreuses pour les garçons (Boudewyn, 1995). De plus, les abus sexuels paraissent corrélés à l'apparition d'idées de suicide surtout quand l'abuseur vit dans le cercle familial (Wagner, 1997). L'impact des abus physiques est moins bien établi, mais la majorité des études concluent à un lien avec les comportements suicidaires (Bryant, 1995). L'influence des punitions corporelles est beaucoup plus difficile à évaluer pour des raisons culturelles et de définition. Une seule étude compare ces trois types de maltraitance (Bryant, 1995) : les étudiants abusés sexuellement pendant l'enfance sont plus suicidaires que les étudiants abusés physiquement : les punitions corporelles " ordinaires " n'auraient pas d'impact sur la suicidalité à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ces éléments posent la question de la nature du facteur traumatique (Raynaud, 1998). Lebovici et Soulé (1989) indiquaient que les expériences vécues par l'enfant avaient des conséquences imprévisibles, les événements les plus dramatiques pouvant n'avoir pas de conséquence alors que les situations ordinaires de la vie peuvent se révéler désorganisatrices. L'hypothèse d'une cause traumatique unique devrait ainsi être abandonnée au profit de l'idée que le facteur traumatique résulte d'une rencontre entre un événement, une histoire et une personnalité vulnérable. C'est redire ici l'importance des caractéristiques de la personnalité (Cross, 1986 ; Low, 1990).

## **III - Facteurs de risques relatifs à l'environnement**

### **1 - Travail (chômage, précarité d'emploi, insertion professionnelle)**

Depuis les travaux de Durkheim, de nombreuses enquêtes réalisées dans les pays industrialisés ont mis en évidence une corrélation forte entre gestes suicidaires et chômage. Les études transversales mettent en évidence une prévalence

significativement supérieure du chômage chez les suicidants par rapport à la population générale (Platt, 1985 ; Hawton, 1986 ; Jones, 1991), et les enquêtes écologiques retrouvent une corrélation positive et significative entre TS et taux de chômage dans certaines zones géographiques (Buglass, 1978). La grande majorité de ces enquêtes a été réalisée chez des hommes (Platt, 1984). Une des rares ayant porté sur une population de chômeuses (Hawton, 1988) a abouti à une conclusion identique avec toutefois une sursuicidalité un peu moindre chez les femmes chômeuses. Les différences entre régions, entre hommes et femmes et entre actifs et inactifs sont à rapprocher de l'hypothèse de Cohn (1978), à savoir que l'impact du chômage sur la santé des personnes dépendrait de deux paramètres : l'effet de rôle et l'effet d'environnement. L'effet de rôle mesure l'importance que les personnes accordent à leur travail selon leur statut social : plus ce dernier est centré sur le travail, plus le chômage a des effets négatifs. Cet effet de rôle peut être mesuré en comparant hommes et femmes, puisque le " poids " du travail est moins important pour les femmes en raison de la possibilité de statuts alternatifs (mère de famille, femme au foyer,...). Ainsi, le risque relatif de TS est seulement multiplié par 2 à 3 chez les femmes au chômage, alors qu'il est multiplié par 6 ou 7 chez les hommes (Philippe, 1988). L'effet environnement dépend de l'importance du chômage dans la région : plus le taux de chômage est élevé, moins les chômeurs se sentent " responsables " de leur situation, et moindre sera l'effet sur leur santé. La " banalisation " du chômage diminue le risque suicidaire (Platt, 1984). Dans l'enquête de Philippe (1988), le risque relatif de TS est de fait plus faible chez les chômeurs lennois (x 5) que chez les chômeurs lyonnais (x 6) ou bas-rhinois (x 7). Toutefois cet effet environnement apparaît limité et semble surtout accentuer le risque pour l'ensemble de la population. Toutes ces études sont émaillées de biais méthodologiques dont nous citerons trois principaux. Premièrement, les effets du chômage ne se limitent pas à la population au chômage. Le climat d'insécurité qu'engendre la crise touche aussi ceux qui ont un travail. Différents travaux ont montré que c'est dès l'annonce de la menace de chômage dans une entreprise que la répercussion sur l'état de santé des salariés est la plus importante et une fois la mise au chômage effective, le nombre de symptômes diminue (Bungener, 1982). Par ailleurs l'effet à court terme sur la santé serait relativement faible, alors qu'à moyen terme (4-5 ans) les différences deviendraient importantes. De plus, il reste une différenciation nette entre classes sociales, avec un effet d'autant plus important que les personnes ont un statut social modeste. Enfin et surtout, il est nécessaire d'apprécier l'effet sélectif de la pathologie mentale en cas de chômage. Autrement dit, s'il y a plus de chômeurs parmi les suicidants et les suicidaires, le sont-ils parce qu'ils sont au chômage, ou bien sont-ils chômeurs et suicidants parce qu'ils ont un trouble mental ? Les principaux travaux qui contrôlent ces variables psychopathologiques (dépression, dépendance à l'alcool, trouble de la personnalité), mais aussi d'autres variables comme le contexte familial concluent à une absence de causalité entre chômage et risque suicidaire (Platt, 1984 ; Jones, 1991) pour retenir l'hypothèse d'un facteur tiers responsable simultanément du chômage et de la suicidalité. Cette absence de liaison directe rend compte du fait que les effets du chômage dépendent de l'insertion des individus dans la société et particulièrement des protections et des solidarités dont ils bénéficient. Signalons que nous n'avons retrouvé aucune étude analysant les relations entre gestes suicidaires et situations professionnelles précaires (RMI, CES), si ce n'est celle de Chastang et coll. en 1997. La précarité d'emploi s'y révèle être un facteur de confusion dans la relation entre les

antécédents psychiatriques personnels et familiaux et la récurrence suicidaire.

## **2 - Famille et contexte social**

Les systémiciens rappellent que toute famille est un système vivant qui comprend des éléments en interaction les uns avec les autres et qui évolue selon des cycles faits de l'alternance de plans d'équilibre homéostatique et de périodes de transformation. Dans les systèmes familiaux pathologiques comportant des dysfonctionnements relationnels, la crise représente l'impossible transformation de la famille qui se trouve bloquée dans son cycle de développement. Le poids de la responsabilité du non-changement est alors " délégué " à l'un des membres de la famille, le patient désigné, lequel va tenter de maintenir le système dans un certain équilibre au travers de ses symptômes. Les suicidants et leur entourage n'échappent pas à cette loi des systèmes : on distingue dans cette perspective deux types d'organisation relationnelle familiale : les familles à transaction suicidaire et les familles à transaction mortifère qui s'opposent presque point par point. Dans les familles à transaction suicidaire, la fonction du symptôme TS est la menace d'exclusion du suicidant hors du système familial : toute tentative de suicide est dans cette perspective réussie car aboutissant à cette exclusion temporaire ne serait-ce par le biais de l'hospitalisation. La désignation suicidaire est variable dans le temps, et peut prendre d'autres formes : fugue, ivresse aiguë, épisode psychosomatique aigu. A l'inverse, dans les familles à transaction mortifère, la fonction du symptôme TS n'est pas la menace d'exclusion mais l'exclusion vraie par la mort du suicidant : la TS est alors un suicide raté. La désignation mortifère y est permanente et intemporelle. L'organisation relationnelle de ces familles est très rigide, proche de celles des patients toxicomanes ou psychotiques (Vallée et Oualid, 1988).

Différentes études rétrospectives (Kerfoot, 1980 ; Hawton, 1986) menées auprès d'adolescents suicidants et suicidaires ont retrouvé un conflit intrafamilial récent (jusqu'à 77.5 % des 12 heures précédant le geste pour Pillay en 1997). Toutefois, ce conflit récent n'est en fait que l'expression d'un dysfonctionnement familial et de problèmes relationnels plus anciens (Pillay, 1997). Low (1990) dans une revue de la littérature a décrit ces familles " à risque " comme désorganisées et instables, avec des taux élevés de ruptures, de violences (Reinherz, 1995) et de comportements suicidaires ; les interactions familiales sont dominées par l'hostilité, les relations conjugales insatisfaisantes ; les parents présentent une forte prévalence de dépendance à l'alcool ou aux drogues et de troubles psychiatriques chroniques surtout affectifs ; enfin, les adolescents ont fréquemment une histoire d'abus sexuels et physiques dans la famille. De Wilde (1992) mentionne la faiblesse du soutien familial chez les suicidants. Hurteau (1991) retrouve d'ailleurs à la fois chez les suicidants mais aussi chez les suicidaires une absence de soutien par le réseau social. A l'inverse, le support social (proximité d'amis ou de proches, ne pas vivre seul) peut jouer le rôle d'un facteur de protection (revue dans Heikkinen, 1993).

## **IV - Conclusion**

Les facteurs de risque secondaires ou facteurs relatifs à l'environnement ont une valeur prédictive réduite en l'absence des facteurs de risque primaires, essentiellement représentés par les troubles psychiatriques (axes I et II) et les antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires. De plus, ces facteurs secondaires sont en interaction les uns avec les autres, ce qui explique l'absence de

causalité linéaire, l'impact de chacun d'entre eux dépendant de la présence ou de l'absence des autres éléments ainsi que de non intégration dans l'histoire de chaque sujet. Toute politique de prévention se doit de tenir compte de ces points, sans oublier le philosophe : " il y a beaucoup de causes à un suicide et d'une façon générale les plus apparentes n'ont pas été les plus efficaces. On se suicide rarement par réflexion. Ce qui déclenche la crise suicidaire est presque toujours incontrôlable " (A. Camus, 1992).

## BIBLIOGRAPHIE

- ADAM KS., BOUCKOMS A., STREINER D. - Parental loss and family stability in attempted suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1982 ; 39 : 1081-1085.
- ADAMS DM., OVERHOLSER JC., LENHART KL. - Perceived family functioning and adolescent behaviour. *Journal Am Acad Child Adol Psychiatry* 1994 ; 33 : 498-507.
- ADAMS DM., OVERHOLSER JC., SPIRITO A. - Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Can J Psychiatry* 1994 ; 39(1) : 43-48.
- AMIEL-LEBIGRE F. - Evénements de vie et risque psychopathologique. In : Evénement et psychopathologie. Guyotat J et Fedida P (eds). Simep, Lyon, 1985 : 49-53.
- AMIEL-LEBIGRE F. - L'événement : un facteur ou un marqueur de risque ? *Acta Psychiatr. Belg.* 1986 ; 86 : 425-430.
- AMIEL-LEBIGRE F. - Evénements stressants de la vie, méthodologie et résultats. *Encycl Med Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-401-E-10, 1996, 6 p.
- BANCROFT JHJ, SKRIMSHINE AM, CASSON J. et al. - People who deliberately poison or injure them selves : their problems and their contacts with helping agencies. *Psychological Medicine* 1977 ; 7 : 789-303.
- BASTIDE R. - Evénement (sociologie). *Encyclopaedia Universalis* 1970 ; Tome 6 : 822-824, Paris.
- BEAUTRAIS AL., JOYCE PR., MULDER R.T.- Precipating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36(11) : 1543-1551.
- BIRCHNELL J. - The relationship between attempted suicide, depression and parent death. *Br J Psychiatry* 1970 ; 116 : 307-313.
- BOUDEWYN AC, LIEM JH. - Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress* 1995 ; 8 (3) : 445-459.
- BRENT D., KOLKO D., ALLAN M. et al. - Suicidality in affectively disordered adolescents impatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990 ; 29 : 586-593.
- BRIERE J., RUNTZ M. - Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect* 1988 ; 12 : 331-341.
- BROWN GW. - Meaning, measurement and stress of life events. In : Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds) : stressful life events. Their nature and their effect. New York : John Wiley 1974 ; 217-243.
- BROWN GW, HARRIS TO. - Life events and illness. The Guilford Press. London, 1989.
- BRYANT SL, RANGE LM. - Suicidality in college women who were sexually and physically abused and physically punished by parents. *Violence and Victims* 1995 ; 10 (3) : 195-201.
- BUGLASS D., DUFFY J.C.- The ecological patterns of suicide and parasuicide in Edinburg. *Soc. Sci.* 1978 ; 12 : 241-253.
- BUNGENER M, HORELLOU-LAFARGE C, LOUIS MV. - Chômage et santé 1982, 158 p., Ed- Economica, Paris.
- CAMUS A. - Le Mythe de Sisyphe. Essai sur l'absurde. Paris. Gallimard, 1992.
- CHASTANG F, RIOUX P., DUPONT I, KOVESH V., ZARIFIAN E.- Gestes suicidaires et précarité d'emploi : résultats préliminaires d'une enquête prospective réalisée au CHU de Caen. In *Suicide et Vie Professionnelle : les Risques du Métier*, Starsup, Toulouse, 1997 : 167-181.
- CLUM GA, LUSCOMB RL. - On the stress parasuicide or parasuicide/stress relationship. *Psychological Reports*, 1991 ; 68 : 1317-1318.
- COCHRANE C., ROBERTSON A. - Stress in the lives of parasuicides. *Soc. Psychiatry* 1975 ; 10 : 161-171.
- COHEN-SANDLER R., BERMAN AL., KING RA. - Life stress and symptomatology : determinants

of suicidal behavior in children. *J. Am Acad Child Adol Psychiatry* 1982 ; 21 : 178-186.

COHN RM. - The effect of unemployment status changes on self attitudes. *Social Psychology* 1978, 41 : 81-93.

COMPAS BE. - Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review* 1987 ; 7 : 275-302.

CROOK T., RASKIN A. - Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression. *J Consult Clin Psychol* 1975 ; 43 : 277.

CROSS CK, HIRSCHFELD RM. - Psychosocial factors and suicidal behavior. Life events, early loss, and personality. *Ann N Y Acad Sci* 1986, 487 : 77-89.

CURRAN DK. - Adolescent Suicidal Behaviour. New-York : Hemisphere, 1987.

DE VANNA M., PATERNITI S., MILIEVICH C. - Recent life events and attempted suicide. *J Affect Disorders* 1990 ; 18(1) : 51-58.

DE WILDE EJ., KIENHORST IC., DIEKSTRA RF. et al. - The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149(1) : 45-51.

DE WILDE EJ., KIENHORST CWM, DIEKSTRA RF et al. - Social support, life events and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence* 1994, 29 (113) : 49-60.

DEYKIN EY., ALPERT JJ., Mc NAMARRA JJ. - A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 : 1299-1303.

FARMER R., CREED F. - Life events and hostility in self-poisoning. *Br J Psychiatry* 1989 ; 154 : 390-395.

FIELDSSEND R., LOWENSTEIN E. - Quarrels, separations and infidelity in the two days preceding self-poisoning episodes. *B. J. Med. Psychology* 1981, 54 : 349-352.

FONTANA AF, MARCUS JL, NOEL B, RAKUSIN JM. - Prehospitalization coping styles of psychiatric patients : the goal-directedness of life events. *J New Mental Disorders* 1972 ; 155 : 311-321.

FRANC R., BAROUSSE J., MORON P. - Le chômage est-il un facteur de risque suicidaire ? *Psychologie Médicale* 1988 ; 20 (3) : 392-395.

FREUD S. - L'Homme aux loups. In : Cinq Psychanalyses, PUF, Paris, 1954.

GOLDNEY RD. - Parental loss and reported childhood stress in young women who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1981 ; 64 : 34-59.

GORWOOD P., ROUILLON F. - Manuel d'entretien pour les événements et difficultés de vie. Ellipses, Duphar Upjohn, Paris, 1994.

HAIGHT BK, HENDRIX SA. - Suicidal intent/Life satisfaction : comparing the life stories of older women. *Suicide Life Threat Behav.* 1998 ; 28 (3) : 272-284.

HARDY P. - La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Doins éditeurs, Paris, 1997.

HAWTON K. - Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents. Beverly Hills : Sage, 1986.

HAWTON K., ROSE N. - Factors associated with suicide and parasuicide among men in Oxford. *Health Trends* 1986 ; 18 : 29-32.

HAWTON K., FAGG J., SIMPKIN S. - Female unemployment and attempted suicide. *Brit J Psychiatry* 1988 ; 152 : 632-637.

HEIKKINEN M. , ARO H., LONNQUIST J. - Life events and social support in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1993 ; 23 : 343-358.

HEIKKINEN M., ARO H., LONNQUIST J. - Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; 377 : 65-72.

HOLMES TH., RAHE RH. - The social readjustment rating scale. *J Psychosom Med* 1967 ; 11 : 213-218.

HURTEAU M., BERGERON Y. - Portrait psychosociologique d'étudiants présentant des tendances suicidaires. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire* 1991, 10 (1) : 117-130.

HUTCHINSON MP., DRAGUNS JF.- Chronic, early exposure to suicidal ideation in a parental figure : a pattern of presuicidal characteristics. *Suicide Life Threat Behav* 1987 ; 17(4) : 288-298.

JACOBSON G F, PORTUGES SH. - Relation of marital separation and divorce to suicide : a report. *Suicide Life Threat Behav.* 1978 ; 8(4) : 217-224.

JONES SC, FORSTER DP, HASSANYEH F. - The role of unemployment in parasuicide. *Psychological Medicine* 1991 ; 21 : 169-176.

KERFOOT M. - The family context of suicidal behaviour. *Journal of Adolescence* 1980 ; 3 : 335-346.

KIENHORST CWM, DE WILDE EJ., DIEKSTRA RFM et al. - Adolescents' image of their suicide

attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 623-628.  
 KRARUP G., NIELSEN B., RASK P. et al. - Childhood experiences and repeated suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scand* 1991 . 83 / 16-19.  
 LAFONT A, CHEVALLIER B, SALVATI E et al. - Incidence comparée des événements récents de la vie dans les TS par intoxication volontaire médicamenteuse, les dépressions et la population psychiatrique globale hospitalisée. *Psychologie Médicale*, 1987 ; 19(12) : 2235-2237.  
 LAPLANCHE J., PONTALIS JB. - Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris, 1967.  
 LEBOVICI S., SOULE M. - La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Paris, PUF, 1989.  
 LEVI LD, FALES CH, STEIN M et al. - Separation and attempted suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1966 ; 15 : 158-164.  
 LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR. - Adolescent suicidal ideation and attempts : prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology : Science and Practise* 1996 ; 3 : 25-46.  
 LEWINSOHN PM, ROHDE P., SEELEY JR. - Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994 ; 62 : 297-305.  
 LOW BP., ANDREW SF. - Adolescent suicide. *Med Clin North Am* 1990 ; 74(5) : 1251-1264.  
 MAHIEU E. - Un discours psychopathologique est-il encore possible ? *Abstract Psychiatrie* 2000 ; 215 : 10-11.  
 MARIS RW. - Social and familial risk factors in suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997, 20 (3) : 519-550.  
 MARTIN G. - Reported family dynamics, sexual abuse and suicidal behaviors in community adolescents. *Archives of Suicide Research* 1996 ; 2 : 183-195.  
 Mc KEOWN RE, GARRISON CZ, CUFFE SP et al. - Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Academy Child and Adol. Psychiatry*, 1998 ; 37(6) : 612-619.  
 MELHUM L. - Prodromal signs and precipitating factors in attempted suicide. *Military Medecine* 1992 ; 157(11) : 574-577.  
 MEHLUM L. - Suicidal ideation and sense of coherence in male conscript. *Acta Psychiatr Scand*, 1998 ; 98 : 487-492.  
 MENAHEM R. - Abord psychanalytique de l'intentionnalité suicidaire. *Psychologie Médicale* 1994 ; 26 (11) : 1108-1111.  
 MORGAN HG., BURNS-COX CJ., POCOCK H. et al. - Deliberate self-harm : clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *Br J Psychiatry* 1975 ; 127 : 564-574.  
 MORTON MJ. - The prediction of repetition of parasuicide with special references to unemployment. *Int J Soc Psychiatry* 1993 ; 39 : 87-99.  
 MOSCICKI EK. - Suicide in childhood and adolescence. In : *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*, Verhulst FC, Voot HM, eds. New-York : Oxford University Press, pp. 291-308.  
 PAYKEL ES. - Life stress, depression and attempted suicide 1976 ; 2 (3) : 3-12.  
 PAYKEL ES., PRUSOFF BA, MYERS JK. - Suicide attempts and recent life events : a controlled comparison. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1975 ; 32 : 327-333.  
 PETERS DK., RANGE LM. - Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child Abuse and Neglect* 1995 ; 19 : 335-341.  
 PFEFFER CR. - Parental suicide : an organizing event in the development of latency age children. *Suicide Life Threat Behav* 1981 ; 11 : 43-50.  
 PHILIPPE A. - Suicide et chômage. *Psychologie Médicale* 1988 ; 20 (3) : 380-382.  
 PILLAY AL, WASPENNAAR DR. - Recent stressors and family satisfaction in suicidal adolescents in South Africa. *Journal of Adolescence* 1997 ; 20 : 155-162.  
 PLATT S., KREITMAN N. - Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82. *Psychol. Med.* 1985 ; 15 : 113-123.  
 PLATT S. - Unemployment and suicidal behaviour : a review of the litterature. *Soc. Sci. Med* 1984 ; 19 (2) : 93-115.  
 POMMEREAU X., PENOUIL F., DELILE JM., PEYRE F. - Tentatives de suicide féminines et problématique sentimentale. *Psychologie Médicale* 1988 ; 20 (3) : 333-335.  
 POWER KG, COOKE DJ, BROOKS DN. - Life stress, medical lethality and suicidal intent. *Br J Psychiatry* 1985 ; 147 : 655-659.  
 RAYNAUD JP. - Événements traumatiques de l'enfance et conduites suicidaires à l'adolescence. *Revue du Praticien* 1998 ; 48(13) : 1424-1426.  
 REINHERZ HZ., GIACONIA RM., SIVERMAN AB et al. - Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34(5) : 599-611.

RIHMER Z. - Strategies of suicide prevention : focus on health care. *J. Affect Disord* 1996 ; 39 : 83-91.

SABATINI J. - Evénement, suicide : un retour aux origines. *Psychologie Médicale* 1988, 20 (3) : 446-447.

SANDIN B., CHOROT P. et al. - Negative life events and adolescent suicidal behavior : a critical analysis from the stress process perspective. *J. Adolesc.* 1998 ; 21 (4) : 415-426.

SARASON IG., JOHNSON JH., SIEGEL JN. - Assessing the impact of life changes. Development of the life experiences survey. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46 : 932-946.

SHAFFER D. - Suicide in childhood and early adolescence. *J child Psychol Psychiatry* 1974 ; 15 : 275-291.

SHAFFER D., GARLAND A., GOULD M. et al. - Preventing teenage suicide : a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988 ; 27 : 675-687.

SLATER JR, DEPVE RA. - The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorders. *J. Abnorm Psychol* 1981 ; 90 : 275-285.

STEPHENS BJ. - Suicidal women and their relationships with husbands, boyfriends and lovers. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1985 ; 15 (2) : 77-90.

TATOSSIAN A. - La notion d'événement. De la phénoménologie à la méthode des " life-events ". In : Evénement et psychopathologie. Guyotat J et Fedida P (eds). Simep : Lyon, 1985 : 49-53.

VALLEE D., OUALID J.C. - Transaction suicidaire et cycles vitaux familiaux. *Psychologie Médicale* 1988 ; 20(3) : 415-416.

WAGNER BM; - Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin* 1997, 121 : 246-298.

YANG B, CLUM GA. - Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide : a review. *Clinical Psychology Review* 1996 ; 165 : 177-195.

YOUNG MA., FOGG LF., SCHEFTNER WA., FAWCETT JA. - Interaction of risk factors in predicting suicide. *Am. J. Psychiatry* 1994 ; 151 : 434-5.

## **Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur**

Agnès BATT - INSERM

### **Introduction**

Aborder la question des facteurs de risque précédant la crise suicidaire demanderait de savoir définir dans la crise suicidaire différentes étapes - l'avant, la crise, l'après- puis repérer les signes avant-coureurs de cette crise.

Une fois calé sur cette échelle de temps, il suffirait de repérer les travaux scientifiques ayant trait à ces différentes périodes et plus particulièrement dans le cas présent, l'avant.

Force est de constater que l'analyse de la littérature ne permet pas de répondre à la question posée de façon aussi simple, pour différentes raisons : flou voire absence de définition de la crise suicidaire, évolution temporelle des concepts ...

La littérature s'accorde sur un point : la crise suicidaire n'est jamais attribuable à une seule cause. Elle se situe à l'intersection de la sociologie et de la psychopathologie, de ce qui est propre à l'individu et ce qui a trait à l'environnement. Nous verrons que ces créneaux ont été largement étudiés, et que les résultats souvent en accord mais aussi parfois contradictoires ont été obtenus. Plus récemment, des études de biologie, puis de génétiques sont venues enrichir le débat. Finalement, on observe la convergence de travaux aussi divers que ceux de psychologie, de biologie, d'éthologie, et de sociologie (K. Hawton et C. Van Heeringen, 2000).

Le chapitre qui suit comportera deux parties d'importance inégales : une synthèse des travaux "traditionnels" suivie d'une ouverture sur des travaux, pour certains, moins connus mais ouvrant sur des perspectives de prise en charge et de prévention.

### **Méthodologie**

#### **Définitions**

Du point de vue des études épidémiologiques le suicide et la tentative de suicide sont souvent décrits comme des phénomènes bien distincts : différences de tranches d'âge, plus forte prévalence chez les hommes que chez les femmes. Or il apparaît de manière de plus en plus évidente que les deux phénomènes ne sont pas aussi indépendants l'un de l'autre (risque de suicide accru par le nombre de TS antérieures, covariance des taux de suicide et de tentatives de suicide). Ils seraient l'expression d'un continuum de comportements autodestructeurs. Dans ce qui suit, la crise suicidaire sera définie comme la trajectoire qui va du sentiment d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette situation et de concevoir une issue autre que la mort, de la dépression au désespoir, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus fréquentes allant jusqu'au passage à l'acte.

Il est clair que dans cette mosaïque de situations, s'étendant sur des périodes plus ou moins longues selon les individus, il n'est pas toujours aisé de définir une phase de début. C'est sans doute ce qui explique que la grande majorité des études sont des études rétrospectives portant principalement sur la phase précédant l'acte suicidaire et non sur la durée de la crise conduisant à l'acte suicidaire. Les études prospectives portant sur des cohortes de population à risque, sont beaucoup plus rares (Borg & Stahl, 1982; Pokorny, 1983; Diekstra, 1990). En outre, de telles études se heurtent à leur durée, engendrant un coût conséquent et aussi souvent aux règles d'éthique des pays dans lesquels elles sont, ou pourraient être, mises en œuvre.

A ce point une précision s'impose : un facteur de risque est une variable associée statistiquement à la survenue d'un phénomène. Le facteur de risque est calculé au niveau d'une population. Il ne représente pas, au niveau individuel, une cause nécessaire. Il s'agit

d'une mesure d'association qui n'a pas de contenu causal. Cette précision bien comprise peut éviter des raccourcis dangereux dans la mise en place de politique de prévention.

### Sources d'informations

Trois sources d'informations ont été utilisées. L'analyse en composantes principales de l'ensemble des publications de la base de données MEDLINE entre les années 1984 et mars 2000. La recherche a été faite sur les concepts de "suicide", "tentative de suicide" et "facteurs de risque". Cette analyse a permis de classer les publications selon 4 facteurs principaux et de repérer ceux qui intervenaient le plus haut dans la classification, ceux qui sont le mieux situés par rapport aux axes, c'est à dire les plus pertinents. L'analyse lexicale et statistique des mots clefs cités dans les articles référencés dans le CD-ROM Psyclit et parus entre 1971 et 1996 (Cerclé et Batt, non publiée) a servi de base à la mise en évidence de l'évolution des concepts au cours du temps. Enfin, référence sera faite à l'ouvrage de synthèse de Hawton et van Heringen, très récemment publié (2000).

### Les aspects traditionnels basés sur les études empiriques

La liste des facteurs de risque est longue et variée Elle comprend des caractéristiques socio-démographiques (sexe et âge), sociales (statut marital et professionnel), psychopathologiques ( présence d'une maladie mentale, alcoolisme, utilisateur de drogues,...); biologiques et /ou génétiques. Tous ces facteurs sont connus. Il serait très fastidieux d'établir pour chacun d'eux, une liste d'études dans lesquels ils apparaissent. Le choix a donc été fait de mettre l'accent sur ce qui fait accord mais aussi sur les variations entre études, la variabilité de certains taux et les discussions qui s'en suivent.

L'appartenance au sexe masculin apparaît dans toutes les publications comme un plus grand facteur de risque pour le suicide à l'inverse de l'appartenance au sexe féminin plus fréquent pour les tentatives. Le tableau ci-dessous, tirés d'études récentes et multicentriques, montre que, si ce phénomène est toujours vérifié, les écarts se rétrécissent. Dans l'étude de Cantor, portant sur une vingtaine de pays du monde occidental les taux les plus faibles sont observés, chez les hommes et les femmes, en Grèce et les plus élevés en Europe du nord (Finlande pour les hommes et Danemark pour les femmes). Dans l'étude multicentrique effectuée sous l'égide d l'OMS, qui recense les données de "centres" qui ont répondu à la recherche et non pas des données nationales, les taux les plus faibles sont observés de nouveau en Europe du sud, en Turquie et les taux les plus élevés en France (région Bretagne).

**Tableau 1**

Facteurs de risque	Taux pour 100.000 par zone d'étude					
	Monde occidental 1		Europe 2		France3	
	S	T.S.	S	T.S.	S	T.S.
sexe M	5,5-43,6	-	5,3-52,4	51-380	52,4	380
sexe F	1,4-15,6	-	2,7-24	79-544	24	544
sex ratio 4	1,9-5,1	-		0,5-1,8		

1: Cantor, in The international handbook of suicide and attempted suicide, Hawton & van Heeringen, 2000

2 WHO Study, Bille Brahe et coll., in WHO/EURO Multicentre study on parasuicide: facts and figures, 2000

3 : WHO Study, Batt, ibid.

4 : le sex ratio H/F est le rapport du nombre d'hommes pour le nombre de femmes. Pour le suicide ce rapport est toujours >1.

Les taux de suicide augmentent avec l'âge. Dans les études citées plus haut, l'augmentation est statistiquement significative pour les hommes de 15-24 ans, puis pour les 25-34 ans. Dans les tranches d'âge comprises entre 35 et 74 ans, une tendance à l'augmentation est observée mais moins marquée. Au-delà de 75 ans, les taux sont très élevés dans tous les pays.

Pritchard (1996) a discuté les augmentations de taux de suicide chez les hommes dans le monde occidental entre 1974 et 1992 accompagnés d'une réduction substantielle des taux. De fait, ces observations globales masquent des changements liés à l'âge, pour chaque sexe. Pour Pritchard, la flambée observée chez les hommes de moins de 35 ans et les deux pics de crise suicidaire chez les femmes de 24-35 ans et les >75 ans, sont à mettre en relation avec les changements intervenus dans la société pendant cette période : crise économique, évolution du rôle respectif de l'homme et de la femme dans le couple mais aussi dans les relations sociales et de travail; attitude envers les conduites violentes (utilisation d'arme à feu, substances toxiques et délinquance) de plus en plus fréquentes chez les femmes allant de pair avec une recrudescence de gestes suicidaires violents. Pour palier aux difficultés d'interprétation des études faisant intervenir l'âge et aux difficultés de comparaison de personnes "de mêmes tranches d'âge" mais vivant à des époques très différentes, Surault (1995) préconise l'utilisation des études longitudinales de cohortes de naissance (ceux nés entre 1916 et 1921 ou bien ceux nés entre 1968 et 1973 par ex.). Ce type d'étude fait intervenir non seulement l'âge mais aussi la somme d'événements vécus, avec l'empilement de circonstances que représentent certaines époques. Un exemple très bien argumenté en est donné dans la récente étude de Baudelot & Establet (2000). Dans l'étude de Bille Brahe (2000) l'effet de cohorte peut intervenir de façon négative en créant un stress pour un grand nombre de personnes de même âge cherchant à atteindre un même but (emploi, recherche d'un conjoint, ...) ou au contraire de manière positive car au fur et à mesure que la cohorte vieillit, ses aspirations changent ainsi que les ressources vers lesquelles elles tendaient.

Compte tenu de l'importance des relations interpersonnelles dans le phénomène suicidaire, il est surprenant d'observer l'absence de publications propres aux relations de couple. Tout au plus est-il noté que le mariage et le taux de naissance sont corrélés négativement avec le suicide (Leenaars et al. 1993), mais ces variables apparaissent davantage comme des co-variables dans des études utilisant un arsenal de variables socio-démographiques qu'en tant qu'objet d'étude.

Le divorce comme les situations de séparation (deuil, séparation, veuvage) est corrélé positivement avec le suicide (suicide et tentatives, Leenaars et al., 1993; Lester, 1993; Yang et al. 1992). Toutefois, la force de l'association ne permet pas de parler de causalité. D'autre part, nombre de ces études souffrent du manque de précision des données de l'état civil. Ainsi, il n'est pas rare que les personnes séparées soient amalgamées avec les personnes mariées ou bien au contraire avec les divorcées. Dans les deux cas les résultats en sont distordus et les deux types d'études ne seront pas comparables. Toutefois, malgré leurs imperfections ces études font ressortir un plus faible impact de la séparation sur les femmes. La théorie de l'attachement d'Adam (1990) et le travail de Linehan et al. (1983) sur les raisons de vivre suggèrent que le rôle de mère est protecteur. Par contre, Hawton et al. (1985) ont montré une corrélation entre mère abusive et suicide, impliquant que l'attachement, abusif il est vrai, peut être un facteur de risque.

On observe toujours et partout moins de femmes que d'hommes suicidés alors que celles-

ci sont davantage sujettes à la dépression. Murphy (1988) et Pritchard (1989) attribuent cette observation à un plus grand investissement social des femmes ainsi qu'à certains facteurs de protection chez la femmes opposés aux facteurs de vulnérabilité chez l'homme.

Ces données sont à mettre en parallèle avec les études analysées par Heikkinen et al., 1993 sur les événements de vie. Le tableau 2 résume certains de ces résultats.

Une autre forme d'événement de vie est représentée par les soubresauts de la vie professionnelle et la perte de rôle social qui peut y être attachée. Les liens du chômage avec le suicide méritent que l'on s'y arrête car les études sont très controversées. Deux grands types d'étude peuvent être repérés : des études portant sur des personnes suivant leur geste suicidaire et des études de données agrégées au niveau d'une région, d'un pays. Les tableaux 3 (Chômage et suicide) et 4 (Chômage et tentatives de suicide) ci-dessous regroupent quelques-uns des résultats les plus significatifs, quel qu'en soit le sens.

Il est difficile d'atteindre une conclusion d'après les études de suivi. En effet, on observe que les associations entre chômage et suicide, quand elles existent se vérifient pour certaines tranches d'âge uniquement (Tableau 3; Charlton, 1995). Dans l'étude de Moser et al., (1986) des tendances différentes entre régions de taux de chômage proches ne vont pas dans le sens d'une association entre les deux phénomènes.

D'un point de vue méthodologique, l'amalgame entre chômeurs et inactifs atténue la portée des conclusions tirées (Andrian, 1996, Nordentoft & Rubin, 1993). Finalement, la méthode statistique interfère avec les résultats (Hawton, 1993).

Dans le tableau 4, les associations entre T.S et chômage apparaissent dans des études qui, elles même, posent question : faiblesse de l'échantillon et/ou absence de significativité après ajustement des données sur l'âge, les antécédents psychiatriques. On retrouve dans cette section, des amalgames entre chômeurs et inactifs qui brouillent les conclusions. Un point retient notre attention. C'est la conclusion de Jones et al. (1991) " une absence de causalité entre les deux phénomènes demeure une hypothèse viable", étayée par les difficultés de Platt et Dufy (1986) à établir une différence entre période de prospérité et période de récession et Platt et Kreitman (1985) qui publie la courbe très étonnante montrant le chômage et les taux de T.S s'éloignant l'un de l'autre, entre 1968 et 1982.

**Tableau 2 : Perte et suicide**

<b>Auteur</b>	<b>Population étudiée</b>	<b>Source d'informations</b>	<b>Evénements de vie</b>	<b>Période</b>	<b>Observations</b>
MacMahon & Pugh (1965)	246 veufs suicidés 255 veufs contrôles appariés sur date de décès,	Certificat de décès	deuil d'un conjoint	30 ans ou +	+ souvent décès du conjoint dans les 4 dernières années comparé au
Bunch et al. (1971)	75 suicides 150 contrôles appariés sur sexe, groupe d'âge, statut matrimonial	autopsie psychologique	deuil d'un parent	5 ans	+ souvent décès d'un parent (principalement la mère) dans les dans les 5

	appariés sur sexe, groupe d'âge, statut matrimonial et lieu de résidence				parent (principalement la mère) dans les dans les 5 ans
Bunch (1972)	même groupe	comme précédemment	deuil d'un parent ou d'un conjoint	5 ans	+ souvent décès d'un parent ou du conjoint (principalement la mère) dans les dans les 2 ans
Rorsman (1973)	45 patients suivis pour tr. psychiatriques et suicidés 276 patients contrôles appariés sur la date de naissance	dossiers médicaux	décès du conjoint ou d'un membre de la famille	un an avant le premier contact + période d'observation (en moy. 1,5 ans).	davantage de décès dans l'entourage des hommes suicidés (+18%) que parmi les contrôles (2%). Pas de différence chez les femmes (13% versus 8%).
Humphrey (1977)	98 suicides, 76 homicides et 76 patients névrosés, tous de sexe masculin	autopsie psychologique, histoires de vie et dossiers hospitaliers	toutes pertes dans la sphère sociale	sur la vie	plus de perte chez les suicidés que chez les névrosés. Les homicides se situent en position intermédiaire.
Borg & Stahl (1982)	34 patients suivis pour tr. psychiatriques et suicidés et 34 contrôles appariés sur l'âge, le sexe, le diagnostic et le statut hospitalier	entretiens du sujet à l'admission ou lors du premier contact (étude prospective)	événement de vie en relation avec l'apparition d'une perturbation avant le premier contact	événements de vie dans les deux ans précédant le suicide	pas de différence statistiquement significative mais les résultats vont dans le sens attendu (21% versus 6%)

d'après Heikkinen., Aro & Lönnqvist, (1993)

**Tableau 3 : Chômage et suicide : études de suivi**

<b>Références</b>	<b>Lieu et date</b>	<b>méthode statistique</b>	<b>principales conclusions</b>

Beautrais et al. 1998	Christchurch(N.Z) 1991-1994	O.R	Association entre chômage et T.S "sérieuses" (OR=4,1 p<0,0001 pour les hommes et 5,1 p< 0,001 pour les femmes. Mais après ajustement sur le sexe, le type de famille, l'éducation l'O.R diminue de 4,1 à 2,1; si ajustement sur l'âge, le sexe, le la présence de maladie mentale, l'O.R n'est plus significatif. Toutefois les auteurs reconnaissent que l'usage de données biographiques rétrospectives limitent l'interprétation des résultats. Leurs conclusions rejoignent celles de Jones et al. En étudiant 64 paires appariées, corrélation significative entre absence d'emploi et T.S (p<0,01). Toutefois, ils ne parviennent pas à établir support théorique pour un modèle de vulnérabilité ou de
Jones et al. 1991	Newcastle upon tyne Oxford, 1979-1982.	O.R	
Hawton & Rose, 1986	Londres, 1991	R.R	
Neeleman et al. 1996	Edimbourg, Oxford, 1980-	R.R	
Platt et al. 1988	Edimbourg 1968-71 & 1980-	R.R	
Platt & Duffy 1986	83 Stockholm 1988-1989 Gand,	O.R	
Runeson et al. 1996	(Hollande) 1986-	régression linéaire	
van Heeringen, 1994	1990	O.R	
		régression OR	
		OR	

			=8,97). Petitesse de l'échantillon, précisé par les auteurs. Par comparaison à un échantillon de résidents de la ville de Gand, appariés sur l'âge, l'auteur observe un O.R de 5,8 chez les TS au chômage. L'appariement sur le statut marital et les conditions de vie augment la significativité des résultats pour les H de 15-49 ans et les F de 35-49 ans. Le risque est supérieur chez les H.
--	--	--	---

**Tableau 4 (suite)**

<b>Références</b>	<b>Lieu et date</b>	<b>méthode statistique</b>	<b>principales conclusions</b>
Ferguson et al.. 1997	Christchurch (N.Z) 1993-1995	Maentel et régression	corrélation pour les 16-18 ans entre TS et durée du chômage, qui disparaît après ajustement avec les covariants (contexte familial, facteurs individuels, antécédent psychiatriques).
Morton, 1993	Edimbourg 1984-1986	R.R	Les H. qui étaient au chômage lors de leur 1ère TS avaient une plus forte tendance à récidiver dans les 2 ans (p<0,005). Après stratification sur l'âge, la classe sociale et les antécédents psychiatriques, la force de l'association diminue.
Nordentoft & Rubin 1993	Copenhague 1986-1990	Log-rank	sur une période de 3-5 ans, 7 décès sur 100 T.S suivies, âgées de 14 à 87 ans. Les personnes sans emploi étaient sur-représentées dans l'échantillon (p<0,01). Malheureusement pas de distinction dans l'étude, entre chômeurs et inactifs.
Owens et al. 1994	Nottingham (U.K) 1985-1986	chi2	Les récidivistes à moins d'un an étaient plus souvent sans emploi au moment de la T.S. index. Aucun ajustement sur d'autres variables.
Platt & Kreitman 1985, 1990	Edimbourg 1968-1982 1968-1987	corrélation Pearson, RR	Association négative entre les taux de chômage et les taux de T.S.

D'après Heikkinen et al. 1997

Pour ce qui est des études de données agrégées, les arguments en faveur d'une association entre suicide et chômage sont encore moins convaincants. Hawton et Rose (1986) démontrent à Oxford, l'existence d'une corrélation faible entre le taux de TS (deux sexes) et le taux de chômage dans la population générale, bien que l'étude porte sur une période de fermetures d'usines dans la région. A Edimbourg. Platt et Kreitman trouvent une

association positive pour la première moitié de leur étude (1968-1977) devenant négative entre 1977 et 1987. En conséquence, Platt conclue que l'expérience britannique n'apporte pas d'argument en faveur d'une évolution temporelle entre suicide et absence d'emploi. L'ensemble des résultats peut être résumé par la conclusion de Crombie (1990), dans une étude portant sur 16 pays : "une augmentation du suicide n'est pas une conséquence inévitable d'une aggravation du chômage".

La part des variables économiques est aussi abordée. Ainsi, Chuang & Huang (1996) ont montré que les variables purement économiques (P.I.B., P.N.B. par habitant) avaient plus d'impact sur le taux de suicide au niveau national que les variables sociologiques. Enfin notons l'étude de Zimmerman (1987) qui souligne qu'une plus grande dépense publique par habitant (éducation, santé) va dans le sens d'une diminution des taux de suicide, étant elle-même négativement corrélée au taux de divorce, aux variables démographiques et au pourcentage de personnes vivant dans des conditions de précarité. L'étude de Ferrada-Noli (1997) effectuée dans différents quartiers de Stockholm, va dans le même sens : en effet le fait d'habiter dans un quartier "défavorisé", défini par un fort taux de chômage, des bas revenus, une faible dépense publique pour l'éducation, des conditions de vie exiguë, une plus faible espérance de vie, ...) était corrélé avec un plus fort taux de suicide. La question de la part des femmes sur le marché du travail a été posée. L'hypothèse de départ était que le travail des femmes aggraverait les taux de suicide et/ou de T.S, chez les hommes comme chez les femmes. Dans la seule étude de clientèle traitant de la question, Stack (1996 et 1997) signale que le taux de suicide est plus élevé dans le groupe des femmes inactives quel que soit leur statut marital. Des conclusions très contradictoires ont été apportées aux études de données agrégées. Seule l'absence d'association positive et consistante ressort de façon évidente, ce qui suggère que le travail de la femme n'introduit pas de conflit (qui engendrerait une aggravation du suicide) mais plutôt un sentiment de mieux être psychologique (Trovato et Vos, 1992; Burr et al. 1997).

### **Facteurs précipitants et Facteurs de protection**

Les événements de vie, quand ils interviennent à un moment crucial de la biographie et plus encore de la crise suicidaire, peuvent devenir événements précipitants. Hagnell et Rossman, (1980) ont étudié les événements de vie dans la semaine précédant le suicide: une situation humiliante ou la perte d'un objet, étaient intervenus plus souvent pour les suicides que pour les morts naturelles. Dans les études qui portent sur des périodes plus longues (6 mois à un an) , un plus grand nombre de pertes et de confrontations à des situations pénibles et stressantes est régulièrement observé, même si tous les résultats ne sont pas statistiquement significatifs (Tableau 5)

Quels peuvent être les facteurs de protection? Le tableau 6 regroupe 7 études dans lesquels les auteurs ont évalué l'importance du support social en tant que facteur de protection. Le plus souvent, c'est la présence de la famille, la proximité d'amis ou de proches pouvant être contactés facilement qui interviennent. Le fait de ne pas vivre isolé et/ou à l'hôtel est aussi déterminant.

**Tableau 5: Facteurs précipitants**

<b>Auteurs et dates</b>	<b>Population étudiée</b>	<b>Sources d'informations</b>	<b>Evénements de vie recherchés</b>	<b>Période d'étude</b>	<b>Observations</b>

al. 1968	la sortie de l'hôpital et 61 témoins sortants.	hospitaliers	ou menace de perte	précédant l'acte	ou menace de perte dans 67% des cas et 16% des témoins
Shaffer et al. 1974	12 Suicides schizophrènes et un échantillon de 75 schizophrènes vivants	Histoires de vie	Pertes	6 mois précédant l'acte	Pas de différences significatives entre les deux groupes
Pokorny & Kaplan 1976	20 patients psychiatriques et 20 témoins appariés sur le sexe, l'âge et la race	Entretiens avec parents et proches dans les 2 groupes	"Événements de vie très contrariants demandant de grandes capacités d'ajustement"	Temps passé entre sortie de l'hôpital et acte (<1 an en moy)	Davantage "d'événements de vie très contrariants" (55% vs 15%)
Hagnell & Rorsman 1980	28 suicides 56 témoins appariés sur sexe, âge,. 25 décès naturels appariés sur l'âge à date du décès et sexe	Documents hospitaliers	Tout événement important (perte d'un objet, décès, séparation, ou séparation)	Dernière semaine, année écoulée Davantage de perte d'objets (15% vs 0%) et de situation humiliante (25% vs 0%) dans la dernière semaine écoulée	Plus de changement dans les conditions de vie, problèmes au travail et pertes que chez les sujets normaux.
Fernando & Storm 1984	22 suicides et 22 témoins, tous patients d'un hôpital de district, appariés sur le traitement, conditions d'admission, l'équipe thérapeutique, le sexe, la date	Dossiers	Pertes, maladie ou décès d'un parent au premier degré ou d'un ami proche	année écoulée	Pertes chez 55% des suicides vs 18% des témoins

	d'admission , l'âge				
Shafi et al. 1985	20 suicides âgés 12-19 ans et 17 contrôles appariés sur sexe, race, éducation, religion, revenus de la famille	Entretiens	Exposition au suicide (suicide ou TS d'un jumeau, d'un ami , idée suicidaire, menace de suicide ou de TS d'un parent ou d'un proche)	Non précisé	Exposition au suicide chez 65% des suicidés vs 18% des contrôles
Brent et al. 1988	27 suicides 13-19 ans et 56 patients hospitalisés de même âge, non psychotiques	Entretiens	Conflits interpersonnels, pertes, événements stressant extérieurs	6 dernières semaines	Pas de différences pour les conflits en général mais les conflits avec les parents plus fréquents (70% vs 22%); pas plus de pertes ou de stressseurs extérieurs
Davidson et al. 1989	13 suicides âgés 14-19 ans et 38 contrôles appariés sur le district scolaire, le niveau d'études, la race et le sexe	Entretiens	Exposition au suicide, rupture ou menace de rupture, décès par accident, homicide année écoulée	Pas de différences pour l'exposition au suicide	Plus de rupture ou menace de rupture, de décès accidentel et/ou d'homicide

D'après Heikkinen et al. 1997

**Tableau 6: Facteurs de protection**

Auteurs et dates	Population étudiée	Sources d'informations	Support social	Période d'étude	Observations
Bunch et al., 1971	75 suicides, 150 contrôles appariés sur	Autopsie psychologique, Données état	Statut matrimonial	5 ans précédant le suicide	Décès de la mère chez 60 des H.

	sexe, groupe d'âge, statut matrimonial et lieu de résidence	civil			Célibataires et 6% des contrôles. Chez les hommes mariés les % sont de 37 et 32% respectivement.
Bunch, 1972	même échantillon	Autopsie psychologique, Données état civil	Proximité de proches	non précisé	les contrôles avaient vu un parent plus récemment que les suicides (principalement sur la semaine précédant l'acte).
Sainsbury, 1973	même échantillon	autopsie psychologique, données état civil	Changement de résidence, solitude, enfants, vivant à l'hôtel	10 ans ou plus	40% des suicidés et 12% des contrôles ont déménagé dans les 2 ans. Ils s'agit principalement de célibataires ou de personnes vivant seules, sans enfant, sans parents et vivant à l'hôtel
Rorsman, 1973	45 suicides suivis en psychiatrie et 276 témoins appariés sur la date de naissance.	Dossiers médicaux	Vivant seuls	temps écoulé depuis le premier contact	50% des femmes. suicidées vivant seules contre 6% des contrôles. Pas de différences chez les hommes
Barraclough & Pallis, 1975	64 suicides déprimés et 128 témoins déprimés appariés sur l'âge et l'âge	Autopsie psychologique, Données état civil	Vivant seuls	non précisé	7% des contrôles vivaient seuls contre 42% des suicidés
Maris, 1981	226 suicides, 71 décès naturels non	Entretiens structurés	Nombres d'amis proches	1 an	Deux fois plus d'amis pour les décès de cause

	appariés				naturels
Murphy et al. 1992	67 suicides alcooliques et 106 témoins alcooliques vivants	Entretiens	Vivant seuls	non précisé	Les contrôles vivent moins souvent seuls (17% contre 45%). Personnes à qui se confier dans 75% des cas de suicide
Breier & Astrachan, 1984	20 suicidés schizophrènes et 81 contrôles	Entretiens	Vivant seul	non précisé	30% des suicides et 26% des contrôles vivent seuls. Les premiers ont souvent subi des pertes récentes
De Hert & Peuskens, 2000	Cohorte de 870 jeunes patients schizophrènes (1er épisode)	Questionnaire recherche	Facteurs démo. et d'intégration	10 ans	1% de la population suivie était décédé par suicide; la meilleure protection était l'engagement dans des activités socialisantes

d'après Heikkinen et al., 1993. Et de Hert et Peuskens, 1998.

### **Crise suicidaire et troubles mentaux**

Cet aspect, essentiel de la question, sera amplement traité dans la conférence. Cette section ne présentera qu'un condensé des principaux résultats et quelques résultats plus rarement documentés.

Pratiquement tous les troubles mentaux sont associés avec la crise suicidaire. Dans leur méta-analyse, portant sur 249 publications et 44 troubles, Harris & Barraclough (1997) ont recensé 36 associations significatives.

Le tableau 7 (ainsi que les tableaux 8-12) est construit à partir de l'ensemble des publications répertoriées dans Medline entre 1966 et 1993 sur le sujet. Un ensemble de 249 travaux ont été retenus pour la qualité de leur méthodologie et de leur interprétation.

Il compare les taux de suicide observés dans l'ensemble des études portant sur l'un ou l'autre trouble (dépression majeure, troubles bipolaires, dysthymie, ...), au nombre de suicides "attendus" dans une population témoin ne présentant pas ce /ces troubles(s).

L'indice Comparatif de mortalité (ICM) est une mesure statistique qui permet d'apprécier la puissance du phénomène observé.

Le risque de suicide varie de façon notable selon le trouble (tableau 7). Il est maximum

pour la dépression majeure. Bien qu'on relève peu d'études de patients appariés sur plusieurs critères, permettant des comparaisons sérieuses, l'ensemble des résultats existants permet d'établir qu'un décès sur 6 chez des patients traités pour troubles de l'humeur est consécutif à un suicide. La dépression est souvent un symptôme de comorbidité d'autres troubles psychiatriques (schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles anxieux et/ou usage de substances psychoactives) ou somatiques (maladies cardio-vasculaires, cancer, maladies chroniques sévères, Sida, ..). En conséquence, la signification clinique du comportement suicidaire va bien au-delà du seul syndrome de dépression. La comorbidité d'une personnalité borderline augmente la sévérité de la crise suicidaire (accroissement du nombre et de la gravité des actes auto agressifs, Soloff et al. 2000), allant de pair avec une mortalité accrue pour Stone (1989) et McGlashan (1986) mais pas pour Paris et al. (1989) ou Kjelsberg et al. (1991).

**Tableau 7 : Troubles de l'humeur et suicide**

Troubles	N° suicides observés	N° suicides attendus <sup>2</sup>	ICM*	95% IC**
Dépression majeure	351	17,25	2.035	1.827-2.259
Troubles bipolaires	93	6,18	1.505	1.225-1.844
Dysthymie	1.436	118,45	1.212	1.150-1.277
Tr. de l'humeur non spécifiés	377	23,41	1.610	1.452-1.781
Tous tr. mentaux fonctionnels	5.787	478,53	1.209	1.178-1.241

adapté de Harris & Barraclough, 1997

• ICM : indice comparatif de mortalité; \*\* intervalle de confiance à 95%.

Le désespoir (hopelessness) est l'un des médiateurs principaux entre la dépression et les intentions suicidaires. Les mécanismes psychologiques intervenant dans ce processus sont la rigidité cognitive et l'incapacité à résoudre les problèmes de la vie courante (problem-solving failure, Williams, 1997).

Le passage du désespoir au comportement suicidaire n'est pas systématique. Il dépend de différents facteurs de risque qui seront cités plus loin (génétiques, accessibilité des moyens, modèles ...) mais aussi de la présence/absence de facteurs de protection parmi lesquels le support social semble intervenir le plus fréquemment (voir Tableau 6).

L'existence de tentatives de suicide antérieures (auto-intoxication ou toutes autres méthodes confondues) augmente le risque de suicide par 40% en moyenne dans les études référencées par Harris et Barraclough (1997) sur le sujet (valeurs extrêmes 20-120 fois et de 0-77 selon le mode). Bien que ce type de résultats soit largement documenté, l'étude de Malone et al. (1995) montre que pour un quart des patients déprimés hospitalisés, connus pour avoir un passé d'antécédents de tentative de suicide, l'historique de ces patients est incomplètement documenté dans les dossiers médicaux. Sans négliger les difficultés de diagnostic dans des situations d'urgence (van Heeringen, 1993; Malone 1995). on mesure le poids potentiel de telles imprécisions (Beautrais et al. 1996:

Suominen et al. 1999) si l'on se souvient que des antécédents suicidaires ont été rapportés dans plus de 40% d'autopsies psychologiques. La situation est encore plus délicate car "les facteurs de risque à long terme ne sont probablement pas identiques aux facteurs de risque à court terme" (Hawton, 1987).

La récurrence est un indicateur pronostic de suicide ultérieur. Dans l'étude de Beskow (1979) 42% des hommes suicidés étaient des récidivistes et dans l'étude de Asgard (1987) 63% des femmes étaient aussi des récidivistes.

**Tableau 8 : Tentatives de suicide, idées suicidaires et suicide**

Troubles	Pays	N° suicides observés	N° suicides attendus	ICM	95 % IC
Intoxication (CIM9 950-951) 11 études 1790 - 1991	Australie, Danemark, Ecosse, Finlande, Pays de Galles, Norvège, Suède	444	10,9	4.070	3.700-4.467
toutes méthodes (CIM9 950-959) 9 études 1964 - 1992	Angleterre, Danemark, U.S.A., Suède	285	7,4	3836	3.403-4.308
idées suicidaires	USA	81	1,7	4.737	3.762-5887

adapté de Harris & Barraclough, 1997

Dans l'étude de suivi sur 6 mois, de 632 patients admis aux urgences du CHR de Rennes, Batt et al. (1998) ont présenté une représentation graphique de la répartition des récurrences au cours du temps, en fonction des antécédents suicidaires. (Figures 1 et 2). On remarque (Figure 1) que plus le nombre d'antécédents est important plus la probabilité de récidiver en moins de 6 mois est grande. Ceci est encore plus visible sur le groupe des 72 sujets qui ont fait une récurrence "précoce" dans les 6 mois. L'allure des courbes montre un certain emballement du processus (Figure 2).

Source : Batt et al., 1998.

L'expérience clinique et la recherche s'accordent pour décrire le suicide comme une suite fréquente de la schizophrénie. Les données globales recueillies dans le monde donnent les taux de risque listés dans le tableau 9.

**Tableau 9 : Schizophrénie et suicide.**

---

Psychose réactionnelle brève (DSMIII 298.8)	Danemark, Norvège	1.081	70	1.537	1.447 - 1.631
---	-------------------	-------	----	-------	---------------------

Quatre études récentes d'envergure ont étudié la question sous différents aspects (Tableau 10). Les résultats de ces études confirment et approfondissent les résultats exposés de manière très synthétique dans le tableau 9.

**Tableau 10: schizophrénie et suicide - études récentes.**

Etude	Méthode	Résultats	Conclusions
Fenton et al. 1997	Symptômes de schz. positive ou négative 187 schizophrènes, 87 schizo-affectifs, 15 tr. Schizoformes et 33 schizotypiques évalués par échelle de symptômes positifs/négatifs Suicide, TS et idées suicidaires sont testées	Les suicidés (6,4% de l'échantillon) avaient des symptômes négatifs de moindre intensité à l'admission. Deux symptômes positifs (suspicion et hallucination) étaient plus sévères parmi les cas de suicide. La schz. Paranoïde était associée avec un RR très élevé; la schz. Déficitaire avec un RR moindre	Des symptômes déficitaires proéminents (ralentissement, émoussement et retrait) diminuent l'émergence de la crise suicidaire et définissent un groupe à plus bas risque. Le sentiment de suspicion en absence de symptômes définit un groupe à haut risque
Rossau & Mortensen, 1997	Cohorte de 9.156 patients hospitalisés entre 1970 et 1987. Pas de distinction de sous-types. Etude de cas témoins	508 décès par suicide. Admissions multiples, antécédents de TS, diagnostic antérieur de dépression, sexe masculin, hospitalisations antérieures pour problèmes somatiques	Le risque de suicide était maximum à l'admission et dans les 5 jours suivant la sortie; les "revolving doors" sont des patients à haut risque
Heilä et al. 1997	Caractéristiques cliniques de tous les sujets schizophrènes décédés par suicide sur une période de 12 mois ont été étudiées par autopsie psychologique. dans la population	Période de crises (2/3 des femmes et 1/3 des hommes), symptômes dépressifs, antécédents de TS. Grosses différences selon le sexe pour les symptômes dépressifs, l'alcoolisme	Au moment de leur acte, 27% des victimes étaient en traitement et 32% étaient sortis récemment. Recommandations pour davantage de support social et de suivi après sortie
De Hert & Peuskens, 1998	Etude de cas témoins sur 870 patients schizophrènes	63 suicides (7,2%). Les principaux facteurs de risque sont : sexe	Le suivi des premiers épisodes sur 10 ans montre que cette

	(DSM3R). durée moyenne de suivi 11,4 ans. Caractéristiques cliniques, démographiques et d'intégration	masculin, chronicité avec hospitalisations multiples, antécédents familiaux, comportement impulsif et agressif, non-observance des traitements,, pertes récentes, traitement anti-dépresseur, QI élevé	population spécifique est à haut risque.
--	--	--	--

Par gain de place, les autres troubles - anxieux, de l'adaptation et de personnalité - seront regroupés dans un même tableau (tableau 11), non pas par sous estimation de leur importance mais parce que, pour chacun d'eux, les études ne détaillent pas ou peu de sous catégories.

**Tableau 11 :suicide et troubles anxieux, de l'adaptation et de personnalité**

Troubles et (nombre d'articles)	Pays	N° suicides observés	N° suicides attendus	ICM	95 % IC
Névrose anxieuse (1)	Suède	151	24	629	533-738
Agoraphobie et T.O.C (3)	Angleterre, Australie, Norvège	3	0,2	1.154	1.238-3.372
Névrose (8)	Angleterre, Ecosse, Israël, Norvège, USA	85	22,9	372	297-460
Troubles paniques (3)	Italie, USA	9	0,9	1.000	457-1.898
Troubles de l'adaptation NS (2)	Allemagne USA	4	0,2	1.379	376-3.532
Troubles de personnalité (5)	Norvège, USA	30	4,2	708	477-1.010
Troubles de l'alimentation: anorexie et boulimie (13)	Angleterre, Canada, Danemark, Ecosse, nouvelle Zélande, Suède, USA	28	1,2	2314	1.538-3.344

L'abus de substances psychoactives est aussi fortement corrélé au risque de suicide.  
(Tableau 12)

**Tableau 12 : Abus de substances psycho-actives et suicide.**

Troubles et (nombre	Pays	N° suicides	N° suicides	ICM	95 % IC
---------------------	------	-------------	-------------	-----	---------

d'articles)		observés	attendus		
Alcool (32)	Afrique du Sud, Allemagne, Angleterre, Canada, Finlande, Islande, Japon, Pays Bas, Nouvelle Zélande, Suède, USA	641	110	586	541-633
Opiacés (9)	Allemagne, Angleterre, Danemark, Ecosse, Italie, Royaume Uni, Suède, USA	64	4,6	1.400	1.079-1.788
Sédatifs, hypnotiques et/ou anxiolytiques (3)*	Allemagne et Suède	36	1,8	2.034	1.425-2.816
Cannabis (1)	Suède	10	2,6	385	184-707
Mélanges (4)	Norvège, Suède, USA	135	7,0	1.923	1.612-2.276

\* : l'utilisation d'alcool avec ces médicaments diminue légèrement le risque et l'ICM passe de 2.034 à 1.564. Par contre l'usage concomitant de drogues illicites multiplie le risque par 2.

### **Etudes récentes :biologie et génétique.**

Pour terminer ce trop rapide aperçu des facteurs de risque abordons, de façon succincte, les recherches récentes en biologie et génétique.

Les liens entre une activité anormale du système sérotoninergique et le phénomène suicidaire (suicide, gestes auto-agressifs) sont documentés depuis l'étude princeps d'Asberg et al. (1976) sur des patients souffrant de mélancolie. Ces études ont été répliquées chez des patients souffrant d'autres troubles psychiatriques. Virkkunen et al. (1989 et 1994) ont observé des taux abaissés de 5-HIAA ainsi que des concentrations élevées de testostérone dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) de patients alcooliques, violents, impulsifs ou pyromanes. Dans leurs différents travaux Mann et al. (1992) et Deakin (1996) confirment que des bas niveaux de 5-HIAA dans le LCR sont corrélés avec l'intention et la gravité de tentatives de suicide. Ils notent, de plus, une réponse à d'autres activités de la sérotonine : vitesse de fixation au récepteur 5-HT<sub>2</sub> et réponse de la prolactine à la fenfluramine présente chez des patients souffrant de désespoir et 5-HT<sub>1A</sub> associée aux idées dépressives. De plus, la mise en évidence de ces produits offrirait la possibilité de méthodes de prédiction de comportements suicidaires moins invasives que le dosage de 5-HIAA dans le LCR.

Depuis la revue de Muldoon et al. (1990) on note un nombre croissant d'évidences pour une corrélation entre l'abaissement des taux de cholestérol et l'accroissement des taux de morts violentes, y compris le suicide. Etudiant une population de 662 adultes comportant 331 patients hospitalisés pour TS (âge moyen 44 ans, 93 hommes et 238 femmes) et 331 témoins, Gallerani et al. (1995) ont observé, de manière significative, des taux de cholestérol moins élevés chez les suicidants. Les autres tests biologiques effectués lors de l'entrée à l'hôpital incluaient la masse corporelle, les marqueurs de diabète, l'hypertension, l'alcoolisme, l'abus de drogues et la  $\beta$ -thalassémie). Enkelberg (1992) a proposé que des taux abaissés de cholestérol dans les membranes de la vésicule synaptique puisse interférer avec l'expression du récepteur de la sérotonine. en l'abaissant.

Enfin, très récemment, le travail de Garland et al. (2000) apporte des éléments complémentaires à la discussion, en reliant l'abaissement du taux de cholestérol avec les mécanismes psychologiques de l'impulsivité et de l'agressivité.

Les liens entre génétique et comportement suicidaire ont fait l'objet de nombreuses études portant sur la transmission verticale intra-familiale, horizontale entre jumeaux et la transmission à des enfants adoptés. Ces études concordent à montrer qu'une histoire familiale comportant des épisodes dramatiques (suicide d'un parent, d'un frère/sœur, d'un jumeau) augmente le risque de comportement suicidaire (Roy et al. 1997).

Dans une étude portant sur 70 patients alcooliques et violents (56 impulsifs et 14 non impulsifs) et 20 témoins volontaires sains, Nielsen et al. (1994) ont apporté, par les méthodes de la biologie moléculaire, l'évidence d'une association entre comportement violent et /ou suicidaire et le polymorphisme du gène de la tryptophane hydroxylase (TPH), enzyme limitant la biosynthèse de la sérotonine.

Discussion sur l'utilisation des facteurs de risque et conclusion

Les résultats exposés plus haut n'apparaissent pas au hasard dans la littérature. Il y a une évolution des conceptions scientifiques sur le suicide, comme sur tout autre sujet.

L'analyse lexicale et statistique des mots clefs cités dans les articles entre 1971 et 1996 sur le thème référencés dans le CD-ROM PSYCLIT créé par "the American Psychological Association", a mis en évidence, à partir d'un corpus de 2676 articles provenant de 522 revues distinctes, trois périodes historiques : les années 70 avec la prégnance du modèle médical de prévention (principaux thèmes abordés, le suicidant/suicidé est un individu malade, les relations avec son environnement); la crise des années 80 caractérisée par une référence notable au chômage puis les années 90 où de nouveaux concepts s'imposent, le stress, les stratégies d'ajustement -coping- l'estime de soi (Cerclé & Batt, 1998)

A de rares exceptions près, les études citées plus haut, sélectionnées par une autre procédure, correspondent bien à cette évolution temporelle. Cette observation n'a pas qu'un intérêt anecdotique. Il souligne que le phénomène suicidaire est aussi un sujet d'étude et que par conséquent les enquêtes mises en œuvre et les résultats publiés sont soumis à tous les aléas de la recherche : effets de mode, modicité des moyens, crédits ciblés pour certaines recherches à certaines époques, compétition entre équipes, etc. ...

Ce détour pour dire qu'aucun des résultats cités ne doit et ne peut être utilisé dans une politique de prévention sans une réflexion très poussée sur le contexte dans lequel ils ont été obtenus et celui dans lequel il sont appelés à être utilisés. Il s'ajoute aux restrictions déjà émises sur la nature des facteurs de risque et sur la nécessaire recherche de spécificité des résultats obtenus que ce soit en épidémiologie, biologie, génétique, psychologie ou sociologie.

Les quelques lignes de conclusion seront traduites de l'introduction du chapitre 14 de l'ouvrage déjà cité de Hawton et van Heeringen (2000). " ... le comportement suicidaire doit être considéré comme la conséquence d'interactions complexes entre des caractéristiques psychologiques, biologiques et sociologiques. Les résultats récents obtenus dans des disciplines aussi diverses que l'éthologie, la psychologie, la biologie et la sociologie convergent à un tel degré que la question de savoir si le comportement suicidaire est d'abord un problème d'origine psychologique ou principalement dû à des caractéristiques biologiques, n'a plus de sens. La clef dans le développement du comportement suicidaire est l'effet réciproque de l'individu sur son environnement : exposition à des stressors spécifiques qui peuvent être en partie sous contrôle génétique, sensibilité à l'environnement qui relève de la perception ou du domaine cognitif et réaction comportementale. ... " ce qui amène ce "cri de douleur" (a cry of pain) décrit par Williams (1997 et 2000).

## BIBLIOGRAPHIE

- Adam K.S. (1990) Environmental, psychological and psychoanalytic aspects of suicidal behavior. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (eds); *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*, pp39-97. Washington, DC; American Psychiatric Press.
- Andrian J. (1996) Le suicide en pleine force de l'âge : quelques données récentes. *Cahier de Sociologie et de Démographie médicales*. 36; 171-200.
- Asberg M., Traskman L. & Thoren P. (1976) 5-HIAA in the cerebrospinal fluid : a biochemical suicide predictor. *Archives of General Psychiatry*. 33; 1193-1197.
- Batt A., Eudier F., Le Vaou P., Breurec J-Y., Baert A., Curtes J-P., Badiche A. & Chaperon J. (1998) Repetition of parasuicide : risk factors in general hospital referred patients. *Journal of Mental Health*. 7/3; 285-297.
- Barracough B.M. & Pallis D.J. (1975) Depression followed by suicide : a comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychological Medicine*.5; 55-61.
- Baudelot C. & Establet R. (2000) *Avoir 30 ans en 1969 et en 1998*. Seuil. Paris.
- Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T., Ferguson D.M., Deavoll B.J. & Nightingale S.K.(1996) Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts : a case control study. *American Journal of Psychiatry*.153; 1009-1014.
- Beautrais A.L., Joyce P.R. & Mulder R.T. (1998) Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28; 209-218.
- Bille-Brahe U. (2000) Sociology and suicidal behaviour in Hawton K. & van Heeringen K. Eds. *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. pp193-207.
- Bolin R.K., Wright R.E., Wilkinson M.N. & Lindner C.K. (1968) A prospective investigation among patients on home leave from a mental hospital. *Psychiatric Quarterly*, 42; 81-89.
- Borg S.E., & Stahl M. (1982) Prediction of suicide - A prospective study of suicides and controls among psychiatric patients. *Acta Pstchiatrica Scand*, 65; 221-232.
- Breier A. & Astrachan B.M. (1984) Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*. 141; 206-209.
- Brent D.A., Perper J.A., Golstein C.E., Kolko D.A., Allan M.J., Allman C.J. & Zelenak J.P. (1988) Risk factors for adolescent suicide - a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*. 45; 581-588.
- Bunch J., Barraclough B., Nelson B. & Sainsbury P. (1971) Suicide following bereavement of parents. *Social Psychiatry*. 6; 193-199.
- Bunch J. (1972) Recent bereavement in relation to suicide. *Journal of psychosomatic research*. 16; 361-366.
- Burr J.A., McCall P.L. & Powell-Griner E. (1977) Female labor force participation and suicide. *Social Science and Medicine*. 44; 1847-1859.
- Charlton J. (1995) Trends and patterns in suicide in England and Wales. *International Journal of Epidemiology*. 24 (suppl1) S45-S52.
- Chuang H-L. & Huang W-C. (1996) A reexamination of "sociological and economic theories of suicide : a comparison of the U.S.A. and Taiwan". *Social Science and Medicine*. 43/3; 421-423.
- Crombie I.K. (1990) Can changes in unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries? *International Journal of Epidemiology*. 19; 412-416.
- Davidson L.E., Rosenberg M.L., Mercy J.A., Franklin J. & Simmons J.T. (1989) An epidemiological study of risk factors in two teenage suicide clusters. *Journal of the American Medical Association*. 262; 2687-2692.
- Deakin K.F.W. (1996) 5-HT antidepressant drugs and the psychosocial origins of depression. *Journal of Psychopharmacology*. 10; 31-38.
- De Hert M. & Peuskens J. (1998) First episode of schizophrenia, a naturalistic 10 year follow-up study. *Schizophrenia Research*. 29; 7-8.
- Enkelberg H. (1992) Low serum cholesterol and suicide. *Lancet*. 339; 727-729.
- Farberow N.L. & Shneidman E.S. (1961) *The cry for help*. New York: McGraw-Hill.
- Fenton W.S., McGlashan T.H., Victor B.J. & Blyler C.R. (1997) Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*. 154; 199-204.
- Fernando S. & Storm V. (1984) Suicide among psychiatric patients of a district general hospital. *Psychological Medicine*. 14; 661-672.

- Ferrada-Noli M. (1997) Health and socioeconomic indicators in psychiatric catchment areas with divergent suicide rates. *Psychological reports*. 81; 611-619.
- Fergusson D.M., Horwood L.J. & Lynskey M.T. (1997) The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood. *Psychological Medicine*. 27; 371-381.
- Gallerani M., Manfredini R., Caracciolo S., Scapoli C. & Molinari S. (1995) Serum cholesterol concentrations in parasuicide. *British Medical Journal*. 310; 1632-1636.
- Garland M., Hickey D., Corvin A., Golden J., Fitzpatrick P., Cunningham S. & Walsh N. (2000) Total serum cholesterol in relation to psychological correlates in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*. 177; 77-83.
- Hagnell O. & Rorsman B. (1980) Suicide in the Lundby study : a controlled prospective investigation of stressful life events. *Neuropsychobiology*. 6; 319-332.
- Harris E.C. & Barraclough B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders : a meta analysis. *British Journal of Psychiatry*. 170; 205-228.
- Hawton K., Roberts J. & Goodwin G. (1985) The risk of child abuse among mothers who attempt suicide. *British Journal of Psychiatry*, 146; 486-489.
- Hawton K. & Rose N. (1986) Unemployment and attempted suicide among men in Oxford. *Health trends*. 18; 29-32.
- Hawton K., Fagg J., Platt S. & Hawkins M. (1993) Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Medical Journal*. 306; 1641-1644.
- Heikkinen M., Aro H. & Lönnqvist J. (1993) Life events and social support in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 23/4; 343-358.
- Heilä H., Isometsä E.T., Henriksson M.M., Heikkinen M.E., Marttunen M.J. & Lönnqvist J.K. (1997) Suicide and schizophrenia : a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 154; 1235-1242.
- Humphrey J.A. (1977) Social loss : a comparison of suicide victims, homicide offenders and non violent individuals. *Diseases of the nervous system*. 38; 157-160.
- Jones S.C., Forster D.P. & Hassanyeh F. (1991) The role of unemployment in parasuicide. *Psychological Medicine*. 21; 169-176.
- Kjelsberg E., Eikeseth P.H. & Dahl A.A. (1991) suicide in borderline patients : predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84; 283-287.
- Leenaars A., Yang B. & Lester D. (1993) The effect of domestic and economic stress on suicide rates in Canada and the United States. *Psychology*. 49; 918-921.
- Lester D. (1993) Marital integration, suicide and homicide. *Psychological reports*, 73; 1354- 1357.
- Lewis G. & Slogett A. (1998) Suicide, deprivation and unemployment : record linkage study. *British Medical Journal*. 317; 1283-1286.
- Linehan M.M., Heard H.L. & Armstrong H.E. (1993) Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 50; 971-974.
- Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L. & Chiles J.A. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51; 276-286.
- Malone K.M., Szanto K., Corbitt E.M. & Mann J.J. (1995a) Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 152; 1601-1607.
- Malone K.M., Haas G.L., Sweeney J.A. & Mann J.J. (1995b) Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective disorders*. 34; 173-185.
- Mann J.J., McBride A., Brown R.P., Linnola M., Leon A.C., DeMeo M., Mieczkowski T., Myers J.E & Stanley M. (1992) Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Archives of General Psychiatry*. 49; 442-446.
- Mann J.J., Malone K.M., Nielsen D.A., Goldman D., Erdos J. & Gelernter J. (1997) Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *American journal of Psychiatry*. 154; 1451-1453.
- Mann J.J., Waternaux.C., Haas G.L. & Malone K.M. (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry*. 152; 181-189.
- McGlashan T.H. (1986) The Chesnut Lodge follow-up study : co-morbidity of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*. 42; 2-30.
- MacMahon B. & Pugh T.F. (1965) Suicide in the widowed. *American Journal of Epidemiology*. 81; 23-31.
- Maris R.W. (1981) Social relations of suicide : isolation, negative interaction and sexual deviance in Maris R.W. (Ed.) *Pathway to suicide* pp 100-134. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Morton M.J. (1993) Prediction of repetition of parasuicide with special reference to unemployment. *International Journal of Social Psychiatry*. 39; 87-99.
- Moser K.A., Goldblatt P.O., Fox A.I. & Jones D.R. (1986) Unemployment and mortality : comparison of

the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *British Medical Journal*. 294; 86-90.

Muldoon M.F., Manuck S.B. & Matthews K.A. (1990) Lowering cholesterol concentration and mortality : a quantitative review of primary prevention trials. *British Medical Journal*. 301; 309-314.

Murphy G.E. (1998) Why women are less likely than men to commit suicide? *Comprehensive psychiatry*. 39/4; 165-175.

Murphy G.E., Wetzel R.D., Robins E. & McEvoy L. (1992) Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*. 49; 459-463.

Neeleman J., Jones P., Van Os J. & Murray R.M. (1996) Parasuicide in Camberwell - ethnic differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31; 284-296.

Nielsen D.A., Goldman D., Virkkunen M., Tokola R., Rawlings R. Linnoila M. (1994) *Archives of General Psychiatry*. 51; 34-38.

Nordentoft M. & Rubin P. (1993) Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 88; 278-285.

Owens D., Dennis M., Read S. & Davis N. (1994) Outcome of deliberate self-poisoning. An examination of risk factors for repetition. *British Journal of Psychiatry*. 165;797-801.

Paris J., Nowlis D. & Brown R. (1989) Predictors of suicide in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 34; 8-9.

Platt S. & Kreitman N. (1985) Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-1982. *Psychological medicine*. 15; 113-123.

Platt S. & Kreitman N. (1990) Long-term trends in parasuicide and unemployment in Edimburg 1968-1987. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25; 56-61.

Platt S. & Duffy J.C. (1986) Social and clinical correlates of unemployment in two cohorts of male parasuicides. *Social Psychiatry*. 21; 17-24.

Platt S., Hawton K., Kreitman N., Fagg J. & Foster J. (1988) Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford : a tale of two cities. *Psychological Medicine*. 18; 405-418.

Platt S. Hawton K. (2000) Suicidal Behaviour and the labour market. In Hawton K. & van Heeringen K. Eds. *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. pp309-384.

Pokorny A.,D. & Kaplan H.B. (1976) Suicide following psychiatric hospitalization - the interaction effects of defenselessness and adverse life events. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 162; 119-125.

Pokorny A.,D., (1983) Prediction of suicide in psychiatric patients. *Archive of General Psychiatry*. 40; 249-257.

Pritchard C. (1990) Suicide, employment and gender variations in the western world 1964-1986. Are women in anglophone countries protected from suicide? *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*. 25; 73-80.

Rorsman B. (1973) Suicide in psychiatric patients : a comparative study. *Social Psychiatry*. 8; 45-66.

Rossau C.D. & Mortensen P.B. (1997) Risk factors for suicide in patients with schizophrenia : nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*. 171; 355-359.

Runeson B., Eklund G. & Wasserman D. (1996) Living conditions of female suicide attempters : a case control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 94; 125-132.

Sainsbury P. (1973) Suicide : opinions and facts. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*. 66; 579-587.

Shaffer J.W., Perlin S., Schmidt C.W. & Stepjens J.H. (1974) The prediction of suicide in schizophrenia. *Journal of Nervous and mental disease*. 159; 349-355.

Shafii M., Carrigan S., Whittinghill J.R. & Derrick A. (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 142; 1061-1064.

Stack S. (1996/97) The effect of labor force participation on female suicide rates : an analysis of individual data from 16 states. *Omega-Journal of death and dying*, 34; 163-169.

Soloff P.H., Lynch K.G., Kelly T.M., Malone M.D. & Mann J.J (2000) Characteristics of suicides attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder : a comparative study. *American Journal of Psychiatry*. 157/4; 601-608.

Stone M.H. (1989) The course of borderline personality disorder in American *Psychiatric Press Review of Psychiatry*. Tasman A., Hales R.E. & Frances A.J. Washington DC. American Psychiatric Press. vol 8; pp103-122.

Suominen K., Isometsä E., Henriksson M., Ostamo A. & Lönnqvist J. (1999) Treatment received by alcohol dependant suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 99; 214-219.

Surault P. (1995) Variations sur les variations du suicide en France. *Populations*, 4-5; 983-1012.

Trovato F. & Vos R. (1992) Married female, labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981. *Sociological Forum*. 7; 661-677.

van Eermond M. & Diekstra R.F.W. (1990) The predictability of suicidal behavior : the results of a meta-

analysis of published studies. *Crisis* 11/2; 57-84.

van Heeringen K., Rijkebusch W., De Schinkel C. & Jannes C. (1993) The reliability of the assessment of suicide attempters. *Archives of Public Health*. 51; 443-456.

van Heeringen K. (1994) Epidemiological aspects of attempted suicide - a case control study in Gent, Belgium. *Crisis*. 15; 116-122.

Van Heeringen., Hawton K. & Williams J.M. (2000) Pathways to suicide : an integrative approach. in Hawton K. & van Heeringen K. Eds. *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. pp223-234.

Virkkunen M., Rawlings R., Tokola R., Poland R.E, Guidotti A., Nemeroff C., Bissette G., Kalogeras K., Karonen S-L. & Linnoila M. (1994) *Archives of General Psychiatry*. 51; 20-27.

Williams M. (1997) *Cry of pain. - understanding suicide and self-harm*; Penguin books. London. (UK)

Williams M. & Pollock L.R. (2000) The psychology of suicidal behaviour. in Hawton K. & van Heeringen K. Eds. *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. pp 79-93.

Yang B., Lester D. & Yang C.H. (1992) Sociological and economic theories of suicide. *Social Science and Medicine*. 34; 333-334.

Zimmerman S.L. (1987) States' public welfare expenditures as predictors of state suicide rates. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 17/4; 271-287.

## **Facteurs de risques relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire : réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire**

Professeur Ph. JEAMMET

Un grand nombre de facteurs de risque d'une conduite suicidaire à l'adolescence sont maintenant bien individualisés. Leur rôle est confirmé par de multiples études convergentes. Ces facteurs concernent les paramètres les plus objectivables et donc les plus aisément contrôlables : l'âge, le sexe, l'ethnicité, l'environnement socio-économique et dans une moindre mesure familial. Sur le plan individuel deux ordres de données ont également fait l'objet d'études contrôlées. Elles concernent d'une part les traumatismes qui ont pu affecter le développement de l'enfant, abandon, carence de soins, maltraitance et plus spécifiquement les abus sexuels ; et d'autre part les troubles psychiatriques envisagés actuellement, suivant l'orientation anglo-saxonne dominante, comme autant de catégories séparées, éventuellement en lien de comorbidité.

Par contre fort peu est dit sur la psychopathologie proprement dite du suicide et plus spécifiquement de la crise suicidaire. C'est qu'en effet parler de la psychopathologie c'est redonner au sujet, à sa parole, à ses actes et à son histoire une position centrale que justement l'approche psychiatrique contemporaine a voulu remplacer par une démarche répondant mieux aux critères scientifiques expérimentaux de reproductibilité et de falsification avec l'espoir de mettre en évidence des déterminants universels, biologiques mais aussi environnementaux et évènementiels susceptibles de bénéficier d'actions thérapeutiques et si possible préventives à grande échelle et indépendantes de la complexité propre à une approche personnalisée. Démarche justifiée et qui a déjà à son actif un certain nombre de résultats sur lesquels un consensus peut se faire et une conférence comme celle-ci se doit de s'appuyer. Nous allons y revenir.

Doit-on pour autant abandonner toute perspective psychopathologique du fait de sa complexité et de la difficulté à en généraliser les résultats ? Nous ne le pensons pas pour plusieurs raisons que nous allons essayer d'analyser.

La psychopathologie recueille et analyse les cognitions c'est à dire les contenus de pensée, leur succession et leur organisation dans le discours du sujet, leurs liens avec le passé, et les projections dans le futur, aussi bien que leur articulation dans le présent avec les émotions, les comportements, et les expressions corporelles. La psychanalyse y ajoute une herméneutique interprétative qui tient compte des non dits, des ratés du discours, des associations spontanées et bien sûr du transfert et du contre transfert, c'est à dire de ce qui se répète dans la relation actuelle des attitudes et attentes du sujet à l'égard d'autrui, telles qu'elles se sont organisées dans le passé et notamment l'enfance ainsi que de celles qu'il induit chez l'examineur.

Toutes ces données en tant qu'elles sont caractéristiques du sujet, de ses modes relationnels avec lui-même et autrui, ont une certaine constance et se répètent d'un examineur à l'autre. Elles peuvent se prêter à une évaluation inter juges mais qui n'a pas la même reproductibilité que des entretiens structurés et des échelles d'auto ou d'hétéro évaluation. Elles révèlent également des constantes du fonctionnement psychique d'un sujet donné qui se prêtent elles aussi à de possibles classifications et typologies de personnalités et de caractères. La description des personnalités limites en est peut-être l'illustration la plus connue dans la mesure où elle est maintenant entrée dans le répertoire des troubles de la personnalité, du fait de la constance et de la massivité des symptômes et attitudes qui lui sont associés. Ainsi si la méthode

casuistique reste la référence la plus habituelle en matière de psychopathologie elle n'exclut pas une généralisation des résultats. Celle-ci est possible par la valeur exemplaire du cas qui sert de modèle de compréhension et "donne à penser" d'une façon qui éclaire des cas similaires.

La validation du modèle est apportée par les ouvertures autorisées par cet apport et les changements qu'une telle approche induit répétitivement dans des cas et des situations semblables. Pour de nombreux méthodologistes, la méthode comparative, dont l'approche casuistique peut être une modalité, est la méthode expérimentale des sciences humaines.

La psychiatrie, et même dans une certaine mesure la médecine, relève-t-elle uniquement des sciences expérimentales ou appartient-elle également au champ des sciences humaines ? Il nous semble qu'elle participe des deux, que leur approche est complémentaire et qu'aucune exclusive n'est souhaitable. La question du suicide en est un exemple particulièrement explicite.

En effet peut-on raisonnablement penser que les représentations que le sujet se fait de lui-même, d'un acte comme le suicide, de ses motivations ne sont pas un élément indispensable pour la compréhension du geste et pour une action cherchant à le prévenir ? Le penser serait considérer que les contenus de pensée qui accompagnent ce geste sont exclusivement dépendants de l'équilibre de ses neuro-transmetteurs. Inversement prendre en considération ces données psychopathologiques ne veut pas dire qu'elles sont la cause du geste suicidaire . Un acte aussi complexe que le suicide ne se réduit pas à un seul déterminant mais ne peut que relever d'une étiologie multifactorielle. Par contre l'articulation des contenus de pensée comme les modalités prévalentes de fonctionnements psychiques apparaissent pour le moins essentielles pour rétablir un lien de compréhension avec le sujet en détresse. D'un autre côté l'analyse des données psychiatriques montre les limites d'une approche purement catégorielle des facteurs de risque et a contrario contraste ouvre la voie à une dimension psychopathologique.

Que ressort-il en effet de ces données ?

Plus un sujet est déprimé, impulsif, avec des troubles du comportement et des tendances anti-sociales, et s'adonne à des conduites addictives, en particulier alcoolisme et toxicomanie, plus il a de risques de commettre un geste suicidaire. En résumé, plus il va mal, plus il est à risques, ce qui n'est ni très original, ni vraiment imprévu.

Disons cependant que l'objectivation de ces facteurs a eu le mérite d'attirer l'attention sur l'importance du facteur dépression souvent sous estimé chez l'adolescent contrairement aux adultes. Sous estimation en partie liée au caractère souvent atypique et plus ou moins masqué de la dépression à cet âge. La recherche systématique de la dépression et l'utilisation d'échelles d'évaluation des symptômes dépressifs a permis un repérage bien meilleur et plus précoce de la dépression. Cependant la prévalence de ces troubles psychiatriques dans les antécédents de suicide ne nous donne pas pour autant la réponse quant à la nature de leur rôle, leurs modalités d'action comme les séquences de leurs éventuel effets.

En effet :

- ni ces troubles par eux-mêmes , ni leur association ne sont vraiment spécifiques de la conduite suicidaire les uns et les autres sont un facteur de risque pour la plupart des troubles de l'adolescent, en particulier les troubles du comportement, pas plus que ne sont spécifiques les antécédents d'abandon. de maltraitance et d'abus sexuels dans l'enfance considérés

- communément comme des facteurs de risque de suicide ;
- leur présence dans les antécédents de suicide ne nous dit pas s'ils facilitent par eux mêmes le geste suicidaire ou s'ils sont au même titre que le suicide l'expression de facteurs déterminants communs. Un même facteur peut ainsi favoriser simultanément l'émergence de symptômes dépressifs, de troubles impulsifs, de comportements addictifs et de conduites suicidaires .sans que pour autant ils constituent des déterminants essentiels les uns par rapport aux autres ;.
  - la majorité de ces troubles et notamment les différentes formes de dépression n'aboutissent pas à un geste suicidaire. Seule une petite minorité de jeunes présentant des troubles psychiatriques feront une tentative de suicide (Beautrais et al., 1998). Inversement n'oublions pas non plus que si la présence des troubles psychiatriques multiplie par deux ou trois le risque suicidaire, celui-ci n'est absent d'aucun groupe témoin..
  - le facteur le plus prédictif d'un geste suicidaire demeure un antécédent de tentative de suicide. Indépendamment de tout autre facteur avoir eu recours à un geste suicidaire, et à un bien moindre degré avoir des pensées suicidaires, sont les premiers facteurs de risque . Parmi des adolescents hospitalisés troubles de l'humeur et syndromes dépressifs ne prédisent pas de risque suicidaire s'il n'y a pas d'antécédents de tentative de suicide (Goldston et al.,1999). Ces auteurs trouvent également qu'un comportement suicidaire récurrent est spécifiquement favorisé si le sujet en retire un soulagement immédiat (atténuation de la souffrance ou catharsis) ou si une tentative précédente a entraîné un changement désiré de l'entourage. Il y a bien une spécificité de l'acte et probablement un effet propre de celui-ci qui facilite la survenue d'autres actes semblables ;
  - enfin l'augmentation séculaire du suicide et des tentatives à l'adolescence et le rajeunissement des suicidants nous interrogent. Il est difficile d'incriminer des facteurs génétiques et biologiques. Les changements sociaux , de mode de vie et d'éducation, l'évolution des valeurs apparaissent bien comme les déterminants essentiels de cette évolution, ce qui laisse entière la question de savoir pourquoi seuls certains sujets vont être sensibles à ces changements et être conduits au suicide ( Birmaher et al 1996, Gershon al 1987, Kilerman et Weisman 1988)

De nombreux arguments plaident en faveur d'une relativisation des données proprement psychiatriques qui feraient du suicide l'expression d'une pathologie psychiatrique considérée comme une entité, la sommation des pathologies ne faisant qu'aggraver le risque. Inversement la qualité même des données objectivant ces facteurs psychiatriques fait ressortir la nécessité d'une vision plus globale qui redonne au sujet une place essentielle et rend nécessaire une approche psychopathologique et développementale qui donne un sens au geste suicidaire par rapport à l'histoire du sujet et à sa façon d'appréhender son lien avec lui-même, avec ses proches et avec le monde.

Dans cette perspective le sujet ne souffre pas tant de maladies qu'il subirait et qui seraient en quelque sorte extérieures à sa personnalité, encore que cela puisse exister dans certains cas, que d'une vulnérabilité dans l'organisation de sa personnalité qui le rendrait particulièrement sensible à des situations et à des changements notamment environnementaux et éducatifs, plus ou moins spécifiques face auxquels le geste suicidaire apparaîtrait comme la réponse la plus disponible. Les troubles

psychiatriques présents pourraient être tout autant cause que conséquence de cette vulnérabilité et devraient être envisagés plus comme des modes différents d'expression et d'adaptation à une même souffrance et à de mêmes difficultés et conflits que comme des catégories distinctes même si d'éventuels facteurs génétiques en favorisent la survenue.

Avant d'envisager les facteurs de cette vulnérabilité il faut regrouper les arguments en faveur de cette approche.

1. A côté d'états psychiatriques stables tels ceux cités précédemment comme facteurs de risque suicidaires, les recherches nosographiques actuelles font état également de situations aiguës de débordement et de désorganisation comme les attaques de paniques. Weisman et al (89) ont ainsi montré que les adultes ayant durant leur vie une histoire d'attaque de panique ont un risque 18 fois supérieur à un groupe témoin de faire une ou plusieurs tentatives de suicide.

Le rôle spécifique des attaques de panique par rapport à celui d'autres troubles psychiatriques a été l'objet de controverse. La dépression sévère et la dépendance à l'alcool et à la cocaïne ont été associées à un risque accru de tentative de suicide et d'attaques de panique et la comorbidité dépressio/attaque de panique varie de 20 et 75% selon les études. PILOWSKY et al (1999) dans une étude en population générale de 1580 adolescents ont montré qu'en contrôlant les troubles psychiatriques les plus habituellement associés, la dépression sévère, l'addiction à l'alcool et aux drogues illicites, les adolescents ayant des attaques de panique avaient trois fois plus d'idées suicidaires, et avaient fait deux fois plus de tentatives de suicide que ceux sans attaque de panique. Gould et al (98) ont également trouvé que les attaques de panique étaient un facteur significatif de risque suicidaire retrouvant des données semblables constatées chez des adultes (Anthony et al (1991).

2. La dernière décade a vu dans beaucoup de pays une augmentation du nombre de suicide chez les enfants et pré-adolescents, qu'il est difficile, comme l'augmentation séculaire du suicide et des tentatives chez les adolescents, de ne pas attribuer à des facteurs environnementaux et/ou développementaux et de personnalité. Un auteur comme Groholt et al (98) repris par Potter et al (98) a montré que les facteurs de risque à ces âges précoces différaient sensiblement de ceux des adolescents en cela que manquaient les troubles psychiatriques habituels chez les adolescents et que les conflits avec les parents étaient le premier facteur de risque avec les difficultés et déceptions dans les relations avec les pairs.

Il est bien sûr peu vraisemblable qu'il y ait un véritable hiatus entre les facteurs de risque chez l'enfant et le pré-adolescent et ceux retrouvés chez l'adolescent plus âgé.

Autrement dit il doit bien y avoir une continuité entre les conflits des plus jeunes avec leurs parents et la survenue de symptômes dépressifs plus tard. C'est cette continuité que la psychopathologie se donne pour objectif de rétablir à partir des liens entre les contenus psychiques des sujets en question ; que ces liens soient conscients ou inconscients, utilisent une logique discursive ou affective, s'expriment directement ou par des attitudes opposées ou par le déni...

Ces différences développementales dans les modes d'expression symptomatiques sont d'ailleurs classiques. Birmaher et al (1996) rappellent que les symptômes dit endogènes : mélancolie, psychose, tentatives de suicide et létalité du suicide croissent avec l'âge. L'angoisse de séparation, les phobies, les plaintes somatiques et les problèmes de comportement sont par contre plus fréquents chez les enfants. Cette perspective psychopathologique n'est pas exclusive d'une prise en compte de

facteurs biologiques et génétiques qui rendent tel ou tel plus susceptible de réagir à des tensions par une symptomatologie dépressive anxieuse ou impulsive. Mais elle donne tout son poids aux cognitions et à l'affectivité du sujet, aux représentations qu'il se fait de lui-même et des autres et surtout aux attentes qu'il a par rapport à lui-même et aux autres et des déceptions qui peuvent en résulter.

3. Une étude prospective norvégienne (Wichstrom, 2000) portant sur 9 679 élèves a montré que les meilleurs prédicteurs d'une tentative de suicide étaient, outre le sexe féminin, une fois de plus l'existence d'antécédents de tentative mais aussi un décalage dans le développement pubertaire en particulier une puberté précoce chez les filles, ou à un moindre degré une puberté retardée chez les garçons, montrant ainsi la difficulté pour un adolescent de gérer un décalage de maturité psychique par rapport à ses pairs. Le meilleur prédicteur d'une tentative est l'existence d'idées suicidaires et l'absence de celles-ci fait perdre à la dépression sa valeur prédictive. Cet auteur note également que le fait de ne plus vivre avec ses parents et celui de se dévaloriser ont une valeur prédictive. Il rappelle également que les deux plus importants événements précipitants sont une rupture sentimentale et un conflit d'autorité avec les parents (Beautrais et al 97), les deux types d'événements étant eux-mêmes corrélés avec une puberté précoce (Steinberg 88).

4. Des études récentes s'intéressent de plus en plus à l'axe II des classifications, c'est-à-dire aux troubles de la personnalité. Axe II qui sort d'une pure classification catégorielle pour faire référence à cette notion globale de personnalité beaucoup plus difficile à délimiter que les symptômes psychiatriques classiques. Ces études objectivent l'incidence des troubles de la personnalité sur la survenue et la sévérité des troubles psychiatriques de l'axe I montrant ainsi que les positions sont loin d'être étanches et qu'il est bien difficile d'évaluer un trouble psychiatrique sans référence à la personnalité sur laquelle il survient (Johnson et al 1996 et 1999).

Ainsi lors d'une étude longitudinale sur 717 adolescents et leurs mères réévalués 6 ans plus tard Johnson et al (99) montrent que les adolescents avec troubles de la personnalité ont plus de deux fois plus de risques de développer un ou plusieurs troubles de l'axe I que ceux sans troubles de la personnalité et ce après contrôle des troubles de l'axe I pendant l'adolescence. Le taux s'élève à trois fois pour les troubles de la personnalité de l'appendice B du DSM-IV c'est-à-dire pour les personnalités dépressives et passives-agressives.

Les troubles de la personnalité regroupés sous le cluster C (personnalité évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive) sont plus spécifiquement associés au risque d'idées suicidaires et de gestes suicidaires.

5. La présence de conditions affectives négatives regroupées en cluster telles que : anxiété, dépression, violence, impulsivité est plus importante pour prédire une tentative de suicide que la présence d'un diagnostic (Apter et al.,1990 ; Farmer 1987 ; Khan et al. 1988 ) De même Gispert et al (1987) que l'association dysphorie et rage est plus significative que les corrélations externes psycho-sociales.

De même Stein et Apter individualisent un groupe d'adolescents à risque composé d'adolescents vulnérables à des événements mineurs qui provoquent un déséquilibre psychique avec augmentation de l'anxiété et de l'agressivité (Stein D. et al.1998).

6. Depuis une dizaine d'années à la suite des travaux sur l'attachement de J.Bowlby maintenant classiques puis de M. Maine repris par P. Fonagy se développent des

études mettant en évidence l'importance de la qualité de l'attachement pour le développement de l'enfant et la formation de la personnalité ainsi que la fréquence de troubles de l'attachement dans la pathologie psychiatrique.

Les recherches commencent en ce qui concerne le suicide. Ainsi West et al ( 1999) ont montré dans une étude rétrospective sur 187 adolescents , une forte corrélation ente le bas niveau du sentiment de sécurité, une symptomatologie dépressive et un comportement suicidaire.

Cette approche nous paraît particulièrement importante dans la mesure où elle permet grâce à des échelles d'évaluation de la nature de l'attachement qui ont fait la preuve de leur validité, d'objectiver des corrélations entre des troubles psychiatriques et des particularités de l'organisation du lien entre l'enfant et ses objets d'attachement. Elles objectivent également la stabilité du type d'attachement au cours de la vie montrant ainsi la force organisatrice des liens de l'enfance.

Il a été également souligné que quelle que soit l'importance du lien aux pairs, les figures parentales demeurent la première source de sécurité dans les situations de détresse et que la majorité des adolescents maintenait ces figures d'attachement en "réserve" ( Weiss 1991) (Smith et George 1993).

Si la dépression peut fausser la perception du caractère sécurisant des parents, à l'inverse les difficultés du lien d'attachement provoquent des attitudes inadaptées et rendent l'adolescent vulnérable à une réponse catastrophique en cas de difficultés relationnelles.

On peut ainsi considérer avec Potter et al (1998) que malgré l'abondance des publications et celles des données objectives sur les facteurs de risque psychosociaux et de co-morbidité psychiatrique "notre compréhension des facteurs de risque d'un geste suicidaire demeure limitée".

S'appuyant notamment sur les travaux de Groholt et al, déjà cités, faisant état chez les enfants et jeunes adolescents de la préseance des conflits parents-enfants et avec les pairs sur les troubles psychiatriques ces auteurs plaident pour une perspective systémique écologique du développement humain pour mieux comprendre et tenter de prévenir le suicide. Ils insistent sur la nécessité de développer des stratégies de préventions fondées sur une meilleure compréhension développementale.

Si les études catégorielles centrées sur les facteurs de risque pris isolément, notamment psychiatriques ont eu leur intérêt, nous l'avons déjà relevé, elles nous paraissent avoir apporté ce qu'elles pouvaient apporter, tout comme les études sur les facteurs psycho-sociaux ainsi qu'événementiels et traumatiques. Pour intéressants qu'ils soient, ces résultats ne sont pas suffisants. Les progrès nous paraissent pouvoir venir d'une perspective psychopathologique renouvelée notamment par les données sur l'attachement et le sentiment de sécurité interne.. Il n'apparaît pas heuristique de dissocier le geste suicidaire de sa signification pour le sujet lui même envisagé dans son contexte relationnel et affectif. Tout ce qui vulnérabilise le sujet, affaiblit ses ressources internes et ses moyens de protection et de défense a pour conséquence de le rendre plus dépendant des aléas de son lien avec l'environnement que les aléas soient le fait des événements , c'est-à-dire de la réalité externe , ou proviennent des vicissitudes de sa vie intérieure, de ses désirs et des attentes et des conflits qu'ils suscitent.

Nous avons nous-même participé à une recherche multi-centrique sur ces facteurs psychologiques de vulnérabilité susceptibles de favoriser l'émergence d'une crise suicidaire.

Pour ce faire nous avons entrepris une étude psychopathologique approfondie, portant sur un nombre de cas suffisamment important et s'étavant sur une

méthodologie qui imposait à nos résultats un traitement systématique et une approche quantitative (Jeammet et Birot, 1994). Nous avons eu essentiellement pour objectif de replacer la tentative de suicide dans l'ensemble du fonctionnement mental et de la situer au-delà de son sens pour le sujet par rapport à sa fonction dans l'économie psychique de celui-ci. Notre objectif était de repérer ce qui dans le fonctionnement mental de ces jeunes pouvait favoriser ce mode de réponse par l'agir, par opposition à une conflictualité qui serait demeurée intra-psychique, et comparativement aux autres formes de passages à l'acte, en conservant l'idée d'une pluralité possible des organisations psychopathologiques sous-jacentes.

Nous avons étudié un groupe de 149 suicidants âgés de 13 à 25 ans et dont la tentative de suicide datait de moins de trois mois et deux groupes de comparaison, choisis parmi des consultants " tout venant ", situés dans la même tranche d'âge :

- un premier groupe de 30 sujets, exprimant spontanément, dès le premier entretien, des idées suicidaires, mais n'ayant jamais fait de tentatives de suicide.

un deuxième groupe de 60 sujets, n'ayant jamais effectué de tentative de suicide et ne présentant pas d'idées suicidaires.

Nous avons évalué quatre types de données : psychosociales, les conditions de la tentative de suicide, les aspects diagnostiques et les aspects psychopathologiques proprement dits, qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de cet exposé.

L'ensemble des variables psychopathologiques étudiées allaient dans le sens de ce qu'on peut appeler une vulnérabilité psychique qui apparaît dans cette étude comme l'expression d'une difficulté de l'appareil psychique à tenir son rôle d'adaptation du sujet au double registre de ses besoins et désirs et de la pression de l'environnement.

Cette caractéristique du fonctionnement psychique se retrouve à des niveaux différents et complémentaires de l'organisation mentale. Sont en effet impliquées :

- la capacité de l'appareil psychique à répondre aux traumatismes extérieurs, tels que la perte ou la séparation, mais aussi aux émergences internes dont témoigne la potentialité désorganisante du fantasme inconscient, comme la difficulté à supporter et organiser la régression ;

- les caractéristiques du fonctionnement psychique, que ce soit dans sa globalité : manque d'efficacité du travail du préconscient, difficulté à se représenter dans la continuité, non-figurabilité du conflit psychique, ou de façon plus spécifique dans la nature des mécanismes de défense préférentiels qui vont dans le sens de l'externalisation des conflits, évitement, projection, clivage, déni, et plus encore qui reflètent la faiblesse des mécanismes qui participent au travail d'élaboration et de contention psychique ;

- enfin l'organisation même de l'appareil psychique, que ce soit au niveau des points organisateurs du développement: peu de fixations anales, particularités de l'auto-érotisme; ou de l'organisation oedipienne elle-même: rôle peu organisateur de l'Oedipe inversé et difficulté d'élaboration de l'homosexualité psychique.

A ces données essentielles s'ajoutent:

- l'importance du réveil des conflits à l'adolescence, qu'on peut interpréter comme le reflet de cette vulnérabilité de l'appareil psychique à métaboliser les conflits propres à la puberté ;

- le peu de recours à la sublimation, qui aurait pu constituer une voie de dégagement possible par rapport aux pressions qui s'exercent sur l'appareil psychique;

- la fréquence du recours à des positions exhibitionnistes.

Cette étude fait ressortir une vulnérabilité narcissique particulière de la majorité des suicidants comparés pourtant à d'autres adolescents consultants en psychiatrie et présentant eux-mêmes déjà une certaine vulnérabilité narcissique. Nous entendons par vulnérabilité narcissique l'ensemble des données tirées des entretiens cliniques et des tests projectifs qui traduisaient des troubles dans l'organisation et la cohésion de l'image de soi, une mésestime de soi, une insécurité interne, un manque de confiance en soi et dans les autres.

Cette fragilité narcissique rend compte, pour une grande part, de l'incapacité à supporter la perte ou la séparation, comme du réveil des conflits à l'adolescence et de la potentialité désorganisant du fantasme, tous paramètres très fréquemment présents.

L'importance de la fragilité des suicidants confère donc paradoxalement un rôle essentiel aux relations. Celles-ci doivent en effet assurer le soutien narcissique défaillant au niveau interne alors que cette défaillance même vulnérabilise l'adolescent aux conflits et le sensibilise aux moindres variations de la distance relationnelle comme aux déceptions. De ce fait les objets investis sont susceptibles d'avoir un effet excitant accru. La faiblesse du filtre narcissique et des limites du moi nourrit l'éclat des investissements objectaux et leur apporte aisément une tonalité concrète: désirer, c'est faire. On conçoit que dans le cadre des relations à résonance oedipienne les fantasmes d'inceste et de parricide puissent rapidement affleurer à la conscience.

La relation aux objets d'attachement et plus généralement aux personnes investies est donc impliquée chez les suicidants à plusieurs niveaux comme en témoignent :

- leur sensibilité à la séparation et à la menace de perte qui les rend dépendants de leurs objets d'attachement comme de l'idéalisation de leurs investissements,
- le caractère potentiellement excitant voire désorganisant de l'investissement d'objet lui-même, surtout si cet investissement répond à certaines caractéristiques : proximité des fantasmes incestueux, implication de l'homosexualité ou plus exactement de la particulière sexualisation à l'adolescence du besoin de recevoir des personnes importantes, notamment les adultes du même sexe, la force, le savoir, la sécurité que l'adolescent recherche et qu'il prête à ces adultes. Cette quête est susceptible d'éveiller ou de réactiver des fantasmes de pénétration particulièrement angoissants pour ces adolescents qui peuvent ressentir leur besoin de recevoir comme une soumission aliénante. Nous avons déjà souligné que ce caractère de l'objet investi ne peut être compris qu'en relation avec la menace que son investissement fait peser sur l'équilibre narcissique. (Jeammet 1999 L'inachèvement des processus d'identification, leur caractère conflictuel, le poids des contraintes transgénérationnelles comme des modèles de relation tirés des expériences infantiles ne peuvent qu'accentuer l'attrait comme la menace exercés par l'objet Mais c'est aussi la nécessité vitale qu'il représente qui est inacceptable.

Comme le dit Marcelli : " la conjonction entre cette fragilité narcissique s'exprimant par des moments de flottement identitaire et la souffrance psychique provoquée par la nécessité d'une confrontation à la séparation psychique est susceptible d'expliquer en partie les particularités de l'association dépression-tentative de suicide à l'adolescence " (Marcelli, 1998).

Il est ainsi difficile de parler des suicides et tentatives de suicide sans les replacer dans le cadre plus large des comportements à risque des adolescents. Il y a chez tout adolescent une propension à l'autodestruction. Le passage à l'acte suicidaire en est une manifestations extrême. L'acte suicidaire est ainsi plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort.

C'est fréquemment une façon pour l'adolescent d'éviter sa dépendance, de reprendre un rôle actif et de rester maître de lui. Il y a électivement à l'adolescence, en raison de la réactualisation des conflits d'identification et des problématiques précoces de séparation-individuation, une réactivation de processus psychiques archaïques par lesquels l'adolescent aspire à se confondre avec l'environnement et se sent en même temps et de ce fait même le jouet de cet environnement. Dans ces cas-là, le recours aux attaques du corps propre devient un moyen de marquer la limite et de se réapproprier le corps.

Le paradoxe c'est que l'acte suicidaire à cet âge peut être avant tout l'expression d'un désir d'affirmation de soi et d'échapper à ce qui est ressenti comme l'emprise des autres sur soi. A la limite c'est le phoenix renaissant de ces cendres : auto-engendrement par la destruction du corps, pendant actif de l'union des parents d'où est issu le corps. Au " je n'ai pas demandé à naître " que ces adolescents jettent comme un défi à la figure des parents ils opposent un : " je peux choisir de mourir ", qui reflète à leurs yeux la maîtrise retrouvée de leur propre destin.

Le succès comme le plaisir n'ont qu'un temps, sont aléatoires et dépendent largement de l'attitude des autres. Autosabotage et autodestruction sont par contre sans limite et toujours à la disposition du sujet. Dans cette perspective la tentative de suicide peut être vue comme un dernier recours de l'adolescent pour se réapproprier un corps dont il devient maître dans la destruction à défaut de l'avoir été dans la naissance et dans l'émergence de la sexualité. Il y a dans cette utilisation du corps un processus d'expulsion de la conflictualité psychique, mais également un processus défensif de sauvegarde de l'identité.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANTHONY JC, PETRONIS KR, Panic attacks and suicide attempts (letter). Arch. Gen. Psychiatry 1991, 48-1114.
- BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36 : 1543-1551.
- BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998, 37 :5, 504-511.
- BIRMAHER B., RYAN N.D., WILLIAMSON D.E., BRENT D.A. et al, Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. Part I. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1996, 35 :11, 1427-1439.
- FARMER R., Hostility and deliberate self-poisoning : the role of depression. Br. J. Psychiatry, 1987, 150 :609-614.
- GERSHON ES, HAMOVIT JH, GUROFF JJ, NURNBERGER JL, Birth-cohort changes in manic and depressive disorders in relatives of bipolar and schizoaffective patients. Arch. Gen. Psychiatry, 1987, 44 :314-319.
- GISPERS M., DAVIS MS, MARSH L. et al., Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. Hosp. Community Psychiatry, 1987, 38 :390-393.
- GOLDSTON D., SERGENT DANIEL S., DAVID M. et al., Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents : A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry, 1999, 38 :6, 660-671.
- GOULD MS, KING R. GEENWALD S, et al , Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. J. Am Acad. Child Adolescent Psychiatry, 1998, 37 , 915-923.
- GROHOLT B., EKEBERG O., WICHSTROM L. , HALDORSEN T. , Suicide among children and younger and older adolescents in Norway : A comparative study. J. Am. Acad. Of Child and Adol. Psychiatry, 1998, 37(5), 473-481.
- JEAMMET Ph., Adolescence et Processus de Changement. In Traité de Psychopathologie, Sous la Direction du Pr D. Widlöcher. P I I F . 1994

JEAMMET Ph., BIROT E., Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique. In. Adolescence et suicide, Masson, Paris, 1995, 92-109

JOHNSON J.G., WILLIAMS JBW, GOETZ RR, RABKIN JG et al, Personality disorders predict onset of axis I disorders and impaired functioning among homosexual men with and at risk for HIV infection. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, 53 : 350-357.

JOHNSON J.G., COHEN P., OLDFHAM J.M et al , Personality disorders in adolescence and risk and major mental disorders and suicidality during adulthood. Arch. Gen. Psychiatry, 1999, vol.56, 805-811.

KHAN R., Van PRAAG HM, WETZLER S., et al., Serotonin and anxiety revisited. Biol. Psychiatry, 1988, 23 :189-208.

MARCELLI D., Suicide et dépression. La Revue du Praticien, 1998, 13, 1419-1423.

PILOWSKY D.J., WU L.T, ANTHONY J.C., Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. Am. J. Psychiatry, octobre 1999, 156 :10

POTTER L., ROSENBERG M.L., HAMMOND W., R., Discussion : Suicide in youth : A public health framework. 1998, 37(5), 484-487.

SMITH J., GEORGE C., Working models of attachment and adjustment to college parents, peers and romantic partners as attachment figures. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development. New Orleans (LA) 1993.

STEIN D., APTER A., RATZONI G., et al., Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. J. Am. Acad. Child and Adol. Psychiatry, 1998, 37(5), 488-494.

STEINBERG LD, Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation. Dev. Psychol., 1988, 24 :122-128.

WEISS RS, The attachment board in childhood and adulthood. In Parkes CM. Marris P., Stevenson-Hinde J. editors. Attachment across the life cycle New York Routledge, 1991, 66-76.

WEISSMAN MM , KLERMAN GL, MARKOWITZ JS, OUELLETTE R., Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. N. Engl. J. Med, 1989, 321 : 1209-1214.

WICHSTROM L ., Predictors of adolescent suicide attempts : a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2000,39 :5, 603-610.

## **Crise suicidaire et pathologie mentale**

Jean-Marie Vanelle

Professeur de psychiatrie, SHUPPM, CHU de NANTES 44

Pour le médecin psychiatre, la question du suicide soulève inéluctablement celle d'une pathologie mentale associée ou révélée. Le recours au psychiatre s'en trouve ainsi justifié. Pour des raisons éthiques et juridiques, elle est même au centre de ses préoccupations face à tout sujet examiné, a fortiori suicidaire, suicidant ou suicidé. Les données dont nous disposons ont tenté d'apprécier la fréquence des troubles mentaux chez les patients suicidés. La plupart des autopsies psychologiques retrouvent un pourcentage très élevé de l'ordre de 90 à 95% de troubles mentaux [13,30].

La notion de crise suicidaire renvoie à celle de crise, certes à la mode, mais sans spécificité psychiatrique. Ce terme populaire s'est vu approprié par certains psychiatres: " psychiatrie d'urgence, médecine de la crise "[20] pour rendre compte de certaines situations de détresse psycho-sociale qui n'ont guère à voir avec une authentique pathologie mentale. La crise constitue un moment de rupture dans l'existence du sujet, à la faveur de la convergence de facteurs internes et externes [52]. Parmi ces facteurs internes, se situe la pathologie mentale, en sachant qu'elle est elle-même susceptible de rentrer en résonance avec des facteurs extérieurs. Les patients déprimés rapportent en moyenne 3 fois plus d'événements de vie dans les 6 mois qui précèdent le début de l'état dépressif par rapport aux sujets témoins appariés. Le geste suicidaire peut " s'inscrire dans le déroulement de la crise comme tentative de réduction des tensions internes auxquelles le sujet est en proie " [52], comme l'agitation ou les actes hétéro-agressifs. La crise suicidaire peut être aussi l'occasion de révélation d'une authentique pathologie psychiatrique.

### **La prédictivité du suicide**

Un consensus international existe sur l'absence de prédictivité possible du suicide [13, 30]. Même dans une population de malades atteints de troubles de l'humeur, Goldstein et al concluaient en 1991 : " sur la base des connaissances actuelles, il n'est pas possible de prédire le suicide, même dans un groupe de malades hospitalisés à haut risque " [29]. On cite volontiers l'étude de Pokorny [47] qui isolait dans une population de 4800 patients psychiatriques 803 malades à haut risque. A 5 ans, 67 patients étaient morts par suicide. 30 patients faisaient partie de la sous-population à haut risque, et plus de la moitié n'avait même pas été repérée avec un risque suicidaire.

### **Données cliniques**

Les maladies psychiatriques habituellement incriminées sont les états dépressifs, les états anxieux, les états psychotiques aigus ou chroniques et les états psycho-organiques démentiels ou confusionnels [4,8,12,15,23,30,31]. La prise de toxiques, alcool ou autre, peut constituer un facteur de risque, qu'elle soit occasionnelle ou organisée en abus ou dépendance en résonance avec une pathologie de l'axe I ou de l'axe II (DSMIV).

### **Le risque suicidaire chez les patients schizophrènes**

On retient habituellement un chiffre de 10 à 13 % de décès par suicide chez les

schizophrènes, avec un nombre de tentative de suicide qui en concernerait 18 à 55% [50].

Les facteurs de risque régulièrement individualisés sont les suivants :

- le sexe masculin, le bon niveau intellectuel pré-morbide, l'absence d'activité professionnelle, l'isolement social, l'existence de hautes aspirations sociales. Ce sont en fait des facteurs peu spécifiques car retrouvés dans la population générale. Il en est de même des antécédents de tentatives de suicide et de la comorbidité toxique.

- les premières années de la maladie, les trois mois suivant la sortie de l'hôpital, une évolution volontiers récurrente, avec de nombreuses rechutes et hospitalisations.

L'articulation éventuelle avec un syndrome dépressif est aussi à prendre en compte. La phase de dépression post-psychotique chez un schizophrène de bon niveau éducationnel confronté à la réalité de son handicap pourrait constituer le prototype de la crise suicidaire où se conjugueraient manque d'espoir et vide psychotique comme facteur de passage à l'acte.

### **Le risque suicidaire dans les troubles de l'humeur**

Ils sont considérés comme la première cause psychiatrique de suicide. En fonction de la nature et du type de trouble de l'humeur, on souligne habituellement :

- un taux de suicide de 20 fois supérieur chez les patients présentant un état dépressif caractérisé [31] ;
- un taux comparable chez les bipolaires I et les unipolaires dépressifs, alors qu'il serait plus élevé chez les bipolaires II [29], mais ce résultat est démenti par l'étude de Lester [36] qui est en faveur d'une surmortalité des unipolaires (voir définition de l'unipolaire)
- l'existence de symptômes délirants ne serait pas forcément un facteur de risque supplémentaire, mais les données sont contradictoires et la notion de congruence ou pas à l'humeur n'est pas forcément prise en compte [15, 49] ;
- le caractère endogène de l'état dépressif ne serait pas tant en cause que la sévérité de l'accès [24], notamment sous la forme de mélancolie anxieuse, porteuse de certains stigmates de risque suicidaire, bien connus du clinicien : aggravation anxieuse matinale où le risque d'accomplissement du suicide est maximum, raptus suicidaire " prévisible dans leur imprévisibilité " queue de mélancolie où l'amélioration incomplète se solde par un suicide réussi ;
- les états mixtes représentent une forme clinique à risque suicidaire élevé alors que le risque est suspecté mais non confirmé dans les études sur les cycles rapides [15]

Des facteurs de risque non spécifiques sont à nouveau à rappeler :

- sexe masculin, isolement social, antécédents de tentative de suicide ;
- anxiété psychique sévère, attaques de panique, insomnie majeure, anhédonie sévère, abus d'alcool constituent des facteurs de risque à court terme alors que les antécédents de suicide, les idées de suicide et un désespoir marqué le sont à plus long terme [24] ;
- la comorbidité état dépressif majeur et trouble de la personnalité de type border line accroît le risque de tentative de suicide [51]

Les idées de mort ou de suicide font partie intégrante des symptômes constitutifs d'un état dépressif caractérisé : souvent présentes, parfois d'emblée, plus volontiers au fil de la constitution du tableau dépressif, elles peuvent s'organiser en scénario suicidaire ou être à l'origine d'un passage à l'acte suicidaire. La notion de crise suicidaire semble en deçà de l'état dépressif constitué. Le concept de dépressions

brèves récurrentes [3], si décrié, pourrait probablement y faire écho en sachant qu'il paraît impropre de parler de syndrome dépressif sur un temps aussi bref, qui court-circuite toutes les hypothèses psychopathologiques de l'état dépressif en bonne et due forme (travail de deuil, notion de perte...).

### **Le risque suicidaire dans les troubles anxieux**

Le trouble panique semble le plus incriminé, mais avec des données contradictoires [1] : Il pourrait multiplier par 10 le risque suicidaire, mais c'est surtout son association avec un autre trouble psychiatrique, notamment dépressif, qui accroît le risque de suicide accompli.

L'utilisation de substances toxiques, l'abus ou la dépendance alcoolique, certains troubles de la personnalité sont répertoriés comme des facteurs indéniables de risque suicidaire [30]. Il s'agit volontiers de passage à l'acte pouvant s'inscrire dans une crise suicidaire mais aussi la court-circuiter.

Dans les troubles psycho-organiques, le risque est avant tout auto-agressif, en relation avec un délire des actes ou/et un vécu persécutif. Des réactions de panique anxieuse peuvent favoriser des gestes de désespoir en cas d'association démence débutante-dépression.

### **Tentative de conclusion**

La recherche d'une pathologie mentale nous semble donc au cœur de l'approche médicale de la notion de crise suicidaire dans la mesure où elle en constitue, en négatif, un temps diagnostique essentiel: éliminer un état dépressif caractérisé ou en voie de constitution, un trouble anxieux constitué, une pathologie schizophrénique, etc... derrière l'apparence de la crise psycho-sociale justifie notre spécificité et notre compétence de psychiatre. Elle ne dispense pas bien évidemment d'apporter notre éclairage psychopathologique à la " crise ", suicidaire en l'occurrence.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Abbar M. Trouble panique et attaque de panique. Lempérière T. Le trouble panique. Collection PRID. Acanthe et Masson Ed ; Paris, 1998 : 47-69.
- [2] Amador XF, Friedman JH, Kasapis C et al. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am J Psychiatry. 1996 ; 153 : 1185-8.
- [3] Angst J. Dépressions brèves récurrentes. Olié JP, Poirier MF, Loo H. Les maladies dépressives. Flammarion Ed, Paris, 1995 : 223-33.
- [4] Appleby L. Suicide in psychiatric patients : risk and prevention. Br J Psychiatry 1992 ; 161 : 749-58.
- [5] Axelsson R, Lagerkvist-Briggs M. Factors predicting suicide in psychotic patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1992, 241, 259-66.
- [6] Baechler J. Les suicides. Calmann-Levy Ed, Paris 1975 :650p.
- [7] Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide . Clinical aspects. B J Psychiatry 1974 ; 125 : 355-73.
- [8] Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry. 1999 ; 175 : 322-6.
- [9] Beck AT, Steer RA, Kovacs M. Hopelessness and eventual suicide : a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideations. Am J Psychiatry. 1985 ; 142 : 559-63.
- [10] Beck AT, Steer AR, Sanderson WC, Skeie TM. Panic disorder and suicidal ideation and behavior : discrepant findings in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1991 ; 148 : 1195-99.
- [11] Beck AT, Brown G et col. Relationship between hopelessness and ultimate suicide : a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 1990 ; 147 : 190-95.

- [12] Beskow J. Suicide and mental disorder in swedish men. *Acta Psychiat Scand.* 1979 ; 277 (suppl) : 1-138.
- [13] Bioulac S, Bourgeois M Ekouevi DK et al. Facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie.. *Encéphale.* 2000 ; 26(1) : 1-7.
- [14] Black DW, Winokur G, Nasrallah A. Effect of psychosis on suicide risk in 1593 patients with unipolar and bipolar disorders. *Am J Psychiatry.* 1988 ; 145 : 849-52.
- [15] Bourgeois M, Verdoux H. Le risque suicidaire dans les troubles bipolaires. *Encéphale.* 1997 ; Sp I : 35-41.
- [16] Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too : a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull.* 1990 ; 16 : 571-89.
- [17] Casadebeig F, Philippe A. Mortalité par suicide dans une cohorte de patients schizophrènes. *Ann. Méd. Psychol* 1999 ; 157 : 552-6.
- [18] Cohen LJ, Test MA, Brown RL. Suicide and schizophrenia : data from a prospective community treatment study. *Am J Psychiatry .* 1990 ; 147 : 602-7.
- [19] Coryell W ,Noyes R, House JD. Mortality among outpatients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 1986 ; 143 : 408-510.
- [20] Debout M. La crise suicidaire ou la " TS entre la rupture et le renoncement " . Debout M Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise. Masson Ed, Paris, 1981 : 140-49.
- [21] Deshaies G. Psychologie du suicide. Paris, PUF Ed, 1947 : 357 p.
- [22] Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1986 ; 148 : 554-59.
- [23] Ey H. Le suicide pathologique. Etude 14. *Etudes psychiatriques Tome II.* Desclée de Brouwer Ed, Paris ; 1950 : 341-78.
- [24] Fawcett J,Scheftner W, Fogg L et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1990 ; 147 : 1189-94.
- [25] Florequin C, Hardy P, Messiah A et al. Tentatives de suicide et trouble panique. *Encéphale.* 1995 ; 21 : 87-92.
- [26] Foster T, Gillespie K, McClelland and Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSMIII-R axis I disorder. *Br J Psychiatry.* 1999 ; 175 : 175-79.
- [27] Friedman S, Smith L, Fogel A. Suicidality in panic disorder : a comparison with schizophrenic, depressed, and another anxiety disorder outpatients. *J Anxiety Disord.* 1999 ; 13(5) : 447-61.
- [28] Golstein RB, Black D, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 ; 48 : 418-22.
- [29] Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depressive illness. Oxford University Press Ed ; New-York, 1990 :938p.
- [30] Hardy P. La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. *Références en psychiatrie.* Doin Ed ; Paris, 1997 : 77p.
- [31] Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997 ; 170 : 205-28.
- [32] Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry.* 1993 ; 150 : 935-40.
- [33] Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000 ; 61(Suppl 9) : 47-51.
- [34] Jill M, Harkavy-Friedman PhD, Nelson E. Management of the suicidal patient with schizophrenia. *The Psychiatric Clinics North America.* 1997 ; 20 : 625-40.
- [35] Lepine JP, Chignon JM. Onset of panic disorder and suicide attempts. *Psychiatrie et Psychobiologie.* 1990 ; 5 : 339
- [36] Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders : a meta-analysis. *J Affect Disord.* 1993 ; 27 : 117-21.
- [37] Malone KM, Oquendo MA, Haas GL et al. Protective factors against suicidal acts in major depression : reasons for living. *Am J Psychiatry.* 2000 ; 157 : 1084-8.
- [38] Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999 ; 156 : 181-9.
- [39] Michel K. Suicide risk factors : a comparison of suicide attempters with suicide completers. *Br J Psychiatry.* 1987 ; 150 : 78-82.
- [40] Modestin J, Kopp W. Study on suicide in depressed patients. *J Affective Disorders* 1988 ; 15 : 157-62.
- [41] Modestin J, Zarro I, Waldvogel D. A study of suicide in schizophrenics inpatients. *Br J Psychiatry.* 1992 ; 160 : 398-401.
- [42] Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric*

Clinics North America. 1997 ; 20 : 499-517.

[43] Noyes JR. Suicide in panic disorder : a review. J Affect Disord. 1991 ; 22 : 1-11.

[44] Oquendo MA, Waternaux C, Brodsky B et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder : clinical characteristics of attempters and nonattempters. J Affect Disord 2000 ; 59(2) : 102-17.

[45] Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C, Corkery JM. Suicide among drug addicts in the UK. Br J Psychiatry 1999. 175 : 277-82.

[46] Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. Crisis. 2000 ; 21(1) : 16-25.

[47] Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry. 1983 ; 40 : 249-57.

[48] Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. Am J Psychiatry. 1999 ; 156(10) : 1590-5.

[49] Roose SP, Glasman AH, Walsh BT. Depression, delusions and suicide. Am J Psychiatry. 1983 ; 140 : 1159-62.

[50] Roy A. Suicide in schizophrenia. Roy A : Suicide. Williams and Wilkins Ed ; Baltimore, 1986 : 97-112.

[51] Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM et al. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder : a comparative study. Am J Psychiatry. 2000 ; 157 : 601-8.

[52] Vedrinne J, Sorel P, Weber D. Sémiologie des conduites suicidaires. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-114-A-80, 1996, 8p.

[53] Weissman MM, Wickramaratne P, Adams PB et al. The relationships between panic disorder and major depressions. Arch Gen Psychiatry. 1993 ; 50 : 767-80.

## Caractéristiques favorisant le passage à l'acte dans la crise suicidaire

Docteur Yves Lecrubier

INSERM - Hôpital de la Pitié-Salpêtrière Paris

La prévalence vie entière des idées suicidaires varie largement selon les pays. 2.09 à Beyrouth (Liban), 18.5 à Christ Church (Nouvelle-Zélande) *Weissman et col 1999*. La prévalence en France, 14.2%, enquête de Savigny Lépine et col 89, est proche de celle observée aux USA (13.5) dans la NCS, ©*Kessler et col 99*.

L'enquête menée par l'O.M.S, Sartorius et col 1993, chez des consultants en médecine générale, montre l'existence d'idées suicidaires presque exclusivement chez des sujets présentant un diagnostic psychiatrique ou un trouble subliminaire.

\* *Lecrubier et col 1998*.

Cette population observée en soins primaires est importante puisqu'on a montré que 80% des sujets expriment ces idées dans les mois précédant un suicide et que 50% consultent les services de santé dans la semaine précédant la tentative (TS) *Appleby et col 1999*.

### Facteurs socio-démographiques

Rappelons que les sujets à risque ne sont en général pas identifiés et qu'à posteriori les équipes soignantes n'évaluent le risque comme moyen ou élevé que chez 15% des sujets qui réaliseront une tentative dans la semaine (enquête réalisée par Appleby sur plus de 10 000 suicides au cours de la National Clinical Survey).

### Evolution

Lorsque les idées existent, elles donnent lieu à un plan pour la réalisation d'une tentative chez environ 1/3 des sujets. 72 % de ceux qui présentent des idées et un plan feront un passage à l'acte, 26% de ceux qui ont des idées sans plan réaliseront une TS, le plus souvent impulsive.

Le temps entre la survenue d'idées et la 1ère TS est bref, la majorité des TS surviennent dans la 1ère année : chez 90% de ceux qui n'ont pas de plan et 60% de ceux avec un plan.

Le 1er groupe ne répète pas habituellement la tentative index, le 2ème groupe est à haut risque. *Kessler et col 1999*

Ce délai peut dépendre du diagnostic, en effet Appleby montre que le délai avant la tentative est d'environ 3 mois en cas de dépression majeure et de 36 mois pour les autres diagnostics.

\*Tous les critères remplis sauf 1, soit un symptôme manquant, soit une durée insuffisante

### Sévérité

La sévérité des idées peut être associée à un passage à l'acte mais de façon marginale (Odd Ratio 1.05 - 1.16 par rapport à d'autres facteurs comme l'existence d'une impulsivité Odd Ratio 3.10 (1.73 - 5.57)).

La plupart des études ne trouvent pas de lien entre la sévérité symptomatique et l'association d'une tentative aux idées suicidaires Oquendo et col 1999, Mann et col 1999. On peut mettre en évidence un lien avec la sévérité subjective si l'on utilise des questionnaires Beck et al 1961.

Il existe des âges où la survenue d'idées est plus probable. On notera figure 3 que les courbes en fonction de l'âge sont identiques pour les idées et pour les TS, le pic se situe vers 14 - 20 ans.

Le tableau 3 montre l'existence de facteurs socio-démographiques pertinents et les OR correspondants pour le sexe, l'existence d'un mariage antérieur, l'appartenance à une cohorte récente et le niveau d'éducation.

Les mêmes facteurs ont été retrouvés par Weissman et col 1999 dans leur échantillon multinational.

Les troubles psychiatriques sont un facteur de risque connu.

Ils sont présents lors de plus de 90% des suicides et des TS. On peut voir dans le tableau 4 réalisé à partir des données de l'étude O.M.S. en médecine générale que les idées suicidaires sont elles aussi liées à un diagnostic ou à un trouble subliminaire Lecrubier et col 1998. La comparaison entre les tentatives passées et les tentatives récentes (dernier mois) du même tableau montre qu'il existe un biais mémoriel tendant à sous-estimer l'importance de cette variable. Johnsson Fridell et col 1996 avaient montré que 12 sujets sur 42 avaient oublié leur tentative index au cours d'un suivi de 5 ans.

Si l'on essaie d'évaluer quel diagnostic semble lié à la survenue d'idées et au passage à une tentative, l'association est variable selon les diagnostic mais toujours parallèle entre idéation et TS. Le diagnostic semble augmenter le risque de voir apparaître des idées se suicide et le passage à l'acte ultérieur semble "proportionnel" à l'existence d'idées. L'existence ou pas d'un plan ou d'une impulsivité semble peu lié au diagnostic.

Les troubles subliminaires doivent être pris en compte puisque 83% des sujets se présentant consécutivement dans un centre pour une TS, présentent un diagnostic psychiatrique, 78% un diagnostic subliminaire, 10% ne présentent que 1 ou plusieurs diagnostics subliminaires : au total 94% de diagnostics Balazs et al 2000. La coexistence entre plusieurs troubles est un facteur dont l'importance avait été mise en évidence pour les suicides et les tentatives.

L'OR pour la NCS, lorsqu'il existe 3 diagnostics et plus, est de 19.7. Szadoczky et al 2000 trouvent une corrélation linéaire entre la survenue de TS et le nombre de diagnostics.

Le tableau 7 montre que l'association entre troubles anxieux et dépressifs augmente considérablement la proportion des idées suicidaires qui semblent devenir la règle. Le nombre de tentatives semble augmenter dans des proportions approximativement similaires.

L'association entre deux troubles, même lorsqu'ils sont subliminaires comme le trouble mixte anxiété dépression montre le même type d'augmentation.

Les sujets uniquement anxieux présentent des prévalences basses. On peut envisager que l'ensemble des sujets passant à l'acte appartient au spectre des troubles dépressifs et de l'anxiété généralisée.

Personnalité : Tous les clusters prédisent une augmentation de l'idéation suicidaire et pour le cluster C la survenue ultérieure d'un comportement suicidaire. Il est possible que ces données correspondent à l'apparition de troubles de l'axe I très fortement prédite par l'existence antérieure d'un trouble de la personnalité selon le DSM IV Johnson et col 1999.

Un trait essentiel est l'impulsivité qui représente 64% de la variance associant un trait au comportement suicidaire, le diagnostic (facteur dépression et facteur psychotique) expliquant 75% de la variance associant état et comportement suicidaire. Mann et col 1999.

Si l'on prend ce trait en compte dans un modèle de régression logistique, l'impulsivité est associée au nombre de TS vie entière (O.R 3.3), on ne trouve par contre pas d'influence de la personnalité borderline, d'antécédents familiaux ou de traumatismes dans l'enfance après correction du facteur impulsivité.

Il existe donc de nombreux facteurs qui augmentent le risque d'idéation suicidaire. Leur nombre semble essentiel dans le tableau 9 (nombre de facteurs de risque) qui explore les facteurs de risque sociaux démographiques, ceux liés à la personnalité et ceux liés au diagnostic. La probabilité de présenter une idéation suicidaire devient extrêmement élevée à partir de trois facteurs. Le nombre de facteurs de risque rendant probable un passage à l'acte semble différent selon qu'il existe un plan ou une impulsivité Kessler et col 1999.

### **Impulsivité et biologie**

La sévérité des idées suicidaires reste un facteur pertinent et indépendant, mais marginal, comme nous l'avons déjà signalé. Il paraît vraisemblable que l'alcoolisme souvent associé au passage à l'acte soit lui aussi associé à la variable impulsivité ou au facteur de risque correspondant. A l'inverse, l'impulsivité n'est pas en soi un facteur spécifique. En effet, seule une partie des sujets ayant fait une tentative violente présente une impulsivité, ces sujets font partie du spectre de ceux qui présentent des anomalies de la sérotonine, un autre groupe est "mélancolique" Cremniter et col 99.

La même relation entre métabolisme de la sérotonine et l'impulsivité est mise en évidence chez l'adolescent Askenazy et col 2000. Par contre chez des adolescents hospitalisés pour des troubles du comportement, ceux qui sont impulsifs et anxieux comprennent tous les suicides récurrents, ceux qui sont impulsifs mais non anxieux, la majorité des comportements délictueux mais pas de comportements suicidaires récurrents, Askenazy et col 2000 en cours.

Il semble donc que l'existence d'idées suicidaires soit le plus souvent lié à un diagnostic d'épisode actuel tandis qu'un certain nombre d'autres facteurs (existence d'un plan, existence d'une anxiété aiguë, impulsivité) soit capable de faciliter un passage à l'acte dans le contexte de ces idées. Les facteurs sociaux démographiques identifiés ne paraissent pas nécessairement très spécifiques, ainsi l'existence d'un mariage antérieur, pourrait être lié soit à la présence d'un diagnostic, soit à l'existence d'une mauvaise gestion de l'impulsivité.

Par ailleurs, on considère toujours le suicide comme une entité univoque. Il est clair que pour les sujets bipolaires, le diagnostic est fondamental, un traitement préventif est possible Müller-Oerlinghausen et col 1991. Chez les sujets unipolaires, l'association à l'état dépressif de l'anxiété ou d'une impulsivité est très importante. Chez l'adolescent, l'association anxiété /impulsivité semble fondamentale. On doit donc tenir compte de cette hétérogénéité, ce qui n'empêche pas de proposer un modèle général qui, outre la nécessité d'un motif (idées, situation physique ou psychologique intolérable) et d'une facilitation du passage à l'acte (impulsivité, anxiété) prenne en compte les facteurs protecteurs soit socio-démographiques (mariage), soit personnels, tels que la conservation d'un certain nombre d'investissements Linehan et col 1983 ou leur disparition comme on l'observe chez certains états mélancoliques.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Annlehy J., Shaw J., Amos T., McDonnell R., Harris C., McCann K., Kiernan K., Davies S., Bicklev H.

Parsons R, Suicide within 12 months of contact with mental health services : national clinical survey, *British Medical Journal* 1999;318:1235-1239

Askenazy F, Caci H, Myquel M, Darcourt G, Lecrubier Y., Relation between impulsivity and platelet serotonin content in adolescents, *Psychiatry Research* 2000; 24;94(1): 19-28

Askenazy F, Sorci K, Benoit M, Lestideau K, Myquel M, Lecrubier Y, Anxiety and impulsivity classified behavior disorders in adolescent psychiatry, Article en cours 2000

Balázs J, Bitter I, Lecrubier Y Csiszér N, G Ostorharics, Prevalence of Subthreshold Forms of Psychiatric Disorders in Persons Making Suicide Attempts in Hungary, *European Psychiatry* 2000;15:354-361

Beck At, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J, An inventory for measuring depression, *Arch Gen Psychiatry* 1961;4: 561-571

Cremniter D., Jamain S., Kollenbach K., Alvarez JC, Lecrubier Y, Gilton A., Jullien P., Lesieur P., Bonnet F., Spreux-Varoquaux O. CSF 5-HVA levels are lower in impulsive as compared to non impulsive violent suicide attempters and controls. *Biol. Psychiat* 1999;45, 12, 1572-1579

Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brook JS, Personality disorders in adolescence and risk of mJOR mental disorders and suicidality during adulthood, *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:805-811

Johnsson Fridell E, Ojehagen A, Traskman-Bendz L, A 5-year follow-up study of suicide attempts, *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:151-157

Kessler RC, Borges G, Walters EE, Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-626

Lecrubier Y, Risk factors for suicide attempts: epidemiological evidence, *European Neuropsychopharmacology*, 1998, 8, S2: 114

Lépine JP, Lellouch J, Lovell A, Teherani M, Ha C, Verdier-Taillefer MH, Rambourg N, Lempérière T, Anxiety and depressive disorders in a French population: methodology and preliminary results, *Psychiatry and Psychobiology* 1989;4: 267-274

Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA, Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory, *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:276-286

Mann J, Waternaux C, Haas GL, Malone KM, Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients, *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189

Müller-Oerlinghausen B., Grof P., Schou M., Lenz G., Thau K., Wolf R, Reduced mortality of manic-depressive patients in long-term lithium treatment, *Psychiatry Res* 1991; 36: 329-331

Oquendo MA, Malone KM, Ellis SP, Sackeim HA, Mann J, Inadequacy of Antidepressant treatment for patients with Major Depression who are at risk for suicidal behavior, *Am J Psychiatry* 1999; 156:190-194

Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organisation project on psychological problems in General Health Care *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:819-824

Szadoczky E, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J, Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders, *European Psychiatry* 2000;15: 343-7

Weiller E, Bissierbe JC, Maier W, Lecrubier Y, Prevalence and recognition of anxiety syndromes in 5 European primary care settings from the WHO study on psychological problems in general health care settings. *Brit. J. Psychiat.* 1998;173 (S34):18-23.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam E.G., Lee CK, Lellouch J, Lépine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen, H.-U, Yeh EK Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries *Psychological Medicine* 1999; 29: 9-17.

## Repérage du suicide en prison et éléments contextuels

Dr Sophie Baron-Laforet

Praticien hospitalier, C.H. L-J GREGORY, THUIR

Le suicide en prison est un sujet qui émeut depuis plus de vingt ans. Chaque article sur la psychiatrie en prison aborde ce sujet, évoquant une vague médiatique récente, c'était le cas dans un article de P. HIVERT en 1974. C'est aussi souligner le peu d'effet des mesures prises jusqu'ici.

Notons d'emblée que la population carcérale est jeune, 29 ans en moyenne et essentiellement masculine : 95% d'hommes, 5% de femmes. La mort en prison n'est pas admise. Inacceptable pour les détenus, pour cette population jeune mourir est l'exception, et mourir en prison leur donne le sentiment que la justice les a eu jusqu'au bout, jusqu'à garder leur corps. Les détenus atteints de pathologies à des stades incurables feront tout leur possible pour mourir en dehors de murs, soutenus par leur entourage (familles quand elle est présente, avocat, visiteur...). La mort en prison est inacceptable pour les familles, qui parfois n'ont pas vu venir les événements, pour les co-détenus le malaise est grand, le sentiment d'un danger qui s'approche d'une insécurité mais aussi d'une culpabilité latente, renforcée par l'enquête systématique qui les entendra comme témoins voire comme suspects. Pour les surveillants pénitentiaires la découverte d'un mort par suicide est un événement traumatisant, mais aussi le renvoie à un sentiment de responsabilité de surveillance, un sentiment de culpabilité, ce d'autant qu'il a pu ressentir vis à vis du détenu des sentiments de rejet ou de haine des actes commis...

Enfin pour la société : la prison a un rôle de punition et de surveillance mais sûrement pas de mort. La société veut bien punir mais ne veut pas tuer.

Le taux de suicide en milieu carcéral est particulièrement élevé et est en augmentation : 240 morts par suicide pour 100 000 détenus. La population carcérale étant de 55 000, le nombre annuel est de 125 morts par suicides par an.(1998)

Ces morts sont en augmentation depuis les années 1972-73 : les taux étaient respectivement de 129/100 000 en 1991, 188,7/100 000 en 1992, et 194,4/100 000 en 1995. Les courbes de taux de suicide et de la population pénale ne sont pas identiques. La surpopulation pénale ne peut être corrélée à ce type de conduite.

La "sursuicidité" en milieu carcéral est de 6,4. Notons cependant que chaque mort en prison fait l'objet d'une déclaration et d'une enquête. Le relevé est donc beaucoup plus fiable qu'en milieu libre. D'autre part la sursuicidité en milieu carcéral n'est pas corrélée à la courbe des taux en milieu libre.

Nous envisagerons les spécificités des modalités suicidaires dégagées dans le travail de N. BOURGOIN mettant en évidence des populations et des moments à risque. Nous décrirons ensuite les modalités d'intervention et le mode de vie en prison, c'est à dire le contexte particulier. La crainte du suicide pèse sur nombre de décisions des professionnels de la prison quels qu'ils soient.

### 1. Modalités suicidaires :

Les chiffres cités ci-dessous proviennent de l'ouvrage de Nicolas BOURGOIN. Ils ont été retenus pour leur signification en terme de repérage et pour leur cohérence avec l'exercice quotidien. N. BOURGOIN a considéré le suicidaire comme un

homme totalement rationnel effectuant un choix entre différentes alternatives, recherchant celle qui lui apportera l'utilité maximale(elle-ci n'étant pas forcément équivalente au profit matériel maximal). Dans rationalité ce n'est pas le but poursuivi par l'individu qui est visé mais les moyens qu'il déploie pour y parvenir. Son étude est basée sur l'ensemble des morts par suicide intervenues dans les prisons françaises entre le 01.01. 1982 et le 31.12.1991. soit 621 cas. Il a ensuite tenté d'appliquer ses conclusions au milieu libre à partir de l'étude de 90 procès-verbaux de police tirés au sort. En prison, l'étude est basée sur l'analyse des dossiers de suicide comprenant : la fiche pénale (données socio-démographiques, motif de l'incarcération, parcours pénal...), le compte-rendu d'incident, les lettres de suicide, l'expertise psychiatrique. Les lettres, 200 sur 621 suicides, ont été une grande base de données. Ce qui ressort nettement des analyses des lettres est que l'interaction est un élément important dans la prise de décision du détenu : interaction avec le milieu carcéral, avec sa compagne, sa famille voire sa victime. Sa position de déprivation le met en position faible, sensible aux évènements qui l'entourent. Il se sent dépendant des autres et le supporte mal. Le suicide peut être une façon de reprendre le dessus, une façon d'affirmer son autonomie, même au détriment de sa vie. Cette conception énoncée par l'auteur rejoint les hypothèses sur les "preneurs de risque" que sont la plupart des psychopathes.

### **1.1.Modalités des passages à l'acte :**

La pendaison est sur représentée : 92,7% des morts par suicide en prison, un instrument tranchant dans 3,2%, des gaz ou vapeurs dans 1,4% et une substance liquide ou solide dans 1,3%. La pendaison dont on connaît le danger vital est vraisemblablement très présente non par choix mais du fait du contexte carcéral. Les moyens suicidaires sont restreints, du fait du milieu et par volonté de limiter les risques : filets dans les coursives pour éviter les précipitations d'un étage élevé, les objets tranchants sont interdits du fait des risques d'agressions et d'évasion... La pendaison, l'étouffement sont des moyens qui restent toujours possibles quels que soient les moyens de fouilles. Il y a d'ailleurs un paradoxe : à vouloir lutter contre les moyens suicidaires et la violence, on encourage involontairement un moyen dangereux.

### **1.2.Profil sociologique :**

Le fait d'avoir des biens au moment de l'incarcération est un facteur aggravant. Les délinquants en "col blanc" se suicident plus que les "cols bleus", et eux-mêmes plus que les sans profession. Les personnes d'instruction secondaire sont également plus à risque. Le fait d'avoir une famille, un conjoint ou des enfants (notamment les pères de 3 enfants ou plus) est un facteur de risque au moment de l'écrou. Contrairement au milieu libre, la famille ne protège pas du suicide. Il semble que l'incarcération entraîne moins un sentiment de déprivation si la personne a peu d'attaches à l'extérieur.

En prison comme en milieu libre les français se suicident plus que les étrangers. Mais le taux de suicide des étrangers tend à se rapprocher de celui des français : ceci est encore plus vrai si une mesure d'interdiction du territoire français est prononcée. La religion protège du suicide, notamment la religion catholique. L'effet protecteur de la religion musulmane serait plus lié au fait d'être étranger plus que musulman. Il est à noter que les demandes de rencontre de personnes du culte sont nombreuses durant l'incarcération. Dans l'expérience quotidienne. les aumôniers des prisons ont

souvent une activité multiconfessionnelle.

### **1.3. Variations dans le temps :**

Les variations saisonnières du taux de suicide en prison sont très irrégulières. Le mois de décembre, et particulièrement les soirs du 24 et 31 décembre, est un moment à risque.

Dans la semaine, on note un pic le samedi et un creux le dimanche. Notons que le samedi est un jour classique de parloir (visite de l'extérieur). Deux hypothèses sont possibles : la déception d'une visite qui n'est pas venue ou qui ne vient toujours pas, ou l'opportunité d'un moment de solitude, le co-détenu n'étant pas là et les surveillants occupés aux mouvements.

Dans la journée, les suicides ont surtout lieu entre 15h et 18h puis entre 21h et 24h. Le pic de l'après-midi correspond aux horaires de parloirs, de promenade, d'activité permettant à certains détenus d'être seuls en cellules, ou les confrontant à leur exclusion de ces divers modes de socialisation. Le pic de la soirée est un moment plus anxiogène où le détenu est seul face à lui-même. Les suicides de l'après-midi apparaissent souvent comme des actes plus planifiés.

### **1.4. Selon le statut pénal :**

60% des suicidés sont des prévenus, en attente de jugement

14,5% commettent leur geste suicidaire au cours de la première semaine d'incarcération,

plus du tiers des suicides ont lieu au cours du premier mois d'incarcération, les 3/4 des morts par suicide ont lieu la première année.

90,7% des suicides ont lieu en Maison d'arrêt (établissements accueillant les prévenus et, en théorie, les condamnés à moins de deux ans. Les condamnés à de plus longues peines y attendent au moins un an, après leur condamnation, leur transfert dans un établissement pour condamnés).

Les périodes précédant le jugement sont plus à risque que l'après jugement. Le procès est attendu et redouté, tant dans le verdict, que dans l'énonciation du parcours de vie et des faits devant des tiers ou des proches. "L'accusé attend tout de son procès : la justice, mais plus encore l'acceptation de sa vérité" (HIVERT. P.) La condamnation une fois énoncée ne semble pas plus prédisposer au suicide.

L'énonciation d'une peine à temps semble apaiser un temps la culpabilité et éloigner le risque suicidaire.

Près de la moitié des suicides des condamnés a lieu 6 mois après la condamnation. Parmi les condamnés, ce sont les plus longues peines qui sont le plus représentées.

Le risque de suicide augmente avec la durée de la peine. Pour les condamnés le fait d'avoir été incarcéré par le passé est un facteur de risque.

La sortie de prison est également un moment à risque, moindre en nombre, mais peu ou pas verbalisé et anticipé par les intervenants extérieurs ou les professionnels. La sortie n'est pas toujours, loin de là, la libération promise, mais parfois le retour à une vie sociale dégradée, ou la confrontation à des situations dont la prison les protégeait! Il avait été noté sur le suivi des toxicomanes incarcérés, un nombre important de morts dans les 48 heures suivant la sortie de prison.

Le quartier disciplinaire est un facteur de suicide : la sur-suicidité y est d'environ de 7 par rapport au régime de détention normal. Le délai entre la mise en isolement et le suicide est en général très court : dans ces conditions plus de la moitié des suicides intervient dans la première journée, et parmi ceux-ci plus d'1/4 dans la première heure. Sans que l'on puisse reconnaître un profil de détenus particulièrement

à risque (profession, condamnés ou non, ..) De plus, plus de la moitié des détenus qui se suicident au quartier disciplinaire sont en prévention disciplinaire, avant le passage au prétoire. Pour le régime d'isolement non disciplinaire, les chiffres sont un peu moins élevés dans l'ensemble.

### **1.5. Le type d'infraction :**

L'infraction contre un proche est un facteur de précocité du suicide. Un certain nombre de ces prévenus ont commis un geste suicidaire avant l'arrestation, parfois juste après le geste criminel. Ce comportement serait un facteur aggravant : 11,2% des suicidés, incarcérés pour un acte contre un proche, avaient fait une tentative de suicide juste après l'acte reproché, pour 0,7% des autres suicidés ayant commis une tentative de suicide après l'acte conduisant à l'incarcération.

Les détenus ayant commis des infractions graves sans lien avec un proche se suicident plus tardivement dans le temps de l'incarcération.

### **1.6. Les antécédents :**

D'une manière générale, les détenus qui se sont suicidés avaient commis plus d'incidents en détention que les autres détenus et notamment plus de tentatives de suicides. Dans les antécédents des suicidés on retrouve 24,2 fois plus de tentatives de suicides, 14,6 fois plus de fugues (non réintégration à la suite d'une permission) 13,7 fois plus d'évasions et 5,2 fois plus de tentatives d'évasion, 6 fois plus d'automutilations et 2,8 fois plus de grèves de la faim.

Il faut sans cesse lutter contre la banalisation de ces conduites répétitives au quotidien.

## **2. Repérage psychopathologique**

Comme le souligne Jean-Louis SENON dans son ouvrage sur la psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire, la nosologie psychiatrique est le premier obstacle rencontré par les psychiatres travaillant en milieu carcéral. Les cliniciens font état de 15% de psychotiques, 15% de pervers, 60% d'états limites et ne retrouvent que 10% de structures névrotiques ou génitales adultes. Ces dernières sont rarement délinquantes dans la mesure où leur Surmoi leur a permis d'incorporer une représentation satisfaisante de la loi et surtout du fait de leur capacité à mentaliser, évitant ainsi le passage à l'acte. La clinique de l'adolescent et celle des troubles limites de la personnalité de l'adulte constituent un modèle plus opérant dans une perspective structurelle et psychodynamique.

Les états limites à expression psychopathique représenteraient 10 à 60% de la population pénale selon les établissements, plus de 80% des tentatives de suicide et des automutilations et plus de 60% des incidents graves en prison. Les descriptions faites par H. FLAVIGNY en 1977 dans "les nouvelles formes de la psychopathie" sont toujours d'actualité : les expériences multiples d'abandon et la "discontinuité brisante" des relations affectives précoces de l'enfant, ballotté d'une mère biologique à une mère adoptive, un père absent ou inexistant sur le plan symbolique..une mère oscillant entre fusion et rupture. L'adulte va reproduire ce fonctionnement de façon inlassable pour mieux se protéger du danger de l'abandon. Claude BALIER élabore une clinique du vide qu'il relie à la défaillance narcissique primaire. L'agressivité n'est pas évacuation d'un trop plein mais un court circuit qui a comme fonction de protéger du risque de morcellement psychotique : la passage à l'acte instaure une

ébauche d'emprise et assure une fonction de sauvetage du narcissisme défaillant.

### **La place du corps en prison**

L'incarcération est initialement la "prise de corps", la perte de la capacité d'aller et venir. Le mode de vie en prison et surtout en Maison d'Arrêt va confronter le détenu aux limites de son corps. Tout d'abord la cellule de 9 m<sup>2</sup> qu'il va partager avec un autre ou plusieurs qu'il n'a pas choisis. Il va vivre avec eux dans les premiers jours 21h sur 24h s'il sort en promenade, avec les W.C. peu ou pas séparés. Son comportement, ses gestes, sont l'objet de surveillance des surveillants. Rares sont les moments d'intimité. Nombre de détenus dans diverses enquêtes témoignent de leur vécu corporel pour évoquer l'incarcération : la perte des sens, (l'odorat, le goût, le toucher, la vue toujours entravée) la sensation de vertiges dans les premiers jours traduisant la perte des repères. Et la crainte omniprésente que la prison les envahisse, prenne leur corps: que son odeur les imprègne par exemple. Beaucoup disent lutter pour garder une autonomie dans cet univers.

Ces conditions d'incarcérations vont rencontrer les difficultés du psychopathe dans ses limites corporelles. Le corps du psychopathe porte les stigmates de son hypermotricité, sous formes de cicatrices, fractures, dents manquantes ou doigts en partie sectionnés. La limite de son corps, la peau, ne lui appartient pas vraiment en propre : elle lui sert souvent d'interface sociale, porteuse de sa biographie, avec des tatouages sur les parties découvertes du corps, les cicatrices d'automutilations souvenirs de telle frustration ou rupture inacceptable. Comme si les limites de son schéma corporel se situaient en deçà, la peau étant un cuir insensible ou hyperesthésique. La mort du psychopathe reste un événement malheureusement très fréquent, mort par accident ou par suicide.

La conduite de risque est une des conduites face à une menace dépressive proche des conduites ordaliques, cherchant à interroger le destin sur la pertinence de sa vie. Ces conduites sont connues en milieu libre. En milieu carcéral, nombre de gestes étiquetés tentatives de suicide, car n'ayant pas abouti à la mort, sont de ce registre. Et malheureusement, certaines morts par suicides de ces personnalités laissent penser qu'ils tentaient encore une fois de chercher une raison de vivre. Ces hypothèses cliniques sont à rapprocher du fort taux de gestes suicidaires et d'automutilations chez les suicidés( 24,2 fois plus de tentatives de suicides).

### **3. Organisation des soins en prison**

L'organisation des soins en prison a beaucoup évolué durant ces dix dernières années, tant dans leur qualité, leur autonomie au sein du milieu pénitentiaire, que dans leur quantité et leur qualité. Les soignants psychiatriques ont été les premiers à installer des soins indépendants du ministère de la justice et le modèle des S.M.P.R., Services Médico Psychologiques Régionaux ont inspiré la loi du 18 janvier 1994 qui délègue tous les soins en milieu pénitentiaire au système de santé soit public soit privé, en interlocuteur indépendant de l'Administration Pénitentiaire. Une loi si récente, appliquée depuis 1996 sur l'ensemble du territoire français, entraîne des variations importantes selon les établissements pénitentiaires, leur fonction et leur histoire, et selon les moyens des hôpitaux de rattachement.

#### **3.1.Le système de soins public : le plus important**

**3.1.1.**Le système de soins général : création des U.C.S.A., Unités de consultations et de soins ambulatoires, unités fonctionnelles, le plus souvent d'un service de l'hôpital de rattachement. Ces unités ont pour tâche l'examen systématique des entrants en détention, les soins et la prévention. Les hospitalisations, si nécessaire, sont effectuées dans l'établissement hospitalier.

L'effet bénéfique de cette indépendance de structure, bien nécessaire, est parfois minoré par le manque de formation et de valorisation du travail difficile de ces équipes que l'hôpital oublie derrière les murs de la prison. Ce sentiment d'isolement professionnel ne facilite pas le soutien d'un intérêt clinique et humain face à des conduites répétitives, notamment suicidaires, ou des demandes "mal" formulées. Des réunions annuelles des professionnels concernés tentent de lutter contre leur isolement sur le territoire national.

**3.1.2.**Les soins psychiatriques :

Deux types de structures : les S.M.P.R. et D.S.P.

Les S.M.P.R. sont des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. On en compte aujourd'hui 26 sur 187 établissements pénitentiaires. Ce sont des équipes implantées en prison proposant des soins ambulatoires, des lits d'hospitalisation à l'intérieur de la prison (hospitalisation libre uniquement, pas de placements H.D.T. ou H.O., qui se feront si besoin à l'hôpital). Ils ont également en charge les soins aux toxicomanes; alcooliques et autres conduites addictives.

Les D.S.P. Dispositifs de soins psychiatriques sont l'équivalent des U.C.S.A. c'est à dire des unités de soins ambulatoires. Celles-ci sont diversement dotées en temps et en personnel selon les établissements.

Les établissements pénitentiaires sont sectorisés et chaque établissement a un S.M.P.R. de rattachement en cas de besoin.

**3.2. Le système de soins privé :**

Depuis 1990, 4 opérateurs privés ont en charge le fonctionnement quotidien d'un certain nombre de prison, réalisant 13 000 places pour les détenus. Dans ces établissements, le système de soins rassemble les soins généraux et psychiatriques au sein d'une même équipe et d'une même gestion. Les contrats les liant à l'Administration pénitentiaire avaient une durée de 10 ans et doivent être prochainement renégociés.

Ces différents systèmes de soins permettent une rencontre précoce à l'arrivée en prison des personnes incarcérées, moment repéré comme à haut risque suicidaire. L'évaluation immédiate est parfois difficile et certaines équipes préfèrent une rencontre différée de quelques jours permettant de mieux évaluer le "choc de l'incarcération" et les capacités de l'individu à y faire face.

Dans chaque établissement pénitentiaire, le détenu arrivant est reçu par les divers corps professionnels : directeur ou son représentant, surveillant, C.I.P. Conseiller d'Insertion et de Probation, et le système de soins. Les informations sont difficilement mises en commun. Trop souvent l'échange, surtout dans les gros établissements se résume à un signalement à l'autre corps professionnel pour qu'il s'occupe de la personne, sans reprise des informations et constitution d'un projet commun. Se pose d'ailleurs fréquemment le problème des informations partageables et de celles soumises aux divers secrets professionnels en place (secret de l'instruction, secret médical, confidentialité de l'entretien social... Des articulations se sont mises en place dans quelques sites mais restent minoritaires.

Ce dispositif de soin jeune est un effort louable du législateur visant à conforter le

détenu dans sa personne et sa citoyenneté. Son évolution est encore très liée aux intérêts que la société lui portera dans son fonctionnement quotidien.

#### **4. Prévention du suicide en prison**

La note de l'Administration pénitentiaire du 29 mai 1998, portée en annexe, est issue des réflexions d'un groupe de travail multiprofessionnel réuni à la demande de cette même administration. Cette circulaire souligne l'intérêt que porte cette administration au nombre important de suicides en prison et comment elle souhaite traduire les constats des études citées. Cette note a été diffusée dans tous les établissements pénitentiaires. 4 sites pilotes ont été retenus pour mettre en place tel ou tel aménagement d'accueil, de relais d'information, ou la cellule d'observation permettant surveillance et contact avec un professionnel.

Cependant, dans ce milieu fermé qu'est la prison, même si de très importants efforts ont ouvert la prison ces dernières années, les changements sont lents. Ils se heurtent à des habitudes très hiérarchisées, des conflits de génération au sein du personnel diversement formé au cours du temps( le temps de formation initial du surveillant a plus que doublé en dix ans, les profils et les attentes du personnel ont beaucoup changé) et au faible taux d'encadrement des prisons françaises (un des plus bas d'Europe).

Le suicide est une préoccupation quotidienne qui pèse sur nombre de décisions, notamment la mise en cellule seul. Souvent un certificat médical est demandé. Le "doublement" en cellule est sensé prévenir du suicide, le co-cellulaire ayant pour mission de surveiller son co-habitant. Cette attitude systématique est inévitablement préjudiciable : certains ont besoin d'un interlocuteur, pour d'autres pouvoir s'autonomiser dans un espace à distance de leurs propre corps sera un élément essentiel. De plus en cas de suicide, le co-détenu se sentira culpabilisé ce d'autant que, rappelons-le, il sera entendu dans le cadre de l'enquête systématique. Nombre de détenus ayant vécu cette expérience traumatisante sont suivis par les équipes de soins psychiatriques et rapportent des situations hautement traumatiques.

Bien sûr une approche individuelle est à soutenir, avec évaluation médicale et psychiatrique si besoin, et surtout avec une mise en commun d'informations avec les divers professionnels (assistante sociale, surveillants, infirmiers,...). Cette nécessité de relais de l'information est un constat fait dans d'autres pays : c'est un des axes du rapport au gouvernement britannique par Lord WOOLF en 1991 - cité par J\_P. JEAN dans "La justice et le mal". C'est une des propositions du groupe de travail français qui a du mal à se mettre en place. Ajoutons qu souvent un détenu à conduite suicidaire ou auteur d'incidents, considéré comme perturbateur sera transféré dans un autre établissement sans transmission d'informations précises sur son comportement. Les plus dérangeants pour l'institution font du "tourisme pénitentiaire". Cette situation n'est pas toujours connue lors de la consultation médicale d'accueil.

Par ailleurs la réflexion sur des supports et des espaces de liberté doit être plus encouragée que la recherche, à perte, de retirer tout moyen suicidaire. La tentation de la relation d'escalade symétrique, dans laquelle le psychopathe excelle, mènerait le projet de réduire le risque par le contrôle à l'échec.

Pour ces personnalités limites psychopathiques, rechercher avec eux comment reprendre un peu d'autonomie et de pouvoir sur ce qui les entoure est souvent un traitement efficace : autonomie sur les vêtements. sur les contacts avec l'avocat ou la

famille, sur leur intimité ...

Pour les autres personnalités, ou dans les cas où le délit est grave et retentit sur l'image extérieure du détenu, l'accompagnement des interlocuteurs judiciaires (juges et avocats) pourrait être mieux coordonné avec les interventions pénitentiaires et thérapeutiques. Le risque de cloisonnement, de clivage entre les interlocuteurs est permanent et ne facilite pas la tâche, ni surtout le soutien du détenu à se confronter à une situation vécue comme impossible.

Je n'évoque pas les possibilités chimiothérapeutiques (anxiolytiques, antidépresseurs, sédatifs) qui sont cependant de plus en plus utilisés, par des personnels formés à cela. On rappellera que depuis la loi de janvier 1994, tous les traitements en prison sont distribués par du personnel infirmier ce qui a garanti une bien meilleure observance et a permis de revaloriser la place du médicament en prison. Ces médicaments sont peu en cause dans les morts par suicide en prison. L'évaluation du risque suicidaire est une question omniprésente en prison. Elle pèse sans doute plus en terme de responsabilité professionnelle individuelle qu'en terme de stimulation à une réflexion partagée. Le poids d'un sentiment d'incapacité, d'envahissement par des conduites répétitives des détenus sont trop souvent traduites par les uns et les autres comme des échecs, les leurs ou ceux des autres. La différenciation des individus derrière ces conduites n'est pas acquise.

## BIBLIOGRAPHIE

- ARCHER E., BARON LAFORET S. "La loi du 18 janvier 1994. L'évolution du soin en prison" Forensic, n° spécial, septembre 2000, p 47-55.
- BARON LAFORET S. "Le suicide en prison" Forensic, 1994, 7, p 43-45.
- BARON LAFORET S, BRAHMY B. "Psychiatrie en milieu pénitentiaire" Encycl.Med.Chir. Paris, Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998, 9p.
- BENEZECH M., LAMOTHE P., SENON J-L. "Psychiatrie en milieu carcéral" Encycl.Med.Chir. Paris, Psychiatrie, 37-889-A-10, 11-1990, 6p.
- BOURGOIN N. "Le suicide en prison". Paris. L'Harmattan, Logique sociale, 1994, 269p.
- DAVID K. "Le suicide et les tentatives de suicide en prison : statistiques, spécificités, moyens de prévention" Thèse pour le doctorat en médecine, Paris XI, faculté de médecine PARIS-SUD, juin 1999.
- DEROME Anne Sophie, YVER Fabienne "les suicides en prison" Conférence d'exécution des peines de M.FAVARD, 18. 01. 1994.
- FAVARD J. "Les prisons" Flammarion, collection Dominos, 1994, 127p.
- GARAPON A., SALAS D. " Pour une nouvelle intelligence de la peine" Esprit, Prisons à la dérive, octobre 1995, n°215, p 145-161.
- HIVERT P. "Le comportement suicidaire dans les prisons" Gazette Médicale de France, tome 81, n°39, déc. 1974.
- JEAN J-P. "Le détenu dangereux" in "la justice et la mal" sous la direction de GARAPON A. et SALAS D. , édit Odile JACOB, coll. OPUS, p 101-103.
- KENSEY A. "Suicides et tentatives de suicide en milieu carcéral" Bulletin( CLCJ), 1991, n°24, p^84-88.
- SENON J-L "Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire", Paris, P.U.F. coll. médecine et société, mai 1998, p 63-67 et p 87 à 110.
- WELZER-LANG D., MATHIEU L., FAURE M. "Sexualités et violences en prison" Observatoire international des prisons, Aléas éditeur, nov. 1996, p 45-50 et 88-98.
- ZIENTARA-LOGEAY S. Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Ministère de la Justice, mai 1996, 100p.
- Santé en milieu carcéral, Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus, janvier 1993, Haut comité de la Santé Publique.
- Loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Journal officiel de la République Française, 19.01.1994.
- Décret du 28 octobre 1994 "Dispositions relatives aux soins dispensés aux détenus" Journal officiel

de la République Française, 28.10.1994.

Note de l'Administration pénitentiaire n° 364 du 29 mai 1998.

## Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques

Marie Choquet

Directeur de Recherche, INSERM, U. 472

### Introduction

Le phénomène "suicide" peut s'étudier sous trois angles :

\* *La mortalité suicidaire ou l'étude du décès par suicide.* Elle est établie à partir des déclarations (obligatoires) des causes médicales de décès. En France, cette statistique systématique est publiée annuellement par l'Inserm, SC 8.

\* *La morbidité suicidaire ou l'étude des tentatives de suicide.* Cette donnée n'est pas systématiquement disponible. Seules des enquêtes spécifiques permettent d'y avoir accès. Ces enquêtes peuvent être effectuées soit auprès des centres hospitaliers d'une zone délimitée (ce qui permet d'identifier les tentatives de suicide hospitalisées et repérées comme telles par le sujet et le médecin), soit auprès des praticiens (ce qui permet de connaître les tentatives de suicide non hospitalisées, mais prises en charge médicalement), soit auprès de la population (ce qui permet d'étudier les tentatives de suicide non prises en charge).

\* *L'idéation suicidaire ou l'étude des idées suicidaires.* Cette information est disponible après enquête dans la population. Il s'agit de mesurer la fréquence des idées suicidaires, leur sévérité et le risque de passage à l'acte.

Dans le présent article, on propose de pointer, à partir des recherches épidémiologiques, des éléments qui permettent de comprendre l'enjeu et la signification du comportement suicidaire, en particulier, à l'adolescence qui, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, s'étendent entre 11 et 24 ans.

**Mots clés :** Suicide - Tentatives de suicide - Adolescence - Prévalence - Facteurs de risque - Prise en charge.

### Fréquence du phénomène "suicide"

#### La mortalité par suicide

En 1995 (Inserm, SC 8), 11 812 personnes (tous âges) sont décédées par suicide, soit 2,2 % de l'ensemble des décès ; 802 jeunes de 15-24 ans se sont donnés la mort, soit 16 % des décès de cette classe d'âge. Pour les jeunes, le suicide constitue la deuxième cause de décès, loin derrière l'accident de la circulation (38 % des décès). Une augmentation sensible du suicide (tous âges) a été observée entre 1975 et 1985, le nombre passant de 8 323 à 12 501 entre ces deux périodes. Depuis, les nombres oscillent autour de 12 000, soit un taux de l'ordre de 20/100 000. L'étude par classe d'âge suggère un effet de génération. En effet, pour les 15-24 ans, l'augmentation s'est opérée entre 1960 et 1975, pour les 20-24 ans entre 1965 et 1980, les 25-34 ans entre 1970 et 1985 et pour les 35-44 ans entre 1980 et 1995. McIntosh 1 rapporte ce même phénomène aux États-Unis et, selon lui, les générations d'après-guerre (les "babyboomers" et la "13ème génération d'américains") ont un risque augmenté de dépression majeure et de suicide. Selon cet auteur, les personnes nées après 1945 seraient plus fragiles que les générations précédentes et ce, malgré l'amélioration globale du niveau de vie, de l'état sanitaire et du niveau éducatif...

Si les comparaisons internationales sont toujours à utiliser avec précaution, car le

système de notification de décès et l'échelle des valeurs morales diffèrent d'un pays à l'autre 2, reste qu'une analyse de 16 pays européens 3 [Tableau 1](#) montre que neuf pays, dont la France, ont un taux de suicide (tous âges) plus élevé que l'Amérique du Nord (États-Unis et Canada) et que le taux de suicide des 15-24 ans a tendance à diminuer dans les pays où le suicide (tous âges) est élevé alors qu'il augmente dans les pays à suicide (tous âges) faible. Ainsi, en France, entre 1980 et 1990, la baisse a été de - 10 % parmi les garçons et de - 19 % parmi les filles. Toutefois, il existe des répartitions inégales en fonction de l'âge selon les pays. Une comparaison entre la France (Données SC 8) et les États-Unis 4 montre que la mortalité par suicide augmente très sensiblement avec l'âge en France, alors qu'aux États-Unis, le taux varie peu avec l'âge. Par conséquent, malgré une plus forte mortalité tous âges dans notre pays, le taux de suicide des 15-24 ans est, depuis les années 1985, plus élevé aux États-Unis (autour de 13/100 000) qu'en France (autour de 10/100 000).

### **Les tentatives de suicide**

Il n'existe, actuellement, dans aucun pays, des enquêtes systématiques sur ce sujet. Il est donc difficile de conclure à l'extension du phénomène. Une enquête hospitalière initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (5) dans 16 villes d'Europe (dont deux françaises), a montré que parmi les 15-24 ans, le taux masculin dépasse 300/100 000 en Finlande, au Royaume-Uni et dans une des villes françaises et le taux féminin, 600/100 000 en France et Finlande), le point culminant se situant entre 25 et 44 ans pour les hommes et entre 15 et 24 ans pour les femmes. En quatre ans, l'incidence a diminué en moyenne de 18 % pour les garçons et de 11 % pour les filles entre 15 et 24 ans, sauf en France, où l'on observe une augmentation respective de 20 % et 31 % [Tableau 2](#). Les (rares) enquêtes en population montrent qu'aux États-Unis entre 7 % et 9 % des lycéens déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide durant la vie (6, 7), proportions proches de celles observées en France 8, où 7 % des scolarisés 11-19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide (5 % une seule, 2 % plusieurs). Ce taux est multiplié par deux parmi les jeunes, garçons comme filles, qui ont quitté précocement le système scolaire (9).

Malgré les différences méthodologiques entre les enquêtes - caractéristiques des populations prises en compte, période étudiée, méthode d'investigation - les résultats concordent 5, 8, 10, 11, 12 pour affirmer que la tentative de suicide est plus fréquente parmi les filles que parmi les garçons, que la prise de médicaments et la phlébotomie sont les moyens les plus utilisés et que près d'un tiers des suicidants récidivent.

La majorité des suicidants ne meurent pas à la suite de leur acte et, à l'adolescence, la létalité par suicide est faible (10), (13), avec toutefois une surmortalité masculine (2), (7). En France, le rapport tentative de suicide/suicide se situerait autour de 22 pour les garçons et 160 pour les filles parmi les 15-24 ans, contre 1,0 pour les hommes et 3,0 pour les femmes parmi les 65 ans et plus. La surmortalité masculine, retrouvée à tous les âges de la vie, s'explique autant par la violence des moyens utilisés 11 que par le contexte social et familial, les tentatives de suicide masculines ont, plus souvent que les tentatives de suicide féminines, des antécédents familiaux, des difficultés scolaires et des troubles psychologiques (14). Reste que la tentative de suicide augmente le risque de décès par suicide ou par toute autre mort violente, en particulier, durant la première année après la tentative (15), (16), (17).

### **Mortalité et morbidité : des tendances inversées en fonction du sexe et de l'âge**

Les femmes sont plus en risque de passer à l'acte que les hommes, qui, eux, sont plus en risque de décès (18). En France, parmi les adolescents, le rapport homme/femme (suicide) est de 3,5 (Inserm, SC 8) et le rapport femme/homme (tentative de suicide) se situe entre 2,1 et 1,5 8. Entre 11 et 18 ans, la différence entre les sexes s'installe [Tableau 3](#).

Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge alors que le risque de tentatives de suicide décroît (10). Toutefois, on est passé en France, entre 1975 et 1995, d'une croissance quasiment linéaire du suicide avec l'âge à un profil bimodal, avec une augmentation jusqu'à 40 ans, puis une légère diminution après et une seconde augmentation au delà de 75 ans 19.

Ainsi, au total, la mortalité concerne essentiellement les hommes âgés alors que la morbidité concerne surtout les femmes jeunes (20).

### **Mode et motif**

Le mode de suicide (tous âges) le plus fréquent est la pendaison (37 %), suivi de l'arme à feu (25 %, données 1995, Inserm, SC 8). Parmi les 15-24 ans, la pendaison reste le premier moyen (36 %), mais l'arme à feu occupe une place plus importante (31 %), suivies de loin par l'intoxication (10 %) et la noyade (2 %). Les garçons de 15-24 ans, comme les hommes en général, utilisent plus volontiers des moyens violents (74 % se suicident par la pendaison ou l'arme à feu), alors que les filles du même âge ont recours à des modes plus diversifiés (27 % par pendaison, 25 % par intoxication, 19 % par précipitation, 15 % par arme à feu). Les tentatives de suicide sont faites à l'aide de médicaments dans 90 % des cas, dont 50 % par les tranquillisants (7), (10). Ceci pose le problème de la responsabilité médicale, surtout parmi les jeunes où le risque de tentatives de suicide semble nettement augmenter en cas de prescription (11).

Quant au motif, la majorité des jeunes évoquent un fait précis (7), comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école (surtout évoqués par les plus jeunes), une dispute ou rupture avec le(la) petit(e) ami(e) (surtout évoquées par les plus âgés). Moins de 10 % des sujets évoquent un malaise plus global (21). Selon Kienhorst (22), les jeunes veulent, par cet acte, surtout mettre fin à un conflit devenu intolérable.

### **Les idées suicidaires**

Les idées suicidaires, dont la gravité dépend autant de la chronicité (idées suicidaires récurrentes) que de l'intentionnalité (désir de mort, préparation de l'acte, achat de toxiques...), ont été moins souvent étudiées (23). Jadis, jugées "banales" à l'adolescence, on s'accorde actuellement à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention (24), (25), (26).

Plus encore que sur le comportement suicidaire, des comparaisons internationales peuvent être soumises à des critiques (comparabilité des instruments de mesure et des populations étudiées). Toutefois, on est surpris par la concordance des études. Ainsi, parmi les 15-19 ans, aux États-Unis, 26 % des garçons et 41 % des filles ont pensé au suicide durant les douze derniers mois (27), au Québec, 21 % des garçons et 37 % des filles sont dans ce cas (28), alors qu'en France, ils représentent 23 % des garçons et 35 % des filles (8). Ces derniers pourcentages ont peu évolué en 15 ans puisqu'en 1978, ils étaient respectivement 22 % des garçons et 38 % des filles (29). Les plus jeunes (12-15 ans) ont été plus rarement étudiés, car le fait qu'ils puissent penser au suicide est insupportable pour les adultes et donc la question jugée inacceptable. Toutefois, lorsqu'on leur pose la question, 12 % des collégiens et 22 %

des collégiennes disent avoir pensé au suicide durant les douze derniers mois, avec, pour les filles, une augmentation sensible entre 14 et 16 ans, alors que les proportions évoluent plus progressivement avec l'âge pour les garçons (8). Le rapport idées de suicide/tentative de suicide se situe autour de 4, en France comme aux États-Unis (8), (27). Mais entre 11 et 19 ans ce rapport augmente chez les garçons Tableau 3, alors qu'il diminue pour les filles, signifiant ainsi que le passage à l'acte est plus "accessible" pour les filles que pour les garçons 30. Reste que la chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte. Si seulement 8 % des garçons et 13 % des filles pensent souvent au suicide, 41 % parmi eux ont fait une tentative de suicide, alors qu'ils ne sont que 1 % parmi ceux qui n'ont jamais eu de telles idées (8).

## **Les facteurs de risque**

### **Les facteurs de risque familiaux**

La corrélation entre suicide et statut matrimonial (du sujet et/ou de ses parents) est connue depuis longtemps et retrouvée quelle que soit l'issue létale de l'acte (7), (10). Ainsi, la dissociation familiale (par divorce ou décès) augmente le risque de passage à l'acte et ce, quel que soit l'âge du sujet (5). Ce risque est toutefois plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes 10.

A propos des adolescents, plus que le statut matrimonial, c'est la qualité des relations intra-familiales qui est en cause. On cite, à ce propos, la violence entre les parents ou entre les enfants et les parents, surtout si elle est accompagnée de violences sexuelles (30), (31), ainsi que la psychopathologie parentale, dont l'alcoolisme, la dépression chronique, la maladie mentale ou le comportement suicidaire (7). La violence intra-familiale fragiliserait l'estime que les jeunes ont d'eux-mêmes, alors que la psychopathologie des parents diminuerait leur capacité à éduquer, à gérer les conflits et à établir des relations chaleureuses avec leurs enfants (32). De plus, le cumul des troubles intra-familiaux augmente sensiblement le risque de récurrence (33).

Au regard de ces facteurs relationnels, d'autres, comme le faible niveau d'éducation des parents, le faible revenu (32), le nombre élevé d'enfants dans la famille (21), l'origine ethnique (8), s'avèrent moins importants. Toutefois, le cumul des événements défavorables augmente, en soi, le risque de passage à l'acte et surtout le risque de la récurrence (34). Reste le problème (non résolu) de la spécificité de ces facteurs de risque, car ils sont communs à plusieurs troubles, dont la toxicomanie, la dépression, les troubles des conduites alimentaires, le suicide et la délinquance... (35).

### **Les facteurs de risque psychologiques et psychopathologiques**

Tous les troubles psychiatriques (sauf la démence) augmentent le risque de décès par suicide, en particulier, la schizophrénie, l'anorexie, la dépression et les troubles de l'humeur (15). Mais le risque est d'autant plus élevé que le trouble est précoce (36) et serait multiplié par 22 pour les moins de 16 ans qui présentent des troubles d'adaptation ou des troubles psychiatriques (12).

Le lien entre dépression et tentative de suicide est confirmé dans toutes les études et ce, quel que soit l'outil diagnostique utilisé (7). La dépression du sujet augmente sensiblement le risque de tentative de suicide, en particulier, parmi les garçons, ce risque spécifique étant identique dans une population d'hospitalisés (37) que dans une population de scolaires (8), avec un OR (Odds-Ratio) respectivement de 4,4 et 4.9. De plus, la dépression chronique augmente sensiblement le risque de récurrence

(33). Reste qu'une proportion non négligeable de jeunes suicidants (en particulier des filles) n'est pas cliniquement déprimée, proportion qui peut varier de 25 % à 75 % selon les études (7).

Le désespoir ou l'impossibilité ressentie de résoudre ses problèmes permet d'éclairer le lien observé entre la dépression et la tentative de suicide. Le désespoir peut se traduire par un manque de projets et d'investissements, un sentiment d'incompétence, une autocritique exacerbée, des reproches récurrents et une faible estime de soi (38). Selon certains, le désespoir est plus "explicatif" d'une tentative de suicide que la dépression clinique (7) et est, de plus, un des meilleurs facteurs pronostiques d'un suicide accompli. C'est dans cette perspective qu'il faut prendre au sérieux les idées suicidaires récurrentes (36).

Quant à la colère et les comportements violents qui vont de pair, ces aspects sont jusqu'alors peu explorés. Pourtant, on retrouve souvent parmi les mêmes adolescents des comportements de violence sur soi et sur autrui ainsi que les violences subies (7). En France, dans une population de jeunes scolarisés (8), les comportements violents, tout autant que les violences physiques ou sexuelles subies, sont associés à la tentative de suicide avec des OR de 3,9 (comportements violents), de 1,9 (violences sexuelles subies) et de 3,6 (violences physiques subies) et ce, à niveau de dépressivité égal. Plus les sujets sont violents, plus l'acte est jugé grave et plus le risque de récurrence augmente (39, 40). D'où la proposition, dans une perspective de prévention, d'améliorer la capacité des jeunes à résoudre leurs problèmes ("coping theory") et à contrôler leur agressivité (38, 41). Reste que les violences subies et, en particulier, le viol pour les garçons, sont un facteur de risque qui, jusqu'alors, n'a pas été suffisamment pris en compte (42).

### **Les facteurs de risques comportementaux**

Une variété de troubles du comportement s'avère associée à la tentative de suicide, allant de la consommation d'alcool ou de drogues (43) aux comportements délictueux (44), considérés comme un indicateur de rupture (7), et de la fugue (45) à l'absentéisme scolaire (8), considérés comme des comportements de fuite face à la réalité. Si tous les troubles sont associés à la tentative de suicide, on note une prédominance des troubles scolaires parmi les garçons et des comportements sexuels parmi les filles (46). En France (8), le lien entre tentative de suicide et troubles du comportement est (par ordre d'importance) : la consommation régulière de drogues (OR = 3,3), la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,9), l'absentéisme scolaire régulier (OR = 1,7) et la consommation régulière d'alcool (OR = 1,4). Toutefois, plus que la régularité, ce sont les modes d'alcoolisation qui sont en cause (43), l'ivresse "solitaire" ou "pour oublier" augmente le risque d'un passage à l'acte par quatre.

### **Les facteurs de risques sociaux**

Les recherches sur le suicide ont été souvent initiées par les psychiatres ou les psychologues et ont, de ce fait, porté plus sur les facteurs familiaux, psychologiques et comportementaux que sur les facteurs sociaux (7). Plusieurs études pointent leur importance. Ainsi, le "risque social" (mesuré par le niveau éducatif des parents, le revenu et la mobilité de résidence) augmente sensiblement le risque d'une tentative de suicide grave, au même titre que les antécédents psychiatriques (47). Selon Isometsa (48), les jeunes suicidants urbains cumulent séparation parentale, usage de drogues et troubles psychologiques, alors que les jeunes suicidants ruraux souffrent de solitude et de maladies somatiques. A propos de la nationalité et l'origine

ethnique, les données s'avèrent contradictoires. En France (10), les jeunes d'origine étrangère (et en particulier les filles maghrébines) sont plus en risque que les autres, alors qu'aux États-Unis (49), le passage à l'acte suicidaire est faible parmi les minorités ethniques ("the cultural paradox").

En prenant en compte un ensemble d'indicateurs sociaux, Lester (3) a montré, dans une comparaison internationale, que les facteurs de risques de suicide sont (par ordre d'importance) : le taux de consommation d'alcool (plus la consommation est élevée, plus le taux de suicide est élevé), la proportion de personnes âgées dans la population (plus il y a de personnes âgées, plus le taux de suicide est élevé), le taux de divorces (plus il y a de divorces, plus le taux de suicide est élevé), le taux de natalité (moins il y a de naissances, plus le taux de suicide est élevé). En France, dans une analyse récente, on a montré un lien entre la mortalité masculine (tous âges) et le chômage des jeunes, comme indicateur de la dégradation de l'emploi (19). Toutefois, il est difficile de conclure au rôle étiologique du chômage, ce d'autant plus qu'en Europe, des pays à hauts taux de suicide, comme les pays scandinaves et la Suisse, ont plutôt un faible taux de chômage alors que des pays à faibles taux de suicide, comme les pays d'Europe du Sud, connaissent un taux élevé de chômage.

### **Et pour les jeunes qui ont des idées suicidaires ?**

Les adolescents avec des idées suicidaires récurrentes se caractérisent, comme les tentatives de suicide, par des difficultés personnelles et familiales (34). Ils sont déprimés et irritables, ont une faible estime d'eux-mêmes, se plaignent des troubles somatiques non spécifiques, présentent des troubles de la conduite (50, 51, 52) et ont une plus forte impulsivité, en particulier, les filles (53). La précocité des idées suicidaires (c'est-à-dire avant 15 ans) est le signe de difficultés graves (36). Toutefois, les idées suicidaires se différencient des tentatives de suicide, par une moindre propension aux conduites à risques, en particulier, de consommations d'alcool et de drogues (50). En conclusion, à travers les idées suicidaires, les jeunes expriment un malaise...

### **La prise en charge des suicidants**

La prise en charge des suicidants est une des priorités en Santé Publique (33).

L'hospitalisation est systématiquement conseillée (54), durant laquelle il faut :

- 1) faire le point, avec le sujet et ses parents, sur la situation sociale, psychologique et familiale ;
- 2) éviter un nouveau passage à l'acte par une surveillance médicale et psychiatrique accrue ;
- 3) améliorer le bien-être du patient par des rencontres répétées ;
- 4) préparer la prise en charge post-hospitalière.

A partir de ces préconisations générales, un protocole thérapeutique précis a été élaboré (55), dont la mise en application reste à étudier. On possède peu de données concernant les conditions de prise en charge (post) hospitalière, très liées à l'infrastructure de soin, différente d'un pays à l'autre. En France, seulement un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé (8). La majorité (83 %) est alors admise en urgence, 17 % quittent l'hôpital dans les douze heures et 83 % sont transférés en pédiatrie (41 %), dans un service d'urgence (17 %), en psychiatrie (9 %) ou dans d'autres services de médecine (28 %) (56). Durant cette hospitalisation, 21 % ne rencontrent pas de spécialistes "psy" et 21 % quittent l'hôpital sans proposition de suivi (14). Pourtant, l'absence de suivi psychiatrique semble augmenter le risque de

récidive, en particulier, pour les garçons (16). Par ailleurs, ils sont moins bien pris en charge que les filles (57). Les causes de cette prise en charge différentielle des sexes seront à rechercher autant du côté des cliniciens (qui ne perçoivent pas toujours la gravité du suicide masculin) que de celui des sujets (les garçons montrent plus de réticences vis-à-vis de la prise en charge que les filles). Mais cette prise en charge ne peut se faire sans formation préalable des soignants (55, 58-59), en particulier, ceux des services non psychiatriques, comme les urgences ou la pédiatrie, qui accueillent la plupart des suicidants, surtout en Europe (60). Cette formation devrait inclure, outre l'information des acquis de recherche récents, l'identification précoce des facteurs de risque, des troubles psychiatriques graves et des besoins d'aide en santé mentale, la conduite d'un examen médical standardisé, la participation à des réseaux pluridisciplinaires (54). Dans une étude évaluative (61) comparant les pratiques de prise en charge dans sept sites hospitaliers expérimentaux et sept sites témoins, on a observé, après la formation des soignants, une amélioration de la prise en charge des suicidants, en particulier, parmi les plus jeunes (18 ans et moins) et les filles. Toutefois, l'amélioration ne profite pas à ceux qui sont le plus en difficulté, comme les récidivistes, les jeunes déprimés ou les jeunes ayant des antécédents de violences sexuelles subies.

### **Conclusion**

Plus que le suicide, c'est le passage à l'acte suicidaire qui, à l'adolescence, devrait constituer un axe prioritaire de surveillance, de recherche et de prévention. En effet, un jeune sur 14 aurait déjà fait une tentative de suicide (un sur 50, une récurrence) et le taux d'hospitalisation peut être estimé à environ 40 000 par an.

Disposer d'un système de surveillance permettrait de mieux connaître l'évolution des comportements suicidaires. Comme la majorité des jeunes suicidants ne sont pas hospitalisés, une surveillance en population générale (par un réseau de médecins généralistes ou de médecins scolaires, par des enquêtes scolaires ou populationnelles) devrait compléter une surveillance hospitalière.

Deux axes prioritaires de recherche se dégagent : l'étude du devenir des jeunes suicidants en fonction des modes de prise en charge et l'étude de l'articulation entre les divers facteurs de risque, familiaux, sociaux et psychologiques. Reste que la différence des sexes, tant au niveau du comportement suicidaire que des facteurs associés (dépression, impulsivité, troubles comportementaux) est actuellement insuffisamment explorée.

A propos de la prévention, celle de la répétition de l'acte suicidaire est prioritaire, avec, en particulier, la mise au point d'un outil d'évaluation du patient et l'élaboration d'un protocole de prise en charge hospitalière et post-hospitalière.

Quant à la prévention primaire, il convient d'accroître la compétence des professionnels éducatifs, sociaux et médicaux, d'identifier les jeunes "à haut risque" (adolescents déprimés, adolescents ayant subi des sévices physiques ou sexuels, adolescents ayant des antécédents psychopathologiques personnels ou parentaux). Toutefois, lever le tabou autour du suicide est un préalable indispensable à toute action de prévention.

### **Tableau 1 : Suicide dans les principaux pays industrialisés (taux pour 100 000 habitants)**

Pays	Taux en 1990	tous âges % d'évolution 1980-1990 pour les 15-24 ans	
		Garçons	Filles
France	20,1	- 10	- 19
Finlande	30,3	+ 36	+ 21
Danemark	24,4	- 13	- 87
Autriche	23,6	- 13	- 18
Suisse	21,9	- 27	- 49
Belgique	19,3	nd	nd
Allemagne de l'Ouest	17,5	- 21	- 20
Suède	17,2	- 13	- 9
Norvège	15,5	+ 8	+ 91
Pays - Bas	9,7	- 1	- 3
Irlande	9,5	+ 154	+ 21
Portugal	8,8	+ 42	- 24
Royaume-Uni	8,1	+ 83	- 33
Italie	7,6	+ 11	- 17
Espagne	7,5	+ 65	+ 55
Grèce	3,5	+ 73	+ 83
Australie	12,9	+ 51	+ 4
Canada	12,7	- 1	- 7
États-Unis	12,4	+ 9	- 9

(1) pour 100 000 habitants - Source : Lester D. (1997).

**Tableau 2 : Tentatives de suicide hospitalisées et évolution sur 4 ans dans dix villes européennes (1)**

Villes	Taux (pour 100 000) parmi les 15-24 ans			
	Moyenne sur 4 ans (1989-1992)		Evolution en 4 ans(en %)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Bern (Suisse)	153	267	- 13	- 39
Cergy-Pontoise (France)	337	766	+ 20	+ 31

<b>Guinpuscoa (Espagne)</b>	62	99	- 87	- 29
<b>Helsinki (Finlande)</b>	372	347	- 10	- 15
<b>Oxford (R.U.)</b>	314	629	- 6	- 25
<b>Padova (Italie)</b>	55	150	- 50	- 22
<b>Stockholm (Suède)</b>	148	299	- 1	- 36
<b>Innsbruck (Autriche)</b>	105	187	- 7	- 41
<b>Leiden (Pays-Bas)</b>	101	172	- 19	+ 62
<b>Würzburg (Allemagne)</b>	113	208	- 31	+ 18

(1) Source : Schmidtke A. et al (1996).

**Tableau 3 : Proportion d'adolescents rapportant des conduites suicidaires en France**

Age (ans)	Garçons				Filles			
	< 13	14-15	16-17	18 et +	< 13	14-15	16-17	18 et +
	%	%	%	%	%	%	%	%
<b>Ont des idées suicidaires</b>	16	17	22	25 p < 0,001	16	29	33	36 p < 0,001
<b>Ont fait une tentative de suicide</b>	6	5	4	5 ns	4	8	9	12 p < 0,001
<b>Rapport idée suicidaire/tentative de suicide</b>	2,7	3,4	5,5	5,0	4,0	3,6	3,7	3,0

Tableau 3 : Tentatives de suicide par sexe et âge (en %)

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 McIntosh J.L. 1994. Generational analyses of suicide : baby boomers and 13ers. *Suicide Life - Threaten Behav* 24 : 334-342
- 2 Moscicki E.K. 1995. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 22-35
- 3 Lester D. 1997. PART III. International perspectives - 11. Suicide in an international perspective. *Suicide Life - Threaten Behav* 27 : 104-111
- 4 Leenaars A.A., Lester D. 1994. Suicide and homicide rates in Canada and the United States. *Suicide Life - Threaten Behav* 24 : 184-191

- 5 Schmidtke A., et al. 1996. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992 - Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 93 : 327-338
- 6 Andrews J.A. 1992. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 31 : 655-662
- 7 Spirito A., Brown L., Overholser J., Fritz G. 1989. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychol Rev* 9 : 335-363
- 8 Choquet M., Ledoux S. 1994. Adolescents : enquête nationale. Paris : La Documentation Française, INSERM, 346 p.
- 9 Choquet M., Iksil B. 1994. Jeunes en insertion : enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans) - Enquête financée par la Direction de la Formation Professionnelle et la Direction Générale de la Santé. Rapport de recherche, 221 p.
- 10 Davidson F., Philippe A. 1986. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui - Etude épidémiologique. Paris : Les Editions INSERM, Doin, 173 p.
- 11 Buckley N.A., Dawson A.H., Whyte I.M., Hazell P., Meza A., Britt H. 1996. An analysis of age and gender influences on the relative risk for suicide and psychotropic-drug self-poisoning. *Acta Psychiatr Scand* 93 : 168-171
- 12 Fergusson D.M., Lynskey M.T. 1995. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 34 : 612-622
- 13 Kreitman N. 1977. Parasuicide. London : John Wiley and Sons, 193 p.
- 14 Gasquet I., Choquet M. 1993. Gender role in adolescent suicidal behavior: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiat Scand* 87 : 59-65
- 15 Harris E.C., Barraclough B. 1997. Suicide as an outcome for mental disorders - A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 170 : 205-228
- 16 Suokas J., Lonnqvist J. 1992. Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiat Scand* 84 : 545-549
- 17 Nordstrom P., Samuelsson M., Asberg M. 1995. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiat Scand* 91 : 336-340
- 18 Canetto S.S., Lester D. 1995. Gender and the primary prevention of suicide mortality. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 58-69
- 19 Chauvel P. 1997. L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? *Rev Fr Sociol* 38 : 681-734
- 20 Sakinofsky I., Leenaars A.A. 1997. Suicide in Canada with special reference to the difference between Canada and the United States. *Suicide Life - Threaten Behav* 27 : 112-126
- 21 Davidson F., Choquet M. 1981. Approche épidémiologique des déviations de l'adolescent et du jeune. In : *La santé des étudiants en 1980 - Actes du colloques de la Mutuelle Nationale des Etudiants de France*. Paris : MNEF, 103-111
- 22 Kienhorst I.C.W.M., Dewilde E.J., Diekstra R.F.W., Wolters W.H.G. 1995. Adolescents' image of their suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 34 : 623-628
- 23 Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. 1979. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 47 : 343-352
- 24 Mraz W., Runco M.A. 1994. Suicide ideation and creative problem solving. *Suicide Life - Threaten Behav* 24 : 38-47
- 25 Wetzler S., Asnis G.M., Bernstein Hyman R., Virtue C., Zimmerman J., Rathus J.H. 1996. Characteristics of suicidality among adolescents. *Suicide Life - Threaten Behav* 26 : 37-45
- 26 Choquet M., Menke H. 1990. Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubled and help-seeking behavior. *Acta Psychiat Scand* 81 : 170-177
- 27 Kandel D.B., Raveis V.H., Davies M. 1991. Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolescence* 20 : 289-310
- 28 Breton J.J. 1993. Enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et des adolescents de 6 à 14 ans. *Santé Québec (Rapport de recherche)*
- 29 Davidson F., Choquet M. 1980. La notion de risque, issue de l'étude des déviations de l'adolescent. *Arch Fr Pédiatr* 37 : 3-8
- 30 Choquet M., Michaud P.A., Frappier J.Y. 1997. Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques. In : P.A. Michaud, P. Alvin, J.P. Deschamps, J.Y. Frappier, D. Marcelli, A. Tursz, eds. *La santé des adolescents - Approches, soins, prévention*. Lausanne, Paris, Montréal : Editions Payot, Doin éditeurs, Les Presses de l'Université, 65-80
- 31 Kaplan S.J., Pelcovitz D., Salzinger S., Mandel F., Weiner M. 1997. Adolescent physical abuse and suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 36 : 799-808
- 32 Brent D.A. 1995. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance

- abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 52-63
- 33 Brent D.A., Perper J.A. 1995. Research in adolescent suicide: implications for training, service delivery, and public policy. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 222-230
- 34 Garrison C.Z., Lewinsohn P.M., Marsteller F., Langhinrichsen J., Lann I. 1991. The assessment of suicidal behavior in adolescents. *Suicide Life - Threaten Behav* 21 : 217-230
- 35 Graber J.A., Brooks-Gunn J. 1995. Models of development: understanding risk in adolescence. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 18-25
- 36 Reinherz H.Z., et al. 1995. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 34 : 599-611
- 37 Hollis C. 1996. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 35 : 622-630
- 38 Goldston D.B., Daniel S., Reboussin D.M., Kelley A., Ievers C., Brunstetter R. 1996. First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 35 : 631-639
- 39 Gispert M., Wheeler K., Marsh L., Davis M.S. 1985. Suicidal adolescents: factors in evaluation. *Adolescence* 20 : 753-762
- 40 Gispert M., Davis M.S., Marsh L., Wheeler K. 1987. Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hosp Community Psychiat* 38 : 390-393
- 41 Pfeffer C.R., Hurt S.W., Peskin J.R., Siefker C.A. 1995. Suicidal children grow up: ego functions associated with suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 34 : 1318-1325
- 42 Choquet M., Darves-Bonoz J.M., Ledoux S., Manfredi R., Hassler C. 1997. Self-reported health and behavior problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. *Child Abuse Neglect* 21 : 823-832
- 43 Favre J.D., Choquet M., Azoulay G. 1997. Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 18 : 14-16
- 44 Young S.E., et al. 1995. Treated delinquent boys' substance use: Onset, pattern, relationship to conduct and mood disorders. *Drug Alcohol Dependence* 37 : 149-162
- 45 Wagner B.M., Cole R.E., Schwartzman P. 1995. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 358-372
- 46 King C.A., Ghaziuddin N., McGovern L., Brand E., Hill E., Naylor M. 1996. Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 35 : 743-751
- 47 Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R.T., 1996. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 35 : 1174-1182
- 48 Isometsa E., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M., Aro H., Lonnqvist J. 1997. Differences between urban and rural suicides. *Acta Psychiat Scand* 95 : 297-305
- 49 Gibbs J.T. 1997. African-American suicide: a cultural paradox. *Suicide Life - Threaten Behav* 27 : 68-79
- 50 Kosky R., Silburn S., Zubrick S. 1990. Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide? *J Nerv Ment Dis* 178 : 38-43
- 51 De Man A.F., Leduc C.P. 1995. Suicidal ideation in high school students: Depression and other correlates. *J Clin Psychol* 51 : 173-181
- 52 Choquet M., Kovess V., Poutignat N. 1993. Suicidal thoughts among adolescents: an intercultural approach. *Adolescence* 28 : 649-659
- 53 Rohde P., Seeley J.R., MacE D.E. 1997. Correlates of suicidal behavior in a juvenile detention population. *Suicide and Life - Threatening Behavior* 27 : 164-175
- 54 American Academy of Pediatrics. 1988. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults. *Pediatrics* 81 : 322-324
- 55 Silverman M.M., Berman A.L., Bongar B., Litman R.E., Maris R.W. 1994. Inpatients standards of care and the suicidal patient - Part II: An integration with clinical risk management. *Suicide Life - Threaten Behav* 24 : 152-169
- 56 Gasquet I., Choquet M. 1994. Hospitalization in a pediatric ward of adolescent suicide attempters admitted to general hospitals. *J Adolesc Health* 15 : 416-422
- 57 Marks A. 1979. Management of the suicidal adolescent on a nonpsychiatric adolescent unit. *J Pediatrics* 95 : 305-308
- 58 Blum R. Smith M. 1988. Training of health professionals in adolescent health care. *J Adolesc Health* 9 : 465-505
- 59 Litman R.E. 1995. Suicide prevention in a treatment setting. *Suicide Life - Threaten Behav* 25 : 134-142

- 60 Shaffer D., Garland A., Gould M., Fischer P. Trautman P. 1988. Preventing teenager suicide: a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 27 : 675-687
- 61 Choquet M., Philippe A., Hassler C. 1995. Evaluation d'une action visant à améliorer la prise en charge des jeunes suicidants (15-24 ans). Rapport pour la Direction Générale de la Santé

## Quelles sont les circonstances de la crise suicidaire, Y compris le suicide en collectivité ?

Pr J.P. Soubrier

Groupe Hospitalier Cochin - Saint-Vincent-de-Paul (AP-HP)  
Ancien Président de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide

### Introduction

Toute crise suicidaire constatée chez un individu doit non seulement faire discuter la structure mentale, définir la personnalité, évaluer le degré de tristesse et de désespoir, mais également faire évaluer le groupe social et l'environnement dans lequel le suicidaire évolue avant qu'il ne devienne suicidant en mettant sa vie en danger pour devenir suicidé. C'est alors que se vérifiera ou non certaine information que l'idéation suicidaire est de l'ordre de la pathologie individuelle et liée ou non à une difficulté d'intégration sociale. On sait depuis Durkheim que *" toute perturbation d'un ordre collectif déterminera une exacerbation de l'anomie et en accentuera les effets "*.

L'évaluation du risque suicidaire peut, ainsi que je l'ai précisé dans un CD ROM récent, comprendre non seulement l'étude clinique et l'analyse des antécédents mais également l'étude des circonstances de grand stress vital, ce qui comprend un certain nombre de points dont le deuil, le contexte affectif, les difficultés générales personnelles et professionnelles, les dépendances toxiques, et tout ce qui touche à l'estime de soi, et engendre un culpabilisme. Tout ceci évoque la nécessité d'une mise au clair de la situation de la personne et plus encore lorsqu'il s'agit d'une collectivité. Je rappelle que le terme collectivité se définit comme *" un ensemble d'individus groupés naturellement ou pour atteindre un but commun "*. Je m'en tiendrai donc à ce thème d'autant que le programme de cette Conférence aborde largement les causes de la crise suicidaire.

Ce n'est pas tant l'étude des circonstances de la crise qui importe mais la réponse faite à cette crise suicidaire.

Pour cette présentation sur les circonstances de la crise suicidaire y compris dans les collectivités, j'ai choisi une observation clinique personnelle qui me semble correspondre à la question posée et utile pour la discussion.

En 1982, je suis appelé en consultation suicidologique urgente par les dirigeants d'une entreprise filiale d'un groupe industriel américain auquel ils devaient rendre compte des faits suivants :

Dans le même mois, trois suicides sont survenus chez trois ouvrières de la ligne de conditionnement, appelée " le parc à moules " :

- deux défenestrations
- une intoxication médicamenteuse.

Quelques semaines plus tard, une laborantine meurt après une absorption de cyanure sur le

site même, dans les toilettes. Les quatre femmes étaient d'âge moyen de 33 ans, toutes mères de famille, mariées, une seule était célibataire.

Il s'en suivra une réaction syndicale, une campagne de presse locale et une diffusion nationale de l'événement. Un mouvement de grève récent avait soulevé les difficultés de travail à la chaîne de conditionnement, le rythme passant de 160 à 180 boîtes par minute. " C'est dingue, on ne se parle plus, on se fait des signes " déclarait

une ouvrière.

Une analyse plus profonde de l'événement me permit de relever plusieurs points négatifs :

1. La direction n'avait pas réagi dans un premier temps, ce qui valut une réaction agressive générale à ce reproche de considérer encore à notre époque le suicide comme un sujet tabou.
2. L'absentéisme au travail avait atteint un taux maximum de 50 % dans certaines équipes féminines (entre 30 et 50%).
3. Il n'existait qu'une seule assistante sociale pour 1000 employés.
4. Le service médical du travail était réduit à une seule consultation épisodique.
5. Il n'a été retrouvé aucun trouble mental chez les 4 mères de famille décédées. Une seule était connue comme déprimée, celle-ci était néanmoins en arrêt de travail depuis un an.

Il me fut alors demandé de présenter cette autopsie psychologique devant deux dirigeants venus du siège d'outre-Atlantique et de faire des propositions préventives afin qu'un tel événement ne se reproduise pas. Ce que je fis, en insistant sur :

- a. la réorganisation complète du service social et médical de l'entreprise
- b. l'amélioration de la communication entre le personnel technique, l'entreprise, les services de ressources humaines
- c. la mise en place d'un réseau médico-social en contact avec les médecins de famille, la désignation d'un psychiatre référent.

En un mot, la réalisation d'un système d'alerte psychologique, base primordiale de toute prévention du suicide dans les collectivités, sujet sur lequel je reviendrai plus loin.

Toutes ces propositions furent acceptées et à distance plusieurs mois plus tard je fus informé qu'aucun suicide ou tentative de suicide n'avait été constaté et que le taux d'absentéisme était en voie de réduction. Pour toute personne reconnue fragile est organisé un suivi étroit avec une assistante sociale, des contacts avec le médecin traitant par l'intermédiaire d'un psychiatre et une réponse favorable était donnée à toute demande de mutation interne.

De cette observation, j'ai retenu plusieurs points pour la discussion, excluant toute réflexion sur les causes mentales et sociales du suicide. Il s'agira donc de :

- Suicide et tabou
- Absentéisme au travail
- Média et contagiosité : un problème de collectivité ? (chapitre que j'aurais pu diviser en deux).

## **1. Suicide et tabou**

Dans un premier temps, l'entreprise garda sous silence sans intervention aucune les quatre suicides. Une notice nécrologique parue dans le journal de cette usine mentionna les disparitions sans en préciser la cause. Cette réserve ou cette prudence (?) fut très mal vécue par le personnel d'autant qu'aucune réponse n'était donnée aux difficultés professionnelles signalées par les employés. La notion de suicide tabou est connue de tous.

L'équipe du Centre de Prévention du Suicide de Los Angeles s'attaqua à cette question dès après l'ouverture du centre au début des années 1960. Ils mirent en

évidence que le silence après un suicide ne faisait qu'aggraver la détresse de l'entourage restant. D'où la notion de postvention, phase ultime de la prévention du suicide dans sa phase tertiaire. L'origine du tabou se situerait dans un but protecteur au niveau du sacré pratiqué par les peuplades païennes polynésiennes. Apparemment, les sociétés occidentales n'ont pas suivi les mêmes règles et ce n'est que depuis peu que le suicide n'est plus considéré par le droit canon comme un crime. Rappelons cependant que tout renforcement du tabou suicide ne peut que majorer l'angoisse collective et déclencher des réactions agressives. Ainsi que le déclara Freud, le tabou de la mort n'est pas seulement un signe de deuil mais aussi une marque d'hostilité envers celui qui vient de mourir.

## **2. L'absentéisme au travail**

Nous avons relevé que le taux d'absentéisme dans cette entreprise était élevé. Peut-on considérer qu'il s'agit d'un facteur de risque suicidaire ? La réponse viendra de trois études :

- Pour Greenberg, s'expliquant sur le thème du coût de la dépression : *" le coût indirect correspond au coût de la mortalité. Celui-ci est défini comme le nombre de suicides attribuables à la dépression multiplié par la valeur des vies perdues et comprend aussi le coût de l'absentéisme au travail obtenu par le produit du nombre des déprimés, de la durée moyenne de l'absentéisme et du salaire moyen ainsi que le coût de la réduction des capacités productives des personnes déprimées qui continuent à travailler à un rythme supposé réduit. Ces deux derniers coûts sont présentés comme les coûts de la morbidité ". L'auteur suppose en outre, ce que nous envisageons en général, que 60 % des suicides sont dus à la dépression. En fait, le terme dépression n'est pas explicité dans les travaux évoqués ici, ce qui mériterait une analyse plus profonde. L'important est que se trouve confirmée la relation entre suicide et absentéisme au travail. Rappelons que dans notre cas clinique, une seule femme sur les quatre était reconnue déprimée, les autres, au moins deux d'entre elles, n'avaient " que des soucis familiaux ".*

- L'étude de Gotland

Il s'agit d'une étude réalisée en 1992 d'après un programme pédagogique effectué pour les médecins de petite île, comportant une formation sur le traitement des dépressions et la prévention du suicide. Cette étude a permis, outre une diminution de 50 % de nombre des suicides, une réduction des journées d'arrêt de travail.

- Déjà en 1971, également en Suède, Ruth Etlinger avait exposé la relation entre suicide et absentéisme au travail dans une étude effectuée à partir de dossiers d'assurance. L'hypothèse de départ était d'évaluer la relation entre les troubles somatiques et les tentatives de suicide. Il est apparu alors que l'absentéisme au travail et le comportement suicidaire étaient liés, tant en ce qui concerne les tentatives de suicide et leurs séquelles que les morts par suicide. Le nombre de jours d'arrêt de travail chez les suicidants était proportionnellement supérieur à ceux des non suicidants. Si les derniers avaient un maximum de 10 jours d'arrêt, pour les suicidants le nombre passait les 30 jours et ceci sur une période de 10 ans. Sur le plan épidémiologique, la prévalence (ou fréquence) de troubles mentaux n'était pas démontrée, l'auteur exprimant que " les diagnostics étaient vagues ". Etlinger suggérait en conclusion que les entreprises ou les assurances pourraient s'organiser sur le même modèle que celui connu des centres médico-psychologiques publics. En conclusion, il existe une relation circonstancielle entre suicide et absentéisme au travail qui ne semble pas être concernée par le trouble mental mais une fois de plus

évoque le notion d'un désespoir mixte psychologique et social.

### **Média et contagiosité**

Dans le cas clinique présenté, il a pu être noté que l'aspect contagieux éventuel d'un premier suicide chez l'une des ouvrières a pu entraîner celui de ses deux camarades puis de la laborantine. Il a pu être noté aussi que la campagne de presse provoquée ou non par les syndicats a fait réagir les dirigeants de l'entreprise et a abouti à une meilleure organisation sociale.

Dans une brochure récente de l'O.M.S., nous avons fait valoir dès l'introduction que les médias pouvaient être utiles pour la prévention du suicide mais aussi pouvaient influencer une contagiosité. En suicidologie, ce terme est discuté en fonction de ce qui est appelé l'Effet Werther. En 1774, une épidémie de suicide chez les jeunes allemands à été déclenchée par la publication du roman de Goethe où le jeune Werther se tue par dépit amoureux avec une arme à feu. Les épidémies de suicide de ce genre affectent à priori uniquement les jeunes. Ce phénomène dramatique est d'ailleurs depuis l'antiquité connu sous le nom de " suicide des vierges de Mélitus ". A Mélitus, une série de jeunes vierges se tuèrent par pendaison. La communauté dut faire passer une loi très particulière : toute jeune fille suicidée par pendaison sera conduite au cimetière, nue, avec la corde au cou... Il est dit que l'épidémie s'arrêta net.

En ce qui concerne l'époque actuelle, la publication de livres comme Suicide Mode d'Emploi en France (1982) et Final Exit aux U.S.A. en 1991 diffusé et traduit, a encouragé certains suicidaires à passer définitivement à l'acte.

Je ne reviendrai pas plus sur cet événement mais signalerai néanmoins que la France est un des rares pays qui a fait voter une loi précise contre la provocation au suicide en 1997, incluse dans le Code Pénal par la suite.

Il se pose alors la question de savoir comment les média peuvent agir pour protéger la collectivité. Un exemple récent est donné aux U.S.A., tel que nous avons pu en discuter à l'Association Américaine de Suicidologie en 1995. Il s'agit du suicide du musicien et rockstar, Kurt Cobain, âgé de 27 ans, mort le 8 avril 1994 à Seattle (Etat de Washington). Dans la quinzaine précédente, il avait tenté un suicide à Rome. Sa tournée européenne fut annulée. De retour à Seattle, il s'enferme chez lui avec un fusil. Son épouse fait intervenir la police. Son entourage essaie de l'aider sans succès. Il accepte avec réticence d'entrer dans une clinique de Los Angeles le 28 mars, où il ne restera que deux jours, puis il disparaît. L'annonce de son suicide provoqua une immense émotion aux U.S.A. et dans le monde. Il était le célèbre leader du Groupe Nirvana, parfois comparé à l'un des Beatles, John Lennon, marié à une autre vedette, Courtney Love. Comme il était natif de la région de Seattle, le centre de crise de cette ville fut inondé d'appels téléphoniques de jeunes en crise. Ce suicide fit craindre une épidémie de suicide chez les jeunes américains par le fait d'un Effet Werther (voir supra). Cependant de nombreux appels téléphoniques cherchant des informations et des explications furent également dirigés vers ce centre de crise de Seattle et beaucoup d'autres.

Ceci permit non seulement une dédramatisation de ce suicide " célèbre " mais aussi de fournir des informations protectrices dans un but de prévention du suicide dans sa phase primaire et secondaire et même tertiaire. Il fut organisé une messe publique en présence de la veuve et du Directeur du centre de crise où vinrent se recueillir 7000 jeunes en deuil de leur idole. Tout au long de cette période, les média insistèrent plus sur la carrière prodigieuse du musicien que sur l'aspect pathologique de son acte présenté comme inutile voire stupide. A posteriori, il ne fut pas constaté

d'augmentation du nombre des suicides à Seattle. Seul un cas fut relié officiellement au suicide du musicien. Il s'agit d'un garçon de 28 ans connu comme étant déprimé, dépendant toxique, isolé et dont le père s'était lui-même suicidé comme Kurt Cobain avec un fusil de chasse.

Ce genre d'études est maintenant connu sous le label de " cluster suicide studies " *que l'on peut traduire par " étude de suicides survenant dans un groupe social défini ou une collectivité "*.

Ainsi, il faut retenir la nécessité d'une cohésion sociale entre professionnel de toute origine pour sinon prévenir une contagiosité suicidaire en prenant toutes les mesures et selon le moment en encourageant les systèmes d'alerte et pour mettre en place un système préventif de récurrence.

A cet égard, je rappellerai la déclaration de E. Shneidman : " la complexité vient aussi du fait que le suicidaire est incapable de faire la différence entre l'importance ou non de la pression externe. Il éprouve une difficulté à trouver une autre alternative aux problèmes de la vie quotidienne ".

### **Conclusion**

La conclusion sera un rappel de la notion de la prévention moderne du suicide dont il est utile d'avoir connaissance pour l'approche de la crise suicidaire y compris dans les collectivités.

#### **• Au niveau 1 de la prévention primaire :**

Cela concerne l'information générale avec mise en place de tout système d'alerte et de protection du suicidant potentiel.

#### **• Au niveau 2 :**

La prévention intervention incite à une mobilisation et une mise en place d'une conduite thérapeutique adaptée de l'individu et de son environnement proche.

#### **• Enfin, au niveau 3 :**

En cas de mort par suicide, elle incite à ne pas considérer le suicide comme un tabou, à prendre en charge ceux de la collectivité qui restent alors dans l'angoisse et l'incertitude et, pour les professionnels contactés, suicidologues ou non, quelle que soit leur profession, y compris les soignants, dédramatiser l'événement.

La prévention du suicide est certes une mission mais chacun des représentants de la collectivité peut y participer. Le sociologue Frédéric de Coninck, dans un passage un peu critique sur la théorie d'Emile Durkheim, écrit : " *s'il s'avérait qu'un acte réputé aussi individuel, aussi intime obéissait à des déterminations collectives, on tiendrait une preuve pratiquement a maxima, de la manière dont nos actes dépendent des réalités sociales qui nous dépassent... "*.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- F. de Coninck, " Suicide et lien social : de la recherche de la compréhension à une considération éthique ", Le suicide, Presses Bibliques Universitaires, Genève, 1994, p. 43-60.
- Dépression et santé publique, Données et réflexions, P. Boyer, R. Dardennes, C. Even, V. Gaillac, A. Gérard, Y. Lecrubier, C. Le Pen, E. Weiller, Programme de recherche et d'information sur la dépression, Acanthe, Masson SKB, Paris, 1999.
- E. Durkheim, Le suicide, P.U.F., Paris, 1969 (1ère éd. 1897).
- R. Ettliger, M. Wistrand, " Somatic Sequelae ", Suicide and attempted suicide, Skandia International Svmnosia 71. Nordiska Bokhandels Förlag. Stockholm. 1972. n. 163-185.

- G. Evans, N. Farberow, The encyclopedia of suicide, Facts on File, Library of Congress, U.S.A., 1988.
- S. Freud, Totem et tabou, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1971.
- P.E. Greenberg, L.E. Stiglin, S.N. Finkelstein, E.R. Berndt, " The Economic Burden of Depression in 1990 ", Journal of Clin. Psychiatry, 54, 405-18, 1993.
- D.A. Jobes, A.L. Berman, P.W. O'Carroll, S. Eastgard, S. Knickmeyer, " The Kurt Cobain Suicide Crisis ", in Suicide an Life Threatening Behaviour, Journal de l'Association Américaine de Suicidologie, vol. 26, n° 3, Fall 1996, p. 260-271.
- R. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit, Assessment and prediction of suicide, Guilford Press, New York, 1992.
- Organisation Mondiale de la Santé, Preventing suicide : A Resource for Media Professionals, Department of Mental Health - Mental and Behavioural Disorders, Genève, 2000.
- W. Rutz, P. Carlsson, L. Von Knorring, J. Walinder, Cost Benefit Analysis of an Educational Program for General Practitioners on Gotland, by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression, Acta Psychia. Scand., 85, 457-464, 1992.
- E. Shneidman, Voices of death, Harper and Row Publishers, New York, 1980.
- J.P. Soubrier, Le Suicide : Evolution des concepts au travers de la suicidologie, Conférence au 19ème Congrès de l'UNAFAM, Bulletin de l'UNAFAM, n° 2, 1987, p. 2-10.
- J.P. Soubrier, Suicide Prevention as a Mission, Conférence d'ouverture au 19ème Congrès de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide, Adélaïde, Australie, mars 1997, in Suicide Prevention - The Global Context, édité par R.J. Kosky, H.S. Eshkeviri, R.D. Goldney, R. Hassan, Plenum Press, New York, 1998, p. 2-6..
- J.P. Soubrier, Evaluation du risque suicidaire, CD ROM et brochure, Les dossiers de FMC du Praticien, Impact Médecin, 16 avril 1999, N° 448.
- J.P. Soubrier, Collaboration with the Industrial World, 32ème Réunion de l'Association Américaine de Suicidologie, Houston, 1999, U.S.A. in Proceedings, M. Weishaar ed., p. 94-96.
- J.P. Soubrier, Définitions du suicide, Signification de la Prévention, Annales Médico-Psychologiques, n°8, octobre 1999, vol. 157, p. 526-529.
- Coupures de presse :
- Loire Matin du 6 juin 1982
  - Le Matin de Paris du 9 juin 1982
  - L'Humanité du 10 juin 1982
  - Le Monde du 4 juin 1982
- Communiqués de presse radiophoniques :
- R.M.C. : 12h45 le 2/06/82
  - R.M.C. : 15h45 le 3/06/82
  - R.T.L. : 06h00 le 10/06/82
  - Europe 1 : 08h30 le 10/06/82

## **Quelles sont les relations entre crise suicidaire et alcool ?**

Pr. Jean Adès, Pr. Michel Lejoyeux.

Service de psychiatrie. Hôpital Louis Mourier. 92700 Colombes

Les liens entre la crise suicidaire et la consommation d'alcool sont multiples : 20 à 60 % des suicidants présentent une dépendance alcoolique et 30 à 50 % des tentatives de suicide sont immédiatement d'une consommation d'alcool. La consommation d'alcool peut favoriser l'émergence d'idées de suicide, même chez des personnes qui ne sont pas déprimés. Elle confère aux tentatives de suicide médicamenteuse une gravité supplémentaire : potentialisation des effets toxiques des médicaments ingérés à visée suicidaire.

### **1/ Crise suicidaire et alcool-dépendance**

La prévalence des tentatives de suicide est particulièrement élevée parmi les patients présentant un trouble psychiatrique. Suominen et coll (1996) ont étudié la prévalence des troubles psychiatriques (critères du DSM III R) chez 114 patients hospitalisés pour tentatives de suicide répétées à Helsinki en 1990. Un trouble psychiatrique a été retrouvé chez 98 % d'entre eux. Les pathologies dépressives étaient plus fréquentes chez les femmes (85 %) que chez les hommes (64%). La dépendance alcoolique était plus fréquente chez les hommes (64 %) que chez les femmes (21 %). 82 % des suicidants présentaient plusieurs troubles psychiatriques associés.

Inskip et coll (1998) ont comparé le risque de suicide sur la vie entière en fonction du diagnostic psychiatrique. Ils ont pour cela regroupé les principaux résultats des études de 37 études de mortalité chez les déprimés, 27 chez les alcooliques et 29 chez les schizophrènes. Il apparaît que le risque de mort par suicide est de 6% en cas de trouble de l'humeur, de 7 % en cas d'alcool-dépendance et de 4 % chez les schizophrènes. Les études récentes (Ferreira et coll.,1998) ont confirmé le lien entre risque suicidaire, dépression et consommation d'alcool.

### **Les patients alcool-dépendants sont exposés à un risque majeur de crise suicidaire et de mort par suicide**

Rosow et Amundsen ont évalué la mortalité par suicide chez les alcooliques norvégiens. Ils ont montré, à partir de l'étude de 40.000 conscrits suivis pendant 40 ans que le risque suicidaire relatif chez les sujets présentant un abus d'alcool est de 6,9. Le risque est plus élevé chez les sujets de plus de 40 ans comparés aux sujets les plus jeunes (RR = 12,8 et 4,5). Le risque de suicide sur la vie entière est de 0,63 % chez les sujets non alcooliques et de 4,76 % chez les alcooliques. L'abus d'alcool ou la dépendance multiplie donc par huit le risque de crise suicidaire.

Rosow et coll (1999) ont poursuivi l'étude de leur cohorte de conscrits norvégiens. Ils ont montré que l'abus d'alcool exposait plus aux tentatives de suicide (risque relative de 27,1) qu'aux suicides accomplis (risque relatif de 4,7). L'abus d'alcool se retrouve dans un tiers des tentatives de suicide et seulement 10 % des suicides accomplis. Rosow et coll ont par ailleurs montré que les tentatives de suicide chez les alcooliques étaient moins corrélées au risque de mort par suicide accomplis que chez les non alcooliques.

Un travail suédois récent de Siogren et coll. (2000) a recensé 23.132 cas de morts "

non naturelles " en Suède entre 1992 et 1996. Il est apparu que 28 % de ces morts pouvaient être attribuées à l'alcool. Une consommation abusive d'alcool ou une dépendance étaient fréquemment retrouvées (36%) dans les morts par suicide. Là encore, la surreprésentation masculine est confirmée.

### **Les crises suicidaires chez les sujets alcoolo-dépendants sont plus impulsives et moins liées au niveau d'intention suicidaire**

Suominen et al (1997) ont comparé le niveau de découragement (Beck Hopelessness Scale), d'impulsivité et d'intention suicidaire (Beck Suicide Intent Scale) chez 114 sujets hospitalisés pour une récurrence de tentative de suicide à Helsinki. Les patients présentant une dépression majeure sans alcoolisme avaient un niveau plus élevé d'intention suicidaire et un plus faible niveau d'impulsivité que les déprimés alcooliques. Les tentatives de suicide chez les alcooliques sont donc plus impulsives et moins liées au niveau d'intention suicidaire. Elles réalisent des gestes imprévisibles, dont la gravité surprend l'entourage du patient comme les soignants. Chez le déprimé, les gestes à plus haute létalité s'observent chez les sujets les plus désespérés. L'alcoolisme réalise un " court-circuit " comportemental entre le niveau de désespoir et le geste suicidaire.

Les principaux facteurs de risque de survenue d'une crise suicidaire chez l'alcoolique sont la dépression, le chômage, les séparations et les maladies somatiques. Chez les femmes alcooliques, le désespoir, les séparations et les antécédents de traumatismes dans l'enfance sont associés à un risque suicidaire accru (Kingree et coll, 1999). Un tiers des alcooliques qui se suicident, le font dans les six semaines suivant une séparation.

D'autres études montrent que les alcooliques les plus exposés aux crises suicidaires sont ceux dont la conduite de dépendance a commencé tôt et qui présentent le plus de troubles de la personnalité. Les alcoolismes sévères, imposant une hospitalisation, s'accompagnent d'un risque suicidaire accru (Roy, 1990). Une étude personnelle (Lejoyeux et coll, 2000) a porté sur 104 patients examinés aux urgences de l'hôpital Bichat dans les suites d'une tentative de suicide médicamenteuse. La prévalence de la dépendance alcoolique était de 37,5%. L'alcoolisme était plus fréquent chez les hommes et chez les chômeurs. Les alcooliques présentaient plus souvent une dépression névrotique chronique de type dysthymique et une personnalité antisociale.

### **L'association alcoolisme dépression expose au risque suicidaire**

L'association entre alcoolisme et dépression est une donnée clinique d'observation courante: 98% des alcooliques (Miller, 1995) présentent à un moment de leur existence des symptômes dépressifs. La survenue d'une dépression majeure peut majorer la sévérité et les conséquences de la conduite alcoolique. Les chiffres de prévalence de la dépression chez les alcooliques sont variables d'une étude à l'autre. Ces variations tiennent à l'hétérogénéité des populations étudiées (consommateurs excessifs, sujets alcoolo-dépendants, patients sevrés ou non au moment de l'évaluation, ancienneté et importance variables de l'abus d'alcool) et à la diversité des méthodes d'évaluation de la dépression (échelles, questionnaires...).

La National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) (42.862 sujets en population générale) (Grant, Harford, 1995) a porté sur la dépression et l'alcoolisme. Les investigateurs ont utilisé des entretiens semi-structurés pour établir les diagnostics selon les critères du DSM IV. La prévalence de la dépression était de 3.3 % sur l'année précédant l'évaluation et de 9.86 % sur la vie entière (8.64% chez

les hommes et 10,99 % chez les femmes). La prévalence de l'abus ou de la dépendance alcooliques était, sur l'année, de 20,5% chez les hommes et de 9,1 % chez les femmes et la prévalence sur la vie entière de 25,5 % chez les hommes et de 11,3 % chez les femmes. Chez les patients présentant un abus ou une dépendance alcooliques, la prévalence de la dépression était de 36,3% sur l'année et de 40 % sur la vie entière.

La différence entre l'abus et la dépendance alcooliques en terme de risque de dépression était sensible. Le taux de dépression sur la vie entière était de 32,5 % en cas de dépendance et seulement de 7,5 % en cas d'abus d'alcool. Chez l'homme, l'augmentation du risque de dépression associée à l'abus d'alcool (exprimée sous forme d'odd ratio) était de 2,12 et le risque associé à la dépendance de 4,58. Chez la femme l'augmentation du risque de dépression était de 3,28 en cas d'abus d'alcool et de 3,78 en cas de dépendance.

La principale complication de l'association alcoolisme-dépression est le risque suicidaire. L'Etude de San Diego, qui a analysé 283 cas de suicide à San Diego entre 1981 et 1983, a retrouvé 58 % d'alcooliques et de toxicomanes. Même si l'alcoolisme était souvent associé à un autre trouble mental, il représentait le diagnostic principal dans 39 % des cas. L'alcoolisme et la toxicomanie sont donc significativement plus fréquents chez les sujets morts par suicide que dans la population générale (Rich et coll, 1989).

Le taux de mortalité par suicide varie entre 7 et 27 % chez l'alcoolique. Le risque de mort par suicide chez l'alcoolique est ainsi comparable au risque suicidaire chez les patients présentant un trouble de l'humeur (Lejoyeux et coll., 1994). Il se majore encore chez l'alcoolique déprimé. Cornelius et coll. (1995) ont évalué la prévalence des idées et tentatives de suicide chez 107 alcooliques déprimés consultant en psychiatrie, 497 alcooliques non déprimés et 5625 déprimés non alcooliques. Les idées et tentatives de suicide étaient plus fréquentes (59 % d'augmentation) chez les alcooliques déprimés que chez les déprimés non alcooliques.

Cornelius et coll (1995) ont étudié le risque suicidaire chez les alcooliques déprimés. Ils ont montré que 40 % de ces sujets avaient fait une tentative de suicide dans la semaine précédant leur hospitalisation et que 70 % d'entre eux avaient fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. Les tentatives de suicide chez les alcooliques étaient le plus souvent impulsives, peu préméditées ou préparées. La plupart des sujets avaient consommé plus d'alcool dans la semaine précédant la tentative de suicide (jusqu'à 70 verres d'alcool par semaine).

## **2/ Consommation d'alcool et crise suicidaire**

Les crises suicidaires s'accompagnent fréquemment d'une consommation d'alcool. 35 à 60 % des patients examinés en urgence dans les suites d'une tentative de suicide ont consommé de l'alcool. Suokas et Lonqvist (1995) ont étudié la consommation d'alcool chez les sujets examinés aux urgences dans les suites d'une tentative de suicide. Ils ont montré que 62 % des 1018 sujets pris en charge aux urgences dans les suites d'une tentative de suicide avaient consommé de l'alcool récemment (46% de femmes et 54% d'hommes). Une prise d'alcool juste avant ou au moment de la tentative de suicide était fréquente chez les hommes vivant seuls, chez les sujets jeunes et chez ceux qui avaient plusieurs antécédents de tentatives de suicide. Staikowsky et coll. (1995) ont montré, à partir de l'étude de 727 patients examinés aux urgences dans les suites d'une tentative de suicide médicamenteuse de juillet 1992 à juin 1993, que 36 % des sujets avaient consommé de l'alcool au moment de

la tentative de suicide. Borges et Rosovsky (1996) ont étudié la consommation d'alcool de 40 sujets (21 hommes) examinés aux urgences dans les suites d'une tentative de suicide. Ils ont comparé ces patients à un groupe de 372 sujets consultant aux urgences pour un autre trouble (morsures d'animal, accidents lors d'activité sportive...). La consommation d'alcool a été évaluée à l'aide d'un questionnaire standardisé et d'un dosage systématique par éthylomètre. Le risque relatif de consommation habituelle ou de consommation abusive était supérieur chez les sujets ayant fait une tentative de suicide. Le risque de tentative de suicide est multiplié par 90 chez les sujets consommant plus de 100 grammes d'alcool par jour comparés aux sujets ne consommant pas d'alcool.

Merrill et coll (1992) ont eux aussi étudié la consommation d'alcool de 250 sujets admis dans les suites d'une tentative de suicide. 51 % des hommes et 31 % des femmes consommaient de l'alcool de manière abusive. 22,5 % des hommes suicidaires buvaient plus de 50 unités d'alcool par semaine et 9,5 % des femmes plus de 35 unités d'alcool par semaine. Un abus d'alcool ou une dépendance ont été retrouvés chez 34 % des hommes et 15,5 % des femmes.

Sibthorpe et coll (1995) ont montré que les adolescents sans domicile fixe (12 à 17 ans) étaient particulièrement exposés au risque de consommation abusive d'alcool ou de drogue. Ces sujets avaient subi plus souvent que les autres des agressions physiques (54 % des cas) et des agressions sexuelles (28 %). 45 % d'entre eux avaient commis une tentative de suicide. Le risque suicidaire était particulièrement élevé chez les adolescentes consommant de l'alcool de manière paroxystique et étant confrontées à des situations de maltraitance.

L'évaluation post-mortem de la consommation d'alcool des sujets morts par suicide confirme les liens entre suicide et alcoolisation. Hayward et coll. (1992) ont évalué l'alcoolémie de 515 sujets décédés par suicide en Australie. 35,8 % d'entre eux avaient une alcoolémie positive. Les sujets ayant consommé de l'alcool avant de se suicider étaient plus jeunes, plus souvent des hommes. Ils avaient été plus souvent confrontés à une perte relationnelle (deuil ou séparation) récente. Skog et al. (1995) ont par ailleurs montré dans 18 régions du Portugal, entre 1931 et 1989, une corrélation entre la consommation moyenne d'alcool par habitant et le risque suicidaire. Une augmentation de la consommation moyenne d'alcool d'un litre par semaine s'accompagne d'une augmentation de 1,9 % du taux de mortalité par suicide.

### **La consommation d'alcool augmente la gravité médicale du geste suicidaire**

Nielsen et coll. (1993) ont évalué chez 139 sujets hospitalisés dans les suites d'une tentative de suicide les liens entre le niveau d'intention suicidaire, la gravité ou la léthalité de la tentative de suicide et la consommation d'alcool. Ils ont distingué les gestes suicidaires à faible léthalité comme les phlébotomies et les tentatives de suicides à plus forte léthalité (défenestration, pendaison...). Parmi les patients non alcoolisés, ceux qui présentaient un niveau moins élevé d'intention suicidaire commettaient plus souvent des phlébotomies. Une corrélation entre le niveau d'intention suicidaire et le niveau de léthalité de la tentative de suicide a donc été retrouvée chez les sujets ne présentant pas d'alcool-dépendance.

Chez les sujets consommant de l'alcool au moment du geste suicidaire, la sévérité de la tentative de suicide ou son niveau de léthalité n'étaient pas corrélés à l'importance de l'intention suicidaire. L'alcool, probablement par un effet de désinhibition, favorise la réalisation de gestes suicidaires à haute léthalité même chez des sujets qui n'ont pas un niveau très élevé de désespoir. En cas de phlébotomies ou d'autres

gestes hétéro-agressifs, l'alcool est pris " pour se donner du courage " et aussi pour ses propriétés antalgiques.

Une augmentation récente de la consommation d'alcool a été souvent retrouvée chez les sujets ayant commis une tentative de suicide (Cornelius et coll., 1996).

L'augmentation de la consommation d'alcool pourrait, là encore, faciliter la mise en acte des idées de suicide. Aucun lien, par ailleurs, n'a été montré entre l'augmentation de la consommation d'alcool et l'augmentation de la fréquence des idées de suicide. L'alcool ne provoque donc pas une recrudescence des idées de suicide mais facilite plutôt les passages à l'acte suicidaires. Il augmente l'impulsivité et réduit les possibilités de contrôle comportemental.

### **Alcool et évolution de la crise suicidaire**

Les sujets consommant de l'alcool au moment de la tentative de suicide sont moins souvent adressés à un psychiatre (Suokas et Lonqvist, 1995). Ils sont par ailleurs exposés à un risque majoré de récurrence suicidaire. Après un suivi de 5 ans et demi, 3,3 % des sujets ayant consommé de l'alcool au moment de la tentative de suicide étaient morts par suicide. Dans l'année suivant leur tentative de suicide, leur risque de mortalité par suicide était de 1809/100.000, soit 51 fois plus élevé que dans l'ensemble de la population d'Helsinki. Les sujets consommant de l'alcool au moment de la tentative de suicide pourraient constituer un groupe particulièrement exposé au décès par suicide et à la non-compliance.

Ces données sont contredites par les résultats de Spirito et coll (1994) qui ont étudié 623 adolescents hospitalisés en urgence après une tentative de suicide. Ils ont évalué à trois mois le suivi et les éventuelles récurrences. Après trois mois, aucun des adolescents n'était mort par suicide, 7% avaient fait une autre tentative de suicide, 16% n'étaient pas du tout suivis en consultation, 15% n'étaient allés qu'à une consultation, 21% à deux consultations. Les sujets les plus compliants étaient ceux qui avaient fait plus d'une tentative de suicide, qui avaient le plus prévu ou organisé leur tentative de suicide et qui avaient consommé de l'alcool au moment de la tentative de suicide.

### **3/ Conclusion et recommandations**

La crise suicidaire est fréquente chez les alcoolo-dépendants. Elle constitue l'un des principaux risques évolutifs de la conduite de dépendance. L'abus d'alcool ou la dépendance multiplie par huit le risque de crise suicidaire. Un tiers des crises suicidaires sont le fait de patients alcoolo-dépendants ou abusant de l'alcool. Les crises suicidaires chez l'alcoolique sont impulsives. Leur niveau de léthalité (gravité du geste) n'est pas corrélé au niveau de désespoir comme chez le déprimé. Les principaux facteurs de risque de crise suicidaire chez l'alcoolique sont :

- la dépression
- le chômage
- les séparations
- les maladies somatiques
- l'ancienneté et la sévérité de l'alcoolisme
- l'association à un trouble de la personnalité

Les alcooliques déprimés sont, eux aussi, particulièrement exposés aux crises suicidaires. La crise suicidaire s'exprime par des idées suicidaires ou des tentatives de suicide. Les alcooliques déprimés sont plus exposés à ces crises suicidaires que les déprimés non alcooliques. 70 % des alcooliques déprimés ont fait une tentative

de suicide dans leur vie. Les crises suicidaires suivent fréquemment une augmentation de la consommation d'alcool.

Recommandation : le risque suicidaire doit être recherché et prévenu chez l'ensemble des alcooliques. Il est encore majoré en cas de chômage, de séparation récente ou de dépression associée.

La consommation d'alcool est fréquemment associée à la crise suicidaire. La moitié des tentatives de suicide médicamenteuses comportent une consommation d'alcool ajoutée. 35 à 60 % des patients hospitalisés dans les suites d'une crise suicidaire ont consommé de l'alcool. La prise simultanée d'alcool et de médicaments augmente le risque de complications médicales.

Recommandation : une consommation récente d'alcool doit être recherchée chez tous les sujets examinés dans les suites d'une crise suicidaire. L'objectif de la pratique de l'alcoolémie est double : prévention des complications médicales et dépistage d'un abus ou d'une dépendance alcoolique.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adès J. : Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. LXXXVI<sup>e</sup> Session. Tome III. Editions Masson. 1989.
- Adès J., Lejoyeux M.: Dépression et alcoolisme. In Alcoolisme et Psychiatrie. Ouvrage coordonné par J. Adès et M. Lejoyeux. Editions Masson. Collection Médecine et Psychothérapie. 1997, pp 81-102.
- Adès J., Lejoyeux M.: Conduites alcooliques: historique du concept, définition, aspects épidémiologiques, étiopathogénie, aspects cliniques, traitement. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1996, 37-398 A- 30, 15 p, A- 40, 11 p, A- 50, 9 p.
- Beck A.T., Schuyler D., Herman I.: Development of suicidal intent scales. In Beck A.T., Resnick H., Lettieri D. ed The prediction of suicide. Bowie MD, Charles Press Publishers Inc, 1974: 45-56.
- Beck R.W., Morris J.B., Beck A.T.: Cross validation of the suicidal intent scale. Psychol Rep, 1974, 34: 445-446.
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., Texler L.: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychology, 1974, 42: 861-865.
- Beck A.T., Steer R.A., Texler L.D.: Alcohol abuse and eventual suicide: a 5-to -10-year prospective study of alcohol abusing suicide attempters. J. Stud Alcohol, 1989, 50: 202-209.
- Borges G; Rosovsky H Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. J Stud Alcohol. 1996 Sep; 57(5): 543-8
- Chastang F; Rioux P; Dupont I; Kovess V; Zarifian E Enquete prospective sur les tentatives de suicide. Encephale. 1997 Mar-Apr; 23(2): 100-4
- Cornelius JR; Salloum IM; Mezzich J; Cornelius MD; FabregaH Jr; Ehler JG; Ulrich RF; Thase ME; Mann JJ : Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry. 1995 Mar; 152(3): 358-64
- Cornelius JR; Salloum IM; Day NL; Thase ME; Mann JJ Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. Alcohol Clin Exp Res. 1996 Nov; 20(8): 1451-5
- Ferreira de Castro E; Cunha MA; Pimenta F; Costa I Parasuicide and mental disorders. Acta Psychiatr Scand. 1998 Jan; 97(1): 25-31
- Grant B.F., Harford T.C.: Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. Drug and Alcohol Dependence, 1995, 30: 197-206.
- Hayward L; Zubrick SR; Silburn S. Blood alcohol levels in suicide cases. J Epidemiol Community Health. 1992 Jun; 46(3): 256-60
- Inskip HM; Harris EC; Barraclough B Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry. 1998 Jan; 172: 35-7
- Kingree J.B., Thompson M.P., Kaslow N.J. : Risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of suicide attempts. Addict Behav, 1999, Jul-Aug, 24 (4) : 583-587.
- Lejoyeux M., Léon E., Rouillon F.: Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. L'Encéphale, 1994, XX, 495-503.
- Lejoyeux M.: Epidémiologie du suicide In Epidémiologie psychiatrique. Ouvrage Coordonné par F. Rouillon. I.P. Lénine. I.I. Terra. Editions Uniohn-Dunhar. 1995. pp 231-242.

Lejoyeux M., Fichelle A., Saliou V., Rouillon F.: Caractéristiques cliniques et épidémiologiques des tentatives de suicide. *Entretiens de Bichat. Neurologie/Psychiatrie*, 16 septembre 1997.

Lejoyeux M., Boulneguiez S., Fichelle A., Mc Loughlin M., Claudon M., Adès J. : Alcohol dependence among patients admitted to psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry*, 2000, 22 : 206-212.

Merrill J; Milner G; Owens J; Vale A Alcohol and attempted suicide. *Br J Addict.* 1992 Jan; 87(1): 83-9

Miller N.S.: *Addiction Psychiatry, Current Diagnosis and treatment*, John Wiley, New York, 1995, 300 pages.

Nielsen AS; Bille-Brahe U; Hjelmeland H; Jensen B; Ostamo A; Salander-Renberg E; Wasserman D Alcohol problems among suicide attempters in the Nordic countries. *Crisis.* 1996; 17(4): 157-66

Pirkola S; Isometsa E; Heikkinen M; Lonnqvist J Employment status influences the weekly patterns of suicide among alcohol misusers. *Alcohol Clin Exp Res.* 1997 Dec; 21(9): 1704-6

Rich C.L., Fowler R.C., Young D.: Substance abuse and suicide: The San Diego Study, *Ann Clin Psychiatry*, 1989, 1: 79.

Rossow I; Amundsen A Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. *Addiction.* 1995 May; 90(5): 685-91

Rossow I., Romelsjo A., Leifman H. : Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle age men ; differentiating between attempted and completed suicide, *Addiction*, 1999, Augusts, 94 (8) : 1199-1207.

Roy A., Lamparski D., DeJong J., Moore J., Linnoila M.: characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J. Psychiatry*, 1990, 147: 761-765.

Sibthorpe B, Drinkwater J, Gardner K, Bammer G: Drug use, binge drinking and attempted suicide among homeless and potentially homeless youth. *Aust N Z Psychiatry.* 1995 Jun; 29(2): 248-56

Skog OJ; Teixeira Z; Barrias J; Moreira R Alcohol and suicide--the Portuguese experience. *Addiction.* 1995 Aug; 90(8): 1053-61

Spirito A; Lewander WJ; Levy S; Kurkjian J; Fritz-G Emergency department assessment of adolescent suicide attempters: factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr-Emerg-Care.* 1994 Feb; 10(1): 6-12

Staikowsky F; Uzan D; Grillon N; Pevrieri F; Hafi A; Michard F Intoxications médicamenteuses volontaires recues dans un service d'accueil des urgences. *Presse Med.* 1995 Sep 30; 24(28): 1296-300

Sjogren H., Eriksson A., Ahlm K. : Role of alcohol in unnatural deaths : a study of all deaths in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res*, 2000, Jul 24 (7) : 1050-1056.

Suokas J; Lonnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand.* 1995 Jan; 91(1): 36-40.

Suominen K; Isometsa E; Henriksson M; Ostamo A; Lonnqvist J : Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatr Scand.* 1997 Aug; 96(2): 142-9

Suominen K; Henriksson M; Suokas J; Isometsa E; Ostamo A; Lonnqvist J Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1996 Oct; 94(4): 234-40.

# Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité

Dr Louis Jehel

Hôpital Pitié-Salpêtrière - Service du Pr Consoli

## Introduction

Le suicide est un événement difficile à prédire avec précision. C'est un événement relativement rare, aussi le taux de prédiction de faux positif est-il élevé (Hawton 1987). La prédiction du risque suicidaire à court terme (24-48heures) reste plus fiable que celle du risque à long terme (Simon 1992). Il est essentiel dans le contexte de la crise suicidaire d'évaluer les facteurs de risque de passage à l'acte de suicide car, comme le souligne Marie Choquet (1989), le risque de suicide serait multiplié par 7 lorsqu'un sujet cumule de plus de 3 facteurs de risque. Il est également important de noter que les questions que le clinicien peut être amené à poser et qu'il utilise pour évaluer l'idéation suicidaire n'augmentent pas le risque de suicide (Gliatto 1999).

Les stratégies de l'évaluation n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité (Walter 1997). On ne dispose pas dans la littérature de données quantitatives pour argumenter la qualité des recommandations, mais nous avons recueilli plusieurs algorithmes et stratégies évaluatives qui s'appuient sur diverses publications internationales et sur l'expérience des cliniciens. Il faut rester prudent car les résultats des études sont parfois difficiles à comparer entre eux.

La plupart des experts insistent sur le fait que les guides que l'on peut proposer pour évaluer une crise suicidaire ne peuvent s'appliquer à chaque cas, et que cette évaluation repose avant tout sur le jugement du clinicien qui peut néanmoins s'inspirer des recommandations en la matière. L'adhésion à l'ensemble de ces recommandations n'assure pas le succès de la décision mais permet de l'optimiser. L'organisation de cette évaluation et le choix de ses outils seront nuancés par les contextes de l'évaluation : consultation du médecin généraliste, consultation du psychiatre au cours de la crise suicidaire, consultation dans le service des urgences, immédiatement après une menace ou tentative de suicide, ou bien au cours d'une hospitalisation ou bien encore dans une Unité de crise ou un Service de psychiatrie. Cette évaluation doit être la plus précoce possible (ANAES 1998), sous réserve d'un état de vigilance suffisant lorsqu'il s'agit d'une intoxication médicamenteuse. L'évaluation psychologique doit être réalisée dès que cela est possible par un psychiatre, mais l'ensemble des praticiens confrontés à une situation de crise suicidaire, notamment les médecins généralistes, doit être capable de réaliser une première évaluation pour orienter le patient vers des soins appropriés. Cet entretien doit permettre, dans un climat de confidentialité, de recueillir les premières plaintes psychiques et, par une approche complémentaire du contexte de la crise, rechercher des signes de gravité pouvant faire craindre un suicide proprement dit.

## I - Les éléments cliniques à explorer

Un grand nombre d'experts (Jacobs D. 1993 et col ; Barraclough BM. 1987, Winokur A.D. 1978, Rich CL. Runeson BS.1992, Hirschfeld 1997) insistent sur le fait que 90% des sujets ayant réalisé un suicide abouti présentaient une pathologie psychiatrique : principalement un trouble de l'humeur. un abus de substance. un

trouble anxieux, un trouble psychotique ou une personnalité pathologique, en particulier de type limite. Avery et Winokur (1978) estimaient que 45 à 70% des suicidés souffraient de dépression.

C'est pourquoi la première étape doit être celle de la recherche d'un diagnostic psychiatrique. Pour certains (Rich et Runeson 1992), le meilleur prédicteur de suicide est la maladie psychiatrique.

### **I - 1. Diagnostic psychiatrique**

L'évaluation d'un diagnostic est une étape prioritaire, car le diagnostic d'une pathologie psychiatrique est fortement corrélé au comportement suicidaire. En particulier pour le diagnostic d'épisode dépressif ou d'alcoolisme, qui est retrouvé dans 80% des suicides aboutis (Jacobs D. et col 1993), notamment dans les autopsies psychiques.

Pour certains auteurs (Mosciki 1997), ce n'est pas la présence d'antécédents psychiatriques en soi mais l'association à un facteur de stress comme la perte d'un proche, une séparation ou la perte d'emploi récente, qui augmente le risque de suicide.

Les diagnostics à rechercher sont :

#### **1- Troubles de l'humeur**

- Plusieurs auteurs rapportent la prévalence élevée des troubles anxieux et de l'humeur parmi les suicidés. Un auteur observe par des autopsies psychologiques que des épisodes dépressifs majeurs sont retrouvés pour 51% des suicidés (Marttunen 1997).
- Une diminution apparente de la symptomatologie a été observée parmi certains patients qui avaient décidé de se suicider. Notamment, les patients qui ont pris la décision de mourir, peuvent apparaître paisibles.
- La probabilité de suicide dans l'année est augmentée si le patient présente, de façon associée au trouble de l'humeur, des attaques de panique, une anhédonie (Hirschfeld 1997), un abus d'alcool.

#### **2 - Le Trouble panique**

- le taux de suicide pourrait être proche de celui constaté dans les troubles de l'humeur.
- le risque est plus élevé si est associée une autre pathologie psychiatrique plus sévère
- le suicide ne survient pas uniquement pendant une attaque de panique

#### **3- La Schizophrénie**

- le suicide est relativement rare pendant les épisodes psychotiques
- la relation entre un ordre hallucinatoire et un acte suicidaire n'est pas clairement démontrée
- des idéations suicidaires existent parmi 60 à 80% des patients
- des tentatives de suicide peuvent être observées parmi 60 à 80% des patients
- le risque suicidaire est augmenté par :
  - un fonctionnement prémorbide
  - un début précoce de la maladie
  - le désespoir ou la dépression
  - une perception de la détérioration, notamment pendant une phase dépressive après un épisode psychotique.

#### **4- L'alcoolisme**

- Les abuseurs d'alcool ou de drogues constituent 15 à 25 % des suicidés
- La prise d'alcool est associée à environ 50% des suicides
- L'augmentation du risque de suicide parmi les alcooliques pourrait être corrélée à :
  - un début de l'alcoolisme au cours de l'adolescence
  - la deuxième ou troisième dizaine d'années d'évolution d'une maladie
  - une pathologie psychiatrique associée
  - une perte récente ou anticipée d'un proche
- L'abus de substance pourrait être une tentative de traitement du trouble de l'humeur et de l'anxiété, masquant la pathologie psychiatrique associée.
- Une personnalité de type limite
- augmente le risque de suicide, en particulier lorsqu'elle est associée à un trouble de l'humeur ou un abus de substance
- les caractéristiques psychopathologiques associées à un risque augmenté sont :
  - l'impulsivité, le désespoir
  - un comportement antisocial
  - des relations interpersonnelles distantes
  - une tendance à s'automutiler
  - le caractère bizarre d'une tentative de suicide

#### **I - 2. ATCD DE Tentative de Suicide (TS)**

- Une TS augmente le risque de suicide, d'après la plupart des auteurs (Lewinsohn 1993). De même, la tentative de suicide d'un ami multiplie par 3 le risque de TS.
- Un antécédent de suicide dans la famille, augmente le risque de " transmission " de ce comportement (Ladame F et col 1995 p20).
- Chez les sujets qui ont réalisé une Tentative de Suicide, le risque de suicide est augmenté de 7 à 10% par rapport à la population générale (Harvard Medical Institutions 1996). De même, 13 à 38% de ceux qui meurent par suicide avaient déjà réalisé une tentative de suicide. Parmi ceux qui ont réalisé une tentative de suicide, 90 % ne vont pas aller jusqu'au suicide abouti dans les années qui suivent, mais 1% va mourir par suicide dans l'année qui suit.

Il est donc essentiel de questionner le patient sur ces antécédents personnels et familiaux de TS. Explorations des antécédents de tentatives de suicide ou de comportement autoagressif :(d'après le " Suicide-Guideline " développé par le Harvard Medical Institutions 1996)

- Des équivalents de TS ont-ils eu lieu dans le passé ?
- Quelles ont été les circonstances de chaque tentative de suicide passée ? De quelle manière le patient peut-il rendre compte de ces TS (cela peut être très informatif sur son état d'esprit actuel) ? L'absence d'antécédents suicidaires n'écarte pas le risque d'un projet de suicide.
- Le patient a-t-il déjà présenté des comportements d'automutilation ?
- Bien que les automutilations soient fréquentes le plus souvent comme un acte auto-calmant plus que pour se tuer, certains parfois se suicident.
- Question pour évaluer le risque de nouvelles automutilations : Comment envisagez-vous de vous calmer maintenant ?

#### **I - 3. INTENTIONNALITÉ de suicide**

L'intentionnalité de l'acte suicidaire est évaluée par la létalité des gestes réalisés et correspond à l'intensité de la gravité du projet suicidaire. Ce projet suicidaire a pu être communiqué à des tiers par écrit ou oralement, ce qui constitue un indicateur de gravité (cf échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck).

Il est d'ailleurs observé que la communication d'idées suicidaires à des tiers est retrouvée dans 60% des suicides (Ladame F et col 1995 p14), mais le plus souvent peu de réponses adaptées ont été proposées par ces tiers.

Si le patient a présenté des symptômes de dépression, en particulier de désespoir, il est capital d'évaluer l'intentionnalité suicidaire (Gliatto 1997). Il importe notamment de rechercher la présence d'un projet suicidaire, et de préciser la fréquence, l'intensité, la durée des idées suicidaires, ainsi que leur caractère éventuellement envahissant. Il a été observé parmi un groupe de patients ayant réalisé des TS graves, que 14% d'entre eux avaient un plan suicidaire (Hall Ri. et col 1999).

Une stratégie d'évaluation a été adaptée d'après par Gliatto et col (1999) et le " Suicide Guideline " développé par le Harvard Medical Institution (1996), elle peut être proposée pour une utilisation systématisée.

Evaluation en présence d'une idéation suicidaire :

- Délimiter l'extension de l'idéation
- Quand se sont installées vos pensées suicidaires ?
- Un événement particulier a-t-il majoré vos pensées suicidaires ?
- Combien de fois par jour (ou par mois etc ...) pensez-vous au suicide ?
- Qu'est ce qui vous aide à vous sentir mieux lorsque vous êtes assailli par des idées suicidaires ? (une rencontre avec la famille ou la prise d'alcool, de médicaments ou de substances illicites, par exemple)
- Qu'est-ce qui vous fait vous sentir le plus mal ?
- Avez-vous envisagé un plan pour vous suicider ?
- Parvenez-vous à contrôler vos idées suicidaires ? Pouvez-vous les arrêter ?
- Le plan et sa gravité
- Avez-vous accès à des armes à feu ?

(La présence d'armes à feu au domicile augmente significativement le risque de mort par suicide, en particulier pour les adolescent (Choquet 1999).

- Avez-vous accès à des médicaments potentiellement dangereux ?
- Avez-vous imaginé votre mort et comment les gens réagiraient à votre enterrement ?
- Avez-vous déjà essayé de vous suicider ainsi ?
- Avez-vous changé votre assurance-vie ou donné vos biens ?

(Doyle 1990, Hirschfeld 1997)

#### **I - 4. Troubles du comportement**

Parmi les troubles du comportement, un certain nombre sont plus fréquents dans une population de suicidants que parmi des sujets non suicidants. Il est utile de les explorer. Une étude analysant la présence des troubles du comportement parmi une population de 954 élèves âgés de 12 à 19 ans est présentée au tableau (1).

**Tableau 1** : troubles du comportement : différence entre sujets ayant rapporté une tentative de suicide (TS) et ceux n'ayant pas présenté de TS (Non TS), d'après Garnefski Nadia et Diekstra René 1995

	<b>TS N=477</b>	<b>Non TS N= 477</b>				
<b>Variables</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>Chi2</b>	<b>df</b>	<b>P</b>	<b>R2</b>
Comportement à risque	40,3	18,4	52,61	1	<0.001	0.06
addictif	21,7	13,2	11,61	1	<0.001	0.01
• Abus de tabac	30,2	12,6	42,8	1	<0.001	0.05
• Abus d'alcool	30,6	10,0	4	1	<0.001	0.07
• Ivresses	35,2	14,2	62,31	1	<0.001	0.06
• Usage de marijuana	29,7	11,6	55,8	1	<0.001	0.03
Comportement agressif / criminel	36,7	33,8	9	1	<0.01	0.05
• Agressivité physique	27,7,9	10,7	29,19	1	<0.01	0.05
• Vandalisme			48,9			
• Vol			4			
• Problèmes avec la police, arrestations			44,61			

### **I - 5. Vie affective**

Des événements éprouvants de la vie affective sont fréquemment associés à la survenue de suicide. Hall et col (1999) rapportent parmi 100 patients qui ont réalisé des tentatives de suicide graves, que 78% vivaient à ce moment une situation de conflit relationnel important avec leur conjoint (32%), avec une personne dont ils étaient amoureux (21%), ou un membre de leur famille (parents 11%, fratrie 9%, enfants 8%) ou un collaborateur (3%).

Il convient donc en particulier utile de rechercher ;

- Une situation de détresse affective
- Une situation de rupture
- La perte ou la menace d'une perte (partenaire, emploi, statut social) d'autant plus que le sujet est vulnérable et qu'il a appris par son environnement que le suicide est une modalité de réponse à la détresse (Ladame et col 1995 p21).

### **I - 6. Contexte social**

Le contexte social du suicidant doit faire partie de l'évaluation clinique.

#### **Le statut marital :**

- Le mariage est reconnu protecteur pour les jeunes femmes, mais il apparaît comme un facteur de risque de suicide fatal chez les jeunes gens de sexe masculin (Bille-

Brahe et Schmidtke A 1995)

- Le veuvage ou le divorce sont identifiés comme des facteurs de risque de suicide aboutis (Hirschfeld 1997)
- L'absence d'enfants de moins de 18 ans au domicile vient s'ajouter aux risques précédents dans les autopsies psychiques de Gliato (1999)
- La situation professionnelle :
  - L'instabilité professionnelle ou les difficultés professionnelles sont retrouvées parmi 36% des suicidants (Hall 1999)
- Le contexte familial
  - Le caractère psychopathologique du milieu familial et social, avec notamment une histoire familiale de pathologie psychiatrique, en particulier de suicide, est à explorer précocement, car ils constituent un facteur de gravité pour le risque de passage à l'acte suicidaire ainsi qu'un facteur pouvant entraver la qualité de l'adhésion du patient au projet thérapeutique.

### **I - 7. relations avec la famille**

L'évolution des relations entre le patient et sa famille doit faire aussi partie de l'évaluation précoce du suicidant. La dégradation des relations familiales, notamment de la communication au sein de la famille, constitue un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire surtout parmi les adolescents.

De plus, la répétition des tentatives de suicide induit fréquemment la banalisation par la famille du risque suicidaire et contribue à isoler la personne et à majorer son pessimisme.

L'exploration du clinicien doit être centrée sur la perception du degré de satisfaction, ou d'insatisfaction ressenti par le patient à l'égard de son environnement familial.

### **I - 8. Capacités d'ajustement**

Le clinicien doit explorer les ressources dont l'individu dispose pour faire face à une situation de crise. Un affaiblissement des stratégies d'ajustement dont dispose le suicidant constitue un facteur important dans l'évolution de la crise suicidaire altérant sa capacité à résoudre les problèmes auxquels il est confronté, ainsi que son aptitude à contrôler son agressivité.

Cette capacité d'ajustement peut être explorée par les questions suivantes (d'après " Suicide Guideline " développé par Harvard Medical Institution 1996).

#### **1 Les facteurs de stress sont-ils récents dans la vie du patient ?**

- Le patient est-il actuellement confronté à une perte réelle ou imaginaire, à une déception, une humiliation ou un échec ?
- Y a-t-il eu une interruption dans le soutien social du patient (y compris dans la prise en charge thérapeutique) ?

#### **2- Quelles sont les capacités d'autorégulation du patient ?**

- Le patient a-t-il des antécédents de comportement impulsif ?
- La patient a-t-il besoin d'un soutien externe pour réguler son estime de soi ?

#### **3. Le patient est-il capable de collaborer au traitement ?**

- Le patient peut-il exprimer son adhésion au projet thérapeutique ?
- Le patient possède-t-il les capacités pour faire une alliance ?

## I - 9. Autres facteurs majorant le risque de suicide

Plusieurs auteurs observent que certaines pathologies somatiques augmentent le risque de suicide. C'est le cas de pathologies graves ou chroniques, comme un cancer, un traumatisme crânien ou un ulcère gastrique (Mackenzie 1987). C'est également le cas pour l'infection par le VIH lors de la découverte du diagnostic et de l'entrée dans la phase de SIDA (Marzuk 1991). A cette dernière phase on note selon les études une augmentation de la fréquence des morts par suicide de 16 à 36 fois par rapport à la population générale. Cependant parmi la population de personnes atteintes de maladie somatique, y compris le VIH, le suicide survient rarement en l'absence d'une comorbidité psychiatrique (d'après le même auteur).

D'autres pathologies somatiques sont rapportées comme augmentant le risque de suicide, c'est le cas des lésions médullaires et de la sclérose en plaques (Dannenberg 1996).

## II - Cas spécifiques

### II - 1. Les adolescents

Parmi les troubles psychiatriques, certains auteurs insistent sur le trouble de l'adaptation qui est retrouvé pour 30% des garçons et 39,6% des filles de 15-19 ans (Bille-Brahe 1993).

La recherche d'un syndrome dépressif est là d'autant plus importante dans cette population qu'il a été observé que les adolescents déprimés ont une idéation suicidaire plus fréquente et un nombre de TS plus élevé que ceux qui présentent d'autres troubles psychiatriques (Larsson 1998). Pour cet auteur, les TS sont le plus souvent réalisées pendant un épisode dépressif et sont très influencées par le comportement suicidaire des pairs et de la famille. Il convient par conséquent d'explorer systématiquement ces facteurs dans l'évaluation clinique de la crise suicidaire chez de jeunes suicidants.

Les troubles du comportement doivent être aussi recherchés, notamment les troubles scolaires (King 1996) ainsi que la consommation de drogue (Choquet 1994) qui sont aussi des marqueurs de gravité de la crise suicidaire.

L'évaluation de l'intensité suicidaire dans cette population est présentée au tableau (2).

**Tableau (2):** Intensité de l'idéation suicidaire parmi des adolescents hospitalisés en psychiatrie (Larsson 1998)  
Idéation suicidaire

	Idéation suicidaire	
	Nulle à	Modérée à
<b>Sexe</b>		
- Filles	46 (46%)	54 (54%)
- Garçons	43 (81%)	10(19%)
<b>Age</b>		
- 11-15 ans	47 (63%)	28 (37%)
- 16-18 ans	42 (54%)	36 (46%)

- 16-18 ans	42 (54%)	36 (46%)
<b>Diagnostic</b>		
- Autres troubles psychiatriques	73 (64%)	41 (36%)
- trouble dépressif	16 (41%)	23. (59%)

## II - 2. Adulte jeune

Dans cette catégorie de la population l'évaluation de l'intensité de la crise peut s'appuyer sur l'exploration des facteurs de risque présentée au tableau (3).

Tableau (3).. : Facteurs de risque de suicide selon l'âge, d'après Klerman GL. (1987)

Moins de 30 ans	Plus de 30 ans
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histoire familiale de suicide</li> <li>• Homme &gt; Femme</li> <li>• Antécédent de TS</li> <li>• Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, abus de substance)</li> <li>• Mini-épidémie dans le groupe</li> <li>• Histoire de délinquance, ou de comportement semi-délinquant, même en l'absence de trouble psychique</li> <li>• Présence d'arme à feu au domicile</li> </ul>	Histoire familiale de suicide Homme > Femme Trouble psychiatrique (trouble de l'humeur, schizophrénie, alcoolisme) Vivre seul, en particulier être séparé, veuf ou divorcé Perte de soutien social Dégradation du statut socio-économique Maladie somatique Chômage Déclin socio-économique Perturbations psychologiques

## II - 3. Sujet âgé

La fréquence des suicides aboutis augmente en France jusqu'à 54 ans (29/100 000) puis décroît pour croître de nouveau et atteindre 61/100 000 pour les sujets de 85 ans et plus, alors qu'elle est de 9,7/100 000 pour les moins de 24 ans.

D'autre part, les taux de mortalité masculine par suicide, quelle que soit la tranche d'âge étudiée, restent toujours supérieurs à ceux des femmes (Bourgeois 1997), ce qui souligne l'importance d'une évaluation attentive parmi cette population à très haut risque, parmi les personnes âgées de sexe masculin. Cette évaluation doit être d'autant plus précise que la personne âgée a le plus souvent recours à des moyens

létaux pour se suicider.

Dans cette population, la tristesse et l'inhibition psychomotrice ne peuvent apparaître qu'au second plan. Il convient donc de dépister les dépressions à masque somatique caractérisées par des algies diverses résistant aux traitements habituels et des troubles du comportement alimentaire de type anorexique.

Les questions spécifiques à explorer concernent les points suivants :

- Le patient traverse-t-il une situation de rupture, même minime ?
- Le décès du conjoint est-il survenu récemment ou bien est-ce une date anniversaire ?
- Le patient ressent-il un sentiment d'inutilité, de charge pour l'entourage ?
- Le patient est-il atteint par une maladie somatique invalidante ou hyperalgique ?
- Est-ce que la personne pense à sa mort et comment ?

### **III - Contexte de l'évaluation**

#### **III - 1. La consultation du médecin en dehors du service d'urgence**

- Le médecin généraliste (ou spécialiste non psychiatre)

L'évaluation des pensées suicidaires ne doit pas être réservée aux professionnels de santé mentale. Il a été rapporté (Hirshfeld 1997) que les deux tiers de personnes suicidées avaient rencontré leur médecin le mois qui a précédé leur mort. De plus, de nombreux patients utilisent les prescriptions des médecins pour se suicider : c'est le médecin lui-même qui met ainsi à leur disposition le moyen de se suicider (Murphy GE 1975).

Le patient exprime rarement spontanément ses pensées suicidaires et le médecin doit savoir identifier des signaux d'alerte.

Le médecin généraliste, qui est donc souvent sollicité, doit avoir comme objectif de repérer un risque imminent de suicide et des critères pour choisir une stratégie de soins adaptée.

Les axes de cette évaluation doivent être centrés sur les points suivants, en utilisant les critères précisés au chapitre I.

Points que le médecin doit évaluer sans délai :

1. Idéation suicidaire : le patient a-t-il des pensées suicidaires ?
2. Plan suicidaire : le patient a-t-il envisagé comment réaliser son suicide ? Dispose-t-il de moyens létaux ?
3. Trouble psychiatrique : le patient présente-t-il un trouble de l'humeur ou un trouble psychotique avec des hallucinations ?
4. Ethylisme : le patient a-t-il un problème de dépendance à l'alcool, reconnu ou nié ?
5. Existe-t-il une situation de conflit avec désespoir : le patient est-il actuellement en conflit avec son entourage personnel ou professionnel ? Envisage-t-il une résolution possible ou semble-t-il désespéré ?
6. Situation sociale, isolement, précarité : le patient est-il dans une situation de détresse sociale ? Dispose-t-il d'au moins une personne disponible qui peut le soutenir de façon efficace ?

#### **III - 2. Dans le services des urgences**

Les recommandations de l'ANAES (1998) insistent sur la nécessité d'une évaluation aux urgences de tous les adolescents ayant réalisé une TS.

Toute personne suicidaire se présentant aux urgences doit bénéficier d'une

évaluation clinique rigoureuse du risque suicidaire, qu'il y ait eu ou pas de geste suicidaire et quelle qu'en soit la gravité. Il faut être averti du risque d'une évaluation inexacte, lorsque le patient présente au réveil après une intoxication médicamenteuse, un état d'euphorie ou d'oubli des faits récents.

L'évaluation du clinicien doit être systématique et peut s'appuyer sur le modèle suivant, adapté d'après Press BR (1997), qui peut être utilisé par l'ensemble des médecins aux urgences.

### **Evaluation d'un suicidant aux urgences :**

#### **• Première phase avant l'évaluation :**

- Elle est initiée, pour les adolescents, par un contact avec un parent, un assistant social ou un enseignant qui connaît l'adolescent.
- L'équipe qui accueille aux urgences doit être étayante et rassurante, sans porter de jugement, car elle influence l'adhésion au projet de soin.
- Le patient doit être surveillé de façon continue par un membre de l'équipe médicale.

#### **• Phase d'évaluation :**

- **Observation** : le comportement, l'habillement, le niveau apparent de détresse émotionnelle, la présence de signes neurovégétatifs
  - **Questions générales** : le mode conversationnel permet d'initier l'entretien, pour parler de son histoire, en restant vigilant à ne pas augmenter l'anxiété.
  - **Questions plus précises** :
    - **La santé mentale** : quels sont antécédents psychiatriques, un traitement a-t-il été prescrit, quel en a été l'observance, Y a-t-il des antécédents de maladie psychiatrique dans l'histoire familiale et les-quels ?
    - **La tentative de suicide** : était-ce la première fois qu'il y pensait ? ou a-t-il eu ce projet depuis un certain temps ? Pense-t-il avoir besoin d'un médecin ou d'une hospitalisation ?
    - **La létalité** : voulait-il mourir ? Avait-il accès à des moyens létaux ? Pensait-il que le moyen utilisé était légal ?
    - **Les projets** : peut-il faire des plans pour l'avenir ? A-t-il un emploi stable ? Est-il scolarisé (s'il est étudiant) ? A-t-il un projet de couple ou un projet professionnel ?
    - **Les comportements à risque** : est-il engagé dans des activités ou se met-il en danger (tentative de suicide déguisée) ? A-t-il des conduites sexuelles à risque ?
    - **Alcool et drogue** : si elles sont impliquées dans la tentative de suicide, depuis quand sont-elles utilisées et à quelle fréquence ? Si le patient est sous l'effet de drogue ou d'alcool, le risque suicidaire ne peut être évalué correctement.
    - **Présence d'une situation de conflit** : un conflit de personnes, le concernant lui ou dans sa famille a-t-il précédé la ts ?
    - **Trauma** : a-t-il été abusé physiquement et/ou sexuellement ? A-t-il perdu récemment une relation amoureuse ?
    - **Impulsivité** : est-ce que la tentative de suicide était préméditée avec un plan de suicide ? Quel était l'état émotionnel du patient avant la ts ? A-t-il écrit un courrier avant la tentative de suicide ?
    - **Le soutien social** : dispose-t-il d'un soutien lorsqu'il est en crise (famille, ami, religion) ?
    - **Exposition** : est-ce que des membres de sa famille ont tenté ou réalisé un suicide ? A-t-il été informé récemment par les médias d'un suicide ?
- Après cette évaluation, le médecin doit s'informer auprès de l'entourage du patient pour déterminer son état de santé mental. Il faut aussi évaluer le niveau d'hostilité de

la famille à l'égard du patient. L'on tentera alors de proposer un diagnostic préliminaire.

#### • **Diagnostic préliminaire**

Le médecin aux urgences doit pouvoir distinguer : un trouble de l'humeur, un trouble du cours de la pensée, un trouble anxieux, un trouble des conduites, des troubles oppositionnels. Il faut être particulièrement vigilant, lors de l'abus de substance, car cela peut masquer les symptômes psychiatriques et cela peut être le seul symptôme apparent de la crise suicidaire.

#### • **Intervention**

L'intervention immédiate peut permettre au patient d'exprimer certaines émotions qui permettront aussi d'envisager une thérapie que l'on proposera si le diagnostic de dépression est porté.

L'évaluation d'un adolescent suicidaire aux urgences peut suivre les recommandations de Press (1997) présentée figure (1).

La décision la plus difficile à prendre concerne les cas où le patient veut sortir de l'hôpital. Pour faciliter une telle décision il est recommandable de pouvoir s'appuyer sur un ensemble de critères.

- Le patient ne présente pas un risque imminent de suicide
- Le patient est médicalement stable.
- Le patient et ses parents, s'il est mineur, acceptent de revenir aux urgences si de nouvelles intentions suicidaires réapparaissent.
- Le patient n'est pas délirant ; ni sous l'emprise d'un toxique, ni dément.
- Les moyens potentiellement létaux peuvent être retirés.
- Un traitement par un psychiatre peut être organisé.
- Le médecin a le sentiment que le patient et sa famille vont suivre les recommandations thérapeutiques.
- Les soignants du patient et ceux qui assurent son soutien social adhèrent à ce projet.

Si ces critères ne peuvent être assurés, il est recommandé de :

- attendre aux urgences le temps nécessaire pour les recueillir
- hospitaliser le cas échéant le patient dans un service de psychiatrie

### **III - 3. Au cours d'une hospitalisation en psychiatrie**

Les patients hospitalisés en psychiatrie présentent un risque plus élevé de décéder par suicide. Le suicide est la conséquence la plus grave des troubles psychiatriques et tous les troubles psychiatriques majeurs peuvent conduire au suicide (Appleby 1992). Il a été observé (King & Barraclough 1990) que le risque relatif de mort par suicide pour mes patients qui avaient eu un contact avec la psychiatrie était de 26.

Un ajustement des stratégies de soins pourrait contribuer à diminuer ce risque.

Les patients souffrant de schizophrénie présentent un haut risque de suicide, en particulier les hommes jeunes, avec une maladie récente, des antécédents de parasuicide, des symptômes de troubles affectifs et un sentiment de désespoir.

Parmi ceux qui ont fait une TS, ceux qui présentent une idéation suicidaire, ou qui ont une personne proche qui a déjà réalisé une TS, sont caractérisés par un risque de TS plus élevée.

Dans un tel groupe, 88% de ceux qui ont fait une ts avaient un haut niveau d'idéation suicidaire avant leur admission. En effet 72 % de ceux qui ont fait plusieurs ts ont un

membre de leur famille ou un proche qui a fait une ts.

On peut distinguer deux types de facteurs prédictifs : ceux qui caractérisent les patients et ceux qui font intervenir les soins apportés par les équipes médicales. Parmi les facteurs concernant le patient, il faut rechercher les signes de dépression, l'intensité de l'idéation suicidaire, mais aussi l'apparition récente d'un trouble psychotique.

#### **IV - Techniques et stratégies d'évaluation**

- Les entretiens cliniques habituels ignorent jusqu'à 60% des diagnostics d'épisode dépressif majeur (Carlson GA 1980). L'utilisation de procédure systématisée pourrait diminuer ce chiffre.

Stratégie d'évaluation :

- Le patient doit être interrogé seul, aussi longtemps qu'il est capable de présenter une histoire cohérente
- Si le patient a des idées suicidaires, un membre de la famille ou une personne importante pour lui doit être contacté, avec la permission du patient, et être interrogé de préférence en présence du patient.
- Questionner le patient sur les symptômes de dépression, d'abus de substance, et s'il a fait état de ses idées suicidaires à d'autres, d'autant plus qu'il les nie avec le médecin.
- Utiliser des procédures d'évaluation dont les synthèses sont présentées sous formes d'algorithmes dans les figures 2 et 3.
- Choisir des questionnaires psychométriques simples et validés (cf chapitre V).

#### **V/ Les instruments de l'évaluation**

Les évaluations cliniques proposées nécessitent de recueillir d'un grand nombre d'informations précises et pour cela le praticien doit disposer d'un temps suffisant.

Au cours de cet entretien clinique, le praticien peut utiliser des questionnaires psychométriques validés qui permettent de compléter son jugement.

Ils peuvent être centrés sur l'évaluation des troubles psychiatriques et celle de l'intention suicidaire .

- Le questionnaire BDI-II, propose une mesure dimensionnelle de la dépression
- Le questionnaire HAD, offre une évaluation de l'anxiété et de la dépression.
- Le Questionnaire d'Intentionnalité suicidaire de Beck, permet une quantification de l'intention suicidaire
- Le questionnaire CAGE (Buchbaum 1991), donne une information sur les problèmes liés à l'alcool

#### **Conclusions**

Il faut distinguer des facteurs de risque à court terme et des facteurs à plus long terme. Une étude menée par Fawcett (1990) pendant 10 ans sur 954 sujets déprimés indiquait l'importance de les distinguer. Les symptômes associés à un risque à court terme seraient l'anxiété sévère, l'existence d'attaques de panique, les troubles de la concentration, l'insomnie, les excès d'alcool, l'anhédonie. Les autres symptômes, les antécédents de tentatives de suicide, les facteurs psychosociaux seraient des facteurs de risque à plus long terme qui peuvent être évalués secondairement..

Un des éléments essentiels en effet de l'évaluation est de juger du délai disponible

pour intervenir. On peut considérer que le risque est imminent :

- Si le patient exprime des intentions de mourir
- S'il a élaboré un plan
- S'il a des moyens létaux disponibles
- S'il présente des symptômes psychotiques, en particulier des voix qui le poussent au suicide
- S'il a un sentiment de désespoir ou de pessimisme extrême

Ce risque est augmenté s'il y a une association de symptômes dépressifs et anxieux (en particulier attaque de panique) ou des antécédents personnels ou familiaux de TS ou de suicide.

Les données de la littérature précitées insistent sur le fait que parmi les personnes qui réalisent un suicide, le plus grand nombre présente un trouble psychiatrique lors de leur mort. Etant donné que ces personnes sont vues plus fréquemment par un médecin généraliste qu'un psychiatre, l'ensemble des praticiens qui sont amenés à évaluer des patients suicidaires ou suicidant doivent évaluer de façon prioritaire trois axes : les symptômes de dépression, les signes cliniques d'alcoolisme et l'existence d'un plan suicidaire. Ces trois axes permettent de prendre une décision immédiate sur l'organisation des soins du patient. Si une exploration complémentaire est nécessaire, elle doit être réalisée dans un second temps, par un psychiatre en consultation ou lors d'une hospitalisation qui est décidée sur les arguments des trois axes de l'évaluation clinique initiale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Appleby L. Suicide in Psychiatric Patients : Risk and Prevention. *British Journal of Psychiatry* 1992, 161, 749-758
- Avery D Winokur G. Suicide attempted and relapse rates in depression occurrence after ECT and antidepressant therapy. *Arch Gen Psychiatr*, 1978, 35 : 749 753
- Barracough BM. The suicide rate of epilepsy . *Acta psy chiatrica scandinavica* 1987 ; 76 ; 339-45
- Bille-Brahe et al The Who /Euro multicentre study on parasuicide. Facts and figures. Who/OMS, Copenhagen, 1993
- Etude OMS/Europe 1993
- Bille-Brahe U. et al. The Who /Euro multicentre study on parasuicide. Facts and figures. Who/OMS, Copenhagen, 1993
- Bille-Brahe U. Schmidtke A " Conduites suicidaires des adolescents, la situation en Europe " in *Adolescence et Suicide* Ladame F. Ottino J. Pawlak C. 1995 :18-38
- Buchbaum D. Buchanan R.G. Centor R.M. Schnoll S.H. Lawton M.J. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. *Ann intern Med* 1991; 115: 774-7
- Carlson GA Cantwell DP, Survey of depressive symptoms , syndrome and disorder in a child psychiatric population. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1, 19-25, 1980
- Choquet M. Communication orale, Hospitalisation des jeunes suicidants, pratiques et enjeux, Paris, UNESCO, 3 déc. 1999
- Choquet M. L'acte suicidaire: approche épidémiologique. *Act Med Inter, Psychiatrie* 1989; 6: 4-7
- Choquet M. Ledoux S. 1994. Adolescents: enquête nationale. Paris: la Documentation Française / INSERM, 346p
- Dannenberg AL. McNeil JG. Brundage JF. Brookmeyer R. Suicide and HIV infections : mortality follow-up of 4417 HIV seropositive military service applicants. *JAMA* 1996 : 276 : 1743-6
- Diekstra, RFW, The prevention of suicidal behavior : evidence for the efficacy of clinical and community-based programs. *Int L Ment Health* 1992 ; 21 69-87.
- Doyle B.B. Crisis management of the suicidal patient. In: Blumenthal S.J. Kupfer D.J., eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients*. Washington , D.C.: American Press, 1990: 381-423 Fawcett J. Clark D.C. Busch K.A. Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatr Ann* 1993; 23: 244-55
- Gliatto M.F. RAI A.K. Evaluation and Treatment of patients with Suicidal Ideation. *American Family Physician* 1999; 3: 15

Goodwin F.K. Brown G.L. Risk factors for youth suicide. In: report of the secretary's task Force on Youth Suicide. Vol 2. Washington , D.C. Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1989; DHHS publication n) (ADM) 89-1621

Hall Ri. C. Platt D. E. Hall Ry. C. Suicide Risk Assessment: a review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts. Evaluation of suicide Risk in a Time of Managed Care. *Psychosomatics* 1999; 40;1:8-27

Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987, 150: 145-53

Hirschfeld RMA, Russel JM. Assessment and Treatment of Suicidal Patients, *New Engl Journ of Med* ; 1997, 25, 910-915

Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Prim Psychiatry* 1996 ; 3 ; 26-9

King C.A. Ghaziuddin N. McGovern L. Brand E. Hill E. Naylor M. Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1996; 35: 743-751

Klerman GL. Clinical Epidemiology of suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1987 ; 48 : 33-38

Larsson B. Ivarsson T. Clinical characteristics of adolescent psychiatric inpatients who have attempted suicide. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 1998; 7,4 : 201-208

Lewinsohn P.M. Rohde P. Seeley J.R. Psychosocial characteristics of adolescents with a story of suicide attempt. *J. M. Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 32, 60-68, 1993

Mackenzie T.B. Popkin M.K. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17:3-22

Marzuk P.M. Suicidal Behavior and HIV Illness. *Int Rev Psychiatry* 1991;3 : 365-371

Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiological studies. *Psychiatr Clin North Am*. 1997; 20: 499-517

Murphy GE The Physician's responsibility for suicide . An error of commission. *An Intern med* 1975 ; 82 : 301-4

Rich C.L. Young D. Fowler R.C. San Diego suicide Study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychshiatry* 1986; 43: 577-82

Rich CL. Runeson BS. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta psychiatr Scand* 1992 ; 86 ; 335-9)

Simon RI. *Psychiatry and Law for Clinicians*. Washington DC. : American Psychiatric Press, 1992

Walter M, Cremniter D, Bleton L, Subileau B, Evaluation de la prise en charge de suicidants . *Ann Med Psychol* 1997, 155, 6 , 413-7

## **Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ?**

Dr François DUMEL

Médecin généraliste, Audincourt

Le suicide est un problème majeur de santé publique. Il est l'aboutissement d'une situation de crise qui est souvent ignorée, alors que le patient suicidaire consulte. Toutes les études s'accordent à dire que les idées suicidaires et la pathologie dépressive sont méconnues en médecine générale. La consultation du généraliste est faite de 20% de situations dépressives ; 80% des déprimés sont traités par le généraliste. La détection de ces troubles en médecine générale est difficile, car le mode d'expression passe souvent par le corps.

Nous nous attacherons à évaluer l'importance du problème. En quoi le médecin généraliste est-il concerné ? La compréhension du sous diagnostic des syndromes dépressifs et de la crise suicidaire nous permettra de proposer une démarche et des outils diagnostiques adaptés à la pratique du généraliste. La prise en charge thérapeutique en sera facilitée.

### **1. Importance du problème**

En France, plus de 12000 personnes se suicident chaque année, soit un taux de 21 décès pour 100 000 habitants. C'est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la première chez les 25-30 ans. Ce sont les personnes âgées qui se suicident le plus. Les hommes se suicident 3 fois plus que les femmes 1.

Ces statistiques sous-estiment probablement la réalité de 20% . En l'absence d'éléments permettant de conclure à un suicide, le médecin constatant le décès déclare une mort violente indéterminée quant à l'intention ( noyade, accident d'un seul véhicule, chute d'un lieu élevé, etc..).

Les tentatives de suicide, en France, sont au moins 10 fois plus fréquentes que les suicides aboutis soit une estimation de l'ordre de 120 000 en 1993. Actuellement certains auteurs parlent de 150 000 tentatives de suicide par année. Deux tentatives de suicide sur trois sont le fait de femmes. Les taux de tentatives de suicide les plus élevés s'observent dans la tranche 15-35 ans. A signaler le faible taux de tentative de suicides chez les personnes âgées rapporté à celui des suicides aboutis 4,. Selon différents auteurs 4, la proportion des tentatives de suicide traitées en ambulatoire semble être de l'ordre de 20 à 30 % de l'ensemble des tentatives de suicide.

En France : un suicide toutes les 40 minutes une tentative de suicide toutes les 4 minutes.

### **2. Qui se suicide ?**

Quelles sont les caractéristiques des suicidés ?

Peut-on définir des facteurs de risque suicidaire identifiables ?

#### **Facteurs psychopathologiques**

Selon les études internationales d'autopsie psychologiques , 90 % des suicidés présentaient des troubles mentaux avérés avant le geste.

La dépression et les troubles affectifs de l'humeur restent les troubles le plus fréquemment associés au suicide : 65% à 70% des patients qui se suicident présentent une dépression<sup>9</sup>. Les autres diagnostics les plus souvent retrouvés sont les conduites addictives ( alcoolisme et toxicomanie) et les troubles anxieux. Les antécédents personnels et / ou familiaux de suicide sont des facteurs importants.

Les facteurs sociologiques <sup>9</sup> les plus couramment rencontrés sont :

- Les catégories socioprofessionnelles les moins qualifiées ont un taux de suicide plus élevé que les autres catégories.
- Le chômage, les difficultés économiques, la précarité, par les troubles anxieux ou dépressifs et par l'alcoolisme qu'ils génèrent, sont reconnus comme des facteurs importants.
- L'isolement affectif : célibataires, séparés, divorcés, veufs, échec sentimental, absence d'enfant, éloignement de la famille.
- L'isolement social : déracinement, migration, hospitalisation, perte des rapports humains, retraite.
- L'habitat socialement désorganisé.
- Etre de sexe masculin et avoir plus de 45 ans.

Qui tente de se suicider ?

Quels sont les facteurs de risque ?

Indiscutablement il existe un groupe à risque, il s'agit des adolescents et adultes jeunes 1,4,5, 9, , et particulièrement chez les jeunes filles d'origine maghrébine en fin de scolarité 5.

Le geste est le plus souvent impulsif à l'adolescence : 55% des adolescents disent n'avoir jamais pensé au suicide avant le passage à l'acte.

La dépression est souvent masquée. Les jeunes suicidants sont plus souvent en mauvaise santé ou ont eu des pathologies organiques graves avec fréquentes hospitalisations. Ils se disent plus fatigués et ont des troubles du sommeil. Ils consomment plus de médicaments ( psychotropes ). Fugues, conduites addictives et troubles des conduites alimentaires sont systématiquement retrouvés dans toutes les études 4, 14.

La tentative de suicide est un geste souvent répété :

- 43% chez les sujets de tout âge,
- dans 60% des cas le délai entre 2 tentatives n'excède pas un an 4, 9.

### **Facteurs psychopathologiques**

Les tentatives de suicides concernent plutôt des sujets ayant un trouble de la personnalité ou vivant des situations de crise <sup>9</sup>.

Chez les déprimés la prévalence annuelle des tentatives de suicide est de l'ordre de 4 à 10%.

Les dépressions brèves récurrentes, l'état anxieux, le trouble panique ( 64% de ces sujets ont eu des idées suicidaires et 20% ont fait au cours de leur vie une tentative de suicide) et les attaques de panique, l'alcoolisme et la toxicomanie sont les autres facteurs de risque psychopathologiques rencontrés <sup>9</sup>.

Les circonstances de " grand stress vital" telles les abus et agressions sexuelles favorisent les abus de toxiques et les conduites à risque.

L'existence d'une tentative de suicide est un facteur de risque de suicide réussi : 19 à 42% des suicidés ont au préalable effectué une tentative de suicide et 10% des suicidants décèdent par suicide dans les 10 ans suivant leur geste <sup>9</sup>.

### **Facteurs sociologiques :**

Toutes les situations de rupture familiale ou de difficultés familiales créent un risque : deuil, séparation, divorce, famille monoparentale, relations intra-familiales perturbées 4,9. L'isolement social et affectif ( rupture sentimentale chez l'adolescent ) joue un rôle défavorable. 4,11. On retrouve donc les mêmes facteurs de risques que pour les suicidés 11.

### **Conclusion**

Le suicide est le fait essentiellement des déprimés ( 60%) et schizophrènes ; l'anxiété , l'alcoolisme et la toxicomanie sont les autres principaux facteurs de risque. La tentative de suicide est le fait de sujets déprimés, anxieux, alcooliques, présentant des troubles de la personnalité. La dépression est donc le facteur de risque majeur. La comorbidité entre ces affections psychiatriques décrites d'une part, les toxicomanies et les troubles de la personnalité, en particulier chez les jeunes, d'autre part est une notion forte 4, 9, 14, 15, 16.

En fait, les caractéristiques sociales et médicales des suicidés et suicidants sont proches.

Le suicide et la tentative de suicide concernent toutes les catégories d'âge et les deux sexes.

La prédictibilité du risque suicidaire est incertaine. De nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il est impossible d'établir un portrait robot du sujet suicidaire. Cependant ils s'accordent à reconnaître que le risque suicidaire est 7 fois plus élevé chez les sujets cumulant plus de trois des facteurs de risques par rapport aux sujets n'en présentant aucun.,

### **3. En quoi le suicide et la crise suicidaire concernent-ils le médecin généraliste ?**

Les différentes enquêtes en particulier les autopsies psychologiques 3, 10, , indiquent qu'un nombre important de suicidants et de suicidés ont consulté un praticien dans les jours précédant le passage à l'acte : 60 à 70% ont consulté le mois précédent et 36 % la semaine précédente. L'augmentation de la fréquence des consultations est un signe d'alerte.

Selon Howland la dépression représente près de 20% des consultants en médecine générale.

Différents auteurs internationaux font état d'une sous-reconnaissance de la dépression et donc d'une non prise en charge de cette pathologie. Une dépression sur trois est reconnue par le médecin généraliste, dont 2 / 3 des dépressions graves.

Un quart des sujets suivis pour une ou plusieurs pathologies chroniques présente des idées suicidaires et 5% d'entre eux sont suicidants.

Le dépistage et la prise en charge de la dépression en médecine générale est efficace en terme de morbidité et de mortalité. L'étude de Gotland le prouve, .

Principaux résultats du programme de formation des médecins généralistes en île de Gotland deux ans après sa mise en place :

- diminution des suicides de 60 %
- consommation d'antidépresseurs en augmentation de 52 % sur l'île de Gotland, (augmentation de 17 % en Suède sur la même période)
- diminution de la prescription de benzodiazépines et autres neuroleptiques de 25% comparé à la moyenne suédoise
- diminution de 50% des consultations en psychiatrie
- diminution de 85 % des consultations pour état mélancolique

- diminution de 50 pour 100 des congés maladies dues à la dépression.

Une analyse coût / bénéfice de ce programme a également révélé une balance très fortement excédentaire en faveur du programme, avec une économie évaluée entre 17 et de 285 millions de couronnes pour un coût de 400 000 couronnes suédoises. D'autres travaux internationaux confirment l'efficacité de la prise en charge de la dépression en médecine générale .

A Khan, dans des essais thérapeutiques randomisés de la FDA, met en évidence une réduction des idées et du risque suicidaire avec le placebo. Cela tend à considérer l'importance de la relation médecin - malade dans cette prise en charge.

Il apparaît clairement que le médecin généraliste, médecin de premier recours, doit être totalement impliqué dans le dépistage, diagnostic et prise en charge de la dépression en association avec les tous les autres intervenants du champ sanitaire et social.. Cette prise en charge est efficace à condition de garder une vigilance constante dans le repérage des troubles dépressifs et des idées suicidaires 24.

#### **4. Comment évaluer le risque suicidaire et notamment l'imminence ou la gravité d'un passage à l'acte en médecine générale ?**

Evaluer le risque suicidaire, c'est reconnaître l'idée de suicide. C'est reconnaître la souffrance morale et la dépression au cours d'une consultation de médecine générale.

Reconnaître l'idée de suicide auprès des patients habituels du médecin généraliste.

- Le patient est suivi ou connu pour des troubles psychiatriques avec des antécédents de troubles à tonalité dépressive, voire des antécédents de tentatives de suicide : c'est le cas le plus aisé.

L'interrogatoire abordera naturellement le thème sous différentes formes : " Avez-vous des idées noires ? Pensez-vous ( à nouveau) à la mort ou au suicide ?" .

Souvent le patient suicidaire n'exprime pas clairement ses idées, mais s'exprime de façon indirecte dans un contexte de désespoir 19. " Je me sens inutile, je suis devenu une charge pour l'entourage, je souhaite dormir longtemps, veut rejoindre un être cher ..."

- Le patient est connu et suivi régulièrement pour des troubles organiques sans la moindre connotation anxio-dépressive.

L'idée de suicide sera abordée lors d'évènements survenus dans la vie du patient : toutes les situations de ruptures affectives ou sociales et tous les traumatismes ou stress vital - accident - agression. Le médecin évaluera le retentissement de ces évènements sur le psychisme du sujet en étant attentif à l'évolution de l'humeur et la notion de perte d'estime de soi.29

Mais la dépression peut être masquée par une présentation somatique.

En l'absence d'évènements importants dans la vie du patient, il convient de dépister l'idéation suicidaire et la dépression. Elles concernent 20% des consultants , les 2/3 sont méconnus 20 21 22 , et 20% sont des malades chroniques 22.

Le mode de présentation de la dépression en médecine générale passe par le corps, ce qui rend sa détection difficile. Selon une enquête récente un quart des consultants se présentent à la consultation avec des symptômes médicalement inexpliqués . La somatisation représenterait une incapacité d'expression du trouble psychologique.

Le patient donne une explication extérieure à ses troubles psychologiques ou somatiques ( par ex. : asthénie due au surmenage ou à une anémie. manque de

magnésium.. ) . Il est gêné pour aborder ces problèmes, il craint d'ennuyer le médecin, il est persuadé que ce n'est pas le rôle du médecin et que celui-ci est impuissant à le prendre en charge .

La crainte des psychotropes incite le patient à ne pas parler de son trouble dépressif. Reconnaître l'idée de suicide auprès de patients vus rarement ou pour la première fois :

Le tableau clinique général orientera la consultation. La motivation profonde de la consultation sera attentivement recherchée, chez un patient fréquentant peu les cabinets médicaux. Une symptomatologie même médicalement expliquée peut servir de " ticket d'entrée " ou masquer un état dépression ou suicidaire. On se retrouve dans la situation précédente. La gêne qu'éprouvent les patients à aborder cette thématique dépression - suicide avec leurs médecins traitants les incite parfois à changer de praticien pour en parler plus librement ( adolescents en particulier, le médecin de famille étant celui des parents ).

### **Reconnaître l'idée de suicide en garde :**

Le médecin généraliste est le premier recours, joignable à toute heure notamment la nuit. Les consultants sont rarement les consultants habituels du médecin de garde. Les situations décrites plus haut se retrouvent avec un sentiment d'anxiété, voire de panique exacerbé chez le patient et parfois l'entourage. La somatisation fait craindre au patient une pathologie grave voire incurable.

La prise en charge débute souvent au téléphone lors de la prise de l'appel, et nécessite de prendre en compte, dès ce moment, l'entourage très inquiet. Après élimination d'une pathologie organique justifiant d'une thérapeutique adaptée, il faut très vite distinguer le caractère plus ou moins actif de ces idées suicidaires ( idées suicidaires passagères - suicide seule solution aux problèmes du sujet - projet suicidaire bien élaboré ).

### **Deux situations particulières**

#### **• L'adolescent**

Les idées suicidaires sont banales à l'adolescence, à condition de ne pas être envahissantes. L'acte suicidaire surprend par son facteur déclenchant souvent anecdotique. La tentative de suicide est le plus souvent impulsive et non préparée. Les adolescents consultent peu, de préférence un médecin généraliste<sup>38 39</sup>. Le praticien doit décoder la demande de l'adolescent ; le motif annoncé est souvent éloigné du motif réel de la consultation. Les plaintes somatiques motivent l'essentiel des consultations. A travers un certain nombre d'indicateurs de santé ( santé physique et image corporelle - scolarité et aspects professionnels - activités sportives et loisirs - habitudes de vie - conduites à risque - relations familiales - relations sociales - éléments dépressifs ), l'adolescent sera situé dans son cadre de vie et sa trajectoire <sup>39</sup>. La question d'éventuelles pensées ou gestes suicidaires sera abordée systématiquement.

#### **• Les personnes âgées**

Les données de la littérature montrent un sous diagnostic de la dépression chez la personne âgée et un sous traitement de la dépression de la population en médecine de ville comme en institution ( une personne âgée déprimée sur cinq est traitée par antidépresseur et le plus souvent à dose insuffisante ).

Les suicidés âgés n'étaient pas plus isolés socialement que les suicidés jeunes ; médicalement 50% avaient consultés moins de 7 jours avant l'acte • A l'inverse des adolescents, les personnes âgées se suicident dans le premier geste suicidaire. Elles

ont tendance à ne pas exprimer leurs idées suicidaires et à présenter une symptomatologie trompeuse ( hypochondrie - troubles du caractères - syndrome de glissement )<sup>43</sup> . Elles parlent plus facilement du sentiment d'inutilité et de la charge qu'elles représentent pour leur entourage ; c'est une manière détournée d'aborder le problème.

Influence de l'attitude du praticien dans l'identification des idées suicidaires et de la dépression.

Le diagnostic positif de l'idéation suicidaire, voire de la dépression semble être une réelle difficulté en pratique quotidienne pour le médecin généraliste. Si la présentation clinique du consultant égare ou retarde le diagnostic, la gêne ou la réticence du médecin à aborder les problèmes psychologiques et le temps nécessaire pour traiter ce problème après une consultation somatique, sont des facteurs non négligeables dans la non reconnaissance du problème.

La communication du médecin influence la reconnaissance des symptômes dépressifs. Selon l'étude de P Carney, le taux de diagnostic de dépression dépend franchement de la façon de communiquer du praticien. Les praticiens ayant un taux de diagnostic de dépression élevé posaient deux fois plus de questions sur les sentiments et les émotions que ceux qui ne reconnaissaient pas la dépression.

Il convient d'améliorer la relation médecin-patient par une formation adaptée dans ce domaine. Des outils diagnostiques adaptés aux contraintes de l'exercice de la médecine générale méritent d'être développés <sup>36</sup>.

La non reconnaissance des syndromes dépressifs et donc de la crise suicidaire reste le problème numéro un du médecin généraliste.

## **5. Quels sont les outils de dépistage ou de repérage à la disposition du médecin généraliste ?**

L'idéal est de trouver un instrument permettant de prédire ou suspecter fortement le risque suicidaire. De 1966 à 1984, une quinzaine d'échelles ont été publiées . L'échelle de désespoir de Beck est la plus répandue. Sa sensibilité est forte. Elle comprend 20 items.

L'Echelle d'Evaluation du Risque Suicidaire de Ducher comprend seulement 10 items ; la classification du DSM IV en comprend 9.

Leurs utilisations en dépistage, au cours d'une consultation de médecine générale paraissent peu adaptées, compte tenu du temps nécessaire pour la remplir. Cela est d'autant plus vrai qu'une partie de l'activité se fait en visite à domicile et en garde.

Ce sont des outils utiles pour les essais cliniques et les travaux de recherche.

Trois publications méritent une attention particulière dans le repérage ou dépistage des signes dépressifs dans le cadre des soins primaires.

### **1 - Un test à 2 questions, PRIME-MD, a été proposé par Whooley.**

A un échantillon de 590 patients deux questions étaient posées :

au cours du dernier mois,

- avez-vous ressenti un désintérêt ou une absence de plaisir à accomplir les choses de

la vie ( anhédonie) ?

- vous êtes vous senti abattu, déprimé, ou désespéré ?

Ce test est considéré comme positif s'il est répondu oui à une des deux questions.

Les patients ont également été évalué au moyen d'autres échelles telles CES-D, CES-D-courte. le Beck Depression Inventory . le Symptom Driven Diagnostic

System for Primary Care, Le Médeical Outcomes Study, le National Institute of Mental Health Quick Diagnostic Interview Shedule. Le PRIME-MD a une sensibilité de 96% et une spécificité de 57%. Cela ne peut être qu'un test de dépistage induisant un bilan complémentaire en cas de positivité.

**2 - Un test complémentaire au PRIME-MD ( appelé T 4) à quatre questions a été évalué par Brody. Le questionnaire a concerné 1000 patients interrogées sur les 4 symptômes suivants :**

trouble du sommeil, anhédonie, baisse de l'estime de soi, modifications de l'appétit.

Le test est positif avec au moins deux réponses positives.

Parallèlement, ils répondaient aux 2 questions du PRIME-MD et aux 9 questions du DSM-IV.

La sensibilité du T 4 en complément du PRIME-MD est de 97%. Un quart des patients dépistés ayant un T 4 avec au moins 3 réponses positives présentaient des idées suicidaires.

Les auteurs concluent que l'association du PRIME-MD et du T 4 répond aux conditions d'exercice de la médecine générale et en particulier au temps disponible. Ce protocole semble également permettre d'apprécier la sévérité de la dépression.

**3 - Un travail français vient d'être publié.** Un test de repérage des patients potentiellement déprimés à 4 questions le MINI ( Mini International Neuropsychiatric Interview) a été proposé à 1100 personnes de la cohorte GAZEL ( cohorte multiprofessionnelle d'agents EDF-GDF). Le test est positif si un sujet répond oui à l'une des 4 items suivants :

- j'ai des troubles du sommeil
- je me sens fatigué tout le temps
- je me sens nerveux, tendu
- j'ai du mal à faire face aux évènements.

Parmi les personnes déprimées selon les critères du MINI, mais non prises en charge de façon spécifique, 83% pourraient être dépistées par ce test. Dans cette étude de cohorte 77,4% des sujets déprimés n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. Ce test a des propriétés similaires au CES-D version française. Il est d'une utilisation plus simple et devrait s'intégrer plus aisément dans une consultation de médecine générale.

A signaler un biais d'échantillonnage : la cohorte est une population particulière, les agents EDF-GDF. Elle n'est pas représentative de l'ensemble de la population, ni des consultants en médecine générale. Comme test de repérage ou de dépistage, il mérite d'être réévalué en consultation de médecine générale.

**4 - L'échelle " MINI-GDS" paraît être un outil particulièrement adapté au sujet âgé.** Il s'agit d'un questionnaire à quatre questions. Le test est positif si le sujet âgé répond oui à au moins une des questions suivantes :

- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
- Etes-vous heureux la plupart du temps ?
- Vous sentez-vous découragé et triste ?
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

La sensibilité de ce test est bonne, la spécificité est faible.

### **Conclusion**

Ces différents travaux démontrent qu'il est possible de concevoir et d'utiliser des

outils de dépistage de la dépression et des idées suicidaires dans le cadre d'une consultation de médecine générale. Il convient d'affiner ces tests et les faire connaître à la profession de façon à ce que le dépistage de la dépression rentre dans l'anamnèse systématique du consultant quel que soit le motif de consultation.

Question non résolue

En cas de réponse négative, à quel rythme faut-il poursuivre le dépistage ? Une fois par an, à chaque consultation, à chaque évènement négatif de la vie du patient ?

La répétition de ces questions, notamment auprès des personnes âgées ou des malades chroniques consultant très régulièrement, ne risque-t-elle pas de lasser le patient ?

## **6. Prise en charge des idées suicidaires par le médecin généraliste**

Le diagnostic positif de l'idéation suicidaire établi, le praticien doit impérativement évaluer le caractère actif de ces idées et rechercher un éventuel caractère d'urgence. Il faut vérifier que les idées de suicide sont passagères et que le sujet peut les contrôler et les chasser. Ou au contraire vérifier que ces idées de suicide sont très présentes et devenir la seule solution aux problèmes. Ou plus grave vérifier, l'absence de projet programmé de réalisation du suicide.

Ringel décrit un syndrome clinique pré-suicidaire prémonitoire indépendant de tout diagnostic psychiatrique. Ce syndrome validé en 1996 par Ahrens, comprend trois groupes de symptômes :

- constriction croissante de la personnalité :
- constriction situationnelle : repli sur soi, limitation des relations interpersonnelles, réduction de l'activité
- constriction psychodynamique : restriction de la sensibilité, des émotions et des mécanismes de défense, perte d'espoir
- constriction des idéaux : réduction du sens de valeurs
- inhibition de l'agressivité par refoulement ou retournement de celle-ci, apathie
- envahissement fantasmatique des idées suicidaires qui occupent toute la vie imaginaire.,

La présence d'un tel syndrome a une sensibilité de 86% pour le diagnostic des dépressifs suicidaires. La constatation de ce syndrome pré-suicidaire impose une prise en charge active, avec hospitalisation.

### **Identifier le geste suicidaire**

Le geste suicidaire n'est pas toujours évident, il peut prendre différents masques :

- le désir intense de dormir
- une agressivité vis-à-vis d'autrui,
- des prises médicamenteuses excessives notamment chez un sujet âgé en faisant croire à une erreur ( augmentation de la posologie notamment anti-vitamines K ou psychotropes)
- un syndrome de désinvestissement chez la personne âgée, refus de manger ou boire voire un syndrome de glissement
- conduites à risque notamment chez l'adolescent ( alcoolisation excessive - overdoses - conduites sexuelles à risque, conduites à grande vitesse, chutes ).

### **Que faire en présence de facteurs d'urgence ?**

#### **Chez un suicidaire :**

L'hospitalisation en milieu spécialisé, en service libre, paraît la solution, après discussion avec le patient et la famille. Sur le terrain, cette hospitalisation est

souvent difficile à obtenir :

- Il existe une forte réticence de la population à l'hospitalisation en milieu psychiatrique, parmi " les fous".
- L'indication de l'hospitalisation paraît excessive au patient et à l'entourage.
- La sectorisation en matière d'hospitalisation psychiatrique peut imposer une hospitalisation dans un service éloigné géographiquement, alors que l'hôpital général est plus proche du domicile.
- La difficulté à trouver un service adapté notamment pour les adolescents et les personnes âgées est quotidienne. Les structures adaptées à l'hospitalisation des adolescents, quand elles existent, sont souvent saturées.

En cas de refus de soins, l'hospitalisation peut être établie sur la demande d'un tiers ( article L.333 du code de la santé publique, loi du 27 juin 1990).

### **Chez un suicidant**

L'évaluation du risque vital est la première tâche et les décisions thérapeutiques découlent de cette évaluation. : nécessité de gestes de réanimation ou non.

Il existe un accord professionnel fort pour recommander l'hospitalisation systématique en service d'urgence de l'hôpital général le plus proche quelle que soit la gravité somatique du geste.

### **Une difficulté pour le médecin généraliste**

Après la prise en charge de la phase vitale, la phase post-urgence n'est pas sans poser des problèmes pour le médecin traitant dont le rôle est essentiel à ce moment-là( incitation active auprès du patient à poursuivre les soins, participation de la famille au déroulement du traitement, prise en charge de la psychopathologie ayant entraînée cette situation d'urgence). Souvent averti tardivement après la tentative et le retour à domicile du patient, il rencontre un patient suicidant, très embarrassé, voire désorienté, voulant oublier ce moment et donc ne plus en parler. Le suivi devient délicat.

La mise en place d'une stratégie de soins après hospitalisation doit être correctement établie. Un appel téléphonique du service hospitalier avec prise de rendez-vous rapproché pour le suicidant auprès de son médecin de famille et / ou auprès de son psychiatre, favoriserait un suivi adapté.

Conduite à tenir en l'absence de facteurs d'urgence.

### **Plusieurs solutions se présentent**

- L'hospitalisation est discutée avec le patient et son entourage.
- En cas de non-hospitalisation, un suivi ambulatoire est à proposer souvent en collaboration ponctuelle ou régulière d'un psychiatre. Mais l'accessibilité dans un délai court, inférieur à 2 mois, à une consultation de psychiatre devient extrêmement difficile. L'objectif est de traiter la crise suicidaire et les troubles sous-jacents. L'explicitation de la crise et de l'idéation suicidaire est une tâche qui exerce une fonction préventive. Le médecin de famille s'attachera à replacer l'épisode actuel dans le contexte de vie et dans l'histoire du patient qu'il est souvent le mieux à connaître.

Un des rôles du médecin généraliste peut être d'accompagner son patient jusqu'au point où celui-ci pourra se décider à consulter un psychiatre.

- Le travail en réseau permet l'implication d'autres intervenants du champ sanitaire et social: les infirmières scolaires, les enseignants, les éducateurs sportifs, les assistantes sociales pour les adolescents : les infirmières. les aides ménagères. les

kinésithérapeutes, la famille pour les personnes âgées. Leur rôle, dans leur champ d'activité propre est fondamental.

### **Problème non résolu**

En l'absence de facteurs d'urgence, faut-il prévenir un proche d'un sujet suicidaire ? Ne trahit-on pas la confiance du consultant qui souhaite souvent une confidentialité parfaite à ce propos ?

### **7. Le médecin généraliste face à l'entourage et la famille.**

Dans la crise suicidaire, l'entourage se sent très impliqué par cette situation Il est à la fois très décontenancé, car il doit apprendre à considérer cette crise comme une véritable maladie. L'adhésion de cet entourage sera facilitée par les explications que le médecin de famille saura donner à des questions inquiètes 57 autour des thèmes suivants.

De quoi souffre-t-il ? D'où cela vient-il ? Quel est le pronostic ? Peut-il rechuter ? Le suicide, dont il parle, est-ce sérieux ? Docteur, que pouvons-nous faire ? Le traitement guérit-il ? Pourra-t-il un jour se passer de médicaments ? Il faut éviter les traitements antidépresseurs, tout le monde le dit. Doit-il vraiment aller voir le psychiatre ?

Le médecin doit leur apprendre les formules à éviter du genre :

il faut te secouer - fait un effort - pense à ta famille - tu ne peux pas nous faire ça..

Si besoin, le médecin proposera des thérapies familiales.

En cas de décès par suicide, on assiste à une véritable sidération de l'entourage qui aura d'énormes difficultés à se situer. Souvent le premier interlocuteur sera le médecin de famille, d'autant plus que ce dernier aura été consulté par le suicidé peu de temps avant l'acte.

### **Conclusion**

Le problème actuel n'est plus de savoir si le médecin généraliste doit ou non s'impliquer dans la prise en charge des patients déprimés et suicidaires, il ne peut guère s'y soustraire. en temps que médecin de premier recours, sa place est incontournable. Il intervient à tous les niveaux :

- en prévention primaire, il doit repérer et dépister les suicidaires ;
- en prévention secondaire, il doit évaluer l'intensité de la crise suicidaire et développer une stratégie thérapeutique adaptée ;
- en prévention tertiaire, il doit éviter la récurrence suicidaire des suicidants.

Il devra collaborer ou organiser une prise en charge transdisciplinaire. Il est l'interface des différents intervenants ( patients, spécialistes, familles, intervenants du champ sanitaire et social.

L'amélioration des chiffres concernant les suicides et tentatives de suicide ne pourra se réaliser que par l'implication forte des médecins généralistes en lien avec tous les autres intervenants.

De façon urgente, nous devons nous focaliser sur des outils et des moyens adaptés à la pratique permettant au médecin généraliste de s'impliquer étroitement dans le dépistage et la prise en charge des patients suicidaires.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Banques de données interrogées :

Centre de documentation de l'UNAFORMEC - Medline - Psycdoc .

La recherche documentaire a été effectuée à partir des mots clés suivants :

SUICIDE - TENTATIVE DE SUICIDE ( Suicide attempted ) - IDEES SUICIDAIRES (suicidal behavior)- CRISE SUICIDAIRE ( crisis suicide) - MEDECINE GENERALE ( primary care - family physicians - ) - FACTEURS DE RISQUE SUICIDAIRE ( risk assesment - risk factors)

A signaler qu'aucune référence n'a été trouvée dans la banque de donnée Medline à partir du mot clef crise suicidaire ou crisis.

INSERM SC8. Statistiques de Santé 1994 Ed-Inserm - 1996 -Paris 203 p.

Baudelot C. et Establet R. " Suicide/ l'évolution séculaire d'un fait social " In économie et Statistiques " 1984, N° 168.

Debout M. Le suicide. Rapport du Conseil économique et social 1993

Debout M. Le suicide Ed. Ellipses collection vivre et comprendre

Davidson F. et Philippe A. Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique INSERM

Actes du Colloque de la Première Journée Nationale pour la Prévention du Suicide, 5 février 1997. Ed Lundbeck, JNPS

Barraclough B., Bunch J. Nelson B . Sainsbury P. A hundred cases suicide - Clinical Aspects Br J Psychiatry 1974 ; 125 : 355-73

Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A méta-analysis. Br J Psychiatry 1997 ; 170 : 205-28.

Lejoyeux M., Leon E, Rouillon F. Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. L'Encéphale, 1994 ; XX :495-503

Bourgeois ML, Enquêtes rétrospectives dans l'étude du suicide. Neuro-psy 1998, N° spécial, avril: 20-24

Paes de Sousa Le suicide au Portugal. L'Encéphale, 1996, Sp IV : 28-34

Chastang F, Rioux P, Dupont I, Kovess, Zarifian E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. L'Encéphale, 1197; XXIII:100-4

Harry p, Six P, Lhuillier, Garre JB Simon. Une enquête épidémiologique prospective départementale : description et suivi à deux ans de 842 primo-suicidants. Med et Hyg, 1996 ; 54 : 149-155

ANAES Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide 1998 Recommandations professionnelles.

Andréoli A, Burnand Y, et coll Evolution clinique des patients borderlines : indications à retenir pour le choix et la conduite du traitement. Méd et Hyg 1991, 49 : 2368-2374.

Sechter D, Bonin B, et coll Prédiction du risque suicidaire. L'encéphale, 1991, XVII : 361-4.

Choquet M. L'acte suicidaire : approche épidémiologique. Act Med Intern, Psychiatrie 1989; 6 : 4-7

Isometsa E T & coll. The last appointment before suicide. Is suicide intent communicated ? Am. J. Psychiatry, 1995, 152 ; 6:919-22

Vedrinne J, Sorel P, Weber D. Sémiologie des conduites suicidaires EMC (Elsevier, Paris) Psychiatrie, 37114 A80, 1996

Howland R.H. General health, health care utilization, and medical comorbity in dysthymia. Int. J Psychiatr. Med.,1993, 23/3, 211-238.

Marquet S. Evolution de la dépression en médecine générale. Exercer, 1999, N° spécial, recherche 11-15.

Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and Suicide attempts in General Medical Illnesses. Arch Intern Med, 2000, 160 : 1522-1526

Rutz W, Walinder & coll An educational program on depressive diorders for general practionners on Gotland ; background and evolution. Acta psychiatr Scand, 1989, 79 : 19-26.

Rutz W, Walinder J & coll. Prevention of depression and suicide by education and medication : impact on male suididality. An update from the Gotnad Study. Intern J Psychiatr Clin Pract, 1997, 1 : 39-46.

Mynors-Wallis L, Gath D randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and conbined tratment for major depression in primary care. BMJ 2000, 320:26-30

Golberg D. Privett M. & all the effects of detection and treatment on the outcommme of major depression in primary care : a naturalistic study in 15 cities. Br J Gen Practice, 1998, 48 :1840-44.

Malt U, Robak O & all The Norwegian naturalistic treatment study of depression in general practice (NORDEP)- I: randomised double blind study. BMJ, 1999, 318 : 1180-1184.

Kahn A, Warner H & all. Sympton reduction and Suicide Risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials. Arch Gen Psychiatry 2000, 57 : 311-317.

Debout M. Guide de l'entretien avec un patient suicidaire. Pages 12-22 Ed. Lundbeck

Simon GE et al. An international study of the relation between somatic symptoms and dépression. N England Med J . 1999. 341 ( 18 ) : 1329-35

Cathébras P, Boureille C, Rousset H. les symptômes fonctionnels : point de vue des médecins généralistes. *Rev Med Int* 1998, 19 (S3) : 512-3.

Cathébras P. Symptômes médicalement inexpliqués et somatisation. *Rev Med Int* 1998, 19 (S3) : 335-8.

Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients perceptions of medical explanations for somatisation disorders : qualitative analysis. *BMJ* 1999, 318 : 372-376.

Kessler D et al. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999, 318 : 436-40.

Cape J, McCulloch Y. Patients reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *BMJ* 1999, 49 : 875-9.

Bibliomed Pourquoi la dépression est souvent méconnue en médecine générale ? *Bibliomed* 2000, 172.

Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression *BMJ* 2000, 320 : 200-201.

Choquet M, Ledoux S, Alvin P. Adolescents - Enquête Nationale. Paris : INSERM 1994

Rey C, Grandazzi MH, Alvin P. Tentative de suicide de l'adolescent : le rôle du médecin traitant est incontournable. *Rev Prat Med Générale* 1998, 12, n°412 : 9-11

Rey C, Cafflisch M, Alvin P. Les tentatives de suicide à l'adolescence : de la nécessité d'une prise en charge immédiate et intégrée. *Rean Soins Intern Med Urg* 1995, 11(4) : 208-12.

Blanchard MR, Waterreus A. The nature of depression among older people in inner London, and the contact with Primary Care. *Br J Psychiatr* 1994, 164 : 396 - 402.

Groupe Latin pour la Prévention du Suicide Le suicide de la Personne Agée 1994 Ed Lundbeck Deprelief

Carney SS. Suicide over 60 : The San Diego Study. *J. Am Ger Soc.* 1994, 42 : 174 -180

Monfort JC. Suicide des personnes âgées *Neuro-psy* 1998 avril numéro spécial.

Carney P, Eliassen S & all. How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J Fam Pract* 1999, 48 : 958-964.

Gerrity M, Cole S. Improving the recognition and management of depression. Is there a role for physician education ? *J Fam Pract* 1999, 48 : 949-957.

Bürk CM, Carpentier CC, Suicide risk scales : do they help to predict suicidal attempts in recurrent major depression. *J Affective Disord.* 1990, 18, 29-37.

Beck AT, Steer RA. Hopelessness and eventual suicide : a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J psychiatry* 1985, 142, 5 : 559-563

Charles S, Ducher JL, Renaud M. L'Echelle d'Evaluation du Risque Suicidaire de Ducher (R.S.D.) *Actualités psychiatriques* 1990, 20,7 : 59.

Mini DSM-IV critères diagnostiques 1996 Ed Masson

Whooley MA, Avins AL & all. Case-finding instrument for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997, 12 : 39-45

Brody DS & al. Identifying patients with depression in the primary care setting. *Arch Int Med.* 1998, 7 (21) : 2469-2475.

Duburq A, Charpak Y, Blin P. Comment diagnostiquer la dépression en médecine générale ? Elaboration d'un test de repérage des patients. *Rev Prat MG*, 2000, 14 ( 506 ) : 1403-7.

Fuhrer T, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D ( Center for Epidemiologic studies Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatric & Clément JP, Nassif RF & al. Mise au point et contribution à la validation d'une version française bève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'encéphale*, 1997, XXIII, 2 : 91-99.

Ahrens B, Linden M. Is there a suicidally syndrome independent of specific major psychiatric disorder ? Results of a split half multiple regression analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 1996, 94 : 79-86.

Links P & al. Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician* 1999, 45 : 2656-2660.

Seywert F. Le patient déprimé et son entourage familial. *Med Hyg* 1997, 55 : 393-400.

Vanotti M, Rey, Samaniego h. La consultation médicale peut-elle jouer un rôle préventif auprès des adolescents suicidaires ? *Med Hyg*, 1998, 56 : 2041- 8.

## Peut-on évaluer le rôle des services d'assistance téléphonique dans la crise suicidaire ?

Professeur Patrick Hardy

Service de Psychiatrie d'adultes. C.H.U. de Bicêtre

Le développement de services d'écoute téléphonique destinés aux sujets suicidaires, généralement désignés comme "Centres de Prévention du Suicide" ou CPS ("Suicide Prevention Center") dans la littérature internationale, a été l'un des principaux axes des politiques de prévention du suicide mises en place au cours de la seconde moitié du XXème siècle en Amérique du Nord comme dans certains pays européens. A côté des nombreuses mesures destinées à réduire les facteurs de risque de suicide (dépression, accessibilité des moyens de suicide ...), à protéger les populations considérées comme les plus à risque (patients hospitalisés en psychiatrie, populations carcérales ...), ou à prévenir la récurrence suicidaire par une prise en charge des suicidants, l'action des CPS est habituellement basée sur un modèle de crise du processus suicidaire. D'après ce modèle, les sujets suicidaires qui s'adressent aux CPS sont considérés comme étant dans un état de crise limité dans le temps : une intervention d'urgence qui aide la personne à surmonter cette période critique peut alors lui permettre de reprendre secondairement une vie normale (Lester, 1994 a).

Le développement des CPS s'est appuyé sur le modèle de deux centres pionniers créés au cours des années 1950 : celui du Centre Samaritain de Londres (créé en 1953 par Chad Varah) et celui du centre de prévention du suicide de Los Angeles (fondé en 1958 par Norman Farberow et Edwin Shneidman). Il existe aujourd'hui des CPS dans de très nombreuses villes à travers le monde, notamment aux Etats-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne, mais aussi au Japon et dans plusieurs pays européens. Lester (1993) comptabilisait déjà 170 centres en 1970 aux Etats-Unis (dont 27 pour la seule Californie). En 1995, s'appuyant sur un rapport du "Befrienders International", le même auteur recensait 12 pays européens dotés de tels centres : l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal et le Royaume-Uni.

La question de l'évaluation du rôle des CPS peut être posée à différents niveaux, que nous envisagerons après une brève présentation de l'organisation de ces centres. De manière très schématique, on peut distinguer :

- L'évaluation de l'efficacité ("efficacy") de ces centres, c'est-à-dire de leur capacité à prévenir le suicide. Il s'agit là d'une question très complexe, à laquelle on ne peut tenter de répondre qu'au niveau communautaire en évaluant l'effet de la création des CPS sur l'incidence du suicide.
- L'évaluation de leur efficacité ("effectiveness"), c'est-à-dire de leur capacité à atteindre les objectifs ou à remplir les règles de fonctionnement qu'ils se sont fixés. On peut d'ores et déjà insister sur le fait que les centres ayant le mieux structuré leur fonctionnement seront également ceux qui se prêteront le mieux à une démarche d'évaluation.

En dépit de l'important développement connu depuis près d'un demi-siècle par les CPS, leur évaluation n'a fait l'objet que d'un nombre restreint de travaux (Lester, 1994 a ; Mishara et Daigle, 1997). La plupart d'entre eux sont issus d'équipes anglaises ou nord américaines et ont été publiés au cours des années 1970-1980. ce

qui permettait à Stein et Lambert de proposer, dès 1984, une large revue de la littérature sur le sujet. Il convient ici de souligner la quasi absence de travaux français parmi les publications européennes, ceci étant sans doute imputable, au moins partiellement, au fait que la plupart des services d'assistance téléphonique de notre pays ont adopté une position plus stricte en matière d'athéorisme, de neutralité, de non interventionnisme et de respect absolu de l'anonymat, que les services d'autres pays.

### **Les Services d'assistance téléphonique et les centres de prévention du suicide (CPS)**

De façon générale, les CPS offrent un service de consultation téléphonique d'urgence, ouvert 24 heures sur 24, qui peut être complété par un service de renseignement et d'orientation sur les possibilités de prise en charge psychiatriques et sociales locales. Certains centres offrent des services supplémentaires : fonctionnement en réseau permettant à toute personne d'accéder à tout moment un centre ou à un autre ; locaux destinés à l'accueil des sujets suicidaires et leur proposant un soutien par des volontaires formés à cette pratique ; équipes mobiles susceptibles de rencontrer les personnes en détresse dans leur communauté ou dans des établissements de soins ; aide aux endeuillés à la suite d'un suicide ("postvention") ; formation des accueillants ; programmes de prévention du suicide destinés aux écoles. Bien que disposant parfois de psychiatres ou de psychologues consultants, les CPS sont essentiellement animés par des *bénévoles*.

Cette caractéristique soulève deux questions fondamentales sur leur fonctionnement :

- La première concerne la compétence et le niveau de formation des bénévoles qui les animent : alors que certains centres ne font appel qu'au bon sens et à l'altruisme de bénévoles recrutés au décours d'une procédure de sélection simplifiée (Dixon et Burns, 1975), d'autres s'engagent dans une démarche beaucoup plus structurée, qui implique une formation soutenue des acteurs et fait parfois d'eux de véritables bénévoles "paraprofessionnels" (Lester, 1994 a).
- La seconde question concerne l'articulation entre les CPS et les autres structures d'aide aux sujets suicidaires. Alors que, dans une perspective de santé publique, de nombreux arguments plaident en faveur d'une coopération en réseau entre les différents intervenants, la démarche fondatrice des CPS a davantage orienté leur action vers un fonctionnement autonome, considéré comme étant le meilleur garant du respect de la confidentialité des échanges et de la neutralité des accueillants. Certains centres ont toutefois adopté une démarche plus interventionniste en se réservant la possibilité d'orienter les sujets qui le nécessitent vers des structures d'aide spécialisées. Cette attitude nécessite, non seulement une bonne connaissance du réseau médico-psycho-social local, mais également une formation suffisante pour permettre aux accueillants d'identifier ces situations particulières, et notamment les indices cliniques des troubles mentaux justifiant une prise en charge psychiatrique.

Si la *confidentialité* des échanges fait très justement partie des principaux engagements des CPS, elle est souvent considérée - à tort - comme indissociable du respect de l'*anonymat*. Cette dernière exigence, adoptée par de nombreux CPS en France, limite considérablement la possibilité de procéder à certaines évaluations lorsqu'elle est systématiquement appliquée. Dans les CPS qui ne maintiennent l'anonymat qu'en cas de demande de l'utilisateur, les résultats des études nécessitant l'identification de ce dernier semblent pouvoir être généralisés à l'ensemble de la

population, même si les anonymes se distinguent des autres par un plus grand isolement et par un discours moins informatif (Nelson et al., 1975).

Les CPS, qui représentent un sous-ensemble des services d'assistance téléphoniques, voient certaines de leurs missions reprises par certaines structures à vocation plus large. Ils peuvent en outre différer entre eux sur de nombreux points.

- Beaucoup de services d'assistance téléphonique proposent en effet un accueil à toute personne en difficulté psychologique, les suicidaires ne représentant qu'une partie de leur clientèle. En France, tel est le cas des centres "S.O.S. Amitié".

D'autres structures correspondent davantage à la notion de Centre de Prévention du Suicide. C'est notamment le cas de l'association "S.O.S. Suicide Phénix" qui, depuis 1978, s'est donné pour but de créer, d'organiser et de coordonner des centres sur dans de nombreuses villes de France (Bordeaux, Clermont-Ferrand, Le Havre, Lyon, Nice, Paris, Tours, Rennes) pour accueillir physiquement ou téléphoniquement des suicidaires. Ces centres sont animés par des bénévoles et assurent un strict anonymat aux accueillis. En 1990, ils avaient reçu plus de 5 000 visites et plus de 3 000 appels (Debout, 1993).

- A côté de ces structures nationales et ouvertes à toutes les tranches d'âge, il est des services d'assistance téléphonique à vocation régionales et/ou spécifiquement destinés aux adolescents. C'est, par exemple, le cas de l'association SEPIA (Suicide Ecoute Prévention Intervention auprès des Adolescents), localisée dans le Haut-Rhin.

- Certains services téléphoniques peuvent par ailleurs jouer un rôle significatif dans la prévention du suicide, sans entrer pour autant dans le cadre des CPS. On peut ainsi, à titre d'exemple, citer le cas du réseau d'assistance téléphonique à domicile mis en place de 1988 à 1991 auprès de 12 135 personnes âgées de la région de Venise dans le but de réduire leur isolement social, et qui a eu pour effet de diminuer la mortalité suicidaire dans cette population au cours des quatre années suivantes (De Leo et al., 1995). On peut également citer l'implantation sur le pont de Mid-Hutson, dans l'état de New York, d'un poste téléphonique relié en permanence à un service d'urgences psychiatriques (Glatt, 1987), ou encore le service de consultation téléphonique mis à disposition des suicidants hospitalisés dans les hôpitaux généraux de Bristol et récemment évalué par Evans et al. (1999).

### **L'Evaluation de l'efficacité des CPS**

Même si, dans l'esprit de leurs animateurs, les CPS n'ont pas comme but premier de réduire l'incidence du suicide en population générale, mais plus immédiatement d'apporter une aide aux personnes en situation de crise suicidaire, l'évaluation de leur impact sur la mortalité suicidaire en population générale n'est pas dépourvu d'intérêt, notamment pour les suicidologues et pour les pouvoirs publics qui, notamment en France, subventionnent nombre de ces structures.

Etant donné l'impossibilité de conduire des études contrôlées (on ne dispose en effet, ni de groupes de comparaison adéquats, ni de la possibilité d'un suivi prospectif des populations concernées), les études d'impact en population générale demeurent en outre le seul moyen permettant d'évaluer l'effet préventif des CPS sur le suicide. Ces études ne sont pourtant pas de réalisation simple. Elles sont même considérées, selon l'expression d'un relecteur de D. Lester (1993), comme un véritable "cauchemar méthodologique". Plusieurs motifs concourent à cette difficulté : la rareté statistique du phénomène suicidaire, qui nécessite l'étude de très vastes populations pour en apprécier les fluctuations ; la multiplicité des facteurs susceptibles de faire varier l'incidence du suicide. ou'il est pratiquement impossible

de contrôler simultanément ; le faible impact sur l'incidence du suicide de chacun de ces facteurs, parmi lesquels l'action des CPS.

Dans la plus récente des revues de la littérature consacrée à ce sujet, Lester (1997) distingue deux types d'études :

1. Les études dites "écologiques", qui consistent à comparer la distribution géographique du suicide dans différents territoires (états, comtés, villes) selon la présence ou l'absence locale de CPS. Lester distingue trois sous-types dans ces études "écologiques" :

- Premier type : les "études de variations des taux de suicide" évaluent les variations du suicide dans plusieurs territoires avant et après implantation de CPS et les comparent aux mêmes variations observées au sein de territoires dépourvus de CPS, tout en contrôlant certains facteurs de confusion (facteurs socio-démographiques, détoxification concomitante du gaz de ville, etc.) ;
- Deuxième type : les "études des taux de suicide sur un an" évaluent, dans un grand nombre de territoires et à l'aide d'analyses de régression, l'incidence du suicide sur un an en fonction de plusieurs variables, parmi lesquelles le nombre de CPS implantés.
- Troisième type : les "études de corrélation" évaluent les variations des taux de suicide dans un grand nombre de territoires et sur une période donnée (6 à 10 ans) en fonction de la densité des CPS sur ces territoires au début de cette période et d'autres paramètres éventuels.

2. Les études chronologiques, qui comparent l'évolution de l'incidence du suicide dans une région (typiquement, un état) avant et après implantation d'un CPS.

Sur les quatorze études sélectionnées par Lester, la moitié (7/14) retrouvent des résultats significatifs en faveur d'un effet préventif des CPS [tableau I](#) :

- Ces résultats positifs ressortent de quatre études de type "écologique", dont deux de type 1 (Bagley, 1968 [Lester, 1980] et Miller et al., 1984), une de type 2 (Medoff, 1984) et une de type 3 (Lester, 1993) et de trois études chronologiques (Lester, 1994 b ; Huang et Lester, 1995 ; Lester et al., 1996).
- Une étude chronologique allemande retrouve une augmentation des taux de suicide liée à l'implantation de centres dans 3 des 25 villes étudiées (Riehl et al., 1988).
- Six études parmi lesquelles cinq études "écologiques", dont trois de type 1 (Jennings et al., 1978 ; Lester, 1974 ; Lester, 1990), une de type 2 (Bridge et al., 1977) et une de type 3 (Leenaars et Lester, 1995) et une étude chronologique (Weiner, 1969) ne constatent aucun effet dans un sens ou dans l'autre.

Après cette analyse au cas par cas des études, Lester (1997) a effectué une méta-analyse sur les résultats des 13 études ayant fourni des données suffisantes, ces résultats étant convertis en coefficients de corrélation de Pearson comme mesure de l'effet de taille. La méta-analyse retrouve un effet préventif significatif des CPS pour 12 des 13 études, ainsi que sur l'ensemble des données après moyennage de ces dernières. L'auteur conclue sur le fait que de futures études devraient davantage se fonder sur le nombre d'intervenant dans le cadre d'un CPS, voire sur le nombre de contacts établis, plutôt que sur le nombre de CPS.

Outre ces résultats globaux, plusieurs résultats partiels méritent d'être soulignés. C'est notamment le fait que l'action préventive des CPS pourrait être plus manifeste dans certains sous-groupes que dans l'ensemble de la population. L'étude de Miller et al. (1984) montre ainsi que cette action s'exerce principalement chez les

adolescentes et les jeunes femmes de moins de 25 ans de race blanche, qui sont en fait les principales utilisatrices des CPS. L'étude de Lester (1991) a d'autre part montré que la multiplication des Centres Samaritain en Grande-Bretagne avait eu sur le taux de suicide un impact positif et indépendant de l'effet lié à la détoxification du gaz de ville.

### **L'Evaluation de l'efficience des CPS**

Evaluer l'efficience des CPS présuppose que ces derniers aient fixé des objectifs explicites à leur intervention et des procédures de fonctionnement destinées à la guider. Dans un certain nombre de cas, ces procédures se réfèrent à des modèles théoriques qui nécessiteraient eux-même d'être évalués pour être validés dans cette situation particulière qu'est l'aide téléphonique aux sujets suicidaires.

Dans un souci didactique, les différents axes d'évaluation peuvent être rassemblés autour de quelques objectifs généraux :

1. Cibler, attirer et caractériser les appelants
2. Définir et évaluer des critères de bon fonctionnement du centre
3. Recruter des accueillants adaptés aux missions du centre
4. Contrôler les procédures d'intervention et proposer des entretiens adaptés
5. Réduire la souffrance psychique et/ou la suicidalité des appelants

### **Cibler, attirer et caractériser les appelants**

Pour beaucoup d'auteurs, la principale limite à l'action des CPS tient à son caractère "passif", qui exige à la fois que le sujet suicidaire connaisse l'existence d'un centre et qu'il possède assez de motivation pour le contacter. Les CPS ne peuvent donc exercer un rôle préventif qu'à la condition d'être connus par les sujets à haut risque suicidaire (et donc par l'ensemble de la communauté) et d'attirer spécifiquement ce dernier type de population. L'objectif de certaines enquêtes a donc été d'évaluer si les individus composant la communauté connaissent l'existence du centre et si le profil des appelants correspond à celui des groupes cibles (Lester, 1989, cité par Lester, 1994 a).

Certains auteurs contestent ce dernier point et estiment que la faible incidence des CPS sur la mortalité suicidaire tient au fait que les sujets souffrant d'un trouble psychiatrique caractérisé, qui représentent la très grande majorité des suicidés, entrent rarement en contact avec ces structures (Rihmer, 1996). L'étude de Greer et Weinstein (1979) semble aller dans le même sens en montrant que les patients psychiatriques suicidaires utilisateurs de CPS présentent un moindre potentiel suicidaire que les non utilisateurs. A partir d'une méta-analyse de la littérature, Dew et al. (1987) ont toutefois montré que les CPS attirent réellement des sujets à haut risque : leurs usagers ont un risque de suicide 2 à 109 fois supérieur à celui de la population générale (7 études analysées), tandis que les suicidés ont été 2,5 à 10 fois plus souvent utilisateurs de ces centres au cours de l'année précédant l'acte que les sujets de la population générale (6 études analysées).

La caractérisation des appelants fait partie de l'évaluation de routine de la plupart des CPS structurés. Sont habituellement recensés l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le statut marital ou familial, les raisons alléguées pour expliquer l'intention suicidaire, la méthode de suicide éventuellement retenue, le niveau de risque suicidaire évalué par l'accueillant et, le cas échéant, l'orientation proposée par ce dernier (conseiller, psychiatre, planning familial, centre de toxicomanie, etc.). Ces données permettent aux CPS de mieux connaître leur population et les différents sous-groupes d'appelants. Les adolescents (12-19 ans) se distinguent ainsi des jeunes adultes (20-

26 ans) et des adultes (= 27 ans) par une tendance à rattacher plus fréquemment leurs idées suicidaires à des problèmes interpersonnels (les deux groupes adultes invoquant plus fréquemment la dépression), par une moindre fréquence d'orientation (33 % vs 45 % et 44 %) et par une moindre planification de leur projet suicidaire (de Anda et Smith, 1993). Les sujets âgés (= 65 ans) apparaissent faiblement utilisateurs des CPS, alors même que le risque suicidaire est chez eux plus élevé que chez les plus jeunes (Atkinson, 1971).

### **Définir et évaluer des critères de bon fonctionnement du centre**

De nombreux indices peuvent servir à contrôler le fonctionnement des centres. Il peut s'agir :

- du taux de dossiers correctement remplis (Kolker et Katz, 1971) ;
- du temps requis pour joindre un accueillant à différentes périodes de la semaine (McGee et al., 1972) ;
- du pourcentage de personnes suicidaires qui, après avoir été invitées à le faire, reprennent effectivement contact avec le CPS ou qui se présentent au rendez-vous pris avec un autre service de consultation (Sudak et al., 1977 ; Mishara et Daigle, 1997).

### **Recruter des accueillants adaptés aux missions du centre**

A la suite d'une enquête réalisée auprès d'accueillants de Ljubljana (Yougoslavie) et de Los Angeles sur les qualités jugées les plus essentielles à leur mission, les deux groupes ont cité la motivation au travail et la *qualité* d'écoute comme les plus importantes (Tekavcic-Grad et al., 1988).

Les façons de mesurer certaines de ces qualités requises (l'empathie, la sincérité, la considération, le réalisme et l'ouverture sur soi) ont été décrites par Knikerbocker et McGee (1971 - cités par Lester, 1994) et plusieurs centres ont ainsi pu procéder à une évaluation formelle de leurs accueillants (Garrett et al., 1993, cité par Lester, 1994).

Pour tenter d'expliquer le haut niveau de démission observé chez les écoutants, Mahoney et Pechura (1980), ainsi que Mishara et Giroux (1993), ont recherché les principaux déterminants du stress ressenti par ces derniers et montré que le manque d'expérience dans la fonction, un haut niveau d'urgence de l'appel et la difficulté à faire face à la situation étaient le plus souvent en cause. Ces données ont permis aux auteurs de faire des recommandations sur la sélection et la formation des accueillants.

L'incidence de la *formation* peut elle-même faire l'objet d'évaluations spécifiques. Elkins et Cohen (1982) ont ainsi montré que le niveau de compétence des écoutants était, après 5 mois d'exercice, davantage déterminé par leur formation initiale que par les acquis de leur expérience.

### **Contrôler les procédures d'intervention et proposer des entretiens adaptés**

Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des usagers ont été la méthode la plus souvent employée pour juger de la qualité des interventions téléphoniques. Se référant à 10 études publiées entre 1971 et 1987, Mishara et Daigle (1997) soulignent que si ces enquêtes ont des résultats constamment favorables, leur faible taux de réponse (40 à 80 %) lié à la nature habituellement confidentielle des appels implique la possibilité d'un fort biais de recrutement. D'après l'étude de Tekavcic-Grad (1987), les usagers ont une évaluation plus positive de l'action des accueillants que ces derniers. qui ont pourtant tendance à surévaluer leur efficacité par rapport à

d'autres indicateurs (Stein et Lambert, 1984).

A côté de ces enquêtes de satisfaction, certaines études ont cherché à évaluer le respect des procédures jugées les plus essentielles et/ou à décrire les procédures utilisées par les accueillants afin de les confronter au modèle d'intervention servant de référence. De telles études supposent une forte réflexion et un consensus préalables sur les modèles théoriques qui doivent guider l'intervention des accueillants.

Or, dans de nombreux centres, notamment en France, la consultation d'urgence fait appel au seul bon sens de l'accueillant, enrichi de son expérience personnelle et de ses confrontations aux autres écoutants. D'autres centres, notamment aux Etats-Unis, s'appuient en revanche sur des modèles de fonctionnement structurés, qui nécessitent une formation spécifique (Lester, 1994). La référence habituelle de tels modèles est l'approche centrée sur le sujet de Carl Rodgers, également connue sous le nom de "l'écoute active". Selon cette méthode, l'intervenant cherche à explorer les problèmes et l'état d'esprit de la personne en crise, en se fondant sur sa propre réaction empathique. Dans un second temps, il doit évaluer les ressources du sujet, identifier les solutions qui s'offrent à lui et l'aider dans le choix de la solution et sa mise en application. D'autres approches peuvent également être utilisées, notamment l'analyse transactionnelle qui vise à reporter le contrôle des conduites du sujet de son moi infantile, porteur du désespoir, vers son moi adulte.

Les interventions modélisées peuvent se prêter à diverses évaluations. Celles-ci ont toutefois été beaucoup moins développées dans le domaine de l'intervention téléphonique d'urgence auprès des sujets suicidaires que dans le cadre de la psychothérapie classique.

L'évaluation peut consister en un contrôle du respect du code de procédures et/ou en une description des procédures utilisées (avec, souvent, l'objectif secondaire de les confronter au modèle théorique qui sert de référence). Fowler et McGee (1973) recherchent ainsi si les accueillants ont rempli trois objectifs jugés "essentiels" au cours de leur intervention téléphonique : rendre sécurisante la communication avec l'appelant, évaluer sa situation et développer un plan d'action. De même, Walfish et al. (1976) ont développé un système de tâches orientées qui vise à explorer les ressources internes et externes de l'appelant, son attitude vis-à-vis d'un contrat ou d'un plan d'actions, à évaluer le contexte clinique de l'appel et à apprécier la "faisabilité" du plan d'action. Cherchant à catégoriser les réponses des accueillants, D'Augelli et al. (1978) classent celles-ci en trois catégories : réponses de continuité, réponses directives et réponses auto-référentielles, et concluent au caractère trop directif des répondant d'un centre d'assistance téléphonique universitaire.

L'ensemble de ces études ne permettent toutefois pas d'apprécier si l'objectif initial des écoutants - réduire la souffrance psychique et la suicidalité des appelants - a été atteint. Elles ne permettent pas non plus de comparer l'efficacité des différentes stratégies d'intervention en terme de réduction de ces paramètres.

### **Réduire la souffrance psychique et/ou la suicidalité des appelants**

Certains aspects de la souffrance psychique comme la suicidalité pouvant être assimilés à des facteurs de risque suicidaires, leur réduction peut s'apparenter à un indice de diminution de ce risque. L'évaluation de ces modifications, qui occupe ainsi une position intermédiaire entre les évaluation d'efficacité et les évaluation d'efficience, repose habituellement sur une mesure de la variation des paramètres considérés entre le début et la fin de l'entretien.

Se fondant sur un enregistrement magnétophonique des conversations.

Knickerbocker et McGee (1973 - cités par Mishara et Daigle, 1997) concluent ainsi à une amélioration globale entre le début et la fin des échanges en terme d'anxiété, de dépression et de capacité à l'auto-exploration des appelants. De même, Echterling et Hartsough (1983) observent une amélioration significative au cours de l'intervention dans le domaine affectif, comportemental et cognitif.

De nos jours, l'utilisation de tels enregistrements magnétophoniques ne pouvant plus être envisagée pour des raisons éthiques et parfois légales, l'évaluation repose habituellement sur l'expertise d'un tiers qui écoute l'entretien à l'insu des correspondants, mais avec leur accord préalable. Mishara et Daigle (1997) ont ainsi analysé 617 appels téléphoniques provenant de 263 sujets suicidaires (dont 25 % d'appelants chroniques et 60 % d'appelants en contact avec un service de santé mentale) à destination de deux CPS de Québec. Ils ont évalué le niveau de dépression des appelants par l'Echelle de Dépression en 5 points de Brasington, ainsi que le niveau d'urgence suicidaire par l'Echelle d'Urgence Suicidaire en 9 points de Morissette, en début et en fin d'entretien, et réparti les 66 953 réponses fournies par les 110 accueillants volontaires selon les 20 catégories d'intervention constituant une "check-list" : deux types de réponses ont ainsi pu être identifiés, l'un se référant à un "Style Rodgerien", l'autre à un "Style directif". Cette étude a montré une réduction de l'humeur dépressive entre le début et la fin de l'appel chez 14 % des appelants et une réduction des scores reflétant une urgence suicidaire chez 27 % d'entre eux. De plus, 68 % des appelants se sont engagés dans un contrat (ne pas tenter de se suicider, s'engager des activités visant à réduire le risque suicidaire) qui, après rappel téléphonique de l'appelant ou du CPS, a été considéré comme respecté dans 54 % des cas. Les auteurs ont enfin montré que, dans un contexte d'interventions relativement "directives", une proportion plus importante de réponses "Rodgeriennes" non directives était associée à une réduction significativement plus importante de la dépression. De même, une fois exclus les appelants chroniques, une utilisation plus élevée de réponses de type "Rodgerien" était liée à une plus forte réduction du niveau d'urgence suicidaire et à un plus grand nombre de contrats passés.

Les appelants chroniques sont des usagers très frustrants pour les accueillants, l'aide qui leur est apportée ne conduisant à aucune amélioration durable apparente. Considérés comme peu accessibles aux interventions téléphoniques, ils ne font en général l'objet d'aucun programme spécifique de prise en charge, si l'on excepte la mise en place de procédures visant à restreindre leur accès aux services (Hall et Schlosar, 1995). D'après Sawyer et Jameton (1979) une proportion importante de ces sujets (47 %) peut toutefois être adressée vers des structures de soins relais, Mishara et Daigle (1997) montrant par ailleurs que certains styles d'intervention peuvent se révéler ponctuellement plus efficaces que d'autres sur cette population.

## **Conclusions**

La place des services d'assistance téléphonique dans une politique de prévention du suicide n'est aujourd'hui plus discutée, les bénévoles qui animent ces structures jouant en outre un rôle non négligeable dans la sensibilisation du grand public et des politiques à ce problème. Ce constat rend d'autant plus nécessaire le développement de l'évaluation en ce domaine.

L'évaluation de l'efficacité des CPS, en terme de réduction de la mortalité suicidaire, implique d'importants moyens et la mise au point de nouvelles approches statistiques. Elle ne peut être envisagée que par des équipes de recherche spécialisées, dans un cadre national voire international.

Les CPS ont toutefois à effectuer, à leur propre niveau et notamment en France, d'importants efforts d'auto-évaluation, ce à quoi ne les prédispose guère le caractère bénévole de leur encadrement. Cette évaluation, qui peut être envisagée à de très nombreux niveaux, nécessite en effet un solide support méthodologique dont sont dépourvus la plupart de ces centres. Outre la perspective de valider leur action, la mise en place d'un projet d'évaluation offre aux centres l'avantage de les conduire à mieux définir leurs objectifs et leurs procédures. Elle peut également conduire à une réflexion sur certains choix, tels que le respect absolu de l'anonymat, dont la levée (conditionnée à l'accord du patient) peut permettre de mieux assurer certaines interventions sans pour autant constituer une rupture de la confidentialité (Mishara et Daigle, 1997). En dépit de son intérêt, l'évaluation ne doit toutefois pas devenir une fin en soi et conduire à privilégier systématiquement les structures les plus performantes en ce domaine. L'avenir est sans doute au développement de tout un éventail de services allant du modèle classique tel qu'il existe aujourd'hui en France, jusqu'aux modèles structurés correspondant à aux expériences anglaises et nord-américaines.

**Tableau I : Etudes évaluant les effets des Centres de Prévention du Suicide sur le taux de suicide général (d'après Lester, 1997)**

Etudes	Période	Région	Mesure	Effet préventif significatif
Etudes écologiques Etudes écologiques : changements dans les taux de suicide				
Bagley 1968 / Lester 1980	1957-1964	Villes anglaises		Oui (dans l'une des deux analyses)
Jennings et al. 1978	1957-1973	Circonscriptions anglaises		Non
Lester 1990	1958-1967	Villes anglaises		Non
Lester 1974		Villes des Etats-Unis		Non

	1991	du Canada	centres par tête Densité de centres par aires Nombre de centres Densité de centres par tête Densité de centres par aires	Oui (pour certains groupes) Oui (pour certains groupes) Non Non Non
Etudes chronologiques				
Etudes	Période	Région	Variables contrôlées	Effet préventif significatif
Weiner 1969 Lester 1994 Huang et Lester 1995 Lester et al. 1996 Riehl et al. 1988	1955-1967 1960-1975 1965-1985 1970-1989 1945 +	4 villes des Etats-Unis Angleterre Taiwan Japon 25 villes allemandes	Aucune % de monoxyde de carbone dans le gaz de ville Taux de mariage, fécondité, divorce Taux de fécondité, divorce, non emploi ou absence de contrôle Aucune	Non Oui (pour les suicides par gaz domestique et par phlébotomie) Oui (dans l'analyse de régression) Oui (pour les taux de suicide masculins, dans 2 analyses sur 4) Non (augmentation significative dans 3 des 25 villes)



## BIBLIOGRAPHIE

- de Anda D, Smith MA. Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. *Soc Work* 1993 ; 38 : 421-428.
- Atkinson M. The Samaritans and the elderly: some problems in communication between a suicide prevention scheme and a group with a high suicide rate. *Soc Sci Med* 1971 ; 5 : 483-490.
- D'Augelli AR, Handis MH, Brumbaugh L, Illig V, Searer R, Turner DW, D'Augelli JF. The verbal helping behavior of experienced and novice telephone counselors. *J Community Psychol* 1978 ; 6 : 222-228.
- Bagley C. The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method. *Soc Sci Med* 1968 ; 2 : 1-14.
- Bridge TP, Potkin SG, Zung WW, Soldo BJ. Suicide prevention centers. Ecological study of effectiveness. *J Nerv Ment Dis* 1977 ; 164 : 18-24.
- Debout M. Le suicide. Conseil Economique et Social. Paris : Direction des Journaux Officiels. 1993.

Dew MA, Bromet EJ, Brent D, Greenhouse JB. A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *J Consult Clin Psychol* 1987 ; 55 : 239-244.

Dixon MC, Burns J. The training of telephone crisis intervention volunteers. *Am J Community Psychol* 1975 ; 3 : 145-150.

Echterling LG, Hartsough DM. Relationship of telephone crisis intervention to successful crisis resolution. In : JP Soubrier & J Vedrinne édés, "Dépression et suicide : aspects médico-psychologiques et sociaux culturels", *Comptes-rendus de la XI<sup>e</sup> réunion de l'Association Internationale pour la Prévention du Suicide*, Paris, Juillet 1981 : 724-729.

Elkins RL Jr, Cohen CR. A comparison of the effects of prejob training and job experience on nonprofessional telephone crisis counselors. *Suicide Life Threat Behav* 1982 ; 12 : 84-89.

Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry* 1999 ; 175 : 23-27.

Fowler DE, McGee RK. Assessing the performance of telephone crisis workers : the development of a technical effectiveness scale. In : D Lester & GW Brockopp édés, "Crisis intervention and counseling by telephone", Springfield IL, Charles C Thomas, 1973 : 287-297.

Glatt KM. Helpline: suicide prevention at a suicide site. *Suicide Life Threat Behav* 1987 ; 17 : 299-309.

Greer FL, Weinstein RS. Suicide prevention center outreach: callers and noncallers compared. *Psychol Rep* 1979 ; 44 : 387-393.

Hall B, Schlosar H. Repeat callers and the Samaritan telephone crisis line - a Canadian experience. *Crisis* 1995 ; 16 : 66-71, 89.

Huang WC, Lester D. Have suicide prevention centers prevented suicide in Taiwan ? *Chinese J Ment Health* 1995 ; 8 : 27-29.

Jennings C, Barraclough BM, Moss JR. Have the Samaritans lowered the suicide rate ? *Psychol Med* 1978 ; 8 : 413-422.

Kolker H, Katz S. If you've missed the age you've missed a lot. *Crisis Intervention* 1971 ; 3 : 34-37.

De Leo D, Carollo G, Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 : 632-634.

Leenaars AA, Lester D. Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis* 1995 ; 16 : 39.

Lester D. Effect of suicide prevention centers, on suicide rates in the United States. *Health Serv Rep* 1974 ; 89 : 37-39.

Lester D. Suicide prevention by the Samaritans. *Soc Sci Med* 1980 ; 14A : 85.

Lester D. Was gaz detoxification or establishment of suicide prevention centers responsible for the decline in the British suicide rate ? *Psychol Reports* 1990 ; 66 : 286.

Lester D. Do suicide prevention centers prevent suicide ? *Homeost Health Dis* 1991 ; 33 : 190-194.

Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers. *Suicide Life Threat Behav* 1993 ; 23 : 263-267.

Lester D. L'efficacité des centres de prévention du suicide. *Sante Ment Que* 1994 a ; 19 : 15-24.

Lester D. Evaluating the effectiveness of the Samaritans in England and Wales. *Int J Health Sci* 1994 b ; 5 : 73-74.

Lester D. Which nations establish suicide prevention centers ? *Psychol Rep* 1995 ; 77 : 1298.

Lester D, Saito Y, Abbe K. Have suicide prevention centers prevented suicide in Japan ? *Arch Suicide Res* 1996 ; 2 : 125-128.

Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers : a review. *Suicide Life Threat Behav* 1997 ; 27 : 304-310.

McGee RK, Richard WC, Bercun C. A survey of telephone answering services in suicide prevention and crisis intervention agencies. *Life Threat Behav* 1972 ; 2 : 42-47.

Mahoney H, Pechura C. Value and volunteers. *Psychol Reports* 1980 ; 47 : 1007-1012.

Medoff MH. An evaluation of the effectiveness of suicide prevention centers. *J Behav Economics* 1984 ; 15 : 43-50.

Miller HL, Coombs DW, Leeper JD, Barton SN. An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *Am J Public Health* 1984 ; 74 : 340-343.

Mishara BL, Giroux G. The relationship between coping strategies and perceived stress in telephone intervention volunteers at a suicide prevention center. *Suicide Life Threat Behav* 1993 ; 23 : 221-229.

Mishara BL, Daigle MS. Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation. *Am J Community Psychol* 1997 ; 25 : 861-885.

Nelson G, McKenna J, Konerno M, Chattersen I, Brown JH. The role of anonymity in suicidal

contacts with a crisis intervention centre. *Can Psychiatr Assoc J* 1975 ; 20 : 455-459.

Riehl T, Marchner E, Möller HJ. Influence of crisis intervention telephone services ("crisis hotlines") on the suicide rate in 25 German cities. In : *Current issues of suicidology*. HJ Möller, A Schmidtke & R Welz eds, New York, Springer-Verlag, 1988 : 431-436.

Rihmer Z. Strategies of suicide prevention : focus on health care. *J Affect Disord* 1996 ; 39 : 83-91.

Sawyer JB, Jameton EM. Chronic callers to a suicide prevention center. *Suicide Life Threat Behav* 1979 ; 9 : 97-104.

Stein DM, Lambert MJ. Telephone counseling and crisis intervention: a review. *Am J Community Psychol* 1984 ; 12 : 101-126.

Sudak HS, Sawyer JB, Spring GK, Coakwell CM. High referral success rates in a crisis center. *Hosp Community Psychiatry* 1977 ; 28 : 530-532.

Tekavcic-Grad O, Zavasnik A. Comparison between counselor's and caller's expectations and their realization on the telephone crisis line. *Crisis* 1987 ; 8 : 162-177.

Tekavcic-Grad O, Farberow NL, Zavasnik A, Mocnik M, Korenjak R. Comparison of the two telephone crisis lines in Los Angeles (USA) and in Ljubljana (Yugoslavia). *Crisis* 1988 ; 9 : 146-157.

Walfish S, Tulkin SR, Tapp JT, Slaikeu KA et Russel M. The development of a contract negotiation scale for crisis counseling. *Crisis Intervention* 1976 ; 7 : 136-148.

Weiner IW. The effectiveness of a suicide prevention program. *Mental Hygiene* 1969 ; 53 : 357-363.

## **Risque suicidaire, crise familiale ; réflexions générales et modalités d'intervention**

Dr Serge Kannas

CHS Charcot - Plaisir

Les réflexions que nous allons vous soumettre sont issues d'une triple expérience :

- Celle de dirigeant médical d'un secteur psychiatrique public, dont 25 % environ de l'activité intra-hospitalière et extra-hospitalière est consacrée à des situations comportant tentatives de suicide ou risque suicidaire avéré.
- Celle depuis sept ans d'un service mobile d'urgence psychiatrique- ERIC - intersectoriel (400 000 habitants), régulé par le SAMU-Centre 15 et les généralistes (Kannas et al., 1998a). Son objectif est d'offrir une alternative à l'hospitalisation en recherchant les compétences de l'entourage et en proposant une prise en charge à domicile en urgence et en post-urgence d'une durée maximum d'un mois au décours de la crise. Pendant ces sept ans, l'équipe ERIC est intervenue plus de 15 000 fois, un tiers en urgence et le reste en post-urgence. Plus de 35 % de ces situations concernaient des patients à risque suicidaire avéré.
- Les fondements théoriques et cliniques issus des modèles d'intervention de crise développés par D. Langsley, F. Pittman, D et L. Everstine... Il s'agit d'interventions de durée brève qui ont pour objectifs l'abaissement des tensions et le retour à l'état antérieur, voire pour certains l'apprentissage de solutions nouvelles. Ces interventions se caractérisent par l'implication de l'entourage du patient dans le processus thérapeutique (recontextualisation de la crise) et l'évitement de l'hospitalisation en psychiatrie.

### **A - Réflexions générales**

Nous sommes partis de deux hypothèses principales, sachant que nous parlons de la propension à l'agir extrême ou dangereux, dont le suicide est un des aspects, mais non le seul.

- Notre première hypothèse est que le risque de passage à l'acte n'est pas uniquement une propriété du patient. Il est aussi en relation avec le contexte dans lequel il émerge et se maintient. Ce risque peut donc être influencé par le contexte qui peut le restreindre ou au contraire l'amplifier.
- Notre deuxième hypothèse est que le risque de passage à l'acte est inversement proportionnel à l'aptitude du patient et de son entourage à mettre en mots ce qui se vit et ce qui se passe ici et maintenant, ceci valant bien entendu aussi pour le mode d'intervention des professionnels. Symptomatisation ou risque de passage à l'acte représentent selon nous les deux faces d'un phénomène qui consiste à montrer plutôt qu'à dire. (Madanes, 1980, Haley, 1991)

### **B - Quelques brèves définitions**

Pour développer plus avant et nous faire bien comprendre, nous voudrions donner deux définitions :

- La crise : pour nous, il s'agit d'un "mot-valise" utilisé par beaucoup d'auteurs dans des acceptions très différentes. Le seul intérêt que nous voyons à l'utilisation de ce terme, mais il est important, consiste dans le caractère réversible, temporaire, non chronique, et non classé nosographiquement, qu'il attribue à la situation. Nous mettons l'accent sur la notion de rupture d'équilibre relationnel entre un sujet et son environnement. Le suicide en étant une des manifestations possibles.

- D'une façon générale, nous relierons cette notion à celle de crise familiale utilisée par M. Erickson (Haley, 1984) : elle correspond au changement d'équilibre relationnel qui survient à l'intérieur du groupe familial, lors du passage d'une étape à une autre, au sein du cycle de vie de la famille. Ce changement se produit le plus souvent - mais pas seulement - lorsque quelqu'un entre ou sort du système familial (naissance, décès, divorce, rupture ou séparation, départ d'un enfant, etc.) ou lors d'un événement de vie. Il peut réduire les ressources adaptatives de la famille et être à l'origine de l'émergence de symptômes et donc de passage à l'acte chez l'un de ses membres.

### **C - Les conséquences**

Le modèle d'intervention de crise, thérapeutique et de prévention du risque suicidaire que nous proposons, est centré principalement sur l'implication active de l'entourage. Nous entendons par là la famille, même élargie ou très élargie, voire distante géographiquement, et le réseau micro-social du patient (amis, collègues, professionnels de l'aide éventuellement déjà impliqués ou à susciter). Cette approche suppose de solliciter activement et expressément l'accord du patient pour obtenir une telle participation. Plusieurs objectifs sont à rechercher :

1. Promouvoir l'alliance thérapeutique et créer un contexte de coopération psychothérapeutique plutôt que de contrôle, source d'escalade, elle-même amplifiant le risque de relancer le passage à l'acte. Cet objectif doit être recherché en tout premier lieu avec le patient. Mais il n'est pas rare de rencontrer un patient suicidaire présentant une demande paradoxale, qui dénie le risque, banalise son acte ou encore refuse toute coopération, voire toute discussion. Dans ce cas, le fait de recevoir la famille peut permettre d'obtenir un soutien, une participation et une demande de certains proches, qui peuvent aider le thérapeute en le soutenant dans ses préoccupations, et aussi pousser le patient à s'assouplir et coopérer. Cela peut éviter aux professionnels d'être confrontés à une demande en "tout ou rien" : soit la demande est "parfaite", soit il existe une "non-demande" qui oblige le professionnel à choisir entre abandonner le patient, au nom de sa liberté, ou le contrôler totalement, au nom de sa sécurité, contrôle non dénué de risque.

Par ailleurs, l'engagement du thérapeute en direction du patient et de ses proches (appels téléphoniques, proposition de rendez-vous...) favorise la compliance aux soins qui est un des aspects de l'alliance thérapeutique.

2. Recueillir des informations sur la situation, son contexte et les éléments de gravité que le patient ne livre pas toujours : degré d'isolement, événement déclenchant, notion de consommation de toxique ou d'alcool, d'abus sexuel ou de violence intra-familiale, existence d'une pathologie mentale, d'antécédents suicidaire, etc.

3. Tester et analyser les enjeux relationnels, source fréquente d'escalade liée à la crise familiale, souvent méconnue lorsque le patient est reçu individuellement. Il s'agit de parler plutôt que d'agir. L'exemple classique est celui du patient calme, banalisateur et asymptomatique, qui va se montrer en quelques minutes, lors de l'entretien familial, membre d'une famille chaotique et explosive ou tout le monde exprime sauvagement des reproches vis-à-vis de tout le monde. L'entretien familial est donc révélateur des tensions qui sont susceptibles d'exister au sein de la famille, de leur intensité, des enjeux qu'il recèle. Ce type d'entretien permet ainsi de commencer à en parler en tentant de s'allier à l'ensemble des protagonistes, ce qui peut déjà en soi réduire notablement les tensions et le risque, préparer des pistes pour des discussions plus répétées sur une période courte si cela s'avère nécessaire, voire préparer les intéressés à une prise en charge de plus longue durée à des

conditions adaptées.

4. Tester et analyser les hiérarchies (inversées, confuses) l'organisation et la structure de la famille, en relation avec la situation du patient suicidaire : est-ce qu'un adolescent, par son comportement extrême, paralyse ses parents et les rend incapables d'intervenir de façon fonctionnelle ? Existe-t-il un conflit de couple, un risque de séparation ou une rupture en cours, existe-t-il des conflits latents ou explicites entre une partie de la famille et la famille élargie ? Existe-t-il des coalitions cachées entre un membre de la famille et un autre contre un troisième, etc. ? L'entretien familial révèle ces aspects ou permet de les retrouver, et donne ainsi la possibilité de commencer à entreprendre une aide, si elle est acceptée ou demandée, portant sur ce type d'enjeu. Cela aussi peut contribuer à réduire notablement la pression et donc le risque immédiat ou celui de récurrence.

5. Vérifier la qualité du support social et familial : impliquer le réseau social et familial du patient peut permettre de vérifier s'il en existe un, si le patient est irrémédiablement isolé, ou si l'on gagne à lui en créer un, artificiel et temporaire (professionnels du sanitaire, du social ou autre) par exemple. Si le réseau existe, le rencontrer permet de se faire une idée de son implication, de sa disponibilité, de sa fiabilité, de son aptitude à porter dans la situation. Là aussi, ce bilan où l'entourage apparaît davantage comme une ressource qu'un problème, peut permettre une réponse thérapeutique graduée et ajustée qui n'est ni le tout hospitalier, parfois excessif et stigmatisant, ni le tout ambulatoire individuel et isolé, la réponse appropriée devenant un partenariat intensif "sur-mesure" entre professionnels, patients et entourage. L'alliance avec ce dernier lui permet enfin de jouer un rôle de soutien et d'alerte en cas de nécessité, au-delà de la crise, même si le patient n'est pas directement demandeur, ce qui peut jouer un rôle dans la prévention ultérieure du risque.

6. Développer la compétence des familles, promouvoir leurs capacités auto-curatives et d'apprentissage : l'expérience des entretiens familiaux de crise tend à montrer que les familles "apprennent" à davantage se parler des enjeux relationnels critiques, à découvrir et faire l'expérience de leurs propres capacités positives et de leurs ressources pour se soutenir mutuellement et traverser la crise ensemble, ce qui est moins dur qu'isolément. Lorsque cela se passe, la famille en sort valorisée et cela crée un cercle vertueux qui les aide à se confronter plus positivement, le cas échéant, à d'autres situations ultérieures analogues (Ausloos, 1995).

Une expérience de recherche a été effectuée au sein du groupe ERIC à propos d'une population de patients arrivés pour la première fois à l'hôpital psychiatrique pour une admission (Kannas et al., 1998b). Un groupe faisait l'objet d'une prise en charge alternative de crise impliquant la famille au moment de l'arrivée, dont les résultats étaient comparés à celle, classique, d'un groupe témoin apparié. L'expérience a montré 50 % d'hospitalisation de moins dans le groupe "crise" immédiatement, et 45 % de moins à deux ans. De même, les patients du groupe "crise" étaient deux fois moins hospitalisés et deux fois moins longtemps que ceux du groupe témoin, pendant la même période. Tout s'est passé comme si certaines familles avaient "appris" à utiliser d'autres ressources, plutôt que l'hospitalisation, ou à en limiter le risque et la durée. Il convient toutefois de remarquer que cette recherche concernait l'ensemble des pathologies psychiatriques menant à l'hospitalisation, ce qui incluait la crise suicidaire mais ne s'y réduisait pas, et que d'autre part l'intervention de crise durait au maximum un mois.

## **D - La question de l'hospitalisation**

Elle est souvent posée en termes de partisans et d'adversaires irréductibles, quoique peu discutable pour des patients à haut risque de passage à l'acte suicidaire immédiat. Ayant développé un outil pour créer des alternatives, nous sommes plutôt enclins à en limiter les indications et la durée, pour plusieurs raisons :

- De nombreuses expériences françaises et internationales (Bengelsdorf et al., 1984, Marson et al., 1988, De Clercq et Hoyois, 1990) tentent à montrer que les indications de l'hospitalisation sont beaucoup plus liées au contexte qu'au patient (degré de formation et d'isolement du prescripteur, idéologie de celui-ci, existence d'une disponibilité immédiate d'alternative, nature et degré du système de support social du patient, etc.). D'une façon générale, plus le modèle thérapeutique va inclure l'environnement du patient dans les soins, plus les chances de solutions non institutionnalisantes vont émerger. A l'inverse, plus le modèle thérapeutique va tendre à isoler le patient de son contexte et donc à l'en séparer, plus les chances de solutions séparatistes, donc institutionnalisantes, vont apparaître.
- L'hospitalisation représente un mécanisme de régulation des tensions intra-familiales ou micro-sociales dont le symptôme suicidaire est à la fois cause et effet (Wiewiorka et Kannas, 1989). Comme toute séparation entre des protagonistes en conflit, l'hospitalisation réduit artificiellement les tensions, mais n'y remédie pas si ces tensions ne sont pas abordées et traitées spécifiquement. En même temps, l'hospitalisation représente un contexte d'apprentissage d'une solution univoque, l'institutionnalisation, en cas de crise suicidaire, au sein du triangle patient/famille/professionnels. Si aucune autre solution n'est apprise, elle tend à se répéter avec un alibi symptomatique et suicidaire, la nécessité de se séparer de son milieu justifiant le passage à l'acte qui mène à l'hospitalisation, en réduisant celle-ci à sa fonction primaire, la séparation (Kannas et Lelay, 1998). Le risque d'apprentissage d'un tel pattern, c'est-à-dire du passage à la répétition et à la chronicité est élevé. Il est donc crucial de tout faire pour l'éviter, en particulier pour tous ceux qui rencontrent pour la première fois le dispositif des urgences ou psychiatrique.
- Il n'a jamais été clairement démontré que l'hospitalisation en psychiatrie exerce un effet préventif sur le risque suicidaire (Medical Research Council, 1995, Repper, 1999)

## **E - Conclusion**

Au total, dans notre expérience, des indices semblent montrer que notre modèle thérapeutique, centré sur l'évitement de l'hospitalisation et l'implication active de l'entourage, pourrait exercer des effets bénéfiques y compris à long terme, sans augmenter le risque suicidaire immédiat.

Toutefois, il est juste de considérer que notre intervention dure au maximum un mois et que notre étude sur le long terme ne porte pas spécifiquement sur le suicide, même si elle l'inclut. Enfin nous manquons d'argent et de temps pour effectuer des recherches comparatives rigoureuses, permettant de vérifier si notre modèle, le cas échéant, réduit le risque de récurrence suicidaire par rapport à d'autres modèles d'intervention.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Aguilera D.C. (1995) : Intervention en situation de crise, InterEditions, Paris  
Andreoli A., Lalive J., Garrone G. (1986) : Crise et intervention de crise en psychiatrie, Simep  
Ausloos G. (1995) : La compétence des familles : temps, chaos, processus. Frères. Paris

- Bengelsdorf H., Levy L. E., Emerson R. L., Baile F. A. (1984) : A Crisis Triage Rating Scale, brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7) : 424-429
- Caplan G. (1964) : *Principles of preventive psychiatry*, Basic Books, New York
- De Clercq M. (1997) : *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, De Boeck Université, Bruxelles, 247-248
- De Clercq M., Hoyois P. (1990) : Les antécédents de prise en charge : gage d'investissement thérapeutique ou de malédiction pour les urgences psychiatriques, *Annales Médico-psychologiques*, 148, 4 : 367-377
- Everstine D.S., Everstine L (1993) : *Des gens en crise. L'intervention psychologique d'urgence*, Hommes & Perspectives, Marseille
- Everstine L. : *Dance of death : the meaning of suicide* (manuscrit)
- Flomenhaft K., Kaplan D. M., Langsley D.G. (1969) : Avoiding Psychiatric hospitalization, *Social Work* : 38-45
- Haley J. (1984) : *Milton Erikson, un thérapeute hors du commun*, Desclée De Brouwer, Paris
- Haley J. (1991). *Leaving home. Quand le jeune adulte quitte sa famille*, ESF, Paris
- Kannas S., Robin M., Pochard F., Mauriac F., Regel I., Devynck C., Noiro M.N., Bronchard M., Bisson F., Waddington A. : L'expérience d'un service mobile d'urgence psychiatrique (ERIC) à propos du risque de passage à l'acte des patients et de la sécurité des professionnels. Réflexions concernant le contexte et les aspects relationnels, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, in press
- Kannas S., Robin M., Pochard F., Abillon A.F., Regel I., Mauriac F., Waddington A. (1998a) : ERIC ou la mobilité comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique, in De Clercq M. Eds, *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale*, Masson, Paris & Elsevier (traduction anglaise)
- Kannas S., Robin M., Pochard F., Mauriac F., Regel I., Devynck C., Waddington A. (1998b) : Etude d'impact d'un service mobile d'urgence médico-psychologique sectorisé comme alternative au traitement des urgences psychiatriques, Rapport pour la CNAMTS et l'INSERM, contrat n° 4AE205
- Kannas S., Lelay A.M. (1998) : A propos d'une dépression chronique résistante, *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 21, 2 : 119-130
- Langsley D., Machotka P., Flomenhaft K. (1971) : Avoiding mental admissions: a follow-up study, *American Journal of Psychiatry*, 127 (10) : 1391-1394
- Langsley D., Pittman F.S., Machotka P., Flomenhaft K. (1965) : Family Crisis Therapy-results and implications, *Family Process*, 7 (2) : 145-158
- Madanes C. (1980) : The prevention of rehospitalization of adolescents and young adults, *Family Process*, 19 : 179-192
- Marson D.C., McGovern M.P., Pomp H.C. (1988) : Psychiatric decision making in the emergency room : a research overview, *Am J Psychiatry*, 145, 8 : 918-925
- Medical Research Council (1995) : *Topic review of suicide and parasuicide*, UK : 1-56
- Pittman F. (1987) : *Turning point*, Norton, New York
- Pochard F., Robin M., Faessel A.I., Kannas S. (1999) : Passage à l'acte suicidaire et violence sacrificielle : hypothèse systémique et anthropologie, *L'Encéphale*, XXV 296-303
- Pochard F., Robin M., Regel I., Mauriac F., Waddington A., Kannas S. (1998) : Sécurité et interventions psychiatriques à domicile en urgence, *L'Encéphale*, XXIV : 324-9
- Pochard F., Robin M., Kannas S. (1998) : Treatment of suicidal patients, *New England Journal of Medicine*, 338 : 261-62
- Repper J. (1999) : A review of literature on the prevention of suicide through interventions in accident and emergency departments, *Journal of clinical nursing*, 8 : 3-12
- Van Heeringen C., Jannes S., Buylaert W., Henderick H., De Bacquer D., Van Remoortel J. (1995) : The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients : a controlled intervention study, *Psychological Medicine*, 25 : 963-970
- Wiewiorka S., Kannas S. (1989) : Approche systémique et chronicité en milieu hospitalier psychiatrique, *L'Evolution Psychiatrique*, 54, 3 : 595-614

## **Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?**

Monique SÉGUIN, Ph.D.

Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull  
Directrice du  
Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil  
Centre de recherche Fernand-Seguin Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal

Nous répondrons à cette question en développant quatre points. Premièrement, nous élaborerons brièvement le cadre théorique de la progression de la crise permettant de préciser les objectifs d'intervention qui favoriseront la gestion de la crise suicidaire. Le deuxième point abordé permettra de constater qu'il existe des divergences dans la conception de l'intervention en situation de crise. Nous présenterons trois modèles issus de l'analyse de différentes pratiques. Ces modèles conceptuels de l'intervention en situation de crise varient en fonction des professionnels qui réalisent l'intervention. Comme il existe des différences entre les intervenants professionnels et les intervenants paraprofessionnels, nous tenterons de distinguer les rôles de chacun et les champs d'expertise des uns et des autres, selon une approche d'effets différentiels.

Troisièmement, nous aborderons un aspect essentiel permettant de désamorcer une situation de crise, c'est-à-dire l'évaluation du potentiel suicidaire. Cette évaluation s'avère une étape nécessaire afin de déterminer quel type d'intervention d'urgence doit être mis en place. Cette méthode d'évaluation du potentiel suicidaire devrait être connue de tous les intervenants auprès de personnes en phase de crise.

Quatrièmement, nous proposons des stratégies d'intervention selon une séquence qui favorise l'apprentissage ou l'enseignement de cette approche.

### **PARTIE I Progression de la crise (état d'équilibre, état de vulnérabilité et état de crise)**

On croit fréquemment qu'une crise se produit de manière spontanée. En fait, il est possible qu'un grand choc, comme un décès, précipite un état de crise. Cependant, de façon générale, il se produit une progression de l'état d'équilibre vers un état vulnérable, lequel culmine finalement à l'état de crise. La reconnaissance de ces différentes étapes permettra de désamorcer (dans certains cas) la crise suicidaire avant le passage à l'acte.

Généralement, l'individu manifeste un ensemble de réponses comportementales lorsqu'il est confronté aux événements stressants de la vie. Habituellement, ces réponses permettent de maintenir un état d'équilibre. En effet, lorsqu'un événement vient rompre cet état d'équilibre, par exemple un ou des changements majeurs survenant dans son milieu, l'individu cherche à retrouver l'équilibre antérieur par la mise en place d'un ensemble de stratégies et de mécanismes d'adaptation. Cependant, la déstabilisation s'accroît lorsqu'une personne affronte des obstacles importants ou lorsqu'un enchaînement d'événements négatifs se produit. Ainsi, la perte du travail peut induire la perte d'estime de soi ou encore la perte d'amis, empêchant la personne en crise de maintenir ou d'atteindre, pour un certain temps, cet état d'équilibre ou de stabilité.

Lorsque l'individu perd ses capacités habituelles de faire face aux événements stressants, on dira qu'il se trouve dans un état de vulnérabilité. À cette étape, l'individu a épuisé son répertoire de réponses habituelles. Il ne parvient plus à

évacuer une tension devenue trop intense au moyen des réponses qu'il connaît. L'individu en état de vulnérabilité évalue sa situation de manière négative; ces sentiments contribuent d'accroître la tension et celle-ci devient de plus en plus difficile à éliminer. L'épuisement des ressources cognitives peut provoquer une plongée dans le monde des émotions, émotions souvent négatives qui embrouillent de plus en plus sa perception de la réalité. L'individu se dirige rapidement vers une phase de désorganisation et de confusion émotionnelle (Kirk, 1993).

L'état de déséquilibre prend alors graduellement le dessus et la personne se retrouve en crise. À cette étape, si la personne arrive, par une recherche de solutions, à une résolution efficace du problème, l'équilibre est retrouvé et la crise est évitée. Si, par ailleurs, la recherche de solutions s'avère infructueuse et/ou lorsque la personne est confrontée à des échecs répétés ou à un événement déclencheur supplémentaire, le stress et la tension continuent d'augmenter et poussent la personne vers un état de crise. Il s'agit d'une période de désorganisation, de trouble et de stress importants pendant laquelle la personne tentera de trouver une solution acceptable permettant de diminuer le niveau de tension.

L'état de crise est une période de déséquilibre intense. Cette période se caractérise par trois grandes étapes : (1) une période de désorganisation qui culmine jusqu'à (2) une phase aiguë avant de se conclure par (3) une période de récupération. La phase aiguë peut se distinguer par un éventail de réactions qui varient en intensité, allant jusqu'au passage à l'acte suicidaire. Remarquons qu'il est possible de vivre un état de crise sans vivre de passage à l'acte. De plus, le passage à l'acte ne se manifeste pas obligatoirement par une tentative de suicide, mais peut se traduire par une fugue, une crise d'agressivité ou toute autre façon permettant d'éliminer momentanément le stress causé par une situation difficile. C'est au cours de cette période de phase aiguë que pourra survenir la tentative de suicide chez un individu vulnérable.

La période de crise et de trouble intense peut durer de 6 à 8 semaines (Messick et Aguilera, 1976). Cette période de déséquilibre est exigeante pour l'individu et ne peut être tolérée longtemps; une action structurante devient alors nécessaire.

L'individu adoptera, de façon consciente ou inconsciente, des solutions, adéquates ou non, pour retrouver un certain équilibre.

Le graphique suivant représente l'évolution de l'état psychologique d'une personne en état de crise suicidaire. (manque graphique)

### **Résolutions possibles de la crise**

Les issues quant à la résolution de la crise peuvent varier. On peut parler d'une résolution de la crise en termes d'une résolution adéquate, d'une résolution inadéquate, d'un retour à l'équilibre antérieur ou d'une précipitation vers la crise suicidaire.

### **Résolution adéquate**

On parle de résolution adéquate lorsqu'il y a recadrage du problème de départ, que la crise se résorbe et qu'il y a apprentissage de nouvelles stratégies d'adaptation. Toute crise peut représenter une occasion de croissance personnelle et constituer une valeur positive dans le développement d'une personne. À la suite d'une crise, l'individu peut fonctionner d'une façon plus adaptée qu'il ne le faisait antérieurement puisqu'il se sera doté d'une meilleure capacité d'expression de sa souffrance et de nouveaux mécanismes de maîtrise de soi.

Retour à l'équilibre antérieur

Après la crise, l'individu peut retrouver le même niveau de fonctionnement que par

le passé. Ici, la crise ne s'est pas avérée une occasion d'apprentissage et d'introspection personnelle. Il est probable que l'individu se soit donné des moyens pour tendre vers un équilibre en utilisant de meilleurs moyens de résolution de problèmes. L'intervention en situation de crise aura permis à moyen ou à long terme de résoudre les problèmes qui ont engendré la crise.

### **Résolution inadéquate**

Dans ce cas-ci, l'individu adopte des stratégies qui lui permettent peut-être de réduire le degré de stress et d'anxiété à court terme, mais qui pourraient avoir, à long terme, des conséquences néfastes (ex. : l'alcoolisme et la toxicomanie). Ces moyens constituent surtout des tentatives pour engourdir la douleur et l'individu risque de créer d'autres difficultés qui devront être traitées ultérieurement. Dans ce contexte, il arrive fréquemment que l'individu demeure dans un état de vulnérabilité jusqu'à ce qu'un autre événement vienne le replonger en état de crise.

### **Crise de type psychosocial ou psychiatrique**

Le passage à l'acte suicidaire n'est pas en soi un diagnostic, mais un comportement qui caractérise le malaise vécu par une personne qui souffre, indépendamment de ses difficultés psychologiques. Il est important d'éviter de placer toutes les personnes en état de crise suicidaire dans la même catégorie diagnostique et ainsi d'offrir un traitement unique et universel à toutes les personnes en crise. Le modèle de crise est un modèle conceptuel qui correspond à une période définie dans le temps et qui offre un appui théorique à une technique d'intervention d'urgence. Ce modèle correspond à une période de désorganisation ciblée dans le temps, mais ne saurait se substituer à des modèles théoriques de la psychopathologie.

Cependant, la description d'un individu en situation de crise telle que proposée par Caplan (1964) et Messick et Aguilera (1976) correspond bien à la situation d'une personne qui vit une période de déséquilibre et qui peut éventuellement retrouver un état d'équilibre avec le soutien approprié. L'événement déclencheur de la crise est souvent de nature psychosociale : une perte, une rupture, ou une série d'adversités. Un événement tragique entraîne souvent une cascade d'événements complexes qui rendront le maintien de l'équilibre de plus en plus précaire. Dans un contexte comme celui-ci, l'intervention sera axée sur le rétablissement de l'équilibre, l'expression des émotions, la compréhension des événements qui ont mené à la crise, l'apprentissage de nouvelles habiletés de résolution de problèmes et le recadrage cognitif.

Mais qu'en est-il des personnes psychologiquement vulnérables qui se retrouvent régulièrement en situation de crise? Le modèle de crise ne saurait être une explication étiologique de la pathologie, bien qu'une personne ayant des troubles de santé mentale puisse aussi être en crise. L'observation clinique nous permet de constater que, lorsque des personnes ayant des antécédents de santé mentale déficiente ou de grande vulnérabilité psychologique vivent des situations difficiles, elles se retrouvent plus rapidement en état de crise. L'explication vient probablement de ce que ces personnes n'étaient pas en phase d'équilibre lorsque les situations de stress sont apparues. Ces personnes vivent souvent dans un état de vulnérabilité continu, et le moindre événement stressant peut les précipiter en situation de crise. La littérature fait état de sous-groupes souvent bien distincts d'individus ayant des comportements suicidaires. Sans entrer dans une discussion clinique et épidémiologique des différents sous-groupes de personnes suicidaires (ce qui sera abordé plus loin), pour des fins d'enseignement et d'intervention clinique, nous définirons deux grands sous-groupes. Premièrement, les personnes qui sont en crise

suicidaire à la suite d'une crise de nature psychosociale et, deuxièmement, les personnes adoptant des comportements suicidaires à la suite d'une crise de nature plus intériorisée que nous qualifions de crise psychiatrique. *En résumé, même si le modèle de crise décrit un processus de manière générique, diverses personnes vivront des crises suicidaires et l'expression de ces dernières pourra différer. Par conséquent, la nature de l'intervention devrait varier en fonction du type de personne en crise.*

## **PARTIE II Modèles d'intervention en situation de crise issus des pratiques**

On observe des divergences dans les styles d'intervention en situation de crise que pratiquent les professionnels et dans ceux des paraprofessionnels qui interviennent dans des services alternatifs ou associatifs. Nous présenterons trois modèles issus de l'analyse des différentes pratiques.

Le premier modèle repose principalement sur le dépistage et l'évaluation; le deuxième modèle, utilisé surtout par des intervenants paraprofessionnels, est centré sur la résolution de problèmes; enfin, le troisième modèle, qui retient le plus d'intérêt, est le modèle convergent décrit par Aguilera (1995). Bien que ces modèles n'aient pas été spécifiquement conçus pour la crise suicidaire, nous en ferons une brève revue afin de dégager les différences possibles entre les pratiques et, ultérieurement, proposer les meilleures interventions susceptibles de désamorcer la crise suicidaire.

### **Modèle de dépistage et d'évaluation (Screening/Assessment Model)**

Ce type d'intervention s'inspire des modèles médicaux, bien que les principes de dépistage et d'évaluation soient mis en application dans un contexte psychothérapeutique (Burgess et Baldwin, 1981). Le modèle de dépistage et d'évaluation met d'abord l'accent sur l'évaluation complète des difficultés, des tensions et des problèmes vécus par l'individu et, dans un deuxième temps, sur la proposition de traitements appropriés.

Le cadre structuré de l'intervention en situation de crise qui découle de ce modèle est principalement sous la responsabilité d'un clinicien. Ce dernier effectue une évaluation psychologique en profondeur des expériences passées de la personne, de son histoire familiale et sociale et de ses antécédents médicaux. À la suite de cette évaluation, la personne est orientée vers d'autres ressources ou services communautaires afin d'y recevoir le traitement approprié. Dans ce cadre, le rôle du clinicien qui reçoit la personne, généralement dans les salles d'urgence médicales ou psychiatriques, est de désigner et de coordonner des ressources et des services qui pourraient l'aider. Par conséquent, l'évaluation du fonctionnement passé et présent de l'individu ainsi que l'obtention de services adéquats pouvant faciliter la résolution de la crise actuelle sont les seules responsabilités du thérapeute appliquant le modèle de dépistage et d'évaluation. Ce modèle de dépistage et d'évaluation constitue donc une intervention de courte durée, limitée à une ou deux rencontres, ce qui restreint des possibilités d'intervention plus élaborées.

En somme, selon Burgess et Baldwin (1981), cette forme d'intervention de crise n'est adéquate que pour certaines personnes en difficulté, dont celles souffrant de psychopathologie chronique ou récurrente. Ce modèle est plus adapté aux structures qui reçoivent les personnes en urgence et qui mettent en place des politiques limitant les services de crise à des activités d'évaluation et d'orientation.

### **Modèle de résolution de problèmes**

Ce modèle a été élaboré dans les années 60 en réaction à une augmentation de la demande des services de santé mentale (Lecomte et Lefebvre, 1986). Depuis les années 70, ce sont généralement les paraprofessionnels œuvrant dans des services alternatifs ou associatifs en santé mentale qui dispensent ce type de service. Le modèle de résolution de problèmes a été initialement considéré comme innovateur en favorisant le counselling par les pairs. Des personnes n'ayant pas d'expérience de psychothérapie reçoivent une formation en intervention en situation de crise afin d'acquérir des habiletés pour pouvoir aider des pairs en difficulté. Cette formation de type humaniste met l'accent sur l'écoute active, l'établissement d'une relation chaleureuse avec la personne en état de crise et la diffusion d'information pouvant aider cette personne à prendre des décisions. L'objectif est de permettre à l'individu formé de posséder suffisamment de compétences pour pouvoir aider une personne en crise à définir et à évaluer les différentes solutions possibles pour résoudre son problème.

Dans les faits, ce modèle de résolution de problèmes se traduit par une intervention en situation de crise peu structurée, mais propice à l'innovation pouvant avoir lieu non seulement en entretien face à face, mais aussi par téléphone, voire au moyen du réseau de communication Internet. Le nombre de séances d'intervention varie selon les besoins de la personne. Ainsi, un plus long soutien peut être nécessaire pour les personnes qui éprouvent davantage de difficultés à faire face à un problème immédiat. En outre, l'intervention se centre surtout sur le présent, quoique le futur soit envisagé pour certains aspects de la résolution de problèmes (Jacobson et Portuges, 1976).

Bien que ce modèle ait donné des résultats fructueux auprès de nombreuses personnes en difficulté, il a tout de même été l'objet de critiques (Lecomte et Lefebvre, 1986). Par exemple, le fait que le contenu et le nombre des séances ne soient pas clairement définis permet à certaines personnes de consulter à répétition, sur une longue durée et à haute fréquence, ce qui engendre l'établissement d'une certaine dépendance à cette forme de soutien. Cette situation peut favoriser la régression de la personne et l'incapacité d'acquérir de nouvelles habiletés de résolution de problèmes. D'un autre côté, Torop et Torop (1972) ont remarqué que les intervenants formés à cette méthode sont souvent jeunes et idéalistes quant à leur rôle auprès des personnes en difficulté, ce qui entraîne un surinvestissement des problématiques, une tendance à se faire manipuler par certaines personnes et, conséquemment, une possibilité accrue d'épuisement " professionnel ".

### **Modèle d'intervention en situation de crise**

Le modèle convergent trouve son origine dans les travaux de Caplan (1964), Messik et Aguilera (1976) et il a été repris par Aguilera (1995). Il fait actuellement figure d'autorité pour l'intervention en situation de crise et il est adopté autant par des professionnels que par des paraprofessionnels. Selon Aguilera (1995), la psychothérapie brève est le modèle précurseur de l'intervention en situation de crise et elle poursuit comme objectif la résolution immédiate de la crise, et ce, en une à six séances.

Pas plus les événements que le stress ne suffisent à déclencher une crise. La personne entre en crise lorsque le stress, qui est induit par l'événement stressant, est perçu comme une menace. La crise survient lorsque la personne perçoit l'événement stressant comme une difficulté insurmontable dépassant ses ressources d'adaptation. À cause du rôle central que joue la perception dans la crise, l'intervention repose sur

un modèle d'orientation cognitive.

Aguilera (1995) propose un paradigme qui explique l'influence qu'ont les événements stressants sur la déstabilisation de l'individu. Une crise serait provoquée plus ou moins directement par une perception déformée de l'événement et/ou par un manque de soutien adéquat, et/ou par l'absence de mécanismes de maîtrise adéquats. Conséquemment, l'intervention doit porter sur le ou les facteurs de déstabilisation. Lorsque la dimension cognitive est défaillante, la situation est perçue comme étant menaçante, d'autant plus que l'individu en crise généralise les répercussions négatives sur les objectifs futurs. Par ailleurs, si l'individu souffre d'isolement social, il deviendra plus vulnérable au déséquilibre lorsque surviendra une perte ou une menace de perte.

Ce modèle s'applique bien aux crises suicidaires parce qu'il tient compte du sentiment d'ambivalence que peut avoir la personne suicidaire, de l'état d'impulsivité souvent présent dans la composante suicidaire et de la rigidité cognitive qui ne lui permet plus d'entrevoir de nouvelles solutions. L'intervention doit donc (1) permettre un rééquilibre émotif par l'expression de la souffrance et de la détresse, (2) favoriser une restructuration cognitive en proposant une perception plus réaliste de l'événement, (3) prendre en considération et mobiliser la composante de soutien social, (4) inciter l'individu à utiliser des mécanismes de maîtrise qui ont déjà fonctionné dans le passé, sinon (5) aider la personne à se doter de nouveaux mécanismes de maîtrise.

### **Différence de perception chez les auteurs américains et les auteurs européens**

La théorisation de la crise varie selon qu'elle est abordée par des auteurs américains ou anglo-saxons, ou par des auteurs européens. Les premiers (Caplan, 1964; Langsley, Machotka et Flomenhaft, 1971; Marmar et Horowitz, 1988, et d'autres) perçoivent la crise comme une période durant laquelle l'individu est submergé sur le plan émotif. À ce moment, il a une perception cognitive rigide et déformée de la réalité et il éprouve des difficultés à résoudre des problèmes. L'intervention porte sur les événements présents alors que les problèmes du passé sont peu ou pas abordés, à moins qu'ils n'aient des liens directs avec les événements actuels. L'intervention vise la résolution actuelle de la crise et un retour à l'équilibre.

Pour les auteurs européens (Andreoli, 1986; Ottino, 1999; Souris, 1988, et d'autres), le lien entre les conflits passés et présents est plus étroit. La réactualisation des conflits sous-jacents demeure l'objectif thérapeutique et l'intervention en situation de crise vise à offrir à la personne un espace de transition " dans lequel le sujet pourra élaborer ses conflits et structurer de nouveaux étayages " (Souris, 1988). *Malgré ces différences de conception, un objectif commun pour tous les auteurs semble être la nécessité de mettre l'accent sur une intervention intensive, rapide et précoce. Pour ce faire, l'évaluation du potentiel suicidaire est nécessaire.*

### **PARTIE III Évaluation du potentiel suicidaire**

Lorsque des intentions suicidaires sont dépitées chez une personne en crise, il est nécessaire d'évaluer la gravité de la crise avant d'établir un plan d'intervention.

Au cours de l'évaluation du potentiel suicidaire, le clinicien s'intéresse à l'évaluation (a) du risque suicidaire (facteurs prédisposant à l'apparition du geste), (b) de l'urgence du passage à l'acte (imminence de la conduite suicidaire), et (c) du danger entraîné par le scénario suicidaire (léthalité du moyen).

Selon Pruet (1990), la clé d'une évaluation adéquate se trouve dans la formation des

intervenants. Ces derniers doivent être bien formés à la reconnaissance des facteurs de risque qui peuvent augmenter les intentions suicidaires. Ils doivent être en mesure de reconnaître les intentions suicidaires, de considérer les signes, les symptômes et les éléments du passé tels que les tentatives de suicide antérieures, ainsi que de discerner tous les éléments pouvant vraisemblablement influencer le processus suicidaire (ex. : l'abus d'alcool, de drogues, de médicaments, les antécédents familiaux, les problèmes de santé mentale, etc.).

Les crises suicidaires, malgré qu'elles soient de durée limitée, peuvent être récurrentes. Les cliniciens qui évaluent régulièrement le potentiel suicidaire doivent être précis et rigoureux dans leur plan d'intervention et dépasser les seules impressions cliniques, lesquelles peuvent s'avérer trompeuses dans le cas de certains patients. D'ailleurs, une étude britannique récente (Appleby, Shaw, Amos, McDonnell et Harris, 1999) analysant 2 170 décès par suicide de personnes ayant eu des problèmes psychiatriques estime que 20 % de ces personnes avaient été en contact avec des services de santé mentale 24 heures avant leur décès et que 50 % d'entre elles avaient été en contact avec des services de santé mentale la semaine précédant le décès. De plus, les professionnels de la santé mentale avaient évalué le risque de suicide comme étant absent ou faible dans 84 % des cas, modéré dans 13 % des cas et élevé dans seulement 2 % des cas. Ce qui pose la question de l'efficacité de l'évaluation. Est-ce que dans des milliers d'autres situations l'évaluation a été adéquate ou est-ce une indication de la difficulté qu'ont les intervenants d'évaluer le potentiel suicidaire?

### **Évaluation du risque suicidaire, de l'urgence et de la dangerosité**

Cette étape consiste à évaluer le degré de perturbation de l'individu afin de déterminer l'imminence et la dangerosité du geste suicidaire. L'évaluation du potentiel permet de cerner des pistes concrètes et directes d'intervention. D'ailleurs, nous verrons plus loin (question no 2) que l'intervention à privilégier diffère si la personne est au début ou si elle est à la fin du processus suicidaire.

L'évaluation du potentiel suicidaire constitue la première étape de l'intervention. Elle consiste essentiellement en la cueillette d'information. Il s'agit d'écouter la personne suicidaire raconter sa trajectoire de vie avec toutes les pertes qui y sont rattachées. Ces informations permettent de définir le problème actuel et de déterminer l'élément déclencheur de la crise ainsi que les autres éléments qui affectent les capacités de la personne de résoudre sa situation actuelle. Plusieurs instruments de mesure standardisés peuvent être utilisés. La discussion des qualités psychométriques dépasse le cadre de cette question; cependant, une liste d'instruments est présentée à l'Annexe I (Labelle et al., 2000).

La tâche pour les intervenants en situation de crise est lourde et exigeante. En effet, les intervenants doivent repousser l'échéance du passage à l'acte tout en concevant un plan de traitement, reconnaître les intentions de la personne en crise et discerner tous les éléments (tels que les abus d'alcool, de drogue, de médicaments, les tentatives de suicide antérieures, les antécédents psychiatriques ainsi que les problèmes de santé mentale existant dans la famille) qui augmentent le risque suicidaire. Ce type d'évaluation tente de déceler une comorbidité symptomatique, c'est-à-dire qu'il cherche à établir la présence de plusieurs difficultés de santé mentale chez l'individu et/ou des problèmes de comportement qui peuvent produire des interférences au moment de l'intervention. L'intervention est différente lorsqu'une personne suicidaire présente plusieurs pathologies, car le risque de suicide augmente (la démence et le retard mental constituent des exceptions).

## **Facteurs de risque suicidaire**

De plus en plus d'études bien menées identifient des facteurs qui augmentent le risque soit de tentatives de suicide, soit de décès par suicide (Isometsä et al., 1994, 1996; Brent et Moritz, 1996; Shaffer et al., 1996, etc.). Ces facteurs sont nombreux et nous ne présenterons que les plus significatifs (Organisation mondiale de la santé, 2000). Nous insisterons ici sur les facteurs de risque de décès par suicide puisque d'autres auteurs ont traité des facteurs de risque associés aux tentatives de suicide. Il sera principalement question d'évaluer quelles personnes sont les plus à risque de décès par suicide.

### ***Les facteurs individuels***

Antécédents suicidaires de l'individu

Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de personnalité, etc.)

Pauvre estime de soi

Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité)

Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)

### ***Les facteurs familiaux***

Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu

Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu

Pertes et abandons précoces

Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents de l'individu

Négligence de la part des parents

Présence de conflits conjugaux majeurs

Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents

Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents

### ***Les facteurs psychosociaux***

Présence de difficultés économiques persistantes

Isolement social et affectif de l'individu

Séparation et perte récente de liens importants, deuil

Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire

Difficultés académiques ou professionnelles

Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide)

Difficulté avec la loi

Présence de problèmes d'intégration sociale

En outre, les facteurs de risque peuvent être repérés à tout âge. Lorsqu'ils sont reconnus, ils s'avèrent des outils précieux pour aider les intervenants à évaluer le potentiel suicidaire.

Pour des fins cliniques, le risque peut s'évaluer selon qu'il est faible, moyen ou élevé. Cette évaluation, associée à celle de l'urgence et de la dangerosité, permettra à l'intervenant d'instaurer une intervention appropriée.

### **Évaluation de l'urgence**

Pour déterminer les priorités de l'intervention, il convient de procéder assez rapidement à l'évaluation de l'urgence, c'est-à-dire à l'évaluation de la probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte. L'identification de ces éléments permet de situer la personne dans le processus suicidaire et de définir les priorités de l'intervention (Séguin et al., 1999).

Il importe aussi de reconnaître l'événement déclencheur qui est à l'origine de la crise suicidaire. Cet événement est habituellement assez récent. Il peut paraître anodin ou insuffisant pour déclencher un passage à l'acte ou, au contraire, il peut s'avérer très grave. Cet événement, qui suscite la crise ou provoque le passage à l'acte, n'est souvent que la goutte qui fait déborder le vase ou le dernier en liste d'une longue série de pertes affectives ou d'événements traumatisants. Il faut donc considérer l'ensemble de la situation et évaluer l'ensemble des pertes récentes qui ont touché la personne en crise suicidaire (voir le tableau plus bas).

### **Évaluation de la dangerosité**

Au cours de cette évaluation, l'intervenant doit nécessairement prendre en considération la létalité du scénario en questionnant la personne suicidaire sur ses intentions et sur les moyens qu'elle pense utiliser au moment du passage à l'acte. L'intervenant doit évaluer adéquatement l'élaboration du scénario suicidaire. Les questions directes quant au scénario suicidaire (où, quand, comment) peuvent sembler embarrassantes à poser. Elles peuvent mettre l'intervenant dans la gêne, parce qu'il n'est pas concevable, dans notre culture, d'oser aborder directement de telles questions. Il faut donc aller au-delà de l'indisposition que ces questions peuvent susciter et se rappeler qu'elles peuvent être réconfortantes et apaisantes pour une personne qui songe à se suicider. Aborder le sujet directement permet à la personne suicidaire d'être considérée dans ce qu'elle vit actuellement et dans son désir de mourir. La personne suicidaire interprète les questions directes de l'intervenant comme une compréhension de sa souffrance.

Lorsque les questions sont précises, les réponses ont également plus de chances d'être précises. Les réponses de la personne suicidaire permettent à l'intervenant de mieux apprécier la situation et de mieux évaluer l'urgence et la dangerosité du passage à l'acte; l'intervention n'en sera alors que plus appropriée. Il est clair que l'intervention sera différente dans le cas d'une personne qui nous dit avoir l'intention de se suicider le soir même, avec les moyens qui se trouvent à sa disposition (armes à feu, médicaments, monoxyde de carbone, etc.), comparativement à l'intervention nécessaire pour une personne qui dit penser vaguement au suicide, mais qui ne songe à aucun scénario précis.

Si l'accessibilité directe aux moyens ne pose pas d'entrave à la réalisation de son projet, c'est-à-dire si l'individu a facilement accès à des armes à feu, à des médicaments ou à tout autre moyen de mettre fin à ses jours, il faut alors considérer que la dangerosité est extrême et agir en conséquence. Plus loin, nous aborderons la réduction de l'accès aux moyens suicidaires et les techniques d'intervention en urgence suicidaire.

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 émotif est fragile;
- elle envisage le suicide et son intention est claire;
- elle a envisagé un scénario suicidaire, mais son exécution en est reportée;
- elle ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir;
- elle a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement 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 grande agitation;
- la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues;
- elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, lames de rasoir, métro, etc. :
- elle a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé.

Au cours de l'évaluation du potentiel suicidaire, le clinicien s'intéresse à l'évaluation (a) du risque suicidaire (facteurs prédisposant à l'apparition du geste), (b) de l'urgence du passage à l'acte (imminence de la conduite suicidaire), (c) du danger entraîné par le scénario suicidaire (léthalité du moyen). Pour des fins cliniques, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen ou élevé. Ainsi, une personne pourra être à risque faible, en urgence élevée et le scénario suicidaire pourra être de léthalité élevée. Ou alors une autre personne pourra être à risque élevé, en urgence faible et le scénario suicidaire pourra être de léthalité faible. Cette évaluation permettra de mieux évaluer le type d'intervention à mettre en place et permettra aux intervenants d'adopter un vocabulaire commun.

#### **Partie IV Comment désamorcer une crise suicidaire?**

Les objectifs spécifiques en vue de désamorcer une crise suicidaire sont de :

- (1) repousser l'échéance du passage à l'acte;
- (2) soutenir la personne suicidaire pendant la phase aiguë de la crise;
- (3) transmettre à cette personne le sentiment qu'avec de l'aide elle pourra s'en sortir.

Il s'agit, dans un premier temps, de désamorcer la crise, puis d'intervenir selon les causes sous-jacentes qui l'ont engendrée. Les principes dont nous discuterons ici sont ceux auxquels nous faisons appel au moment d'une intervention en situation de crise suicidaire, donc différents de ceux qui guident nos interventions au cours d'une psychothérapie. L'intervention en phase de crise est généralement immédiate et directive puisqu'elle intervient à un moment où l'individu suicidaire est (1)

ambivalent, (2) impulsif et (3) fait preuve de rigidité cognitive. Il ne s'agit pas de rechercher la neutralité thérapeutique, mais bien de créer un lien qui permettra à la personne suicidaire de se sentir comprise et validée dans sa souffrance. Ce type d'intervention peut se pratiquer soit dans un entretien face à face (dans un bureau, au domicile de la personne suicidaire ou dans tout autre lieu où se trouve la personne en crise), soit au téléphone, et maintenant de plus en plus sur Internet (pour plus d'information sur la prévention du suicide par courriel, voir Wilson et Lester, 1998). À notre connaissance, aucune évaluation de l'efficacité des interventions sur Internet n'a été publiée jusqu'à maintenant.

L'intervention en situation de crise se pratique en phase de vulnérabilité ou en phase aiguë de la crise et elle est centrée sur l'événement vécu par l'individu au moment de l'intervention. Lorsque la crise se dissipe, la personne peut alors réévaluer sa situation, souvent de façon différente, et ainsi considérer qu'il existe d'autres options acceptables et satisfaisantes. L'intervention en phase de crise aura permis à l'individu suicidaire de poser graduellement quelques jalons d'un mieux-être afin de poursuivre son cheminement. À la suite de l'intervention en situation de crise, il sera nécessaire d'orienter la personne suicidaire vers un professionnel de la santé mentale. Ce professionnel peut alors poursuivre, avec la personne suicidaire, un travail sur le plan de l'organisation de la personnalité, dans un objectif à plus long terme. Ayant à l'esprit une préoccupation d'enseignement, la séquence d'intervention présentée ci-dessous est proposée comme schéma possible d'intervention en situation de crise suicidaire. Cette séquence est souvent plus conceptuelle que pratique et devra être adaptée à des situations variées.

### **Qui peut désamorcer une crise suicidaire?**

Il semble assez clair que l'intervention en situation de crise peut être appliquée avec succès par des intervenants tant professionnels que paraprofessionnels (voir la deuxième section de la Question 1). Cependant, des nuances doivent être faites quant aux rôles professionnels de chacun, entre la place de la prise en charge que peuvent réaliser des intervenants paraprofessionnels et la place de la prise en charge qui incombe aux professionnels, afin de bien établir qui peut intervenir pour désamorcer une crise suicidaire, auprès de quelles clientèles et dans quel contexte. Le modèle convergent, décrit par Aguilera (1995), peut être enseigné aux intervenants intéressés à œuvrer en situation de crise suicidaire. Cet enseignement destiné à tous les intervenants au sens large permettra d'élargir le filet social de sécurité et de faire en sorte que plusieurs intervenants adéquatement formés et supervisés sauront comment agir au cours d'une situation de crise suicidaire, indépendamment de l'endroit où surviennent ces crises. Comme les crises suicidaires ne sont pas prévisibles, elles peuvent émerger dans tous les milieux, à toute heure, et il devient nécessaire d'avoir des intervenants bien formés à la technique d'intervention en situation de crise dans presque tous les milieux (hôpitaux, écoles, centres jeunesse, etc.). La dimension de la formation, dans ses modalités tant techniques qu'organisationnelles, est une question primordiale qui sera abordée un peu plus loin. Bien que l'intervention de crise puisse être utilisée par les intervenants professionnels et par les intervenants paraprofessionnels, il n'en demeure pas moins que les objectifs d'intervention pourront différer en fonction de l'un ou l'autre de ces intervenants.

Les intervenants paraprofessionnels qui œuvrent dans des organismes associatifs pourraient avoir des actions plus ciblées. L'intervention à l'égard des personnes qui vivent une crise de nature psychosociale doit être centrée sur l'expression de la

souffrance, la restructuration cognitive et l'élaboration de stratégies de résolution de problèmes, et elle peut être assurée par des intervenants paraprofessionnels bien formés et pouvant compter sur une supervision clinique. Cependant, avec les personnes en crise psychiatrique, l'intervention des paraprofessionnels devrait viser la réduction de la tension et prévoir une orientation vers des professionnels de la santé mentale.

Quant aux intervenants professionnels, leur action devrait être plus étendue et viser la formation et la supervision d'intervenants, de même que l'établissement de meilleures pratiques thérapeutiques en fonction des sous-groupes de personnes en crise suicidaire. Ces aspects seront élaborés à la question suivante.

### **Stratégies et séquences d'intervention**

#### **(1) L'établissement d'un lien de confiance entre un ou des intervenants et la personne suicidaire**

Cette dimension relève beaucoup des compétences individuelles de chaque intervenant. La capacité d'accueil et d'ouverture à l'autre, la capacité d'empathie à l'égard de la personne suicidaire et du projet de suicide, la capacité qu'aura l'intervenant de se lier à une personne agressive plutôt que de réagir de manière défensive, et la capacité de mettre en mots ce que vivent les personnes désespérées et silencieuses feront toute la différence au moment de l'intervention en phase de crise.

L'établissement d'un lien de confiance exige l'acceptation du comportement suicidaire. Cela ne veut pas dire qu'il faut cautionner le geste suicidaire, bien au contraire, mais plutôt accepter qu'un individu souffre au point de vouloir se suicider. L'intervenant peut prendre position en disant à la personne suicidaire qu'il ne souhaite pas qu'elle se suicide et qu'il fera tout en son pouvoir pour qu'elle ne passe pas à l'acte. Toute la nuance réside entre un bon contact et un contact autoritaire. Un bon contact suppose que la personne suicidaire aura confiance en l'intervenant avec qui elle est en rapport et qu'elle saura que l'intervenant fera preuve de respect, de compréhension et de franchise à son égard ainsi que de précision quant à l'aide qu'il pourra lui apporter. Une attitude moralisatrice ou des jugements de valeur sont à éviter. Le respect mutuel est à la base d'un lien thérapeutique fort. De nombreux auteurs considèrent ce lien comme l'un des éléments nécessaires à la réussite de l'intervention (Aguilera, 1995; Grayson et Cauley, 1989; Muehlebach, Gognalons, Abensur et Andreoli, 1993; Souris, 1988). La souplesse dans l'intervention est recommandée. L'intervenant peut servir de personne-ressource ou jouer un rôle de conseiller, mais il faut nécessairement que s'établisse une relation de confiance entre les deux parties (Muehlebach, Gognalons, Abensur et Andreoli, 1993).

Dire, raconter, exprimer la souffrance et la douleur constitue la première étape. Cette ouverture permet à la personne suicidaire l'expression d'émotions trop souvent réprimées. Cette étape d'expression de la douleur oblige la personne suicidaire à clarifier, ordonner et mettre dans une séquence temporelle les différents événements qui se sont produits. Ce processus lui permet aussi de mettre de l'ordre dans les émotions associées aux événements douloureux qu'elle vit. Cette étape donne également à l'intervenant l'occasion de mieux comprendre et d'évaluer la situation de la personne suicidaire.

Cette " écoute " est dynamique, active et participante. Les émotions sont reçues pour ce qu'elles sont. L'intervenant parle du suicide pour comprendre, évaluer et signifier à la personne sa compréhension de la situation. De plus, parler du suicide nous en apprend beaucoup sur les motivations qui poussent une personne à vouloir mourir.

sur les intentions qui se cachent derrière son comportement et sur les gains secondaires possibles qu'elle recherche. Enfin, en permettant que s'exprime la partie en elle qui " veut " vivre, on en apprend beaucoup sur ses ressources. Le point central de l'intervention est la verbalisation, la mise en mots de ce que la personne vit et la reconnaissance de sa souffrance. Cette expression des émotions permet une résolution progressive de la crise.

Il est important d'écouter sans porter de jugements de valeur. Une attitude moralisatrice peut gêner la communication et amener la personne suicidaire à se sentir évaluée dans ses efforts de s'en sortir ou à croire que l'on doute de la validité ou de l'authenticité de sa souffrance. Il s'agit avant tout de reconnaître la douleur et la souffrance et ainsi de se positionner comme témoin de la souffrance de l'autre.

**(2)** L'évaluation rapide et efficace du risque et de l'urgence suicidaire et de la dangerosité du scénario suicidaire. L'évaluation doit être immédiate afin d'amorcer une intervention d'urgence.

Lorsque la personne suicidaire est en crise, elle peut être en proie à une panique intense et vivre de grands moments d'angoisse. Il se peut qu'elle veuille réduire son malaise rapidement. Elle est généralement empressée d'obtenir de l'aide et, par le fait même, très motivée à recevoir du soutien afin de résoudre son problème et ainsi régler la situation. L'intervention doit être immédiate parce que l'urgence d'agir est souvent présente. Il est important de saisir la demande d'aide lorsqu'elle est exprimée, car l'ambivalence du geste suicidaire peut permettre une résolution de la crise.

L'efficacité de l'intervention dépend grandement de l'évaluation du problème et, conséquemment, de l'habileté qu'aura l'intervenant à poser des questions précises dans un cadre respectueux et emphatique (sans que l'entretien prenne la forme d'un interrogatoire).

Le meilleur moyen d'établir un bon contact avec une personne suicidaire est d'aborder directement le sujet. Cette manière directe a souvent pour effet de susciter un immense soulagement de la part de la personne suicidaire. Il arrive fréquemment que la personne en détresse laisse des messages obscurs ou indirects à son entourage quant à ce qu'elle vit, précisément parce qu'elle a peur de la réaction que ses intentions suicidaires provoqueraient si elle en parlait ouvertement. Le fait de pouvoir confier sans crainte ses intentions à quelqu'un qui n'a pas peur d'aborder le sujet et qui comprend permet à la personne suicidaire de considérer son comportement sous un autre jour. C'est un contrepois à l'isolement et à la solitude.

**(3)** L'évaluation du facteur précipitant. Ce dernier s'est habituellement produit quelques semaines avant la crise et peut se traduire par un ou plusieurs événements ayant engendré une réaction en chaîne. Cet événement déclencheur peut aussi bien faire partie de la sphère sociale que de la vie intrapsychique de l'individu. Toutefois, il peut être difficile à reconnaître pour l'intervenant, puisque la personne elle-même est parfois inconsciente de la nature des éléments qui ont précipité sa crise. Or, il importe de bien le cerner afin d'évaluer le type de crise : de nature psychosociale ou de nature psychiatrique.

Il est important de comprendre ce qui amène la personne à vouloir mourir et de mettre l'accent sur la crise actuelle, sur ce qui se passe au moment présent et sur l'événement déclencheur plutôt que sur l'histoire de vie. L'intervenant doit aider la personne suicidaire à définir la séquence d'événements qui a conduit à la crise suicidaire actuelle.

Ici, l'intervenant amorce un début de restructuration cognitive. En identifiant les éléments qui font difficulté, l'intervenant identifie aussi les éléments positifs (s'il en

existe), permettant ainsi une restructuration cognitive passant de " tout va mal " à " certaines choses vont mal ". Si la crise est de nature psychiatrique, il convient de structurer la personne en réduisant la tension et de l'orienter vers une prise en charge psychologique.

**(4) Encourager l'exploration et l'expression des émotions afin de diminuer le sentiment de détresse**

L'intervenant devrait maintenant avoir une bonne idée de la situation et des facteurs déclencheurs. À cette étape, il doit permettre à la personne d'exprimer ses sentiments quant à ce qu'elle vit. Il faut adopter une attitude d'acceptation, de soutien et de non-jugement envers celle-ci afin qu'elle puisse laisser libre cours à ses émotions. Par l'expression des émotions, l'intervenant peut valider la détresse de la personne suicidaire; ce faisant, il crée un lien avec la personne qui souffre puisqu'il se positionne comme témoin à la souffrance de l'autre. En agissant de la sorte, l'intervenant brise l'isolement dans lequel se situe la personne suicidaire. Ainsi, puisque la personne se sent alors un peu mieux comprise, un peu moins seule, sa propre souffrance pourra maintenant lui apparaître humainement supportable. Seulement à ce moment-là pourra-t-elle envisager d'entreprendre d'autres actions.

**(5) La formulation de la crise.** À cette étape, l'intervenant tente d'expliquer de façon compréhensible sa perception de ce qui arrive à la personne qui le consulte. Cette formulation porte sur l'identification et la signification des facteurs précipitants et sur les mécanismes d'adaptation disponibles, ainsi que sur l'exploration de ce qui pourrait être entrepris pour mettre en place de nouveaux mécanismes. L'intervenant élabore une stratégie d'action qu'il suggère à la personne sous la forme d'une entente pour les prochaines consultations et il propose de nouvelles solutions à la crise. Lorsque cela est possible, il importe que la personne et l'intervenant collaborent à la recherche de solutions pouvant répondre adéquatement à la situation problématique ayant engendré la crise. À cette étape, il importe aussi d'explorer les conséquences et les émotions engendrées par chacune des solutions trouvées. L'assistance de l'intervenant est la plupart du temps requise dans la définition et la conceptualisation de nouvelles stratégies d'adaptation mieux ajustées aux situations problématiques actuelles.

Il est essentiel de susciter l'engagement de la personne en crise suicidaire dans un processus de résolution de problèmes. La personne doit avoir un rôle actif dans la recherche et la mise en œuvre de solutions adéquates. Ce rôle de recherche de solutions permet à la personne suicidaire de reprendre confiance en elle-même, confiance qu'elle avait perdue. Si la personne suicidaire n'est pas partie prenante de la recherche de solutions, les options qui lui seront suggérées risquent de ne pas lui sembler valables.

Après une première étape axée sur l'évaluation du potentiel suicidaire et sur l'établissement d'un lien de confiance, une période d'action doit suivre : la personne suicidaire est invitée à poser des gestes, explorer des solutions et rencontrer les personnes ressources appropriées, en fonction de la situation vécue. Selon certains auteurs, l'intervention doit dépasser l'écoute passive et déboucher sur des mouvements concrets afin de maximiser l'effet thérapeutique.

La personne suicidaire doute de la possibilité de s'en sortir. Il est donc nécessaire de raviver cet espoir en lui transmettant la certitude qu'il existe une solution autre que le suicide et qu'elle possède les ressources pour surmonter ses difficultés. Il importe de faire ressortir les aspects positifs et les forces de cette personne afin qu'elle puisse reprendre confiance en elle-même et entrevoir une issue positive. Si l'intervenant perçoit en l'autre des attitudes et des attitudes positives, il y a de fortes chances qu'il

puisse influencer et aider la personne et son environnement à le percevoir ainsi, favorisant par le fait même un rapprochement entre la personne et son réseau social. Au cours de l'élaboration du plan d'intervention, l'intervenant devra peut-être devenir plus directif. Cette directivité n'est pas un obstacle à l'expression des émotions ou au maintien du lien de confiance. L'intervenant doit trouver le bon équilibre entre faire preuve de respect et être directif. Le respect n'exclut pas la directivité dans le cas où la personne qui est en crise ne sait plus quoi faire, où aller, par quoi commencer, surtout si elle est dans une situation où l'urgence suicidaire est élevée.

La personne en crise doit sentir que cette forme " d'autorité " montre à quel point on tient à elle et qu'il ne s'agit pas d'une confrontation ou d'une négation de son pouvoir, ce à quoi elle pourrait être réfractaire. Il s'agit plutôt d'être franc et honnête avec cette personne en lui disant ce qu'on a l'intention de faire ou d'entreprendre, puis de lui demander son accord.

Il est important, dans toute forme de contact avec une personne suicidaire, de respecter les limites de cette personne et les nôtres, et de ne rien exiger qui soit en dehors du pouvoir de cette personne ou du nôtre. La directivité ne saurait être qu'à court terme. Il ne s'agit pas de s'approprier le pouvoir décisionnel de l'autre et de faire des choix de vie à sa place. Il s'agit plutôt de répondre le plus adéquatement possible à une situation d'urgence temporaire.

**(6) Briser l'isolement, soutenir la famille et les proches, et mettre en place des structures de protection auprès de la personne suicidaire**

L'intervention de crise doit avoir pour but de briser l'isolement dans lequel se confie souvent une personne suicidaire, et d'élargir son réseau social. Dans tout processus de résolution de crise, il importe de bien reconnaître les ressources disponibles afin de pouvoir les mobiliser et les mettre à contribution lorsque nécessaire. La mobilisation du réseau peut s'avérer efficace pour désamorcer une crise aiguë.

L'entourage immédiat peut constituer une ressource d'aide primordiale. Que ce soit la famille, les amis, les collègues de travail, toutes ces personnes peuvent représenter une source de soutien pour la personne suicidaire. L'intervenant peut aider cette personne à désigner les membres de son entourage qui sont en mesure de la soutenir et de lui offrir une forme d'accompagnement. Cependant, il est possible que les membres de l'entourage soient trop épuisés ou qu'ils manquent de ressources pour aider davantage la personne en crise. Il faudra alors mobiliser le réseau secondaire. L'intervenant doit donc connaître les différentes orientations disponibles afin de pouvoir offrir à la personne suicidaire de réelles solutions de rechange et être en mesure d'élaborer un plan d'intervention réaliste. L'élaboration de ce plan doit tenir compte de la validité des options auprès de la personne suicidaire.

Offrir des solutions de rechange valables consiste à :

- (1) établir et préciser avec la personne suicidaire des démarches qui permettront de diminuer le niveau de tension ou de malaise;
- (2) rechercher des orientations adéquates et accessibles qui correspondent aux besoins de la personne suicidaire;
- (3) planifier des démarches simples et réalistes que la personne peut entreprendre et dont elle peut rendre compte;
- (4) accompagner et soutenir la personne suicidaire pour qu'elle évite des échecs difficiles (Morissette, 1984).

Ces options doivent être en relation directe avec les besoins immédiats de la personne suicidaire et favoriser, à court terme, un mieux-être et une diminution de la

souffrance, en plus de stimuler une reprise du sentiment de contrôle sur sa propre vie.

**(7) Arrêt du processus autodestructeur et établissement d'ententes avec la personne suicidaire afin d'assurer un suivi, du moins à court ou à moyen terme**

Il est souvent bénéfique d'établir une entente claire entre l'intervenant et la personne suicidaire. Cet accord, qui lie la personne à l'intervenant, doit viser à modifier concrètement la situation et peut constituer une entente de non-suicide ou un report de l'échéance du passage à l'acte suicidaire. Durant cette " période d'accalmie ", la personne dispose de temps pour réaliser les démarches prévues et cheminer graduellement vers une résolution positive de la crise.

Les démarches prévues doivent être claires et précises, et elles ne doivent pas submerger les ressources de la personne suicidaire. Un suivi doit également être planifié dans un bref délai, souvent en moins de 24 heures, et un numéro d'urgence (accessible 24 heures par jour) doit aussi être remis à la personne suicidaire.

**(8) L'après-crise**

Peu de temps après une crise aiguë, il est possible d'observer une légère amélioration. Au même moment, il est fréquent de voir les membres de l'entourage et les intervenants se démobiliser. Il est normal de vouloir reprendre son souffle et de chercher à laisser à la personne suicidaire un répit, un moment d'intimité, etc. Cependant, si la personne suicidaire vient de retrouver un peu son souffle, elle demeure tout de même dans un état vulnérable. Cette personne a le sentiment d'avoir encore beaucoup de chemin à parcourir pour retrouver l'équilibre antérieur et un bien-être réel, et ce sentiment peut la plonger dans un profond découragement. La période qui suit une crise suicidaire est considérée comme une période à risque de récurrence. Il importe donc de mettre en place des mécanismes qui amènent de vrais changements ou qui donne l'espoir d'une amélioration réelle. Certaines solutions définies pendant la crise peuvent malgré tout s'avérer inefficaces et l'on devra en trouver de nouvelles. Les liens de soutien établis au moment de la crise permettent de garder le contact et de continuer à offrir un appui durant la transition vers une prise en charge psychologique.

### **Quelques mises en garde**

Après avoir décrit les éléments de base de l'intervention de crise avec une personne suicidaire, force nous est de constater que ces quelques principes directeurs sont incomplets.

Une personne suicidaire est souvent une personne désespérée qui ne croit plus à un possible changement. Cette personne a souvent l'impression d'avoir tout essayé, sans succès, et que la seule échappatoire à sa souffrance constitue le suicide. Le fait de parler ouvertement du suicide avec une personne suicidaire permet de lui transmettre le sentiment qu'elle n'est plus seule et qu'il existe des moyens de l'aider. On donne aussi l'espoir en présentant à la personne suicidaire une solution autre que le suicide. Il importe d'émettre la conviction qu'il existe d'autres issues, d'autres recours que le suicide pour arrêter la souffrance, la rendre tolérable et régler la situation. Cette discussion permet souvent d'élargir le champ cognitif de cette personne, lui laissant entrevoir d'autres solutions valables pour elle.

Transmettre l'espoir équivaut à mettre la personne en contact avec quelque chose de significatif pour elle, qui soit autre que la mort, comme lui permettre de prendre conscience de ses qualités, de ses intérêts, de sa valeur ou de celle d'autres personnes de son entourage. Être en mesure de véhiculer l'espoir de façon sincère et intègre est une des plus grandes qualités que peut avoir un intervenant de crise.

Dans certaines occasions, nos interventions seront efficaces alors que, dans d'autres cas, ces mêmes interventions se verront rejeter par la personne suicidaire. Quelquefois, les meilleures interventions et les meilleurs intervenants n'arriveront pas à désamorcer la crise suicidaire. Il est donc nécessaire que l'intervenant puisse compter sur des ressources de soutien, de supervision et d'échange. Ne pas travailler seul évite que ne s'installent l'insécurité et l'épuisement que pourrait entraîner une intervention en solitaire. La problématique suicidaire est souvent très complexe et exige différents types d'interventions qu'une personne seule ne peut accomplir : interventions médicales, thérapie, intervention en situation de crise, intervention auprès de la famille, etc. La personne suicidaire peut également être en crise à toute heure et avoir besoin de soutien plus d'une fois par jour. Il serait illusoire de croire qu'un seul intervenant puisse être efficace à tous ces niveaux d'intervention. Il est aussi plus facile de se rendre disponible et présent à tour de rôle pour intervenir auprès de la personne suicidaire, puisque l'intervention est souvent exigeante pendant la phase aiguë de la crise. En se relayant de la sorte, un suivi et une présence pendant et après la crise sont assurés.

Il est difficile de décrire dans toute sa complexité la réalité du rapport qui s'établit entre un intervenant et un individu suicidaire au moment d'une intervention d'urgence. Les principes directeurs ne peuvent être que des généralités et ne tiennent pas compte des habiletés individuelles que chacun d'entre nous avons développées au cours de nos expériences et de nos apprentissages. Il est aussi impossible de tenir compte des particularités de chaque situation et de chaque crise suicidaire. Toutefois, ces quelques principes constituent des éléments de réponse sur lesquels il est possible de s'appuyer au moment d'une intervention auprès de personnes en détresse suicidaire. Ils ne remettent pas en question les interventions efficaces qu'effectuent ou qu'ont effectué les intervenants. Ces principes peuvent, nous l'espérons, servir de guide à l'expérience pratique.

**Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte?**

stratégies de résolution de problèmes efficaces à court terme. Avec les personnes en crise psychiatrique, leurs interventions devraient viser la réduction de la tension, et une orientation vers des professionnels de la santé mentale.

### **Quelle est la place de la prise en charge psychologique ?**

Comment définir la place de la prise en charge psychologique dans un sens large (intervention clinique, encadrement et supervision) alors que de plus en plus d'intervenants paraprofessionnels, ayant une formation spécifique et une supervision adéquate, peuvent intervenir au moment de la crise? L'intervention psychologique effectuée par un professionnel de la santé mentale doit donc prendre place à deux niveaux :

- (1) En élaborant et en définissant de meilleures pratiques en fonction des différents sous-groupes de personnes en crise suicidaire (incluant l'élaboration et la mise en place d'approches novatrices spécifiques pour les personnes suicidaires qui font des récidives).
- (2) En assumant l'encadrement, le soutien et la supervision clinique des interventions de crise.

### **Partie I Définir de meilleures pratiques en fonction des différents sous-groupes de personnes en crise suicidaire**

Il existe un éventail important de modalités d'intervention en phase de crise. Ces modalités s'étendent sur un gradient d'interventions de courte durée allant jusqu'à des interventions de longue durée. Ces interventions varient en durée et en intensité; il peut s'agir d'une intervention unique, qu'elle soit faite au téléphone ou réalisée face à face, ou de quelques rencontres d'intervention, c'est-à-dire entre deux et six sessions, et parfois même d'interventions structurées de psychothérapies pouvant se poursuivre pendant plusieurs mois. Actuellement, l'attention des chercheurs et des cliniciens se porte sur l'identification d'approches différentielles afin de définir quel type d'intervention s'avère le plus approprié pour quel sous-groupe particulier de personnes suicidaires. Certaines études ont tenté d'évaluer les interventions en situation de crise quant à leur efficacité et quant à la satisfaction des personnes qui ont reçu les services. Nous présentons les conclusions de ces études.

#### **Intervention de courte durée**

Deux études ont mesuré l'efficacité du traitement à court terme. Dans le cadre des interventions en situation de crise, on croit habituellement que la personne en crise vit une détresse émotionnelle intense, que ses efforts pour venir à bout de la situation sont inefficaces et qu'elle est intéressée à recevoir de l'aide. Des études ont été entreprises afin de vérifier chacun de ces présupposés. Halpern (1973, 1975) a comparé 89 personnes en crise à 89 autres qui ne l'étaient pas, mais qui consultaient un thérapeute pour d'autres difficultés. En comparant les deux groupes, l'étude a révélé que les personnes en crise se sentaient davantage impuissantes, anxieuses, bouleversées et confuses en plus d'éprouver des doutes démesurés à propos de leurs habiletés à faire face efficacement à des situations sociales. Halpern a également constaté que les individus en crise étaient moins défensifs et qu'ils étaient plus ouverts à accepter l'aide proposée.

Une étude a tenté de vérifier si une intervention brève au moment d'une crise satisfaisait aux besoins des patients. La recherche de Endler, Edwards et Kowalchuck

(1983) a permis d'interroger 58 patients non hospitalisés de l'Unité d'intervention de crise de l'Hôpital Général de Toronto Est (Crisis Intervention Unit at Toronto East General Hospital). Brièvement, les conclusions de cette étude ont démontré que l'intervention en phase de crise satisfaisait aux besoins des patients ayant des traits d'anxiété peu développés. Toutefois, en ce qui a trait aux personnes en crise qui possèdent de forts traits d'anxiété, il est préférable d'adjoindre un traitement thérapeutique à plus long terme à l'intervention en situation de crise. Il ressort de ces deux études que l'intervention en phase de crise peut représenter un traitement acceptable pour les personnes déconcertées par l'émergence d'une difficulté soudaine. Cependant, pour les patients aux prises avec des problèmes chroniques, l'offre additionnelle d'une intervention à moyen et à long terme est recommandée.

### **Études sur la clientèle**

Plusieurs recherches ont porté sur l'évaluation de la satisfaction des clients à la suite des interventions. Ainsi, une étude menée dans des centres de crise de Washington a évalué, six à douze mois suivant l'intervention en situation de crise, l'opinion de 104 clients qui avaient fait l'objet d'une seule séance d'intervention. Les résultats révèlent que 80 % des clients ont noté que l'intervention à laquelle ils ont eu recours a été utile, voire très utile, et que 85 % des répondants ont qualifié le contact avec l'intervenant comme ayant été très positif. De plus, sur une échelle en cinq points, un étant le score le plus bas et cinq le score le plus élevé, la moyenne autorapportée d'amélioration du bien-être du client se situait à quatre points (Getz, Fujita et Allen, 1975).

Une étude effectuée parmi une population étudiante en Alabama rapporte que, sur 66 appels téléphoniques, 76 % des gens qui ont bénéficié de ce service qualifiaient l'aide reçue d'efficace (King, 1977).

Un autre suivi effectué auprès de 109 clients du Centre de crise du comté d'Hennepin à Minneapolis (Hennepin County Crisis Intervention Center in Minneapolis) indique que 79 % des clients étaient satisfaits ou très satisfaits du service fourni (Stelmachers, Lund et Meade, 1972).

Le Centre de crise de San Antonio (Crisis Center of San Antonio) a procédé à un suivi auprès de 142 clients qui avaient téléphoné en situation de crise. Les résultats de leur enquête démontrent que 96 % d'entre eux ont évalué l'assistance reçue comme ayant été utile ou très utile et que 98 % ont estimé que l'intervenant les avait bien compris dans leur situation respective (Preston, Schoenfeld et Adams, 1975).

Le Service de référence et de counselling par téléphone d'Austin, au Texas (Telephone Counselling and Referral Service), a effectué un suivi similaire auprès de 74 clients quelques jours après les appels. Les résultats de l'enquête révèlent que 80 % des répondants ont trouvé l'aide offerte utile et que tous ont noté une diminution significative de leur perception de la sévérité de leurs problèmes durant les jours suivant l'intervention. Selon eux, ce changement résultait soit des bienfaits de l'appel (43 %), soit de l'action entreprise (26 %), soit du passage du temps (23 %) ou de l'assistance d'une autre personne (7 %) (Slaikeu et Willis, 1978).

Hornblow et Sloane (1980) ont interviewé 214 individus qui avaient récemment fait appel au service téléphonique d'un centre de crise. Les chercheurs en sont arrivés à la conclusion que, pour 63 % des appels, les intervenants avaient identifié correctement au moins une ou deux des émotions intenses vécues par les appelants.

Gingerich et al. (1988) ont téléphoné à 171 clients d'un service de crise, sept à quatorze jours suivant leur appel. L'intervention a été jugée utile par 91 % d'entre eux. Afin d'évaluer la qualité de l'aide recue et ses différentes composantes.

Gingerich et ses collaborateurs ont évalué l'aide apportée sur une échelle en quatre points : pauvre, moyen, bon ou excellent. Ainsi, en comptabilisant les catégories qualifiées de bonnes et d'excellentes, les résultats démontrent que 96 % des appelants y ont classé les capacités d'écoute de l'intervenant entre bon et excellent, 94 % en vertu de son intérêt en ce qui concerne leurs problèmes, 86 % sur l'exactitude de l'information transmise et 87 % sur le caractère compréhensif de l'intervenant. Le suivi a également dévoilé que, pour 55 % des clients, le problème pour lequel ils avaient fait appel a été perçu, à la suite de l'intervention en phase de crise, comme étant moins sévère, tandis que 36 % d'entre eux ont affirmé que l'intervention n'avait rien changé.

L'étude de Kirk, Stanley et Brown (1988) a évalué 32 patients externes d'une unité d'intervention en situation de crise située dans un hôpital en Australie. Cette recherche a mesuré le stress vécu avant et après le contact initial, en plus de vérifier si les patients avaient ensuite appliqué le plan d'intervention élaboré avec le thérapeute. Les résultats démontrent que 93 % des patients ont mis ce plan en pratique. L'enquête a révélé que le stress ne diminuait de façon appréciable à la suite de l'intervention que lorsque l'intervenant avait réussi à saisir exactement les besoins de la personne en crise.

Une autre étude dirigée par Young (1989) au centre de crise Lafayette, en Indiana, a analysé les appels effectués auprès de 80 clients immédiatement après qu'ils aient eu recours au service téléphonique d'intervention en situation de crise. Le bilan de l'enquête révèle que 96 % des clients ont rapporté des changements positifs à la suite de l'intervention. En résumé, en compilant les résultats de neuf études regroupant 992 clients, il ressort que 83 % de ceux-ci ont évalué l'intervention de crise comme ayant été secourable. De plus, parmi les établissements de crise qui ont décidé d'avoir recours à une évaluation de leurs services, la plupart ont obtenu un jugement d'efficacité de la part des usagers quant aux interventions effectuées. Le niveau de tension semble diminuer uniquement lorsque l'intervenant réussit à nommer exactement les difficultés et la souffrance de la personne en crise. Par ailleurs, ces études ne permettent pas de se prononcer sur le maintien à long terme du mieux-être exprimé par les personnes en crise.

### **Interventions structurées de psychothérapies de longue durée**

Selon Linehan (1999), deux stratégies d'intervention sont possibles avec les personnes ayant des comportements suicidaires. La première stratégie d'intervention tient pour acquis que le comportement suicidaire est un symptôme qui se manifeste à la suite d'un problème de santé mentale. Dans cette perspective, le traitement vise donc à traiter la maladie mentale, en supposant que, lorsque le problème de santé mentale est traité, les comportements suicidaires diminuent. Cette approche est sous-entendue par la plupart des approches psychodynamiques et biologiques.

La deuxième stratégie vise la réduction des comportements suicidaires. Les approches comportementales ou cognitives abordent directement, avec la personne, les comportements suicidaires actuels ou passés. Ces approches présupposent que les comportements suicidaires (idéations suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide) peuvent être réduits indépendamment des désordres que vit la personne. Cette approche est sous-entendue en intervention en situation de crise.

Selon Linehan (1999), le suicide et les tentatives de suicides ne sont pas des réponses inévitables à la dépression et au sentiment d'impuissance. Ainsi, le traitement sera plus efficace s'il cible en premier lieu les comportements adoptés par l'individu confronté à des événements d'adversité. Plutôt que la psychopathologie en

elle-même.

Plusieurs études ont tenté de définir quelles approches seront les plus efficaces auprès de quels sous-groupes de personnes suicidaires. Ainsi, Linehan suggère qu'il faut faire la distinction entre les personnes (1) qui font des tentatives de suicide avec intention de mourir, (2) celles qui font des tentatives de suicide ambivalentes (ambivalent suicide attempt), (3) celles qui ont des comportements d'automutilation sans intention de mourir, et (4) celles qui font des tentatives de suicide récurrentes. L'évaluation des meilleures pratiques cliniques constitue un champs de recherche récent et, actuellement, aucun consensus n'émerge de ces études. Bien que la description des traitements et des contextes thérapeutiques soit abondante dans la littérature, il existe peu d'études qui évaluent ou démontrent l'efficacité de traitements dans la réduction des comportements suicidaires.

Dans une revue de littérature sur l'efficacité des traitements qui visent la réduction des récurrences suicidaires, Linehan (1999) a analysé diverses études qu'il a réparties en deux grands groupes. Premièrement, il a considéré les études qui ont pour principal but de traiter la dépression. Les résultats suggèrent que les quelques études comparatives ne démontrent pas d'évidences claires confirmant la supériorité d'un traitement pharmacologique seul.

Parmi les études portant sur les interventions de traitement psychothérapeutique à long terme, treize études randomisées ont été réparties en deux groupes : (1) six études excluant les personnes à risque élevé de suicide et (2) sept études incluant les personnes à risque élevé de suicide ainsi que les personnes qui font des récurrences suicidaires. L'analyse de ces études suggère que, lorsque les traitements excluent les individus à risque élevé de suicide (particulièrement les personnes ayant un diagnostic de troubles de personnalité de type borderline), les résultats des six premières études démontrent qu'il n'y a aucune différence importante entre le traitement expérimental (psychothérapie) et le traitement habituel (hospitalier). Sur les sept études qui incluent les individus à risque élevé, six d'entre elles démontrent des résultats bénéfiques en ce qui a trait au traitement psychothérapeutique.

Les traitements qui semblent avoir le plus d'efficacité sont ceux qui utilisent une approche comportementale de résolution de problèmes ou la thérapie comportementale dialectique élaborée par Linehan (1991). La thérapie comportementale dialectique permet aux personnes suicidaires de participer à la fois à des sessions de thérapie hebdomadaire et à un groupe de soutien qui vise l'augmentation des habiletés sociales en plus de pouvoir établir des contacts téléphoniques avec un thérapeute, au besoin. Cette thérapie dure un an.

Une méta-analyse effectuée par Van der Sande et ses collègues (1997) a recensé quinze études avec groupes de comparaison dont les participants étaient répartis au hasard. Ces études sont divisées en quatre catégories d'analyse :

- L'intervention psychiatrique (hospitalisation, évaluation, suivi, visite à domicile). Cette intervention vise à augmenter la fidélité au traitement pharmacologique. Six études regroupant des données sur 1 023 patients ont été analysées. Les résultats n'indiquent pas de réduction significatives des récurrences.
- L'approche d'accueil. Ce type d'approche garantit la disponibilité d'hébergement aux personnes en crise suicidaire (carte d'accès aux urgences, disponibilité d'hébergements garantis). Trois études regroupant des données sur 317 patients ont été analysées. Les résultats n'indiquent pas de réduction significative des récurrences.
- L'intervention de crise psychosociale (intervention de trois mois auprès de patients ambulatoires). Deux études regroupant des données sur 480 patients ont été analysées. Les résultats n'indiquent pas de réduction significative des récurrences.

- L'approche cognitive-behaviorale. Quatre études regroupant des données sur 122 patients ont été analysées. Les résultats tendent à confirmer la supériorité de ce type d'intervention, sans seuil de signification.

Par contre, dans une méta-analyse récente, Hawton et ses collaborateurs (1998) concluent que, même si plusieurs études démontrent une efficacité auprès des patients suicidaires qui font des récives, les résultats ne sont pas concluants quant à la forme d'aide la plus efficace pour les patients étant les plus à risque pour eux-mêmes.

Linehan (1997) soutient que l'apprentissage qui vise l'augmentation des compétences de résolution de problèmes peut être une piste prometteuse auprès des personnes qui font des tentatives de suicide. Il semble par ailleurs que ces résultats laissent supposer que les modes d'intervention doivent être différents en fonction des sous-groupes de personnes suicidaires. Selon Linehan (1997), les personnes suicidaires qui n'ont pas de désordre sévère actuel ou qui ne sont pas à risque élevé peuvent bénéficier d'interventions moins soutenues. Il mentionne que la politique d'hospitalisation de ces patients n'est pas nécessaire, alors qu'un traitement intensif serait nécessaire lorsque l'individu est sérieusement en détresse ou à risque élevé de suicide. En conclusion, il semble préférable, par souci d'efficacité, de disposer de traitements différents qui pourront donner de meilleurs résultats en fonction des différents sous-groupes de personnes suicidaires, plutôt que d'un seul traitement universel appliqué à toute personne suicidaire. Cependant, d'autres approches doivent être élaborées et évaluées afin de pouvoir offrir un éventail de services appropriés pour toutes les personnes suicidaires.

## **Partie II Encadrement, soutien et supervision clinique des interventions en situation de crise**

Efficacité de l'intervention - Qui réalise l'intervention?

Afin d'être en mesure de désamorcer une crise suicidaire, les intervenants doivent être bien formés et doivent faire l'objet d'une supervision adéquate. Ce rôle peut être attribué aux intervenants professionnels qui font la prise en charge suicidaire.

Dans les études présentées précédemment, il semble que la variable la plus importante de l'efficacité de l'intervention se résume au sentiment de satisfaction éprouvé par le client qui a été compris de l'intervenant. L'efficacité des techniques d'intervention en situation de crise repose sur la manière dont l'intervenant les utilise. Par conséquent, pour que l'intervention soit efficace, l'intervenant doit utiliser ces méthodes de façon satisfaisante. Plusieurs études ont évalué la performance des intervenants en situation de crise.

Genther (1974) a conduit une étude auprès de dix services téléphoniques de crise en Nouvelle-Angleterre. Il a démontré, à l'aide d'appels simulés, qu'interrompre le client pour lui poser des questions non pertinentes, le placer en attente au milieu d'une discussion critique ou lui donner de nombreux conseils sont des pratiques qui nuisent à l'intervention de crise.

Dans le même ordre d'idées, Davies (1982) a identifié huit comportements ayant un effet néfaste. Les principaux sont les suivants : procéder à une intervention en moins d'une minute, donner un faux réconfort, poser des questions hors propos ou non pertinentes, parler sans cesse, prodiguer nombre de conseils peu appropriés et discuter des sentiments du client en dernier lieu plutôt que de concentrer toute son attention sur ce dernier tout au long de l'intervention. Ces comportements constituent des obstacles au bon déroulement de toute intervention en situation de

crise.

Knickerbocker et Knickerbocker (1972) et McGee (1973) ont analysé, au Suicide and Crisis Intervention Service de Gainesville, en Floride, 92 enregistrements d'interaction entre intervenant et client. Cette étude a établi une corrélation positive entre la démonstration d'habiletés d'entraide de la part de l'intervenant et une diminution du niveau d'anxiété et de dépression pour le client. En d'autres mots, les intervenants qui possédaient des qualités d'empathie, d'authenticité et de cordialité avaient plus de facilité à amener les clients à définir leurs sentiments et leurs difficultés. Ainsi, pour ces appelants, les sentiments d'anxiété et de dépression diminuaient davantage que pour ceux qui interagissaient avec des intervenants moins habiles. Ces résultats ont été en grande partie appuyés par les études de Bleach et Claiborn (1974) ainsi que par celles de Carothers et Inslee (1974). Doyle, Foreman et Wales (1977) ont évalué l'efficacité de douze nouveaux intervenants du Centre de crise de l'Université de Cincinnati. Ils ont observé que les intervenants soumis à une supervision méticuleuse démontraient davantage d'empathie envers les clients que les intervenants qui n'avaient pas ce type de supervision. Ce qui nous amène à nous demander si l'efficacité des intervenants est liée aux talents naturels ou aux éléments appris au cours d'une formation. Les études suivantes apporteront une réponse à cette interrogation.

L'étude de Lester (1970), menée au Suicide Prevention and Crisis Service de Buffalo, et évaluant l'efficacité des intervenants, démontre que ceux-ci ont fait preuve d'un seuil minimal d'empathie et d'authenticité envers les clients. Une évaluation similaire a été effectuée auprès de treize stagiaires au moment de leur première supervision et les résultats indiquent que leurs niveaux d'empathie, de considération et d'authenticité n'atteignaient pas les seuils nécessaires pour qu'une intervention soit efficace.

O'Donnel et George (1977) ont évalué le rôle joué au Centre communautaire de santé mentale et de service d'urgence de Dekalb, en Illinois (Community Mental Health Center Emergency Service), par dix intervenants professionnels en intervention en situation de crise par téléphone, par dix nouveaux intervenants formés à cette approche et par dix collégiens non formés (bénévoles). L'efficacité du travail des professionnels et du groupe de bénévoles ne différait pas de façon significative en ce qui a trait à l'établissement de relations harmonieuses avec les clients, à l'engagement du client dans sa résolution de problèmes et à l'utilisation des ressources communautaires. De plus, les intervenants des trois groupes ont démontré une même facilité à faire preuve d'empathie et d'authenticité, certains ayant même dépassé le niveau minimal d'aptitudes.

De leur côté, Elkins et Cohen (1982) ont mesuré les habiletés d'intervention en situation de crise avant et après les 55 heures de la formation offerte aux intervenants du Phone/Baton Rouge Crisis Intervention Center. Les résultats ont dévoilé une hausse importante des qualifications requises par l'intervention en situation de crise à la suite de la formation.

Thomas (1983) a recueilli des données sur les compétences d'intervenants bénévoles du Volunteer Supportive Advocate Program of Erie County avant et après leur formation et il les a ensuite comparées à celles du groupe contrôle formé d'étudiants universitaires à leurs débuts en psychologie. Tout d'abord, spécifions qu'avant et après la formation les 22 intervenants bénévoles ont démontré plus de compétences en counselling que les 20 étudiants du groupe contrôle. Les intervenants bénévoles ont aussi fait preuve de plus grandes habiletés d'intervention à la suite de la formation, tandis que les habiletés du groupe contrôle n'ont pas changé durant la

même période.

Frauenfelder et Frauenfelder (1984) ont comparé les habiletés à soutenir la personne en crise et à utiliser des techniques de reflet de deux groupes, l'un composé de 17 intervenants bénévoles et l'autre formant un groupe contrôle de 28 étudiants inscrits à un cours d'introduction à la psychologie. Les intervenants ont reçu une formation et on a relevé une mesure pré- et postformation de leurs compétences. Les résultats indiquent que les intervenants bénévoles ont démontré une plus grande habileté d'intervention à la suite de la formation.

Mishara et Daigle (1992) ont évalué les appels reçus dans deux centres de prévention du suicide du Québec. Les résultats indiquent que la réponse des intervenants se situait dans deux champs principaux : l'acceptation et l'investigation.

Ils ont aussi observé que les personnes suicidaires se sentaient mieux après leur appel et que 27 % présentaient moins de risque de suicide à la fin de celui-ci.

Selon Leenaars (1994), les clients perturbés ou particulièrement vulnérables nécessitent, de la part du clinicien, non seulement une attention empathique, mais aussi une directivité et une attitude proactive. Les intervenants bien formés et expérimentés :

- procèdent en général à des orientations mieux ciblées et de manière plus appropriée;
- utilisent plus de questions fermées et donnent moins de conseils;
- sont plus enclins à parler d'eux-mêmes (self-disclosure);
- utilisent des stratégies orientées vers la résolution des problèmes;
- utilisent plus et mieux leur jugement clinique;
- abordent plus ouvertement, plus facilement et de manière plus directe les comportements suicidaires.

En somme, les recherches précédentes mettent en évidence qu'une formation adéquate ainsi qu'une supervision des nouveaux intervenants constituent des conditions préalables à l'efficacité de l'offre de services d'intervention en phase de crise.

De manière générale, il semble que les habiletés progressent et augmentent avec la formation et la supervision plus qu'avec la seule expérience (Elkins et Cohen, 1982; Frauenfelder et Frauenfelder, 1984; Sakowitz et Hirschman, 1975).

Par conséquent, la formation des intervenants, la supervision et le suivi postformation constituent des éléments pivots de l'efficacité de l'intervention. Sans une formation adéquate et une supervision régulière, et éventuellement une organisation des services de crise et des suivis de crise, les efforts déployés par les intervenants seront à eux seuls insuffisants.

### **Qui assure la formation des intervenants et le suivi des interventions ?**

Il semble donc que tous les intervenants puissent pratiquer l'intervention en phase de crise, au sens large. Il devient alors nécessaire d'assurer une qualité d'intervention et une efficacité de l'évaluation du potentiel suicidaire. Cette qualité passe par la formation et la supervision clinique, lesquelles devraient être effectuées par des professionnels de la santé mentale. Il sera indispensable d'assurer une formation de qualité et de mettre en place des moyens de supervision et de suivi à la formation. La supervision en question permettra de maintenir les acquis, puisque tous les intervenants n'auront pas nécessairement à mettre en pratique ce type d'approche régulièrement. Un suivi permettant l'établissement de nouvelles formations plus spécifiques (ex. : adolescents suicidaires, deuil après un suicide, etc.) peut s'avérer un excellent moyen de maintenir des interventions de qualité de la part

d'intervenants tant professionnels que paraprofessionnels. La nécessité d'accréditation de la formation pourrait rapidement devenir un enjeu important, puisque l'expérience nous apprend que plusieurs personnes et groupes peuvent avoir la prétention d'assumer une formation en intervention en situation de crise. Un manque de vigilance pourrait avoir comme conséquence que toutes les formations n'aient pas le même niveau de qualité.

### **Quelle est la place de la prise en charge psychologique? Recommandations**

Les professionnels de la santé mentale devraient :

- élaborer et mettre en place des approches novatrices et spécifiques pour les personnes suicidaires qui font des récidives;
- favoriser la mise en place d'approches thérapeutiques et l'évaluation à l'égard de meilleures pratiques en fonction des sous-groupes de personnes en crise suicidaire;
- soutenir et traiter les populations à risque (personnes ayant un trouble affectif, personnes âgées, toxicomanes, etc.).

Il est nécessaire d'assurer une qualité d'intervention et une qualité de l'évaluation du potentiel suicidaire. Cette qualité passe par la formation et la supervision clinique, lesquelles devraient être effectuées par des professionnels de la santé mentale. La supervision clinique à la suite d'une formation en intervention en phase de crise suicidaire permettrait de maintenir les acquis, puisque tous les intervenants n'auraient pas nécessairement à mettre régulièrement ce type d'approche en pratique.

La mise en place de formations spécifiques plus spécialisées (ex. : auprès de personnes endeuillées à la suite d'un suicide, etc.) peut s'avérer un excellent moyen pour maintenir des interventions de qualité de la part des intervenants tant professionnels que paraprofessionnels.

La nécessité d'accréditation de la formation pourrait rapidement devenir un enjeu important.

## **Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte?**

Monique SÉGUIN, Ph.D.

Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull  
Directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil - Centre de recherche  
Fernand-Seguin Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal

L'intervenant doit pouvoir s'appuyer sur un schème théorique afin de bien établir la progression du processus suicidaire et les interventions d'urgence à élaborer. La possibilité de bien cerner l'étape dans laquelle se situe la personne suicidaire permettra d'établir adéquatement les interventions à mettre en place.

### **Partie I Processus suicidaire**

Dans la description que nous ferons du processus suicidaire, gardons en tête qu'au cours de ce cheminement l'ambivalence est toujours présente. Elle côtoie la souffrance et tous les sentiments liés à l'impression qu'a la personne suicidaire d'être dans une impasse. La personne suicidaire a généralement le sentiment ou la certitude d'avoir épuisé tous les moyens mis à sa disposition pour résoudre la crise à laquelle elle fait face. En effet, certaines personnes ont épuisé leur répertoire de stratégies personnelles. Le suicide leur apparaît alors comme l'unique solution à la souffrance. On peut diviser le processus suicidaire selon les étapes suivantes :

- A. La recherche de stratégies ou de solutions à la crise.
- B. L'apparition des idées suicidaires.
- C. La rumination de l'idée suicidaire.
- D. La cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire.
- E. L'élément déclencheur et le passage à l'acte.

Le graphique suivant illustre un schéma du processus suicidaire.

### **Début de la crise (manque graphique)**

#### **Recherche de stratégies ou de solutions à la crise**

Durant cette première étape, l'individu fait l'inventaire des différentes solutions possibles à ce moment; certaines peuvent être familières, d'autres nouvelles. Chacune de ces solutions est évaluée en regard de sa capacité de changer la situation vécue par l'individu ainsi qu'en fonction de son efficacité à diminuer la souffrance. Certains individus entament le processus avec un éventail de solutions très large; ils identifient une ou des stratégies et ils arrivent à résoudre rapidement la crise. Toutefois, dans certains cas, l'éventail de stratégies est restreint dès le départ ou se rétrécit au fur et à mesure que les solutions sont écartées. Ces moyens sont repoussés a priori, ou à la suite de leur mise en application, parce qu'ils ne satisfont pas aux besoins actuels et pressants.

À cette étape, le suicide n'a pas encore été envisagé ou l'intention s'est manifestée par une vague idée :

" J'aimerais être loin d'ici. "

" Je partirais pour un long voyage. "

" Cela va passer... je l'espère. "

### **Modalités d'intervention**

À cette étape, la personne suicidaire est toujours à la recherche de stratégies pouvant lui permettre de retrouver graduellement l'état d'équilibre. L'intervention vise à établir un lien de confiance, à transmettre un sentiment d'efficacité personnelle et à faire diminuer le sentiment d'impuissance. La recherche de stratégies concrètes est importante; l'intervenant et la personne suicidaire doivent s'entendre sur un plan d'intervention et sur un suivi dans les plus brefs délais.

#### Apparition des idées suicidaires

Au cours de la recherche et de l'élimination des solutions, il se peut que la personne pense au suicide comme à l'une des solutions envisageables pour faire taire la souffrance qu'elle vit. Cette première apparition d'une idée suicidaire peut surprendre. L'idée peut disparaître et ne plus revenir ou, au contraire, réapparaître plus tard. À ce moment, les idées suicidaires peuvent s'exprimer de la manière suivante :

" Si j'étais mort, cela réglerait le problème. "

" Si cela continue... je me jette en bas du pont! "

" Je ne pourrai plus supporter ce fardeau très longtemps... j'aime mieux être mort. "

" Ce n'est pas la peine de se battre. "

" Si j'avais un accident... cela mettrait un terme à tous mes problèmes. "

Le processus se poursuit et l'individu jongle avec l'idée suicidaire. Il rejette les solutions qui n'ont pas réduit l'intensité de la crise et les émotions engendrées par celle-ci. Il tente, par exemple, de parler de son malaise, de changer de travail ou d'amis, de déménager, de modifier ses attitudes, etc. Quelquefois, ces tentatives n'apportent aucune amélioration ou aucun soulagement à la souffrance; les échecs accumulés ne font que confirmer l'impasse dans laquelle la personne suicidaire se trouve.

Le suicide revient régulièrement comme une solution et l'on s'y attarde chaque fois un peu plus longtemps, élaborant toujours un peu plus les scénarios éventuels. Bien qu'anodine au départ, l'idée devient, peu à peu, de plus en plus persistante et sérieuse.

" Cela réglerait les choses. "

" Je n'embêterais plus personne, ma famille ou mes amis. "

" J'aurais la paix, je n'aurais plus mal... "

" Si j'avais du courage... je me tuerais. "

" Mourir un jour ou mourir... maintenant. "

" Cela ne me donne rien de me battre. "

" Je ne m'en remettrai jamais... mieux vaut en finir. "

L'individu n'envisage que peu de nouvelles solutions et la souffrance incessante diminue son niveau d'énergie. Les échecs répétés augmentent son sentiment d'être inadéquat et porte atteinte à ses sentiments d'estime de soi et de valeur personnelle.

### **Modalités d'intervention**

À cette étape, la personne suicidaire est souvent submergée par une détresse émotionnelle intense. L'intervention doit tendre à

favoriser l'expression de la souffrance et de la douleur. L'expression de la souffrance et le fait d'être compris par quelqu'un entraînent souvent une diminution du niveau de détresse. L'expression de la souffrance permettra à la personne suicidaire de faire des liens avec les événements qui ont précipité cette crise. L'expression des émotions lui permettra de mieux évaluer sa situation, sans distorsions cognitives. Ainsi, la personne sera plus apte à trouver des solutions qui lui permettront de retrouver l'équilibre. L'intervenant doit assurer un suivi à court terme, revoir la personne suicidaire dès qu'une démarche aura été entreprise. Si la démarche fut positive, le suivi permettra de renforcer les efforts de la personne suicidaire. Si les démarches furent infructueuses, l'intervenant devra trouver rapidement une autre alternative avant que le découragement et le désespoir ne s'installent chez la personne suicidaire. Le suivi thérapeutique et le renforcement positifs des efforts déployés par la personne en crise sont ici la clé de l'intervention. L'intervenant pourrait à ce moment-ci mobiliser le réseau de soutien en vue de briser l'isolement dans lequel peut se situer la personne en crise.

### **Rumination de l'idée suicidaire**

Cette phase du processus est caractérisée par une grande angoisse face à l'incapacité de régler la crise et face au sentiment de ne plus avoir de solutions. Il est important de souligner qu'il s'agit toujours d'une évaluation subjective que l'individu fait de l'absence de solutions, et non d'une absence réelle de solutions. Une aide et un soutien permettent souvent d'identifier des recours que la personne aveuglée par la crise n'avait pu prendre en considération.

L'individu rumine donc le projet suicidaire; le retour constant et régulier de l'idée du suicide génère une angoisse et un stress qui attisent la souffrance et la douleur. L'individu est de plus en plus convaincu qu'il n'existe aucune autre solution pour mettre un terme à cette douleur atroce et constante. L'idée suicidaire devient quasi-obsédante.

"Je pense au suicide continuellement , cela me harcèle à tout moment".

"Je me réveille le matin sachant que j'y penserai toute la journée, mon seul répit c'est le sommeil, et encore..."

"La moindre déception, la moindre difficulté me ramène à cela".

"C'est obsédant, plus rien n'a de goût, de saveur, personne de mon entourage n'arrive à m'atteindre".

"Le matin, je me mets à pleurer en pensant que j'ai à affronter une autre journée avec cela en tête".

"C'est tout ce qu'il me reste... c'est la seule alternative..."

### **Modalités d'intervention**

À cette étape, la personne en crise suicidaire exprime des distorsions cognitives importantes, elle peut généraliser des sentiments (ex. : plus personne ne m'aime, je dérange tous les

gens de mon entourage, etc.) et faire des erreurs cognitives importantes (ex. : il n'y a plus rien à faire, j'ai tout essayé, etc.). En plus, la personne n'arrive plus à trouver des stratégies pour faire face à ces difficultés. L'intervenant devra établir avec la personne suicidaire un bon contact, établir un lien de confiance, lui permettre d'exprimer la souffrance et surtout tenter de comprendre ce qui a contribué à l'émergence de la crise actuelle. Une meilleure formulation de la crise est un objectif primordial. À cette étape, l'intervenant tente d'expliquer de façon compréhensible ce qui arrive à la personne qui le consulte. Cette formulation porte sur l'identification des facteurs précipitants, leur signification, les mécanismes de contrôle disponibles et ceux qui devront être développés. L'intervenant aborde l'exploration de ce qui pourrait être fait pour développer de nouveaux mécanismes d'adaptation. L'intervenant élabore une stratégie d'action qu'il suggère à la personne suicidaire sous la forme d'une entente pour les prochaines consultations et propose de nouvelles solutions à la crise.

### **Cristallisation et planification d'un scénario suicidaire**

On appelle cristallisation le moment où le suicide est considéré par l'individu comme étant la solution ultime à son désarroi et à sa souffrance. À cette étape, la décision est prise et le scénario suicidaire (où, quand, comment) s'élabore, si ce n'est déjà fait. Il est clair que cette décision est toujours empreinte d'ambivalence et qu'elle reflète à quel point la douleur est devenue intolérable. L'individu a alors la conviction que toutes les solutions possibles ont été tentées et qu'à présent seul le suicide réussira à faire taire et à arrêter la souffrance.

La cristallisation s'inscrit dans le continuum du processus suicidaire; il ne faut toutefois pas oublier que ce processus peut être plus ou moins rapide et qu'il est influencé par la nature de la crise. Parfois, à cause du caractère plus impulsif de certaines personnes comme les adolescents, le processus suicidaire pourra être plus rapide. Il est possible, dans certaines situations, qu'un individu en vienne rapidement à cette étape. Il arrive fréquemment, à ce moment, que l'individu se sente brièvement libéré du fardeau de la souffrance, puisqu'il sait que cette douleur prendra fin prochainement. Cette phase est parfois caractérisée par des signes de mieux-être; on parle alors de rémission spontanée. Cette rémission est caractérisée par un répit dû à la suspension prochaine de la douleur et non à la cessation de la vie. De plus, le sentiment d'avoir pris une décision permet de reprendre un certain contrôle, perdu depuis longtemps. Cette reprise de contrôle amène un sentiment de calme, lequel peut être interprété à tort par l'entourage comme un signe de mieux-être. De là l'importance de toujours évaluer adéquatement la situation à l'aide de questions précises, et de ne pas se fier uniquement à une observation purement comportementale.

Lorsque la planification du suicide est terminée, le moment du passage à l'acte est parfois bien déterminé ou encore reporté à un événement particulier comme un anniversaire. Il pourrait également correspondre à l'apparition d'une nouvelle difficulté.

" Je vais le faire en fin de semaine, j'aurai alors tout ce qu'il me faut. "

" Je règle mes affaires, je fais mon testament, ensuite je me tire. "

" Si je n'ai pas de réponse positive à ma demande, je me suicide. "

C'est généralement à ce moment que sont rédigés les testaments et les lettres d'adieu, ou que l'on donne des objets ayant une valeur sentimentale.

" Tiens, je te donne mes skis, je n'en aurai plus besoin. "

" Je t'écris pour te remercier de ce que tu as fait pour moi. "

À cette étape du processus suicidaire, les émotions de la personne tendent à la couper des autres et à l'isoler. Elle considère le suicide comme la seule solution à sa souffrance, puisque toutes les solutions pour modifier sa situation ont, pour la plupart, échoué. Le suicide représente une ultime tentative de reprendre le contrôle dans la tourmente. Un plan précis est envisagé et un événement précipitant peut amener un passage à l'acte.

### **Modalités d'intervention**

À cette étape, l'intervenant doit faire une évaluation du potentiel suicidaire et de la dangerosité du scénario suicidaire - où, quand, comment. L'intention suicidaire doit être directement abordée.

L'intervenant évalue la précision et la létalité du scénario suicidaire. Il pose toutes les questions nécessaires afin de savoir où, quand et comment aura lieu le passage à l'acte suicidaire.

L'accès aux moyens doit être évalué et l'intervention doit viser à éliminer tout accès direct à ces moyens. L'expression des émotions et la validation de la souffrance doivent servir à créer un lien de confiance, ce qui permettra de rendre la souffrance humainement supportable. L'intervenant doit encourager la personne suicidaire à se donner une autre chance, à tenter une autre démarche. Il doit être respectueux mais directif en regard du plan d'intervention et des démarches à entreprendre. À cette étape, la personne suicidaire ayant souvent très peu d'énergie, l'intervenant peut entreprendre les démarches pour elle. Ou alors, les démarches qu'entreprendra la personne suicidaire seront simples à effectuer et les probabilités de succès seront très élevées. L'intervenant devrait élaborer une entente en ce qui a trait aux démarches à entreprendre avec la personne suicidaire. Les rencontres de suivi doivent être très rapprochées dans le temps (soit au bout de quelques heures, ou le lendemain, tout en s'assurant que la personne suicidaire est dans un milieu sécuritaire durant la journée ou la nuit) afin de stimuler et d'encadrer la démarche de celle-ci. La mobilisation du soutien social peut être un objectif valable, si le milieu social n'est pas trop épuisé par les difficultés de la personne en crise ou s'il ne constitue pas la source de la crise.

### **Élément déclencheur et passage à l'acte**

Soulignons ici que, lorsque le processus suicidaire est avancé et que l'idée du suicide

est cristallisée, le passage à l'acte est imminent. Il est fréquemment lié à un événement précipitant qui n'est souvent que la goutte qui fait déborder le vase. Pour l'entourage et les observateurs externes, l'événement déclencheur peut sembler relativement banal, par exemple un échec scolaire. Cet événement est cependant le dernier en ligne d'une série de pertes et d'échecs affectifs qui ont laissé leurs marques. Il ne faut donc pas juger l'événement en soi, mais tenir compte de l'ensemble du processus.

### **Modalités d'interventions**

À cette étape, la personne est en tentative suicidaire ou près du passage à l'acte. L'évaluation du scénario suicidaire doit être effectuée rapidement. Des signes comportementaux (rythme de la voix, regards, cohérence de la pensée) permettront d'évaluer si la personne est en danger, car celle-ci aura peut-être déjà consommé des médicaments. Cette observation est importante, particulièrement si l'intervention s'effectue au téléphone. Les questions de l'intervenant doivent être précises et directes, et elles doivent permettre d'obtenir un maximum d'informations avant que la personne en tentative de suicide soit épuisée ou endormie. Si la personne est en danger, l'intervenant doit être directif et proactif. Il doit prendre les décisions en vue de protéger la vie de la personne suicidaire, même si celle-ci refuse d'être aidée. Si la personne a déjà consommé des médicaments ou si elle est dans un état de danger immédiat, l'intervenant devra prendre des mesures d'urgence, soit appeler une ambulance et s'assurer que la personne est conduite à l'hôpital. Si par ailleurs la personne dit avoir une arme à feu, ou tout autre moyen dangereux à sa disposition, il s'agira de l'amener à repousser l'échéance du passage à l'acte, de lui parler d'espoir et de lui redonner le sentiment que tout n'est pas perdu. Maintenir avec la personne suicidaire un lien émotif permettra de gagner un peu de temps, de retarder l'échéance. Lorsque le lien de confiance est bien établi et que la personne, étant un peu plus ambivalente, accepte de repousser son geste suicidaire, l'intervenant pourra lui demander de décharger son arme à feu ou d'éloigner d'elle ce qui pourrait la blesser. C'est aussi à ce moment que l'intervenant doit être directif et qu'il doit orienter la personne en crise vers des soins immédiats. À cette étape, l'hospitalisation est souvent la seule solution possible. Il est important de ne pas juger la personne en crise, de ne pas la rejeter ou la dévaloriser. Il importe d'être directif, mais aussi transparent et respectueux, et de lui expliquer pourquoi nous prenons pour elle une décision qui peut être contraire à ce qu'elle dit souhaiter. Un suivi devra être fait tout de suite après l'hospitalisation, ou dès l'hospitalisation, et l'orientation appropriée devra être effectuée. C'est à cette étape-ci que l'organisation entre les différents services est la plus importante. Un manque de concertation entre ces services pourra rendre un suivi inefficace, ce qui serait dramatique pour la personne suicidaire.

### **Réduction de l'accès aux moyens**

L'évaluation de l'accès aux moyens est primordiale dans le cadre de l'évaluation de la dangerosité. Ainsi, l'intervenant doit poser des questions précises afin d'avoir des réponses précises. Les réponses de la personne suicidaire permettront également de mieux apprécier la situation et de mieux évaluer l'urgence de l'intervention, qui n'en sera que plus adéquate. Il est clair que l'intervention sera différente dans le cas d'une personne qui nous dit qu'elle a l'intention de se suicider le soir même, avec les moyens qui se trouvent à sa disposition - arme à feu, médicaments, etc. -

comparativement à l'intervention nécessaire pour une personne qui nous dit penser vaguement au suicide, mais qui ne songe à aucun scénario précis. Il faut établir une entente claire avec la personne suicidaire afin qu'elle puisse faire un entreposage sécuritaire des armes à feu et des munitions, généralement à l'extérieur de son domicile. L'intervenant doit aussi veiller à évaluer la quantité de médicaments à la portée de la personne suicidaire et faire jeter ou entreposer ailleurs les médicaments en surplus. Il en va de même pour tout autre moyen : arme blanche, etc.

Plusieurs personnes suicidaires sont également des personnes impulsives (Brent et al., 1999); l'accès immédiat aux moyens augmente le risque et l'urgence du passage à l'acte. Certaines personnes semblent incapables de résister à leurs impulsions suicidaires; il est donc nécessaire de retirer ou de faire retirer du domicile tous les moyens qui peuvent mettre la personne en danger. Les experts en suicidologie estiment que, si certains moyens sont moins accessibles, le moment de passer à l'acte peut être retardé. Ils croient aussi que l'utilisation d'un moyen moins radical offre la possibilité d'une intervention médicale efficace.

Si la personne suicidaire est incapable de se protéger elle-même, il faut alors faire intervenir une personne de la famille ou un proche (une personne en qui l'individu suicidaire a confiance), afin qu'elle puisse protéger la personne suicidaire et s'assurer qu'il n'existe pas d'accès immédiat à un moyen de passer à l'acte.

#### **Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte?**

##### **Recommandations**

La progression de la crise suicidaire passe par différentes étapes et chacune d'elles exigera des interventions différentes. Ces interventions devront être immédiates, sans délai et réalisées par des intervenants capables de procéder adéquatement à l'intervention en situation de crise auprès de personnes suicidaires. Il est souhaitable d'avoir des intervenants formés à l'intervention d'urgence dans tous les endroits stratégiques (hôpitaux, écoles, centres jeunesse, etc.) afin qu'ils puissent être en mesure de faire une évaluation rapide et juste du type de crise, du risque de l'urgence et de la dangerosité de la situation, et ainsi mettre en place un plan d'intervention adéquat. Le suivi à la suite d'une crise suicidaire est nécessaire et l'organisation des services devrait être planifiée en conséquence.

## **Quelles sont les spécificités associées à l'intervention en situation de crise en fonction des facteurs de risque ?**

Monique SÉGUIN, Ph.D.

Directrice du programme de psychologie - Université du Québec à Hull  
Directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil - Centre de recherche  
Fernand-Seguin Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal

Cette question est extrêmement large et la littérature en traite abondamment. L'intention ici n'est pas de faire une revue de littérature sur chacun des différents facteurs de risque et de décrire l'intervention appropriée, mais plutôt de suggérer des pistes d'intervention pratiques en fonction de certains sous-groupes de personnes à risque. Le défi est grand puisqu'il n'existe pas de consensus très clair quant aux meilleures modalités d'intervention. Les recherches évaluatives sur les meilleures pratiques en fonction des différents sous-groupes de personnes suicidaires ne sont pas très nombreuses, du moins pas suffisamment pour dégager des constats précis. Pour cette raison, une évaluation rigoureuse et systématique des interventions entreprises devrait être réalisée et rendue disponible. Nous devons savoir ce qui fonctionne avec quel sous-groupe de personnes suicidaires et ainsi cesser de reproduire des interventions qui n'ont aucun effet. Pour l'instant, le défi consiste donc, tout en s'appuyant sur un cadre théorique de référence, à agencer les modalités d'intervention en fonction des buts poursuivis et des meilleurs moyens dont les intervenants disposent pour y parvenir. Nous suggérerons certaines pistes en fonction des sous-groupes cibles, selon l'âge, les événements et les types de crise.

### **Partie I - Pistes d'intervention associées à l'individu lorsqu'il y a présence de pathologie mentale**

Nous avons déjà mentionné, et d'autres auteurs l'ont également fait, que les problèmes de santé mentale, les tentatives de suicide antérieures et la psychopathologie familiale figurent parmi les facteurs de risque les plus importants de décès par suicide. Ainsi, les stratégies mises de l'avant au moment de l'intervention auprès de personnes présentant des signes de pathologie mentale constituent des interventions appropriées.

L'intervention psychiatrique suivant une tentative de suicide comprend plusieurs visées :

- Établir l'évaluation des risques d'une possible récurrence;
- Vérifier la présence d'une pathologie mentale et la possibilité de comorbidité;
- Assurer des sessions de psychothérapie orientées vers les problèmes du patient suicidaire, qu'il soit
- hospitalisé ou non, et ayant comme cible l'intervention en situation de crise et l'augmentation des habiletés à la résolution de problèmes, et ce, avec la personne suicidaire et les membres de sa famille;
- Établir un suivi à la sortie de l'hôpital.

Selon la situation vécue par la personne ayant tenté de se suicider, différentes

approches peuvent être employées afin de l'aider à surmonter la crise suicidaire. Les études empiriques (avec groupe contrôle), qui veulent évaluer l'efficacité des approches psychothérapeutiques intensives suivant une tentative de suicide, dévoilent des données ambiguës quant à leur efficacité (Möller, 1992). Ces différentes approches thérapeutiques auprès de personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont précédemment fait l'objet d'une discussion (se reporter à la question no 1). Cependant, il importe d'offrir des soins aux personnes venant d'effectuer une tentative de suicide, puisqu'elles sont à risque de recommencer. Une intervention efficace qui vise à soutenir la population à risque (les personnes ayant des troubles affectifs, des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, des troubles de la personnalité, etc.), en offrant des programmes mieux adaptés, mieux ciblés et largement disponibles, peut aussi constituer une piste d'intervention apte à diminuer les comportements suicidaires.

### **Pistes d'intervention associées à l'environnement**

Les programmes d'intervention devraient définir des cibles bien précises. Ainsi, mieux connaître les événements les plus stressants pour les hommes et pour les femmes en fonction de l'âge devrait permettre d'orienter les actions auprès des groupes les plus à risque, particulièrement si les personnes qui font partie de ces groupes vivent des situations difficiles et susceptibles de précipiter un geste suicidaire.

### **La famille**

La littérature scientifique associe souvent la famille et le milieu de vie à des facteurs de risque suicidaire. Plusieurs auteurs, (Brent, 1994, 1997; Shaffer, 1988; Shafii, Carrigan, Whittinghill et Derrick, 1985) suggèrent que c'est dans le milieu familial d'adolescents suicidés que l'on observe des taux plus élevés d'antécédents familiaux de troubles psychiatriques, de troubles de la personnalité antisociale, de troubles dépressifs, d'abus d'alcool et de drogues, de comportements violents et de gestes suicidaires. La plupart des études qui ont analysé les facteurs de risque des tentatives de suicide et des suicides chez les jeunes ont relevé des antécédents familiaux de suicide, de maladie mentale, de problèmes d'abus, de négligence et de conflits familiaux importants.

Plusieurs types d'interventions thérapeutiques visent à intervenir au près de la famille; le programme suivant vise à intervenir au domicile de la famille. Bishop et McNally (1993) décrivent un programme intensif s'étendant sur une période de 4 à 6 semaines et ayant comme objectif la résolution des crises familiales. Ce programme a pour but de permettre aux individus de reconnaître la crise lorsqu'elle survient, de prévenir l'hospitalisation psychiatrique d'un membre de la famille, d'enseigner de nouvelles stratégies de résolution de problèmes et ainsi de prévenir d'éventuelles crises. La famille apprend donc à gérer les crises par l'entremise d'un processus d'empowerment, d'appropriation du pouvoir. Les parents en particulier y font l'acquisition de nouvelles habiletés de gestion de conflits familiaux. Les interventions sont surtout de type éducationnel et adoptent une approche comportementale et cognitive. Ce programme permet de réduire le nombre d'hospitalisations, diminuant ainsi les coûts de prise en charge.

Bien qu'efficace, ce type d'intervention est contre-indiqué dans plusieurs situations : lorsque la famille entière vit une crise suicidaire, lorsque le milieu familial est la source de la crise, lorsqu'un enfant présente des symptômes psychotiques ou une déficience mentale. et/ou lorsque la personne suicidaire est à risque élevé de suicide.

Tout programme qui vise à soutenir les familles à risque ou les familles vulnérables pourrait avoir une action positive dans la réduction du taux de suicide.

## **Pistes d'intervention associées à l'âge**

### **L'enfance**

Le suicide chez les enfants est un phénomène rare mais troublant lorsqu'il survient. Les jeunes enfants sont souvent perçus par les adultes comme vivant une période heureuse de la vie. Par conséquent, leur souffrance, leur détresse et leur malheur peuvent, dans certains cas, n'avoir aucun écho auprès des adultes de leur entourage. Ce n'est pas parce que les enfants jouent qu'ils sont forcément heureux. Il faut être capable de reconnaître les indications de détresse chez les jeunes enfants. Ces symptômes et ces comportements doivent être enseignés clairement aux parents et aux adultes qui jouent un rôle significatif dans l'entourage des jeunes. Informer plus et mieux les parents, en début d'année scolaire, sur les signes et les symptômes de la dépression et leur faire connaître les ressources d'orientation disponibles pour eux et pour leurs enfants s'avèrent des stratégies efficaces.

Il est aussi nécessaire d'informer les parents quant aux difficultés associées à la résolution des deuils chez les enfants. Que ces deuils surviennent à la suite d'une perte traumatique, d'un suicide ou d'autres pertes affectives, ils ne seront pas vécus par l'enfant de la même manière que par l'adulte, mais l'enfant en sera tout aussi bouleversé. De plus, si les parents vivent le même deuil, il est possible que l'attention et le soutien que reçoit l'enfant de la part des adultes de son entourage soient insuffisants, exacerbant ainsi le contexte de solitude et faisant naître un sentiment d'abandon chez cet enfant. L'intervention auprès des enfants doit nécessairement inclure les parents et la famille.

Dépister et intervenir auprès des familles vulnérables, auprès des familles en crise, auprès des jeunes enfants, soutenir et donner du répit aux parents, toutes ces interventions constituent des stratégies prometteuses en vue de diminuer les comportements suicidaires. De même, plus le dépistage des difficultés se réalise de manière précoce, plus l'aide apportée est efficace.

### **L'adolescence**

Beaucoup de programmes qui visent les adolescents s'implantent en milieu scolaire, puisque les jeunes y passent une grande partie de leur journée et que c'est un milieu où il est facile de les joindre. Cependant, ce serait une erreur de se concentrer uniquement sur le milieu scolaire. La présence d'intervenants dans le milieu de vie des jeunes à l'extérieur de l'école est aussi souhaitable.

Plusieurs études ont démontré que les jeunes qui ont des comportements suicidaires ou qui se sont suicidés se sont confiés à des amis avant de passer à l'acte. Ainsi, cette dimension d'amitié, d'intimité et de relations privilégiées est au cœur de l'adolescence. Sans décrire toutes les étapes de développement associées à l'adolescence, il faut, lorsqu'on établit des modalités d'intervention auprès des adolescents, tenir compte du stade de développement dans lequel ils se situent et des caractéristiques associées à cet âge. Par exemple, en fonction du stade de développement moral dans lequel ils se trouvent (Kohlberg et Higgins, 1987), il sera important pour les adolescents de garder un secret. Pour eux, dévoiler un secret pourra être perçu comme une trahison. Ainsi, les programmes qui visent le dépistage entre pairs (les programmes de pairs aidant) peuvent avoir une efficacité mitigée si, au préalable, on n'amène pas les adolescents ciblés à des changements de perception cognitive à l'égard du secret. Quel secret ne peut être respecté et quel secret doit être

dévoilé. Le programme devra les amener à réaliser que le dévoilement d'une confiance suicidaire peut aider une personne en détresse et briser l'isolement dans lequel elle se situe. N'est-il pas plus précieux de sauver une vie que de conserver un secret?

Les adolescents auront des comportements d'individualisation et de distanciation par rapport aux adultes. Compte tenu de leur niveau de développement, les adolescents ne rechercheront pas d'aide psychologique de manière active s'ils ont des difficultés. Une attitude plus active de la part des intervenants sera nécessaire pour établir un lien de confiance avec les adolescents. Attendre la demande est une attitude généralement inefficace puisque les adolescents, particulièrement les jeunes hommes, consultent rarement de leur propre initiative les professionnels de la santé mentale. Une pratique différente doit être élaborée auprès des jeunes hommes et des adolescents, une pratique centrée sur l'établissement de liens de confiance. Dans ce contexte, l'intervention en situation de crise peut souvent se réaliser hors des bureaux d'intervenants, directement dans les milieux de vie des jeunes et des adolescents.

### **L'intervention clinique auprès des adolescents**

Bien que les professionnels de la santé mentale croient en la nécessité d'offrir une psychothérapie aux adolescents ayant tenté de se suicider, les preuves empiriques de l'efficacité de cette pratique demeurent encore très ambiguës, comme le démontrent globalement les recherches suivantes.

La recherche de Ross et Motto (1984), conduite auprès d'adolescents ayant présenté des comportements suicidaires, montre qu'une intervention de 35 sessions étalées sur 40 semaines, qui consistait à élaborer des stratégies et des mécanismes d'adaptation efficaces, à améliorer l'estime de soi et à favoriser l'emploi du réseau de soutien, a produit des résultats bénéfiques. Au cours d'un suivi effectué deux ans plus tard, aucun des jeunes qui ont été joints (n=14) n'avait fait de tentative de suicide subséquente.

Deykin et al. (1986) ont mené une étude auprès d'adolescents ayant fait une tentative de suicide ou ayant des idéations suicidaires : 172 adolescents faisaient partie du groupe expérimental (le travailleur social aidait le jeune et sa famille et leur offrait la possibilité d'avoir recours à d'autres services si nécessaire) et 147 adolescents faisaient partie du groupe contrôle. Les résultats ne démontrent aucune différence quant au nombre de tentatives de suicide ou de comportements suicidaires présents chez les jeunes des deux groupes à la suite de leur participation à une intervention ou à une autre. L'étude suggère toutefois des effets bénéfiques en ce qui touche le traitement du groupe expérimental pour les jeunes à risque de récurrence élevé.

Rudd et al. (1996) ont effectué une recherche auprès d'adolescents et de jeunes adultes ayant des antécédents de comportements suicidaires. Un échantillon de 143 participants faisant partie du groupe expérimental (avec enseignement de moyens de résolution de problèmes, méthode psychoéducatrice et expression des émotions en groupe) a été comparé à un autre de 121 participants d'un groupe contrôle (activités standard). Les résultats dévoilent une meilleure efficacité de l'intervention dans le cas du groupe expérimental.

Brent et ses collègues (1996) ont comparé les effets (1) d'un traitement cognitivo-comportementale, (2) d'un traitement systémique comportementale et familial, et (3) d'un traitement de soutien non directif auprès de trois groupes d'adolescents dépressifs et suicidaires. Les résultats révèlent qu'aucun traitement n'est plus efficace qu'un autre.

En général, les recherches démontrent qu'un traitement psychothérapeutique est utile pour un nombre considérable d'adolescents qui ont fait une tentative de suicide, mais que, pour un certain nombre d'entre eux, les bénéfices sont minimes.

Ainsi, d'autres pistes d'intervention peuvent être envisagées auprès des jeunes :

- Élaborer des programmes qui visent à augmenter l'estime de soi;
- Élaborer des programmes qui font la promotion de l'expression des émotions;
- Prévenir l'intimidation et la violence en milieu scolaire ou ailleurs;
- Diffuser l'information sur l'accessibilité des services de prise en charge;
- Mettre en place des programmes de postvention en milieu scolaire;
- Soutenir les personnes endeuillées par suicide;
- Orienter les personnes à risque vers des professionnels de la santé mentale.

### L'âge adulte

Les données québécoises démontrent que, chez l'adulte, les facteurs de risques associés au décès par suicide se retrouvent surtout dans la population masculine (St-Laurent, 2000), particulièrement chez les jeunes hommes de 20 à 45 ans. Pour la France, les données suivantes (OMS, 2000) décrivent une situation similaire.

*Nombre de suicides par âge et par sexe en France, 1997*

Âge	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 et +	Total
<b>Hommes</b>	12	534	1 206	1 634	1 590	911	919	1 293	8 099
<b>Femmes</b>	11	167	362	519	618	446	404	513	3 040
<b>TOTAL</b>	23	701	1 568	2 153	2 208	1 357	1 323	1 806	11 139

En France, on a observé (Debout, 1993; Nizard, Bourgoïn et Divonne, 1998) que les célibataires, les veufs et les divorcés se suicident plus que les personnes mariées, sans égard pour l'âge ou le lieu de résidence. L'Enquête sociale et de santé 1993 révèle que les personnes seules ou célibataires présentent davantage d'idées suicidaires et commettent plus de gestes suicidaires que les personnes des autres catégories.

Le profil social des personnes suicidaires constitue un élément primordial dont il faut tenir compte au moment de l'établissement de programmes de prévention et d'intervention. Il faut considérer le statut d'activités professionnelles des adultes qui sont ciblés dans un programme de prévention du suicide. Si les jeunes hommes ne fréquentent plus l'école, il faut trouver un autre lieu pour les joindre. Le Center of Disease Control d'Atlanta) (CDC) rapportait que la majorité des programmes concernant les jeunes s'adressaient presque exclusivement aux adolescents fréquentant l'école. Pourtant, plusieurs jeunes de 16 ans et plus qui ne vont plus à l'école se retrouvent souvent parmi les jeunes les plus à risque de suicide. Par conséquent, les interventions devraient cibler une plus grande diversité de lieux d'intervention, particulièrement dans les domaines où la population masculine est importante.

Favoriser la mise en place de programmes ou d'activités qui s'adressent aux personnes seules et isolées socialement et affectivement pourrait s'avérer une

stratégie efficace.

Une autre stratégie consisterait à informer les proches et l'entourage des signes et des symptômes associés aux comportements suicidaires, afin que ceux-ci encouragent ou amènent les personnes en crise suicidaire à consulter. Créer des lieux de consultation plus adaptés aux besoins de la population masculine pourrait également ajouter aux chances de succès d'une bonne stratégie.

Au sein de la population adulte, mettre sur pied des groupes de soutien particulièrement adaptés aux besoins des personnes âgées endeuillées, dépister et mieux traiter la dépression chez les personnes âgées, soutenir davantage les intervenants professionnels et les médecins traitants dans l'intervention et la prise en charge des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et assurer un meilleur contrôle sur les moyens de suicide, en particulier en ce qui a trait à l'entreposage des armes à feu, etc. pourraient constituer des stratégies efficaces visant à réduire les comportements suicidaires.

### **Pistes d'intervention associées aux événements de vie**

Baldwin (1978) a identifié six types de crises pouvant prendre place dans un même continuum. La sévérité de ces crises augmente lorsque l'événement précipitant provient d'une source interne plutôt qu'externe (l'environnement). D'ailleurs, lorsque la source de la crise est interne, il faut vérifier la présence d'une psychopathologie. Ces six catégories de crise sont ici présentées avec une brève définition ainsi que des principes d'intervention sous-jacents.

#### ***Crise associée à une situation spécifique***

Cette crise se traduit par la présence d'une détresse provenant d'une situation problématique. L'intervention ne doit pas être dirigée spécifiquement vers la résolution émotionnelle de la crise. Elle implique que l'intervenant doit adopter un rôle de référence, d'éducateur, de déclencheur de l'action et de diffuseur de l'information. En général, le traitement de cette crise requiert une clarification de la situation problématique, une mobilisation des services utiles à la résolution de cette difficulté ainsi que l'offre d'un soutien approprié.

#### ***Crise de transition***

Cette crise résulte de l'anticipation d'événements normaux découlant de transitions de vie, mais que l'individu ressent comme étant hors de son contrôle (ex. : retraite, devenir parent, etc.). Le rôle du thérapeute est d'aider le client à acquérir une compréhension profonde du changement à venir et de la façon dont celui-ci prendra place dans sa vie, ainsi que de favoriser l'exploration de toutes les implications psychologiques associées à cette période de changement. Il est judicieux de travailler avec la personne à l'élaboration de mécanismes et de stratégies d'adaptation qui seront utiles au moment opportun. L'approche thérapeutique de groupe peut aussi être envisagée. Les expériences diverses qui sont racontées en thérapie de groupe peuvent aider à la préparation et aux répercussions de la transition de vie à venir.

#### ***Crise à la suite d'un événement traumatique***

Cette crise émerge à la suite d'un stress intense résultant d'une situation traumatique inattendue et incontrôlable, engendrant une émotion extrême (ex. : viol, perte soudaine d'un être cher, etc.). Les mécanismes et les stratégies d'adaptation habituels sont alors inefficaces. L'intervention auprès de cette personne implique la

mobilisation de tout le soutien social durant la période où l'impact de l'événement stressant se fait sentir, jusqu'au moment où la personne réussit à mobiliser ses propres ressources pour faire face à la situation. Les émotions négatives devraient faire l'objet d'une attention particulière. Il faut aider la personne à en prendre connaissance et à les exprimer.

### ***Crise de développement***

Cette crise est la conséquence de difficultés relationnelles et interpersonnelles, de difficultés associées à des troubles de dépendance, d'identité sexuelle, de conflits de valeurs, etc. Le rôle de l'intervenant se résume alors à aider le client à reconnaître et à conceptualiser la tâche de développement non résolue dont découle la présente crise. Il devra aussi non seulement faciliter l'émergence de réponses mieux adaptées à la situation présente, mais aider l'individu à résoudre efficacement la tâche de développement qui n'a pas été positivement résolue.

### ***Crise associée à la psychopathologie***

La psychopathologie peut favoriser l'émergence de la crise émotionnelle ou nuire et compliquer la résolution adaptée de celle-ci. Dans un premier temps, le thérapeute devrait se concentrer sur la problématique qui a engendré la présente crise, l'objectif étant de stabiliser autant que possible le fonctionnement de la personne. À ce stade, l'intervenant devrait éviter d'aborder directement les conflits émotionnels intenses vécus par la personne. De plus, cette intervention de crise devrait être suivie d'une thérapie à long terme où le traitement de la psychopathologie serait alors le principal enjeu.

### ***Crise associée à une urgence psychiatrique***

Cette crise résulte d'un dysfonctionnement généralisé qui rend la personne en crise incapable d'assumer ses responsabilités personnelles, ce qui pourrait justifier tout autant une intervention médicale qu'une intervention psychologique. Par exemple, ce type de crise pourrait émerger d'un trouble psychotique aigu, de problèmes de gestion des impulsions, d'une intoxication, etc. L'intervention dans ce cas se réalise en quatre étapes : a) l'estimation de la condition psychologique et/ou médicale; b) la clarification de la situation qui a provoqué la crise actuelle; c) la mobilisation des ressources de santé mentale et/ou médicales nécessaires au traitement de la personne; et d) l'assurance d'un suivi adéquat qui prendra la relève de l'intervention en situation de crise.

## **Quelles sont les spécificités associées à l'intervention en situation de crise en fonction des facteurs de risque?**

### **Recommandations**

La qualité du lien thérapeutique qui s'établira entre la personne en crise et l'intervenant sera la clé du succès. Le sentiment d'être compris et accepté par l'intervenant et la capacité d'établir un bon contact avec la personne suicidaire ne se substituent à aucune technique, quelle qu'elle soit. Par conséquent, le clinicien aura à établir un plan d'intervention en fonction des différentes dimensions du problème éprouvé par une personne

particulière. Aucun programme ne doit être appliqué intégralement et ne doit se substituer au meilleur jugement clinique d'un praticien bien formé. Une formation adéquate et une supervision continue permettront aux cliniciens de maintenir un sentiment de compétence dans les situations thérapeutiques les plus délicates. Dans le contexte où il est difficile de prévoir qui sera en crise suicidaire et à quel moment, tout comme il est difficile de définir la meilleure approche, il devient important d'avoir des intervenants bien formés, dans tous les milieux (hôpitaux, écoles, centres jeunesse, etc.), qui auront les compétences nécessaires et seront prêts à intervenir si une situation de crise suicidaire se manifeste. Les jeunes hommes font partie des groupes à risque de suicide; ils consultent peu les services d'aide et de soins psychologiques. Une réflexion sur nos pratiques actuelles devrait être amorcée afin de mettre en place des services qui répondraient mieux aux besoins de cette clientèle. Les familles et les parents, à moins qu'ils ne soient eux-mêmes en crise suicidaire ou trop vulnérables, devraient être davantage intégrés dans une stratégie globale de protection à l'égard des jeunes en crise suicidaire. Informer plus et mieux les parents en début d'année scolaire sur les signes et les symptômes de la dépression et sur les ressources d'orientation pour eux et leurs enfants constitue une stratégie efficace.

## **Conclusion**

L'intervention en situation de crise s'applique dans certaines situations précises. Bien que ce modèle soit de conceptualisation simple et offre une méthode et une technique d'intervention spécifiques, il y a un danger à vouloir trop généraliser les applications de ce modèle et à vouloir l'appliquer à trop de situations psychopathologiques.

Le défi actuel pour les intervenants en suicidologie consiste à élaborer des approches novatrices basées sur un cadre conceptuel précis, puisque force nous est de constater que la mise en place d'activités de prévention et d'intervention du suicide ne s'appuie pas toujours sur des éléments de connaissances bien établies. Il est donc nécessaire de continuer à documenter le phénomène et de tenter de mieux cibler quels types d'intervention sont efficaces auprès de quels sous-groupes de personnes suicidaires. Il faut acquérir une meilleure connaissance des interventions qui pourront servir de protection et aideront à renforcer la résilience des personnes vulnérables en détresse suicidaire.

L'évaluation des différents programmes devrait être systématique et faire partie intégrante de la planification des programmes de prévention ou d'intervention. Dans le même ordre d'idées, la formation et la supervision des intervenants ainsi que le maintien des acquis représentent également des conditions essentielles au succès des interventions, particulièrement en ce qui a trait à la détection et à la prise en charge.

## **Lexique**

### **Aidant naturel**

Ces termes sont utilisés pour désigner une personne qui, dans un réseau social, fournit une aide informelle à une autre personne.

### **Intervenant**

Ce terme est utilisé au sens large pour désigner un individu qui exerce dans un cadre professionnel ou dans un cadre bénévole de type associatif.

### **La personne en crise**

Ces termes sont utilisés au sens large puisque l'on parle ici d'individus pouvant vivre une crise suicidaire sans nécessairement faire référence aux seuls patients psychiatriques.

### **Paraprofessionnel**

Ce terme est utilisé pour désigner un intervenant bénévole (ou non) formé et supervisé.

### **Ressources**

Ce terme est utilisé au sens large pour désigner des services de professionnels ou des services dispensés par des structures de soins.

Stratégies et mécanismes d'adaptation

Ces termes sont utilisés pour faire référence aux stratégies et aux mécanismes de coping.

Parmi toutes les situations critiques qu'un individu peut traverser dans son existence, une crise qualifiée de suicidaire est probablement celle qui alarme le plus le sujet lui-même, son entourage ou la société dans son ensemble. Le recours fréquent à l'hôpital dans ce cadre stigmatise la notion de gravité attribuée au risque suicidaire, et a fortiori à la tentative de suicide réalisée. Plusieurs fonctions peuvent être attribuées à l'hospitalisation : solution de sécurité pour protéger le sujet contre un geste suicidaire, soins et prise en charge après une tentative de suicide, évaluation précise du risque et de la sémiologie psychiatrique, préparation d'un projet élaboré de soins, offre d'un lieu neutre dans une situation conflictuelle. Ces rôles sont discutés dans d'autres chapitres sur les modalités d'intervention. Nous aborderons plus particulièrement le recours à l'hospitalisation sous contrainte dans les aspects cliniques, réglementaires et évolutifs de la loi du 27 juin 1990, qui a redéfini les conditions réglementaires de ces hospitalisations. Aspects cliniques du recours à l'hospitalisation sous contrainte Quelles qu'en soient les raisons et les motivations, les soins et les examens que tout patient nécessite ne peuvent pas s'effectuer sans son consentement, dans le respect de la liberté que tout sujet a de gérer sa vie et de prendre en charge sa santé comme il l'entend. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, elle doit se faire sur le mode de l'hospitalisation libre, que ce soit en psychiatrie ou dans n'importe quel autre service hospitalier (Articles L. 3211-1 et 2 du Code de Santé Publique). Les seules exceptions à cette règle sont les cas où les trois conditions suivantes sont réunies : · il est nécessaire d'hospitaliser le sujet pour évaluer et soigner ses troubles mentaux · en raison de ses troubles psychiatriques, le patient est considéré comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, ou est susceptible de compromettre l'ordre public · le sujet n'est pas jugé apte à consentir de façon fiable à l'hospitalisation, ou s'y oppose. C'est généralement à cause de cette dernière condition que l'hospitalisation libre n'est pas possible. En cas de crise suicidaire, diverses situations peuvent nécessiter une hospitalisation (ANAES 1998 ; Hillard et col 1988): · sujet manifestant des signes faisant suspecter un risque suicidaire à court terme et/ou venant de réaliser une tentative de suicide (suicidant) avec une forte intentionnalité · patient ayant une pathologie psychiatrique non stabilisée · environnement du patient jugé particulièrement défavorable · désir du

patient d'être pris en charge à l'hôpital C'est la dangerosité du sujet liée au risque de passage à l'acte sur lui-même ou plus rarement sur autrui qui est d'abord appréciée pour juger de la nécessité ou non de l'hospitalisation, libre ou sous contrainte. Ce critère est très réducteur, sachant que l'hôpital est surtout utilisé comme cadre d'évaluation par une équipe multidisciplinaire, comme lieu d'initiation de soins des pathologies associées, parfois comme refuge ou solution temporaire de mise à l'écart du patient de son environnement habituel. L'absence de critères très fiables pour apprécier le risque de passage à l'acte doit faire prendre également en compte des éléments qui ne sont pas directement liés à la dangerosité, mais qui font perdre des chances de guérison au patient et par conséquent augmentent le risque suicidaire. Un exemple fréquent est celui du tableau de dépression mélancolique chez un individu ayant un environnement non étayant, et qui peut motiver une HDT même en l'absence d'idées suicidaires, parce que ce tableau clinique peut être à tout moment le point de départ d'une grave crise suicidaire. L'HDT ou l'HO sont des mesures d'assistance, dont le patient doit être informé sans délai. Le contexte volontiers dramatisé de l'arrivée à l'hôpital, l'opposition ou l'agressivité du patient (et parfois de sa famille), les convictions personnelles des soignants par rapport à la problématique du suicide sont autant de facteurs qui peuvent déformer le sens de ces mesures. Beaucoup de patients qui font l'objet d'une HDT ou d'une HO peuvent le ressentir comme une injustice, une punition ou une entrave intolérable à leur liberté. Ces réactions sont assez compréhensibles lorsqu'elles viennent de sujets qui, par définition, n'ont pas conscience de la nécessité des soins qu'on leur impose. L'implication d'un membre de la famille comme tiers dans l'HDT est fréquemment vécue par le patient comme une attitude de domination, une agression, et ce sentiment s'alimente souvent du contexte familial et de son rôle dans la crise. Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et notre impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe), l'aspect transitoire de cette hospitalisation, en d'autres termes il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue. Aspects réglementaires de l'hospitalisation sous contrainte Ces mesures concernent en priorité des sujets adultes. Pour les sujets mineurs, notamment adolescents, c'est l'autorité parentale qui s'exerce, hormis en cas d'hospitalisation d'office ou décidée par l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire). La loi du 27 juin 1990 est une refonte de la loi du 30 juin 1838, l'accent étant mis sur les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (cf. loi en Annexe). Elle prévoit les trois modes d'hospitalisation en psychiatrie : hospitalisation libre, à la demande d'un tiers, et d'office. Hospitalisation libre Ce mode d'hospitalisation est le règle, en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales. Le patient garde le choix de son lieu d'hospitalisation, dans les limites de l'habilitation de l'établissement et des possibilités d'accueil. Dans ce cas, le patient consent aux soins hospitaliers qui sont justifiés, et est jugé apte à y consentir par le médecin qui pose l'indication. Cela sous-tend qu'un examen médical direct est toujours nécessaire pour porter l'indication ou la non-indication de l'hospitalisation. Ensuite, cet examen médical va conclure si l'état mental du sujet lui permet de consentir aux soins. Ainsi, un sujet suicidaire au comportement particulièrement instable peut consentir dans un premier temps à l'hospitalisation puis, en raison de ses troubles, se rétracter dès son arrivée à l'hôpital et sortir. L'examen réalisé aux urgences de l'hôpital sert notamment à apprécier ce risque, par une observation comportementale et psychique attentive. à la lecture des antécédents et du contexte

actuel. Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) · Conditions Lorsque l'hospitalisation est nécessaire en raison des troubles mentaux du sujet, et que son consentement n'est pas recevable - ou fiable - à cause de ses troubles, une HDT doit être mise en place. La notion de troubles mentaux ne signifie pas forcément que le sujet est atteint d'une pathologie psychiatrique avérée qu'il faut connaître au moment de l'admission. Une situation de risque suicidaire, ou une tentative de suicide, n'est pas synonyme de trouble psychiatrique, mais c'est une situation qui fait suspecter un trouble mental. L'hospitalisation pourra être justifiée par la nécessité de parfaire la recherche d'une pathologie sous-jacente et de chercher à réduire le risque de passage à l'acte à court terme. L'examen a jugé que les troubles, présents ou suspectés, nécessitent une hospitalisation immédiate et une surveillance constante. · Pièces nécessaires Une HDT requiert un ou deux certificats médicaux et une demande libre d'un tiers. Dans la procédure normale, il faut deux certificats médicaux, dont un signé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil (dans ce texte, on entendra par établissement d'accueil l'hôpital où est situé le service psychiatrique qui va accueillir le patient). Cela signifie que le premier certificat peut être rédigé par un médecin extérieur à l'hôpital, ou par un médecin d'un autre hôpital que celui qui va prendre en charge le patient (ex : médecin du service des urgences, en l'absence de lien juridique entre ce service et l'établissement d'accueil). Tout médecin habilité à exercer la médecine, au sens du Code de Santé Publique, spécialiste ou non, peut rédiger ces certificats (médecin thésé ou en situation de remplacement). Ces médecins ne doivent pas être parents ou alliés avec le patient, le tiers, le directeur de l'établissement d'accueil, ni entre eux. Chacun de ces certificats est rédigé en toute indépendance, après un examen médical effectif (cf. modèle en encadré). Il doit être circonstancié, c'est à dire mentionner les éléments de l'état comportemental et mental de la personne qui ont amené à la décision de l'hospitalisation, en évitant des termes médicaux ou scientifiques. Il doit mentionner que ces troubles nécessitent des soins urgents assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier et ne permettent pas au patient de donner son consentement à cette hospitalisation. Il conclut par la nécessité d'hospitaliser le patient à la demande d'un tiers, conformément à la loi du 27 juin 1990. Il n'est pas indispensable de mentionner les articles du code de Santé Publique (cf Fiche d'Information du 13 mai 1991), lesquels viennent d'être modifiés (Ordonnance N° 2000-548 du 15 juin 2000). Il est à noter que dès lors que le premier certificat et la demande du tiers sont rédigés, l'HDT est considérée comme initiée et le patient peut être maintenu à l'hôpital pour quelques heures, en attendant que le deuxième certificat soit établi. A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du patient, l'admission en HDT peut être prononcée au vu d'un seul certificat, rédigé comme indiqué plus haut, mais précisant en plus la notion de péril imminent pour la santé du sujet (HDT dite " d'urgence "). Ce certificat unique peut être rédigé par tout médecin, même exerçant dans l'établissement d'accueil. La durée de validité de ces certificats est de quinze jours. Pour toute HDT (" normale " ou " d'urgence "), il est nécessaire qu'un tiers, c'est à dire toute personne majeure portant de l'intérêt au patient, rédige une demande d'hospitalisation manuscrite sur papier libre (cf. modèle en encadré). Ce tiers n'est pas nécessairement un parent du patient. La demande, qui peut être recueillie par le directeur de l'hôpital ou son représentant délégué si la personne ne sait pas écrire, doit préciser les nom, prénoms, âge, domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que du patient, ainsi que la nature des relations ou du lien de parenté qui existent entre eux. L'identité du demandeur doit pouvoir être vérifiée à l'admission (il est utile de faire une photocopie de la carte d'identité du tiers. avec

son accord). Ce tiers ne peut pas exercer dans l'établissement d'accueil, mais peut exercer dans un autre hôpital, par exemple celui des urgences s'il n'est pas lié au premier. Une assistante sociale de l'établissement peut signer la demande si elle le souhaite, après avoir rencontré le patient, considérant qu'elle ne fait pas partie du personnel soignant au sens juridique. Une notion essentielle est que nul ne peut être contraint à signer une demande d'HDT. Il arrive souvent en situation d'urgence qu'un parent ou une personne proche d'un patient suicidaire ne veut pas signer cette demande, pour des raisons qui peuvent être très diverses. Le plus souvent, c'est à cause d'un sentiment de culpabilité lié à l'idée de la contrainte infligée au patient, voire de peur de reproches ultérieurs venant du patient. Si le tiers ne change pas son attitude après les explications fournies sur la mesure et ses aspects d'assistance au patient, il convient alors de rechercher un autre signataire, si le premier tiers ne s'y oppose pas. Le cas plus délicat est celui où un parent proche est hostile à l'hospitalisation du sujet, pourtant nécessaire sous contrainte en raison des troubles constatés. Si le parent sollicité persiste dans sa position après les tentatives d'explication du risque, il serait inutile de proposer à un parent plus éloigné de signer la demande, car le premier pourrait demander la levée immédiate de l'HDT ainsi prononcée (voir chapitre sur le suivi). Dans ce cas, on peut parfois recourir à l'hospitalisation d'office, dans le cas où les troubles mentaux du patient peuvent mettre en péril la sûreté des personnes, et notamment la sienne (Albernhe et Tyrode, 1993). Le transport du patient de son lieu de résidence à l'hôpital doit être organisé par l'entourage du patient (véhicule personnel, ambulance privée). En pratique, les pompiers participent volontiers à ce type de transport lorsqu'une HDT est initiée, mais ils n'ont pas obligation de le faire.

· Suivi de l'HDT La loi demande des certificats médicaux de confirmation ou de levée de l'HDT, éventuellement prévoyant des sorties d'essai. Ces certificats doivent être établis après l'admission par des psychiatres de l'établissement d'accueil au bout de 24 heures, de 15 jours, puis tous les mois. L'HDT peut être levée :

- au vu d'un certificat médical de levée
- à la demande d'un proche du patient (dans l'ordre hiérarchique, le curateur, le conjoint ou concubin déclaré, les ascendants, les descendants majeurs, le tiers signataire sauf opposition d'un parent, toute personne autorisée par le conseil de famille,
- par le président du TGI (tribunal de grande instance) qui peut être saisi par le patient, par le procureur de la République, ou saisi d'office.
- par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CHDP).

Il faut souligner que le patient conserve tout au long de son hospitalisation des droits et libertés individuelles applicables à tout patient (Circulaire DGS/SP3 n°48 du 19 juillet 1993). Il a la possibilité de choisir, représenté par le tiers demandeur, l'équipe de soins sous réserve de son habilitation à recevoir des HDT et de la disponibilité d'accueil. Il doit recevoir tout éclaircissement sur sa situation de soins, a la possibilité d'émettre des courriers sans délai, de communiquer avec les autorités, conserve ses libertés fondamentales hormis la possibilité de quitter le service hospitalier sans avis médical. Des restrictions des visites et des communications téléphoniques sont possibles si elles sont argumentées par l'état de santé du malade.

Hospitalisation d'office (HO)

· Rappel des procédures Ce mode s'applique aux patients dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes et/ou troublent l'ordre public. Cette hospitalisation nécessite au préalable un certificat médical circonstancié (cf. encadré) comparable à celui de l'HDT, établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil (sauf en cas de transformation d'une HDT en HO). Au vu de ce certificat, le préfet de département (préfet de police à Paris) peut prononcer un arrêté d'hospitalisation d'office. Ce document peut préciser la nécessité d'une aide de

la force publique (police, gendarmerie) pour accompagner le patient sur le service hospitalier. En cas de danger imminent pour autrui, le maire de la commune (ou le commissaire de police à Paris), s'appuyant sur un avis médical simple ou sur la notoriété publique, peut prononcer un arrêté provisoire d'HO qui n'est valable que 48 heures. Il en informe le préfet dans les 24 heures, lequel prononcera s'il y a lieu un arrêté d'HO. Le lieu d'hospitalisation, qui ne peut pas être choisi par le patient, est fixé dans l'arrêté. Divers certificats de suivi sont nécessaires pour confirmer ou pour demander la levée de l'HO : ils doivent être établis par un psychiatre de l'établissement d'accueil au bout de 24 heures, de 15 jours, d'un mois puis tous les mois. La levée de l'HO est prononcée par le préfet, généralement au vu d'un certificat médical la proposant.

· Application aux situations de crise suicidaire Les modalités de l'HO rendent bien compte que ce mode d'hospitalisation s'applique rarement aux crises suicidaires, pour lesquelles l'HDT est la solution de contrainte la plus adaptée. Une situation dans laquelle l'HO est théoriquement indiquée est celle où le patient menace de se suicider, mais également de porter atteinte à ses proches de façon patente. Le risque pour la sûreté des personnes est alors constaté. Néanmoins, il est fréquent que des patients traversant une crise suicidaire manifestent des mouvements d'agressivité qui sont avant tout dirigés vers eux-mêmes. En pratique, il est important de bien peser la dangerosité pour autrui avant de porter l'indication d'HO, mesure plus lourde de sens et généralement plus prolongée dans le temps qu'une HDT. Un autre cas particulier concerne les sujets détenus en maison d'arrêt présentant une crise suicidaire qui nécessite des soins psychiatriques en milieu hospitalier. Hormis les cas où un service hospitalier pour détenus existe et peut accueillir le patient, il faut alors recourir à l'HO selon la procédure habituelle, c'est à dire par un certificat médical rajoutant aux mentions propres à l'HO, " conformément à l'article D398 du Code de Procédure Pénale ". Ce certificat sera transmis au Préfet qui prononcera un arrêté d'HO, permettant le transfert du patient en milieu psychiatrique.

Modèle de certificat médical d'Hospitalisation à la demande d'un tiers. Je soussigné, Docteur D., certifie avoir examiné le (date de l'examen) M. ou Mme X (Nom - Prénom), né(e) le (date de naissance). Cette personne présente ... (décrire l'état mental du patient et les particularités de sa maladie, en termes non médicaux). M. ou Mme X présente des troubles mentaux qui ne lui permettent pas de consentir à l'hospitalisation et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. En conséquence, il (ou elle) doit être hospitalisé à la demande d'un tiers dans un établissement habilité, conformément à la loi du 27 juin 1990.\*\* Fait à ....

Le ..... \*\* En cas de procédure d'urgence, on mentionnera " En conséquence, et en raison du péril imminent pour sa santé, il (ou elle) doit être hospitalisé à la demande d'un tiers en urgence dans un établissement habilité, conformément à la loi du 27 juin 1990 " Modèle de certificat médical d'Hospitalisation d'office Je soussigné, Docteur D., certifie avoir examiné le (date de l'examen) M. ou Mme X (Nom - Prénom), né(e) le (date de naissance). Cette personne présente ... (décrire l'état mental du patient et les particularités de sa maladie, en termes non médicaux). M. ou Mme X présente des troubles mentaux dont les manifestations compromettent l'ordre public et/ou portent atteinte à la sûreté des personnes. En conséquence, il (ou elle) doit être hospitalisé d'office dans un établissement habilité, conformément à la loi du 27 juin 1990. Fait à ..... le ..... Modèle de demande d'HDT (tiers) Je, soussigné(e) .....(Nom - Prénom - Profession) Né(e) le ..... Domicilié(e) .....(Adresse complète) Degré de parenté ou qualité par rapport à la personne ci-dessous désignée : ..... Prie Monsieur le Directeur du

Centre Hospitalier de ..... d'admettre dans son établissement en hospitalisation à la demande d'un tiers, conformément à la loi du 27 juin 1990 la personne ci-après :  
M, Mme, Melle .....(Nom - Prénom) Né(e) le ..... Domicilié(e) à :  
.....(Adresse complète) Profession : ..... Fait à ..... le  
..... (Signature du demandeur)

Aspects statistiques et évolutifs de l'hospitalisation sous contrainte Etat actuel On ne dispose pas de statistique officielle sur le nombre de patients présentant une crise suicidaire et ayant eu besoin d'une hospitalisation sous contrainte. Quelques publications sur la prise en charge des tentatives de suicide rapportent des taux très variables d'hospitalisations de suite en psychiatrie (Chastang et col, 1997 ; Cremniter 1997 ; De Clercq 1992, 1994 ; Meppen et col 1993, Staikowsky et col 1997). Cette variabilité paraît explicable par l'hétérogénéité des solutions de prise en charge et des approches théoriques des équipes. Presque tous les travaux portent sur la prise en charge après une TS réalisée. Après le passage aux urgences, entre 10 et 25 % environ des suicidants sont hospitalisés en psychiatrie. Cette proportion est probablement sous-estimée, sachant que beaucoup de patient sont hospitalisés d'abord en médecine, chirurgie ou réanimation et qu'on ne connaît pas bien leur devenir après cette période. Le taux d'hospitalisation des TS violentes ou graves sur le plan somatique peut atteindre 60% d'après Cremniter (1994). L'importance du recours à l'hospitalisation sous contrainte est mal connue, en l'absence d'enquêtes l'ayant évaluée précisément. Des proportions très faibles d'HDT ont été rapportées peu après la promulgation de la loi de 1990, de l'ordre de 1 % des suicidants admis aux urgences (Meppen 1993). Divers indicateurs montrent que le recours à l'hospitalisation sous contrainte, après une longue période de réduction, s'est un peu accru depuis quelques années. Ainsi, le nombre d'HDT et d'HO, tous motifs confondus, a augmenté de 57% entre 1988 et 1997, dans une proportion plus importante que l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie qui ont progressé de 31% sur la même période (DGS 1999). On constate dans le même rapport de la DGS une croissance actuelle des demandes pour des situations de crise plus que pour des troubles psychiatriques patents. Pour une majorité de départements, les HDT sont réalisées " en urgence " dans 30% des cas. La difficulté d'obtenir le deuxième certificat et de cerner précisément la notion de péril imminent sont des notions souvent avancées pour expliquer ce phénomène, en particulier dans un contexte d'urgence et de manque de temps pour évaluer la situation.

Perspectives de modification des régimes d'hospitalisation sous contrainte Un premier bilan approfondi de l'application de la loi du 27 juin 1990 a été réalisé par un groupe national d'évaluation (1997) qui a mis en évidence des faiblesses et a fait des propositions de correction. Les principales innovations suggérées, applicables à des situations de crise suicidaire, sont les suivantes :

- Instauration d'un seul type d'hospitalisation sous contrainte, ou bien transformation de l'HDT en " régime d'hospitalisation sans l'accord du malade ", ne nécessitant pas de demande de tiers, au vu d'un seul certificat médical. Cela éviterait les problèmes liés à la recherche d'un tiers fiable.
- Une période d'observation et d'orientation de 72 heures au maximum avant une éventuelle entrée en hospitalisation libre ou sans consentement ou une sortie. Les statistiques démontrent que la grande majorité des hospitalisations sous contrainte se font dans un contexte d'urgence, et que nombre d'entre elles sont levées au bout de quelques jours une fois que la phase aiguë de la crise est passée. Cette période d'observation permettrait de faire une intervention brève de crise, dans le service des urgences psychiatriques, et éviter dans beaucoup de cas le recours à l'hospitalisation en psychiatrie comme c'est le cas aujourd'hui (De Clercq. 1997). Cette notion s'applique bien aux adolescents suicidants. chez qui des

hospitalisations brèves ont démontré leur utilité (ANAES 1998). Cette prise en charge pourrait être initiée par un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement. · Une possibilité de soins ambulatoires obligatoires à l'issue de la période initiale d'observation. Cette mesure permettrait de pallier la raréfaction des lits disponibles en psychiatrie et de proposer un suivi plus souple, d'emblée orienté sur le réseau extra-hospitalier. Un large débat sur l'évolution des pratiques d'hospitalisation sous contrainte est en cours, visant notamment à garantir d'avantage les libertés individuelles et les droits des malades. Le Conseil de l'Europe a publié en mars 2000 un " Livre blanc " sur ce thème, en préparation de Recommandations européennes qui pourraient être adoptées courant 2001. Il est probable que ces recommandations viseront une nouvelle évolution des pratiques permettant une prise en charge à la fois plus efficace et plus souple des situations de crise en psychiatrie.

Textes réglementaires · Loi N° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. · Comité des ministres du Conseil de l'Europe. Livre blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. Mars 2000. · Direction générale de la Santé. Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 1998. Transmission du bilan des d'activité pour l'année 1997. · Direction générale de la Santé. Circulaire DGS/SP3 n°48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. · Direction générale de la Santé. Fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. · Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.

Références bibliographiques · Albernhe T, Tyrode Y. Législation en Santé mentale. Pratique médico-hospitalière. Lyon, Sedip médical, 1993. · Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des tentatives de suicide de l'adolescent. Paris, ANAES, 1998. · Chastang F, Rioux P, Dupont I, Kovess V, Zarifian E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. Encéphale 1997 ; 23 : 100-104. · Cremniter D. Les conduites suicidaires et leur devenir. Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson, 1997. · Cremniter D, Raynal JB. L'intentionnalité suicidaire à partir d'un échantillon de tentatives de suicide ayant recours à des méthodes violentes. Psychologie Médicale 1994, 26(Sp 11) : 1174-1176. · De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles, De Boeck & Larcier ed, 1997. · De Clercq M. Les tentatives de suicide, tentative de sauver le couple ou la famille ? Psychologie Médicale 1994, 26(Sp 11) : 1181-1185. · De Clercq M, Burquel C, Hoyois P. L'abord clinique des tentatives de suicide : comment vaincre le danger de la parole ? Psychologie Médicale 1992, 24(2) : 169-173. · Hillard JR, Slomowitz M, Deddens J. Determinants of emergency psychiatric admission for adolescents and adults. Am J Psychiatry 1988;145:1416-9. · Meppen S, Zunino FM, Mercier C, Baldo E, Kiegel P. Le CAP psychiatrique au sein du service des urgences de Centre Hospitalier Général d'Aix en Provence fonctionne-t-il comme un relais ou un lieu de soins pour les patients suicidants ? Psychologie Médicale 1993, 25(4) :300-302. · Staikowsky F. Describes N. Les tentatives de suicide (TS) dans les services d'urgence en

France. Communication aux 12<sup>o</sup> Journées de la Société Française des Urgences Médicales, Nice, 1997. · Strohl H, Clemente M. Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 : présentation des travaux et des premières conclusions. IGAS, Janvier 1997. ANNEXE : Loi N° 90-527 du 27 juin 1990 (Code de Santé Publique juin 2000) LIVRE II DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES TITRE Ier MODALITES D'HOSPITALISATION Chapitre Ier Droits des personnes hospitalisées Art. L. 3211-1. - Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre. Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. Art. L. 3211-2. - Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. Art. L. 3211-3. - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. En tout état de cause, elle dispose du droit : 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ; 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 ; 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ; 4° D'émettre ou de recevoir des courriers ; 5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ; 6° D'exercer son droit de vote ; 7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix. Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4° , 6° et 7° , peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade. Art. L. 3211-4. - Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en oeuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. Art. L. 3211-5. - A sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés. Art. L. 3211-6. - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre. Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 3222-1 et L. 3222-2, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde. Art. L. 3211-7. - La personne hospitalisée

sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux. Si une tutelle a été constituée, les significations sont faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles doivent être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur. Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement. Art. L. 3211-8. - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre. Art. L. 3211-9. - Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1. Ce curateur veille : 1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ; 2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra. Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée. Art. L. 3211-10. - Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue. Art. L. 3211-11. - Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L. 6121-2. La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent. La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés : 1o Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ; 2o Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. Art. L. 3211-12. - Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la

situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins. Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé. Art. L. 3211-13. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre II Hospitalisation sur demande d'un tiers Art. L. 3212-1. - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si : 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ; 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté. La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies. Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée. Art. L. 3212-2. - Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée. Art. L. 3212-3. - A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. Art. L. 3212-4. - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers. Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le

bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. Art. L. 3212-5. - Dans les trois jours de l'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation : 1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ; 2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement. Art. L. 3212-6. - Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le représentant de l'Etat dans le département, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désigne. Art. L. 3212-7. - Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités. Le certificat médical est adressé aux autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et selon les modalités prévues à ce même alinéa. Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise. Art. L. 3212-8. - Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation. Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, les procureurs de la République mentionnés à l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé l'hospitalisation. Le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies. Art. L. 3212-9. - Une personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par : 1° Le curateur nommé en application de l'article L. 3211-9 ; 2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ; 3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ; 4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ; 5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ; 7° La commission mentionnée à l'article L. 3222-5. S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononce dans un délai d'un mois. Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public

ou la sûreté des personnes, sans préjudice des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-6, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L. 3213-1. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le représentant de l'Etat dans le département n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office. Art. L. 3212-10. - Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le représentant de l'Etat dans le département ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et les procureurs mentionnés à l'article L. 3212-5 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 3212-9. Art. L. 3212-11. - Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ; 2° La date de l'hospitalisation ; 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ; 4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ; 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; 6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-8 ; 7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 3211-11 ; 8° Les levées d'hospitalisation ; 9° Les décès. Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations. Art. L. 3212-12. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat. Chapitre III Hospitalisation d'office Art. L. 3213-1. - A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement. Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office. Art. L. 3213-2. - En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. Art. L. 3213-3. - Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui

établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 par le directeur de l'établissement. Art. L. 3213-4. - Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités. Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. Art. L. 3213-5. - Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai. Art. L. 3213-6. - A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le représentant de l'Etat dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours. Art. L. 3213-7. - Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade. Art. L. 3213-8. - Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui. Art. L. 3213-9. - Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie. Art. L. 3213-10. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat. Chapitre IV Dispositions pénales Art. L. 3214-1. - Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de retenir une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie est ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département, en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou de l'article L. 3213-5, ou par le président du tribunal de grande instance, conformément à l'article L. 3211-12. ou lors de la levée de l'hospitalisation en application des articles L.

3212-7, L. 3212-8, L. 3212-9 ou L. 3213-4 est puni de deux ans d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende. Art. L. 3214-2. - Est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende, le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 : 1° D'admettre une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus aux articles L. 3212-1 et L. 3212-3 ; 2° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 ; 3° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L. 3212-7, L. 3213-3 et L. 3213-5 ; 4° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 ; 5° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 de la déclaration prévue par ledit article ; 6° D'omettre d'aviser le représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L. 3212-10 ou de la déclaration prévue par l'article L. 3213-5 ; 7° De supprimer ou de retenir une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative. Art. L. 3214-3. - Le fait, pour le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1, de ne pas prendre dans le délai prescrit, les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'une des procédures prévues par les articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2 dans les cas définis à l'article L. 3222-2 est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende. Art. L. 3214-4. - Est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende, le fait pour le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 : 1° De supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative ; 2° De refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-3.

Aguilera, D.C. (1995). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*. Paris : InterÉditions.

Andreoli, A. (1986). *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris : Simep.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R. et Harris, C. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental services: National clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.

Baldwin, B.A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48 (3), 538-551.

Bishop, E.G. et McNally, G. (1993). An in-home crisis intervention program for children and their families. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (2), 182-184.

Bleach, G. et Claiborn, W.L. (1974). Initial evaluation of hot-line telephone crisis centers. *Community Mental Health Journal*, 10 (4), 387-394.

Brent, D.A. (1994). Resolved: Several weeks of depressive symptoms after exposure to a friend's suicide is "major depressive disorder": Affirmative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (4), 582-584.

Brent, D.A. et Moritz, G. (1996). Developmental pathways to adolescent suicide. In D. Cicchetti et S.L. Toth (Eds.), *Adolescence: Opportunities and challenges* (pp. 233-258). Rochester, NJ: University of Rochester Press.

Brent, D.A., Roth, C.M., Holder, D.P. et Kolko, D.J. (1996). Psychosocial interventions for treating adolescent suicidal depression: A comparison of three psychosocial interventions. In E.D. Hibbs et P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 187-206), Washington, DC: American Psychological Association.

Brent, D.A. (1997). The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38 (3), 277-286.

- Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. et Chiappetta, L. (1999). Age and sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1497-1505.
- Burgess, A.W. et Baldwin, B.A. (1981). *Crisis intervention theory and practice: A clinical handbook*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Carothers, J.E., Inslee, L.J. (1974). Level of empathic understanding offered by volunteer telephone services. *Journal of Counselling Psychology*, 21 (4), 274-276.
- Davies, P.G. (1982). The functioning of British counselling hotlines: A pilot study. *British Journal of Guidance and Counselling*, 10 (2), 195-199.
- Debout, M. (1993). *Le Suicide*. Paris : Rapport du Conseil économique et social.
- Deykin, E., Hsieh, C., Joshi, N. et McNamara, J. (1986). Adolescent suicidal and self-destructive behavior: Results of an intervention study. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 88-95
- Doyle, W.W., Foreman, M.E. et Wales, E. (1977). Effects of supervision in the training of nonprofessional crisis intervention counselors. *Journal of Counselling Psychology*, 24 (1), 72-78.
- Elkins, R.L. et Cohen, C.R. (1982). A comparison of the effects of prejob training and job experience on nonprofessional telephone crisis counselors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 12 (2), 84-89.
- Endler, N.S., Edwards, J.M. et Kowalchuck, B.P. (1983). The interaction model of anxiety assessed in a psychotherapy situation. *Southern Psychologist*, 1 (4), 168-172.
- Frauenfelder, K. et Frauenfelder, J. (1984). The effect of brief empathy training for student hotline volunteers. *Crisis Intervention*, 13 (3), 96-103.
- Genther, R. (1974). Evaluating the functioning of community-based hotlines. *Professional Psychology*, 5, 409-414.
- Getz, W.L., Fujita, B.N. et Allen, D. (1975). The use of paraprofessionals in crisis intervention: Evaluation of an innovative program. *American Journal of Community Psychology*, 3, 135-144.
- Gingerich, W.J., Gurney, R.J. et Wirtz, T.S. (1988). How helpful are helplines? A survey of callers. *Social Casework*, 69 (10), 634-639.
- Grayson, P.A. et Cauley, K. (1989). *College psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Halpern, H.A. (1973). Crisis theory: A definitional study. *Community Mental Health Journal*, 9, 342-349.
- Halpern, H.A. (1975). The crisis scale: A factor analysis and revision. *Community Mental Health Journal*, 11, 295-300.
- Hawton, K., Arenwman, E., Townsend, E., Bremmer, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofski, I. et Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441-447.
- Hornblow, A. R. et Sloane, H.R., (1980). Evaluating the effectiveness of a telephone counselling service. *British Journal of Psychiatry*, 137, 377-378.
- Isometsä, E.T., Aro, H.M., Henriksson, M.M., Heikkinen, M.E. et Lonnqvist, J.K. (1994). Suicide in major depression in different treatment setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 523-527.
- Isometsä, E.T., Henriksson, M.M. et Heikkinen, M.E. (1996). Suicide among subjects with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 667-673.
- Jacobson, G.F. et Portuges, S.H. (1976). Marital separation and divorce: Assessment of and preventive considerations for crisis intervention. In H.J. Parad, L.P Resnik et L.G. Parad (Eds.), *Emergency and Disaster Management: A mental Health Sourcebook*. Bowie, MD: Charles Press.
- King, G.D. (1977). An evaluation of the effectiveness of a telephone counselling center. *American Journal of Community Psychology*, 5 (1), 75-83.
- Kirk, A.K., Stanley, G.V. et Brown, D.F. (1988). Changes in patients' stress and arousal levels associated with therapists' perception of their requests during crisis intervention. *British Journal of Clinical Psychology*, 27 (4), 363-369.
- Kirk, W.G. (1993). *Adolescent suicide: A school-based approach to assessment and intervention*. Champaign (USA): Research Press.
- Knickerbocker, D.A. (1972). Lay volunteer and professional trainee therapeutic functioning and outcomes in a suicide and crisis intervention service. Unpublished doctoral dissertation. University of Florida.
- Knickerbocker, D.A. et McGee, R.K. (1973). Clinical effectiveness of nonprofessional and professional telephone workers in a crisis intervention center. In D. Lester et G.W. Brockopp (Eds.), *Crisis intervention and counselling by telephone*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kohlberg, L. et Higgins, A. (1987). School democracy and social interaction. In W.M. Kurtines et

- J.L. Gewirtz. (Eds.), *Moral development through social interaction* (pp. 102-128). New York: John Wiley & Sons.
- Labelle, R., Forget, M., Lachance, L. et Houle, J. (2000). *Les tests et les mesures en suicidologie. Premier congrès international de la francophonie en prévention du suicide : Québec.*
- Langsley, D.G., Machotka, P. et Flomenhaft, K. (1971). Avoiding mental hospital admission: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 127 (10), 1391-1394.
- Lecomte, Y. et Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11 (2), 122-142.
- Leenaars, A.A. (1994). Crisis intervention with highly lethal suicidal people. *Death-Studies*, 18 (4), 341-360.
- Lester, D. (1970). Steps toward the evaluation of suicide prevention centers: Part four. *Crisis Intervention*, 2, 20-22.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. et Allmon, D. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12), 1060-1064.
- Linehan, M.M. (1997). Behavioral treatments of suicidal behavior: Definitional obfuscation and treatment outcomes. In D.M. Stoff et J.J. Mann (Eds.), *The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic* (pp. 302-328). New York: New York Academy of Sciences.
- Linehan, M. M. (1999). Standard protocol for assessing and treating suicidal behaviors for patients in treatment. In D.G. Jacobs (Eds.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 146-187). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Marmar, C.R. et Horowitz, M.J. (1988). Diagnosis and phase-oriented treatment of post-traumatic stress disorder. In J. P. Wilson et Z. Harel (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam. The Plenum series on stress and coping* (pp. 81-103). New York: Plenum Press.
- Messick, J.M. et Aguilera, D.C. (1976). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie* (2e éd). Saint-Louis, Missouri : Mosby.
- Mishara, B.L. et Daigle, M. (1992). The effectiveness of telephone interventions by suicide prevention centres. *Canada's Mental Health*, 40 (3), 24-29.
- Moller, H.J. (1992). Attempted suicide: Efficacy of different aftercare strategies. *International Clinical of Psychopharmacology*, 6, 58-59.
- Morissette, P. (1984). *Le suicide : démythification, intervention, prévention*. C.P.S. Québec : Bibliothèque nationale.
- Muehlebach, A., Gognalons, M., Abensur, J. et Andreoli, A. (1993). Traitement de la crise et mortalité psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 151 (1), 33-46.
- Nizard, A., Bourgoïn, N. et Divonne, G. (1998). Suicide et mal-être social. *Population et Société*, 334.
- O'Donnel, J.M. et George, K. (1970). The use of volunteers in a community mental health center emergency and reception service: A comparative study of professional and lay telephone counselling. *Community Mental Health Journal*, 13, 3-12.
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* (2000). Genève, Suisse.
- Ottino, J. (1999). Suicide attempts during adolescence: Systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis*, 20 (1), 41-48.
- Preston, J., Schoenfeld, L.S. et Adams, R.L. (1975). Evaluating the effectiveness of a telephone crisis center from the consumer's viewpoint. *Hospital and Community Psychiatry*, 26, 719-720.
- Pruett, H. L. (1990). Crisis intervention and prevention with suicide. *New Directions for Student Services*, 49, 45-55.
- Ross, C.P. et Motto, J.A. (1984). Group counselling for suicidal adolescent. In H. Sudak, A. Ford et N. Rushforth (Eds.), *Suicide in the young* (pp. 367-392). Boston: John Wright.
- Rudd, M.D., Rajab, M.H., Orman, D.T., Stulman, D.A., Joiner, T. et Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 179-190.
- Sakowitz, M. et Hirschman, R. (1975). Self-ideal congruency and therapeutic skill development in nonpaid paraprofessionals. *Journal of Community Psychology*, 3 (3), 275-280.
- St-Laurent, D. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1999*. Québec : Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Séguin, M., Huon, P., Lynch, J., Bouchard, M., Benoît, S. et Girard, M.-E. (1999). *Le suicide : comment prévenir, comment intervenir*. Montréal : Logiques.
- Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *Journal of*

- Clinical Psychiatry, 49 (9), 36-41.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P. et Trautman, P. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53 (4), 339-348.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R. et Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142 (9), 1061-1064.
- Slaikou, K.A. et Willis, M.A. (1978). Caller feedback on counselor performance in telephone crisis intervention: A follow-up study. *Crisis Intervention*, 9 (2), 42-49.
- Souris, M. (1988). Considérations théoriques sur les mouvements psychiques dans les situations de crise : conséquences psychothérapeutiques. *Acta Psychiatrica Belgica*, 88 (4), 261-290.
- Stelmachers, Z.T., Lund, S.H. et Meade, C.J. (1972, automne). Hennepin County Crisis Intervention Center: Evaluation of its effectiveness. *Evaluation*, 61-65.
- Thomas, R. (1983). Training volunteers to provide crisis counselling to rape victims: An evaluation. *Crisis Intervention*, 12, 43-59.
- Torop, P. et Torop, K. (1972). Hotlines and youth culture values. *American Journal of Psychiatry*, 129 (6), 730-733.
- Van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., Van der Graaf, Y. et Van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 96 (1), 43-50.
- Wilson, G. et Lester, D. (1998). Suicide prevention by e-mail. *Crisis Intervention*, 4, 81-87.

### **Liste des instruments de mesure Liste des instruments de mesure en français**

- Échelle de dépistage du risque suicidaire (EDRS), Grenier, MPs et St-Onge, MPs
- Échelles de désespoir de Beck (EDB), Cottraux, MD
- Échelles des idéations suicidaires de Beck (EISB), De Man, PhD
- Échelle de probabilité de suicide (EPS), Labelle, PhD, Daigle, PhD et Pronovost, PhD
- Grille de l'urgence/risque suicidaire (GRU), Forget, MPs
- Grille du risque/sauvetage (GRS), Wilmotte, MD
- Index du potentiel suicidaire (IPS), Labelle, PhD
- Indices de détresse psychologique (IDPESQ)
- Inventaire de dépression de Beck (IDB)
- Inventaire des raisons de vivre (IRV), Labelle, PhD et Lachance, PhD
- Questionnaire des idéations suicidaires (QIS), Pronovost, PhD
- Questionnaire de souffrance psychologique (QSP), Sheidman, PhD
- Questionnaire d'opinion sur le suicide (QOS)
- Questions de l'enquête Santé Québec (QESQ)
- Test des attitudes sur le suicide (TAS), Tremblay, MPs
- Liste des instruments de mesure en anglais
- Adult Suicidal Ideation Questionnaire (AISQ), Reynolds, PhD
- Aftermath of Suicide Instrument (ASI), Calhoun, PhD
- Beck Depression Inventory (BDI), Beck, MD
- Beck Hopelessness Scale (BHS), Bech, MD
- Child Suicide Potential Scales (CSPS), Pfeffer
- Counselor Checklist for School-Based Suicide (CCSS), Patrick, PhD et Francis, PhD
- Factors in Assessing Suicide Lethality (FASL), Battle, PhD
- Fear of Death (FD), Lester, PhD
- Firestone Assessment of Self-Destructive Thoughts (FAST), Firestone, PhD
- Harkavv-Asnis Suicide Survey (HASS). Harkavv. PhD et Asnis. MD

Hopelessness Scale for Children (HSC), Kazdin, PhD  
Index of Potential Suicide (IPS), Zung, PhD  
Indirect Life Threatening Behavior Scale (ISDB), Franklyn, PhD  
Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30), King, EdD et Kowalchuk, EdD  
Lethality of Suicide Attempt Rating Scale (LSARS), Smith, PhD  
Measure of Adolescent Potential for Suicide (MAPS), Eggert, PhD  
Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST), Orbach, PhD  
Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PNSII), Osman, PhD  
Preventing Teenage Suicide (PTS), William, PhD  
Psychological Pain Assessment Scale (PPAS), Sheidman, PhD  
Psychological Autopsy (PA), Sheidman, PhD  
Reasons for Living Inventory (RFL), Linehan, PhD  
Revised Suicide Potential Scale (RSPS), Miskimins, PhD  
Risk Estimator for Suicide (RES), Maltzberger, MD  
Risk-Rescue Rating (RRR), Weisman, MD and Worden, PhD  
SAD Persons Scale for adult (SAD-A), Patterson, MD  
SAD Persons Scale for children (SAD-C), Juhnke, EdD  
Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (K-SADS), Puig-Antich, MD  
Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ), Smith, PhD  
Suicidal Death Prediction Scales (SDPS), Lettieri, PhD  
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Reynolds, PhD  
Suicide Assessment Checklist (SAC), Rogers, PhD  
Suicide Assessment Scale (SAS), Stanley, PhD  
Suicide Circumstances Schedule (SCS), Brent, MD  
Suicide Ideation Interview (SPI), Reynolds, PhD  
Suicide Ideation Items (SII), Garrison, PhD  
Suicide Ideation Scale (SIS), Rudd, MD  
Suicide Intent Questionnaire (SIS), Leniehan, PhD  
Suicide Intent Scale, Beck, MD  
Suicide Intervention Response Inventory (SIRI), Neimeyer, PhD  
Suicide Probability Scale (SPS), Cull PhD et Gill, PhD  
Suicide Opinion Questionnaire (SOQ), Domino, PhD  
Suicide Risk Measure (SRM), Plutchik, MD  
You and Death (YD), Shneidman, PhD  
Wenz Suicide Potential Scale (WSPS), Wenz, PhD

## Approche pharmacologique des conduites suicidaires

Dr Mocrane Abbar

Service de Psychiatrie A, CHU Carémeau, Nîmes

### Introduction

Les conduites suicidaires ne constituent pas en elles-mêmes une pathologie mais sont considérées comme des comportements pathologiques dans l'immense majorité des cas. Ces conduites sont de déterminisme complexe, multifactoriel, et un grand nombre de facteurs de risques ont été identifiés (24). Dans la perspective médicale qui nous préoccupe ici, ces facteurs de risque peuvent être regroupés dans 5 grands domaines : troubles psychiatriques, troubles de la personnalité, facteurs génétiques, facteurs biologiques et facteurs psycho-sociaux. Les hypothèses actuelles concernant la genèse des conduites suicidaires font appel à un modèle de type vulnérabilité - stress. Par ailleurs, il faut rappeler que les facteurs de risques suicidaires identifiés sont caractérisés par une sensibilité variable parfois bonne et une spécificité en règle très faible. C'est l'interaction chez un même individu de différents de ces facteurs qui semble le mieux rendre compte de l'émergence d'un acte suicidaire. Il existerait donc des facteurs prédisposants, conférant à une sujet donné une vulnérabilité à long terme. Ces facteurs seraient représentés donc par : des facteurs génétiques, des facteurs biologiques ( l'implication du système sérotoninergique a été régulièrement évoqué), des troubles ou plus simplement des traits de personnalité comme l'impulsivité et l'agressivité, et enfin des antécédents de traumatismes précoces qui semblent conférer une vulnérabilité psychobiologique importante. D'autres facteurs semblent avoir un rôle conditionnant, au premier rang desquels se trouvent les troubles psychiatriques, les facteurs toxiques, et des conditions de vie caractérisées par l'absence de support social. En dernier lieu les gestes suicidaires sont souvent associés à des événements que l'on peut qualifier de facteurs précipitants au premier rang desquels se trouvent les événements de pertes, les conflits inter-personnels, et les situations de souffrance objective et subjective (1). Le fait de souffrir d'un trouble psychiatrique n'est pas une condition suffisante à la survenue d'un geste suicidaire mais semble être une condition nécessaire. En effet, les études d'autopsie psychologique révèlent que plus de 90 % des sujets décédés par suicide souffraient, au moment de leur acte, d'un trouble psychiatrique. Cette proportion est diversement appréciée chez les suicidants mais les rares études utilisant une évaluation standardisée retrouvent une prévalence similaire bien qu'un peu plus faible. Parmi ces troubles psychiatriques, les troubles de l'humeur, les troubles schizophréniques, certains troubles anxieux, les conduites additives et certains troubles de la personnalité, sont associés à un risque élevé de mortalité par suicide. La prise en charge thérapeutique de ces troubles nécessite, généralement, l'utilisation de psychotropes. Il semble logique et de bon sens de postuler qu'une chimiothérapie efficace de ces troubles permet une réduction du risque suicidaire qui leur est attaché. Il s'agit là d'une opinion fortement répandue chez les cliniciens mais qui se trouve contestée par certains qui s'appuient sur le faible niveau de preuves qui viennent étayer cette opinion. Cette quasi-absence de preuve tient essentiellement à des difficultés d'ordre méthodologique et éthiques qui sont discutées un peu plus loin. Une autre question est celle d'un effet spécifique de certaines chimiothérapies sur un syndrome suicidaire indépendant des troubles psychiatriques auxquels il pourrait être au non associés. Le désespoir. la faible estime de soi. l'isolement social

et surtout un contrôle inadéquat des impulsions agressives pourraient être les symptômes nucléaires d'un tel syndrome. Il existe, maintenant, une littérature abondante évoquant la responsabilité d'un hypofonctionnement du système sérotoninergique cérébral dans ce syndrome et ce indépendamment de la nature des troubles psychiatriques associés. Des études de méthodologies diverses et utilisant différents témoins du fonctionnement sérotoninergique cérébral donnent des résultats convergents en faveur de cette hypothèse. Ces données suggèrent que des produits favorisant la transmission sérotoninergique au niveau cérébral pourraient avoir une action protectrice contre la survenue d'actes suicidaires et ce indépendamment de la présence ou de l'absence de trouble psychiatrique. A l'inverse, ces données peuvent suggérer aussi que des produits psychotropes puissent augmenter le risque suicidaire et ce en dépit de leur efficacité sur la symptomatologie de certains troubles psychiatriques. Les études contrôlées sur les effets d'un traitement pharmacologique de la suicidalité elle-même sont rares. Les données disponibles issues d'études contrôlées proviennent d'études visant à apprécier l'efficacité d'un traitement sur un trouble psychiatrique. Pour des raisons éthiques, clairement compréhensibles, les patients ayant un risque suicidaire élevé sont exclus de ces études. Une autre source d'information est représentée par les données d'études épidémiologiques. La plupart de ces études ont mis en évidence que les sujets traités connaissent des taux de suicide inférieurs à ceux des sujets non traités. Cependant, interpréter de façon univoque ces données comme étant la preuve d'un effet protecteur des traitements pharmacologiques contre le risque suicidaire relève de l'ignorance d'un biais majeur qui est l'absence de randomisation au hasard des sujets traités ou non. En d'autres termes, les différences constatées quant aux risques suicidaires peuvent être attribuées à des caractéristiques spécifiques des sujets qui demandent des soins et suivent le traitement et non à l'effet de ce traitement sur la pathologie de ces sujets. Pour des raisons de simplicité et de clarté, la revue des données disponibles dans la littérature se fera par classe thérapeutique et par principaux troubles psychiatriques et portera sur les données tirées d'études contrôlées, quand elles existent, et des études épidémiologiques. La rareté du suicide a conduit de nombreux chercheurs à évaluer les effets des produits psychotropes non seulement sur le risque de survenue d'un suicide mais aussi sur les conduites suicidaires comme les tentatives de suicide et les idéations suicidaires. Si le lien qui existe entre tentative de suicide et suicide est assez robuste, quoique leurs caractéristiques diffèrent de façon importante, la relation entre suicide ou tentative de suicide et idéation suicidaire est beaucoup plus discutable. Par nature les conduites suicidaires sont des comportements auto-agressifs et souvent impulsifs. En conséquence, les effets d'un produit pharmacologique sur l'impulsivité et l'agressivité sont souvent considérés comme le témoin d'une efficacité putative sur le risque suicidaire et seront donc discutés aussi ici.

### **Les antidépresseurs**

Les troubles dépressifs sont les troubles psychiatriques les plus fortement associés à un risque suicidaire. Les antidépresseurs sont des agents pharmacologiques d'efficacité maintenant reconnue dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs. Il existe de très nombreuses études contrôlées ayant attesté l'efficacité de ces produits sur l'amélioration voire l'obtention d'une rémission des états dépressifs. Toutefois, il n'existe pas à notre connaissance d'étude contrôlée versus placebo ayant mis en évidence de façon statistiquement significative une réduction

des taux de suicide ou de tentative de suicide chez les patients traités par antidépresseurs ; Dans une revue d'études long terme contrôlées versus placebo, Rouillon et al (65) retrouvent un taux de suicide de 1,9% (20 décès par suicide chez 1013 patients) chez les patients recevant un antidépresseur versus 1,5 % (58 décès par suicide chez 332 patients) chez les patients recevant du placebo. Cependant, il faut rappeler que la méthodologie de ces études n'a jamais été construite pour tester l'influence d'un traitement antidépresseur sur les conduites suicidaires associées à la dépression (la présence d'idéations suicidaire est en règle un critère d'exclusion) et que les patients inclus dans ces études diffèrent par bien des points des caractéristiques des patients à haut risque suicidaire. A l'inverse, nombre d'études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque suicidaire chez les patients déprimés traités par antidépresseur. Ainsi, Isacson et al (30) ont pu évaluer le risque de décès par suicide chez les patients déprimés et traités ou non par antidépresseurs dans les années 1990-91 en Suède. Le taux de suicide observé chez les patients traités étaient environ deux fois plus faible que celui observé chez les patients non traités (141/100 000 versus 259/100 000). Dans une étude précédente (31), cet auteur avait retrouvé que moins de 16 % des sujets décédés par suicide étaient sous antidépresseurs au moment de leur décès, alors que la proportion de sujets déprimés dans cette population peut être estimé à 50%. Des concentrations sériques à doses toxiques n'étaient retrouvés que dans 5,6 % des cas. Ce même auteur (32), associé à un chercheur américain, a pu vérifier à partir des données de l'étude d'autopsie psychologique de San Diego que seul 12% des sujets déprimés (critères du DSM-III) au moment de leur suicide prenaient des antidépresseurs. Une concentration sérique létale n'étaient retrouvés que dans 4 % des cas, le plus souvent associée à d'autres psychotropes et se retrouvait essentiellement chez des sujets souffrant de troubles dépressifs associés avec un abus de substance psycho-active. Enfin, ces auteurs ont pu établir que plus de 50 % des sujets déprimés au moment de leur suicide avaient consulté dans les trois mois précédant leur geste, mais que moins de 50 % de ceux ci avaient bénéficié d'une prescription d'antidépresseurs et que l'analyse toxicologique n'était positive que chez un tiers de ces derniers. En Suède, l'étude dite du Gotland a montré que la délivrance systématique d'une formation sur le dépistage et le traitement des troubles dépressifs à tous les médecins généralistes d'une île avait conduit l'année suivante à une réduction d'environ 50% du taux de suicide qu'on y observait de façon stable depuis plusieurs années. Parallèlement à cette diminution des suicides, les auteurs rapportaient des modifications importantes dans l'utilisation des psychotropes par ces mêmes généralistes avec une augmentation importante de l'utilisation des antidépresseurs et une réduction de l'utilisation des sédatifs (67). Il s'agit là d'une donnée importante qui vient confirmer que la prévention des conduites suicidaires est, au moins en partie, du ressort des praticiens et que l'amélioration de la prise en charge de certains troubles psychiatriques, ici les troubles dépressifs, qui sont accessibles à des stratégies thérapeutiques efficaces a pour corollaire une réduction de la mortalité par suicide. Ces études épidémiologiques ne permettent pas de distinguer un éventuel effet différentiel des antidépresseurs selon leur mécanisme d'action pharmacologique. Or il est probable que ces différences existent comme l'en atteste les résultats de l'étude publiée par Rouillon et al en 1989(64). Dans cet essai contrôlé visant à mesurer l'efficacité prophylactique de la maprotiline sur les rechutes dépressives et portant sur un échantillon très large d'environ 1.000 patients. Ses auteurs ont rapporté que chez les 331 patients sous placebo avait été observé un suicide tandis que sur les 661 patients sous maprotiline 8 patients avaient fait des

tentatives de suicide et 6 étaient décédés par suicide. Les auteurs rapportant les résultats de cet essai concluaient, par ailleurs, que la maprotiline s'était révélée supérieure au placebo quant à ses effets sur la dépression. Ces données suggèrent que la maprotiline pourrait avoir un effet suicidogène en dépit de ses vertus antidépresseuses. La maprotiline agit essentiellement par un blocage de la recapture de la noradrénaline sans effet notable sur la recapture de la sérotonine. Un grand nombre de données sur les mécanismes biochimiques impliqués dans la genèse du risque suicidaire évoque le rôle probable de la sérotonine cérébrale. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine seraient donc théoriquement des médicaments de choix pour prévenir le risque suicidaire chez les patients souffrant d'état dépressif. S'il n'existe pas de donnée concluante tirée d'une étude, les résultats de certaines méta-analyses supportent cette hypothèse. En 1995, Montgomery et al (49) ont publié les résultats d'une méta-analyse portant sur les effets à court terme de la paroxétine dans le traitement de la dépression et ont mis en évidence une tendance pour la réduction du nombre de suicide et tentative de suicide lorsque la Paroxétine est comparée au placebo et une amélioration plus rapide des idées suicidaires lorsque la paroxétine est comparée à l'imipramine. Ce même effet sur les idéations suicidaires a été mis en évidence dans deux méta-analyses (37, 59) portant sur les essais réalisés avec un autre IRS, la Fluvoxamine. Ces données suggèrent que chez les patients déprimés souffrant d'idées suicidaires ou évalués comme porteur d'un risque important de passage à l'acte suicidaire, les antidépresseurs inhibant la recapture de la sérotonine sont les produits de première intention. Il faut, toutefois, évoquer les cas rapportés dans la littérature de patients ayant éprouvé des idées suicidaires intenses ou ayant connu des raptus suicidaires brutaux après le début ou l'augmentation de la posologie d'un traitement par Fluoxétine (62). Si une intense controverse s'est développée à l'époque à propos de ces rapports de cas, il faut rappeler que des rapports occasionnels et anecdotiques de cas similaires ont déjà impliqué d'autres antidépresseurs voire l'électroconvulsivothérapie (40). De plus, la méta-analyse des études en double aveugle chez des patients souffrant de dépression majeure et traités par fluoxétine ont rapporté une plus faible incidence d'aggravation ou d'apparition des idées suicidaires avec la fluoxétine qu'avec les tricycliques ou le placebo (10). Cependant, dans une étude contrôlée fluoxétine versus placebo (46) chez des patients souffrants de dépressions récurrentes brèves, il n'a pas été montré de supériorité de la fluoxétine par rapport au placebo tant dans la réduction des épisodes dépressifs que des conduites suicidaires. Cette donnée peut suggérer que l'effet des IRS sur la réduction des idéations suicidaires et des conduites suicidaires chez les patients déprimés pourrait être dépendante de l'amélioration concomitante du trouble dépressif sous-jacent.

Il est maintenant reconnu que le risque de suicide est augmenté chez les patients souffrants de troubles anxieux primaires et que le risque est particulièrement élevé lorsque le trouble anxieux se complique d'un état dépressif (2, 3, 8, 22, 23) La place des antidépresseurs dans le traitement des troubles anxieux va croissant (20) mais l'étude de leur efficacité sur le risque suicidaire associé aux troubles anxieux n'a été que très peu étudiée. On peut toutefois retrouver deux études dans la littérature suggérant un effet favorable des IRS sur le risque suicidaire de patients souffrants de troubles anxieux. Une étude contrôlée versus placebo (11) a montré qu'un traitement par fluoxétine permettait une réduction significativement supérieure des idées suicidaires chez des patients souffrant de troubles obsessionnels-compulsifs. Dans l'étude (89) dite HARP (Harvard/Brown Anxiety Disorders Research Program), le suivi prospectif en conditions naturelles de 654 sujets souffrant de troubles anxieux

a révélé un taux deux fois plus élevé de tentative de suicide chez les patients non traités par fluoxétine que chez les patients traités (différence non statistiquement significative). Le fait de recevoir un traitement par fluoxétine était significativement lié au fait de souffrir d'un état dépressif majeur à l'inclusion. Chez les patients souffrant d'un état dépressif majeur à l'inclusion, le fait de recevoir un traitement par IRS était associé à un risque significativement plus faible de survenue de tentative de suicide dans le suivi. Les conduites suicidaires sont fortement associées aux troubles de la personnalité du cluster B du DSM et, en particulier, à la personnalité borderline. Quelques études ouvertes ont été conduites chez des patients souffrant de type de trouble de la personnalité et ont suggéré une amélioration de la suicidalité et des conduites auto-agressives avec la fluoxétine (17, 56, 41) et la Sertraline (35). Dans une étude contrôlée en double aveugle versus placebo sur un petit nombre de sujets souffrant de trouble de la personnalité de type borderline d'intensité léger ou modéré, Salzman et al (68) ont retrouvé une efficacité statistiquement significative de la fluoxétine sur la dimension " colère ". Dans une étude portant sur 40 sujets non déprimés souffrant de troubles de la personnalité, Coccaro et Kavoussi (15) ont constaté une supériorité de la fluoxétine sur le placebo dans l'amélioration des scores d'irritabilité et d'agression mesurés par des auto-évaluations. Une étude récente (85) mérite d'être détaillée car elle est spécifiquement axé sur l'effet d'un IRS (paroxétine) sur la prévention du risque de récurrence de gestes suicidaires. Elle porte sur 91 sujets majoritairement affectés de troubles de la personnalité du cluster B et souffrant de conduites suicidaires à répétition mais indemne de trouble psychiatrique de l'axe I et, en particulier de trouble dépressif. Il s'agit d'une étude randomisée en double aveugle avec un suivi d'un an. Bien que les résultats ne soient pas significativement différents sur la population globale, une stratification de la population (sévérité des troubles de la personnalité, nombre de tentatives de suicides antérieures) a permis de faire apparaître une efficacité statistiquement significative chez les patients les moins sévèrement affectés avec une réduction du taux de suicide de plus de 50 % chez les patients traités par rapport aux patients recevant le placebo. Cependant chez les patients ayant un grand nombre d'antécédents de tentatives de suicide ou ayant une personnalité fortement pathologique, la Paroxétine n'est pas supérieurement efficace au placebo. Cet effet ne semble pas lié à l'effet de la paroxétine sur l'humeur ou le désespoir (pas de différence par rapport au placebo).. Il s'agit là de la première étude partiellement positive en faveur de l'effet d'un antidépresseur sur les récurrences suicidaires chez des patients non déprimés. Une étude en double aveugle antérieure (48) comparant l'efficacité de la miansérine au placebo chez 58 patients n'avait pas révélé de résultat significatif. Une autre étude n'avait pas retrouvé d'effets favorable de la miansérine ou de la nomifensine (28). L'amitriptyline, un tricyclique, s'était révélé d'une efficacité limitée aux symptômes dépressifs dans le traitement de patients souffrant de troubles de la personnalité de type borderline dans deux études en double aveugle versus placebo et halopéridol conduite par la même équipe (71, 73). Une aggravation, qualifiée de réaction paradoxale par ces auteurs, des menaces suicidaires, des idéations paranoïaques et des conduites hétéro-aggressives était retrouvée chez 15 des 20 patients traités par ce tricyclique (72). Le rôle des symptômes dépressifs ou des épisodes dépressifs comme facteur de risque suicidaire chez les patients souffrant de schizophrénie est clairement établi (34). Si les antidépresseurs n'ont pas fait la preuve de leur intérêt dans les phases de décompensation schizophrénique, leur efficacité dans les états dépressifs post psychotiques a été établie par de quelques études contrôlées (5, 70). Cependant, ces études n'ont pas cherché à mettre en évidence une diminution du

risque suicidaire corrélé avec l'efficacité des antidépresseurs. Un dernier point à évoquer concernant les antidépresseurs est celui de leur toxicité. Une crainte légitime des cliniciens prescripteurs est que leurs patients utilisent les produits qu'on leur a prescrit pour une intoxication médicamenteuse volontaire. Il est connu de longue date que les surdosages avec des antidépresseurs tricycliques (à doses relativement modeste) peuvent entraîner de troubles du rythme cardiaque, des crises comitiales, des troubles de la conscience avec coma, toutes ces complications pouvant être mortelles. Les nouveaux antidépresseurs sont beaucoup moins toxique et en particulier ont une toxicité cardiaque beaucoup plus faible. Les études épidémiologiques confirment que l'index de toxicité fatale (nombre de cas d'intoxication mortelle avec un antidépresseur donné sur le nombre de prescriptions de ce même antidépresseur dans une aire géographique donnée) des nouveaux antidépresseurs est beaucoup plus faible que celui des tricycliques (26, 65). S'il semble logique de déconseiller l'usage des tricycliques, il ne faut toutefois pas surestimer l'impact de cette mesure sur les taux de suicide, car les intoxications mortelle par antidépresseurs ne représente qu'une faible part des causes de décès par suicide. Cependant, le fait de savoir que les nouveaux antidépresseurs sont relativement peu toxiques en cas de surdosage est sécurisant pour les prescripteurs, ce qui ne peut avoir qu'un effet favorable sur la qualité de la prise en charge des patients déprimés.

### **Les thymo-régulateurs**

Le suicide représente la principale cause de mortalité chez les patients souffrant d'une affection maniaque-dépressive ou trouble bipolaire. Le lithium est toujours considéré comme un traitement prophylactique de première intention chez les patients souffrant de cette affection alors que son intérêt chez les patients souffrant de dépression majeure récurrente est toujours discuté. Toutes une série d'études épidémiologiques ont permis d'établir que les patients souffrant de troubles de l'humeur et traités au long cours par lithium connaissent une réduction importante de leur mortalité " attendue " et en particulier une très faible mortalité par suicide. Ainsi Coppen et al (16), observe 10 décès ( aucun par suicide) après un suivi de 11 ans chez 103 patients traité dans une " lithium clinic " alors que le nombre attendu était de 18,31. Dans une population de 68 patients berlinois suivis dans des conditions similaires pendant 8 ans, Müller-Oerlinghausen et al (51) retrouve un seul décès par suicide chez les 55 patients régulièrement traités par lithium contre 4 chez les 13 patients ayant interrompu leur traitement. Le nombre de tentative de suicide était lui aussi massivement diminué chez les patients régulièrement traités par lithium comparé à celui observé chez les patients ayant interrompu leur traitement. Par ailleurs cette faible occurrence de tentative de suicide chez les patients traités par lithium semblait indépendante de la qualité de leur réponse à ce traitement sur le plan thymique. Ce centre associé à d'autres centres d'Europe du nord (The International Group for the Study of Lithium-treated Patients) ont retrouvé une absence d'excès de mortalité par rapport à la population générale dans une population importante (n = 827) de patients traités par lithium. (52), cependant que la mortalité par suicide restait supérieure à celle de la population générale bien que très inférieure à celle attendue chez ces patients (6). Chez les patients de cette cohorte ayant interrompu le traitement par lithium, le ratio standardisé de mortalité s'élevait à 2,5 (52). Ce même groupe (53). a pu montrer que le risque de décès par suicide dans la première année de traitement par lithium restait 16 fois supérieur à

celui de la population générale alors que la mortalité dans les années suivantes étaient identique à celle de la population générale. Ces dernières données sont en faveur d'un effet protecteur du lithium contre le risque de suicide associé à son effet prophylactique des récurrences thymiques. Dans une revue de la littérature portant sur 28 études (plus de 17000 patients), Tondo et al (81) ont calculé que le risque de gestes suicidaires exprimé pour 100 patients par an était de 0,37 chez les patients traités par lithium versus 3,2 chez les patients ne recevant pas ce traitement. Les données précédentes, qui ne relèvent pas d'études randomisées, indiquent clairement que le fait de recevoir et d'observer un traitement par lithium prescrit par une équipe spécialisée est associé à une réduction très importante du risque de gestes suicidaires chez les patients souffrant de troubles bipolaires ou apparentés. Elles ne permettent bien évidemment pas toutefois d'établir un lien de causalité entre cet apparent effet protecteur et l'action pharmacologique du lithium. Cette association constatée peut relever simplement de caractéristiques propres aux patients qui consultent pour leur affection, prennent leur traitement et l'observent au long cours. Cependant, les données d'une étude récente méritent d'être détaillées ici car elles établissent un lien fort entre le risque suicidaire chez un patient bipolaire et le fait d'être traité par lithium ou non et d'avoir interrompu ce traitement. Tondo et al (82), ont relevé la fréquence de survenue de gestes suicidaires chez 310 patients souffrant de troubles bipolaires pendant une moyenne de 8,3 ans avant la mise en place du traitement, pendant une moyenne de 6,4 ans sous traitement, et pendant une moyenne de 3,7 ans après l'arrêt du traitement chez 185 patients. Le risque ajusté de gestes suicidaires est 6,4 fois plus élevé dans la période précédant le traitement comparé à la période sous traitement et surtout s'élève considérablement dans la période qui suit l'interruption du traitement pour revenir à un taux comparable à la période antérieure au traitement par la suite. Ces données en faveur d'un effet protecteur spécifique du lithium vis à vis du risque suicidaire sont fortement soutenues par les données d'une étude contrôlée comparant son effet à celui d'un autre thymorégulateur, la carbamazépine et portant sur 378 patients suivis pendant 2 ans et demi (79). Sur les neuf suicides et quatre tentatives observés, aucun n'est survenu chez les patients recevant un traitement par lithium, ce qui a fait conclure les auteurs de cette étude à un effet protecteur pour le risque suicidaire du lithium spécifique et indépendant de son effet thymorégulateur. Bien qu'il n'existe pas d'études portant sur l'effet des thymorégulateurs sur le risque suicidaire chez les patients souffrant de troubles de la personnalité de type borderline ou apparentés, on peut retrouver dans la littérature des études sur l'effet de ces produits sur des dimensions que l'on sait être associées aux conduites suicidaires. Ainsi dans deux études contrôlées versus placebo, un effet favorable du lithium sur les conduites agressives, les accès de colère et les idées suicidaires a pu être établi. Contrastant en apparence avec les données de Thies-Fletcher et al (79), Cowdry & Gardner (19) ont retrouvé dans une étude contrôlée un effet favorable de la carbamazépine sur le dyscontrôle comportemental. Deux études ouvertes portant sur de petits échantillons de patients souffrant de personnalité borderline ont retrouvés un effet favorable du valproate sur certaines dimensions du trouble (77, 91). Il s'agit là plus d'études pilotes que d'études réellement concluantes.

### **Les neuroleptiques et antipsychotiques**

Il est connu de longue date que le risque suicidaire est élevé chez les patients souffrant de schizophrénie. Ce risque est important tout au long de l'évolution de la

maladie mais semble maximum dans les premiers temps de l'évolution de cette affection et en particulier dans les périodes qui suivent les premiers séjours en milieu hospitalier. Il semble par ailleurs que les facteurs de risque suicidaire chez ces patients soient différents selon les phases de la maladie (25). Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de suicide ou de tentative de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie. et l'opinion inverse a même pu être formulée sans preuve non plus. (45). Il est probable toutefois que le caractère contradictoire de ces opinions soit lié à la variation de nature des conditions du passage à l'acte suicidaire dans les différents temps de cette affection et que les neuroleptiques classiques puissent avoir des effets favorables ou défavorables selon le stade évolutif. Dans une étude d'autopsie psychologique, Heila et al, ont retrouvé que parmi 88 sujets décédés par suicide et souffrant de schizophrénie, 57 % des sujets en phase active de leur affection ne recevaient pas un traitement neuroleptique adéquat ou n'étaient pas observant tandis que 23 % de ces sujets n'étaient pas répondeurs au traitement. Les suicides chez les patients hospitalisés se produisaient dans 81 des cas chez des patients indifférent ou négatif quant à leur traitement. Cependant il semble que le taux de suicide observé chez les patients souffrant de schizophrénie et traités par neuroleptiques ne dépende pas du fait qu'ils aient répondu ou pas à ce même traitement quant à leur symptomatologie psychotique (43). Cependant il existe maintenant des arguments pour penser que l'efficacité des neuroleptiques atypiques ou nouveaux antipsychotiques pourraient se distinguer fortement, de celle des neuroleptiques classiques pour le risque suicidaire. En effet, sur la base de données tirées d'études épidémiologiques, il semble fortement probable que la clozapine ait un effet protecteur contre le suicide. Walker et al (88) ont observé une réduction très importante de la mortalité chez les patients traités par clozapine (risque relatif 0,17) et ont démontré que cette réduction de la mortalité était liée, essentiellement, à une diminution des taux de suicide. Dans une étude clinique portant sur une population 184 patients souffrant de schizophrénie résistante, Meltzer et Okayli (42) ont retrouvé que par rapport à l'état précédant l'initiation du traitement par clozapine, les patients connaissaient une amélioration importante de leurs symptômes dépressifs et de leur suicidalité. Le taux de tentative de suicide est passé de 35 % à 3 %. Il est possible que cette amélioration soit liée à une efficacité supérieure de la clozapine sur les symptômes psychotiques de la schizophrénie mais il est probable qu'il existe un effet spécifique de la clozapine qui pourrait s'expliquer par une diminution de l'agressivité et de l'impulsivité chez ces patients comme cela a pu être attesté dans des petites études ouvertes (13, 63, 87). La bonne tolérance neurologique de ce produit, en particulier le risque très faible d'induction d'akathisie, doit aussi être évoqué comme un mécanisme putatif de cette réduction du risque suicidaire. Il est, en effet, connu que l'akathisie puisse être à l'origine de conduites suicidaires. Les autres nouveaux antipsychotiques comme l'olanzapine semblent avoir une meilleure efficacité antidépressive que les neuroleptiques classiques comme l'halopéridol. On peut donc imaginer, sur un plan théorique, que le risque de conduite suicidaire soit diminuée par ces produits. Il est possible, aussi, qu'il existe des différences entre ces nouveaux antipsychotiques et dans un essai en double aveugle comparant l'olanzapine et la rispéridone il a été montré que les patients traités par olanzapine connaissaient un taux significativement diminué des tentatives de suicide par rapport au taux observé chez les patients traités par Rispéridone (0,6 % versus 4,2 %). Ces données demandent, toutefois, à être confirmées par des études ultérieures et les résultats de l'étude InterSePT (44) seront particulièrement intéressants dans cette optique. L'utilisation

des neuroleptiques dans les troubles de la personnalité associés aux risques suicidaires, en particulier la personnalité Borderline, est elle aussi d'usage assez répandu. Les preuves expérimentales sont extrêmement faibles mais l'on doit citer l'étude conduite par Montgomery (47) et qui avait permis de montrer que l'administration de flupenthixol à action prolongée diminuait les conduites suicidaires comparé au placebo chez une trentaine de patients souffrant de troubles de la personnalité et ayant, au moins, trois antécédents de tentative de suicide bien documentés. L'efficacité du flupenthixol (3 mg/jour) a été aussi évaluée de façon prospective dans une étude ouverte portant sur 13 adolescents souffrant d'un trouble de la personnalité de type Borderline. L'évaluation, après 8 semaines de traitement, a mis en évidence une amélioration sur les mesures de l'impulsivité, de la dépression, et du fonctionnement global (36). L'inconvénient majeur rencontré avec l'utilisation de ces produits est qu'il semble que cet effet ne se maintienne pas dans le temps et que la mauvaise tolérance de ces produits conduise à un taux élevé de sortie d'essai ou d'interruption de traitement. Ainsi Soloff et al dans une série d'études (71, 73, 74, 75) portant sur l'intérêt de l'haloperidol chez des patients souffrant de trouble borderline de la personnalité, ont conclu à un effet modeste bien que réel contre balancé par la mauvaise tolérance de ce produit.

### **Les benzodiazépines**

L'utilisation des benzodiazépines est très largement répandue dans notre pays et se fonde la relative bonne tolérance et efficacité, au moins à court terme, de ces molécules sur la réduction symptomatique de l'anxiété et des troubles du sommeil. Il faut rappeler que l'anxiété et l'insomnie sont des symptômes fréquemment rencontrés chez les sujets souffrant de conduites suicidaires. Une opinion largement répandue chez les cliniciens est que ces produits pourraient avoir un effet préventif des conduites suicidaires. Cependant, il n'existe que très peu d'arguments en faveur de cette opinion et, à l'inverse, certaines données expérimentales et épidémiologiques conduisent à accrédi-ter la thèse inverse. Ainsi, en 1991 Allgulander et Nasman ((9) ont publié les résultats d'une étude de suivi de 10 ans portant sur 26 952 suédois dont 13 708 femmes. Le taux de décès par suicide s'est élevé à 1,1 % chez les femmes utilisant régulièrement des hypnotiques versus 0,1 % chez celles ne les utilisant pas. Le risque relatif après ajustement multivarié est de 2,6. Dans une autre étude épidémiologique au Canada, Neutel et Patten (55) ont retrouvé une association positive entre l'utilisation des benzodiazépines et les tentatives de suicide et ce tout particulièrement chez les sujets n'utilisant pas d'antidépresseurs (risque relatif : 6,2). . L'interprétation de ces données doit être prudente car leur signification n'est pas univoque. Une première hypothèse serait que ces benzodiazépines ont été prescrits à des sujets à risque élevé de suicide et que les taux de suicide observés auraient été plus élevés sans leur utilisation. Une deuxième hypothèse est que ces produits ont été prescrits à des patients qui auraient justifié d'un traitement antidépresseur et que le taux de suicide élevé observé chez ces patients est lié à l'absence de traitement adéquat pour leur trouble dépressif. La troisième interprétation possible c'est que les benzodiazépines ont facilité la survenue des gestes suicidaires. Il est impossible de conclure de façon définitive mais il existe maintenant des arguments, tirés d'études prospectives, qui conduisent à penser que les benzodiazépines peuvent avoir des effets désinhibiteurs et facilitant des passages à l'acte auto-agressif et suicidaire. L'efficacité des benzodiazépines dans le traitement de certains troubles anxieux spécifiques (trouble panique, anxiété

généralisée) est maintenant bien établie par de nombreuses études contrôlées versus placebo. Cependant parmi les effets indésirables de ces produits, un risque de désinhibition et de facilitation des passages à l'acte agressif est régulièrement soulevée. Par exemple dans une étude contrôlée versus placebo (58) portant sur le traitement de 150 patients par alprazolam, une désinhibition sévère a été observée chez 14 % des patients recevant le produit actif versus 0 % chez les patients recevant le placebo. Dans une autre étude contrôlée, Bond et al ont évalué à l'aide d'un test comportemental d'agressivité réalisé en laboratoire l'effet de l'alprazolam comparé au placebo chez des patients souffrant de troubles panique. Contrastant avec la perception subjective rapportée par les patients traités par alprazolam d'une réduction de leur sentiment d'hostilité, le test expérimental objectivait un comportement plus agressif en réponse à une provocation. Bien que les benzodiazépines, hormis peut être l'alprazolam, ne soient pas considérées comme des produits dotés d'une efficacité antidépressive, leur utilisation en association avec les antidépresseurs dans le traitement de la dépression a été largement recommandée voire même considérée comme une obligation par certains. Cette opinion, largement répandue, est liée au fait que les benzodiazépines sont perçues comme agissant plus rapidement que les antidépresseurs sur l'anxiété et les troubles du sommeil associés aux états dépressifs majeurs (on sait que ces symptômes sont générateurs d'une augmentation du risque suicidaire chez les patients déprimés) et sur le fait qu'elles seraient capables de prévenir le risque suicidaire lié à l'apparition de l'effet désinhibiteur des antidépresseurs, effet qui surviendrait plus précocement que l'effet sur l'humeur. Contrastant avec le caractère très largement répandu de cette opinion, nous n'avons trouvé aucun argument tiré d'études expérimentales en faveur de cette hypothèse. A l'inverse, dans une étude contrôlée, l'association d'une benzodiazépine (prazépam) avec la fluoxamine ne s'est pas révélée significativement supérieure à un traitement par fluoxamine seule dans l'amélioration des symptômes anxieux chez les patients déprimés (57). Une méta-analyse mérite d'être détaillée ici (33). Elle porte sur les études contrôlées de l'alprazolam dans la dépression en vue d'évaluer une association possible entre l'alprazolam et risque suicidaire. Les données portant sur 3217 patients (traités par alprazolam, placebo et différents comparateurs) inclus dans 22 études contrôlées ont été analysées rétrospectivement pour évaluer l'émergence d'une aggravation ou d'un amendement des idées suicidaires pendant le traitement par ces différents traitements. Les auteurs concluent à une absence de risque supérieur d'émergence d'idées suicidaires ou d'aggravation des idées suicidaires avec l'alprazolam par rapport au placebo. Cependant, une proportion significativement plus élevée de patients connaissant une aggravation de leurs idées suicidaires est rencontrée chez les sujets traités par alprazolam comparé aux sujets recevant un comparateur actif (principalement l'imipramine et l'amitriptyline), et une proportion significativement plus élevée de sujets connaissant une amélioration de leurs idées suicidaires est rencontrée chez les sujets recevant un comparateur actif par rapport aux sujets traités par alprazolam. L'utilisation des benzodiazépines chez les patients souffrant de troubles de la personnalité est très largement répandue sans que cette pratique ne soit supportée par des données tirées d'études expérimentales. A l'inverse, l'expérience clinique et de nombreux rapports de cas ont mis en évidence le risque élevé d'apparition d'induction de trouble du comportement chez les sujets souffrant de troubles de la personnalité, en particulier les troubles du cluster B du DSM. Dans une étude contrôlée utilisant une méthodologie dite en cross-over, Cowdry et Gardner ont retrouvé l'apparition d'un dyscontrôle comportemental sévère chez 7 patients recevant l'alprazolam comparé à 2 patients recevant le

placebo. Ces troubles du comportement disparaissaient après l'interruption du traitement par alprazolam. De façon intéressante et concordante avec les données de l'étude de Bond cités plus haut, ces auteurs signalaient que bien que les cliniciens jugeaient de façon négative l'effet de l'alprazolam chez ces patients en raison de cette augmentation de troubles du comportement, les patients eux-mêmes l'évaluaient positivement en raison de l'effet de ce produit sur leurs manifestations affectives. Une étude de suivi naturaliste de sujets suicidants a permis de mettre en évidence un risque de récurrence de tentative de suicide plus élevé chez les patients recevant des benzodiazépines avant la tentative de suicide index comparé au risque observé chez les patients n'en recevant pas. Verkes et al ont suivi 95 patients sur un an et ont retrouvé un risque de récurrence deux fois plus élevé chez les patients utilisant les benzodiazépines au moment de leur tentative de suicide index. Ils concluent qu'un biais de prescription ne peut expliquer qu'une partie de cette élévation du risque de récurrence puisque le risque reste élevé après correction pour les autres facteurs prédictifs du risque de répétition (nombre de TS antérieures, désespoir, idées suicidaires, et humeur dépressive) .

### **Conclusion**

On ne peut être que frappé par la rareté des données issues d'études contrôlées sur le sujet qui nous intéresse ici. Les difficultés méthodologiques évoquées dans l'introduction n'expliquent qu'en partie cette situation à notre sens, et il nous semble que la pauvreté des recherches conduites dans ce domaine est liée à des raisons multiples : problèmes éthiques, difficultés à concevoir les conduites suicidaires comme des pathologies ou à étayer des hypothèses étiopathogéniques permettant de justifier de telles études d'intervention pharmacologique, absence d'arguments tirés d'études antérieures suscitant la confiance nécessaire pour investir dans ce type d'études. Cependant il semble que la situation soit en voie de se modifier, et cette évolution positive mérite d'être fortement encouragée compte tenu de la gravité de cette question.

Les données dont nous disposons permettent de considérer que le fait d'être traité par antidépresseurs constitue une protection contre le risque de survenue de gestes suicidaires chez les patients souffrant de troubles dépressifs sans pouvoir conclure que cette protection est spécifiquement liée à l'effet pharmacologique de ces molécules. Par ailleurs, les antidépresseurs et en particulier les molécules favorisant la transmission sérotoninergique ont un impact favorable sur les idées suicidaires et ce de façon statistiquement supérieure par rapport au placebo. Il est impossible de savoir si cette amélioration relève d'un effet spécifique ou résulte de l'amélioration de l'état dépressif ni d'affirmer que cette amélioration constatée quant aux idées suicidaires a un impact sur le risque de survenue de gestes suicidaires. Chez les patients souffrant de troubles bipolaires, le fait d'être traité au long cours par un sel de lithium constitue clairement une protection contre le risque de survenue de gestes suicidaires. Comme pour les antidépresseurs, les mêmes restrictions quant à l'action pharmacologique spécifique du lithium dans cet effet sont à retenir. Il n'existe pas d'arguments permettant d'attribuer aux autres thymorégulateurs cet effet. Chez les patients souffrant de troubles de la personnalité et de conduites suicidaires fréquentes, il est possible que les IRS aient un effet favorable mais limité à certaines catégories de patients qu'il est urgent de définir. Les neuroleptiques incisés à faible posologie peuvent constituer un appoint utile mais leur mauvais profil de tolérance et la méconnaissance de leur ratio bénéfice

risque constitue un sévère argument contre leur utilisation dans cette indication. L'intérêt des antipsychotiques dits atypiques dans cette indication est possible mais reste à établir. Chez les patients souffrant de troubles schizophréniques, il est probable que la clozapine ait un effet protecteur contre le risque de survenue de gestes suicidaires en gardant en mémoire que cet effet a été constaté chez des patients souffrant de schizophrénies résistantes au traitement. Que cet effet favorable puisse être étendu aux autres antipsychotiques atypiques reste à démontrer. Contrastant avec des croyances fortement répandues en France, il n'existe pas à notre connaissance de preuves expérimentales en faveur d'un intérêt des benzodiazépines dans cette indication. A l'inverse, un certain nombre d'études plaident en faveur d'un probable effet défavorable de ces molécules chez certaines catégories de patients.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- Abbar M, Caer Y, Schenk L, Castelnaud D (1993). Facteurs de stress et comportements suicidaires. *Encéphale*, 19, 179-185
- 2- Abbar M, Castelnaud D (1995) Conduites suicidaires et troubles anxieux. *Confrontations psychiatriques*, 36
- 3- Abbar M, Chignon JM (1993) Panic disorder and suicidal behaviors.
- 4- Abbar M, Courtet P, Malafosse A, Castelnaud D (1996) Génétique épidémiologique et moléculaire des conduites suicidaires.. *Encéphale*, 22, 53-63
- 5- Azorin JM (1995) Long-term treatment of mood disorders in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 388 : 20-3.
- 6- Ahrens B, Linden, M. (1996) Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder ? Results of a split-half multiple regression analysis.. *Acta Psychiatr Scand*, 94 : 79 - 86.
- 7- Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B, Schou M, Wolf T, Alda M, Grof E, Grof P, Lenz G, Simhandl C, Thau K, et al (1995) excess cardiovascular and suicide mortality of affective disorders may be reduced by lithium prophylaxis *J Affect Disord* 33(2), 67-75
- 8- Allgulander C. (1994) Suicide and mortality patterns in anxiety neurosis and depressive neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 51 : 708 - 712.
- 9- Allgulander C, Näsman P. (1991) Regular hypnotic drug treatment in a sample of 32.679 Swedes : associations with somatic and mental health, inpatient psychiatric diagnoses and suicide, derived with automated record-linkage. *Psychosom Med*, 53(1) : 101 - 108.
- 10- Beasley C.M., Dornseif B.E., Bosomworth J.C., Sayer M.E., Rampey A.H., Heiligenstein J.H., Thompson V.L., Murphy D.J, Masica D.N. (1991) Fluoxetine and suicide : a meta-analysis of controlled trials of treatment for depression. *BMJ*, 303 : 685 - 692.
- 11- Beasley C.M., Potvin J.H., Masica D.N., Wheadon D.E., Dornseif B.E, Genduso L.A. (1992) Fluoxetine : no association with suicidality in obsessive-compulsive disorder, *J Affect Disord*, 24 : 1 - 10.
- 12- Bond A.J., Curran H.V., Bruce M.S., O'sullivan G, Shine P. (1995) Behavioral aggression in panic disorder after 8 weeks' treatment with alprazolam. *J Affect Disord*, 35 : 117 - 123.
- 13- Buckley P , Bartell J, Donenwirth K, Lee S, Torigoe F, Schulz SC (1995) Violence and schizophrenia : clozapine as a specific antiaggressive agent *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23(4), 607-11
- 14- Chengappa K N (1999) Clozapine reduce severe self mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorders . *J Clin Psychiatry*, 60 (7) 477 - 84
- 15- Coccaro E.F, Kavoussi R.J. (1997) Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 54 : 1081 - 1088.
- 16- Coppen A., Standish-Barry H., Bailey J, Houston G., Silcocks P, Hermon C. (1991) Does lithium reduce mortality of recurrent mood disorders ? *J Affect Disord*, 23 : 1 - 7.
- 17- Cornelius J R, Soloff PH, Perel J M, Ulrich R F (1991) A preliminary trial of fluoxetine in refractory borderline patient *J Clin Psychopharmacol* 11(2), 116-20
- 18- Cornelius J.R., Soloff P.H., Perel J.M, Ulrich R.F. (1993) Continuation pharmacotherapy of borderline personality disorder with haloperidol and nhenelzine. *Am J Psychiatry*. 150(12) : 1843-8

- 19- Cowdry R.W, Gardner D.L. (1988) Alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. *Arch Gen Psychiatry*, 45 : 111 - 119.
- 20- Cowen P.J. (1996) Pharmacotherapy for anxiety disorders : drugs available. *Advance in Psychiatric Treatment*, 3 : 66 - 71.
- 21- Fava M (1997) Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression *Psychiatr Clin North Am* 20 (2) 427-51
- 22- Fawcett J., Scheftner W.A., Fogg. L., Clark D.C., Young M.A., Hedeker D, Gibbons R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 151 / 1189-1194 ;
- 23- Fawcett J. (1995) The detection and consequences of anxiety in clinical depression. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl. 8) : 35 - 40.
- 24- Feline A (1987) Les conduites suicidaires *La revue du praticien*
- 25- Heila H, Isometsa E T, Henriksson M M, Heikinen M E , Martunnen M J, Lonnqvist J K (1999) Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medications *J Clin Psychiatry* 60 (3), 200-8
- 26- Henry J.A. (1997) Epidemiology and relative toxicity of antidepressant drugs in overdose. *Drug Safety*, 16 : 374 - 390.
- 27- Hogan T P, Awad A G Pharmacotherapy and suicide risk in schizophrenia *Can J Psychiatry* 28(4) : 277-81
- 28- Hirsch S.R., Walsh C, Raper, R. (1983) The concept and efficacy of the treatment of parasuicide. *Brit J Clin Pharmacol*, 15 : 189 - 194
- 29- Isacson G., Holmgren P , Druid H, Bergman U. (1999) Psychotropics and suicide prevention. Implications from toxicological screening of 5281 suicides in Sweden 1992-1994 . *Brit J Psychiatry*, 41(1) : 1 - 8..
- 30- Isacson G., Bergman U, Rich C.L. (1996) Epidemiological data suggest antidepressants reduce suicide risk among depressives. *J Aff Dis*, 41(1) : 1 - 8.
- 31- Isacson G., Holmgren P, Wasserman D, Bergman, U. (1994) Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *BMJ*, 308(6927) : 506-9
- 32- Isacson G., Bergman U, Rich C.L. (1996) Antidepressants, depression and suicide, an analysis of the San Diego Study *J Affect Disord*, 32(4), 277-8632- Jick S.S., Dean A., Jick H. (1995) Antidepressants and suicide. *BMJ*, 310 : 215 - 218.
- 33- Jonas J.M, Hearron A.E. (1996) Alprazolam and suicidal ideation : a meta-analysis of controlled trials in the treatment of depression. *J Clin Psychopharmacology*, 16 : 208 - 211.
- 34- Jones J.S., Stein D.J., Stanley B., Guido J.R., Winchel R, Stanley M. (1994) Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand*, 89 : 81 - 87.
- 35- Kavoussi R.J., Liu, J, Coccaro E.F. '1994) An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*, 55 : 137 - 141.
- 36- Kutcher S., Papatheodorou G., Reiter S, Gardner D. (1995) The successful pharmacological treatment of adolescents and young adults with borderline personality disorder : a preliminary open trial of flupenthixol. *J Psychiatry Neuroscience*, 20 : 113 - 118.
- 37- Letizia C., Kapik B., Flanders W.D. (1996) Suicidal risk during controlled clinical investigations of fluvoxamine. *J Clin Psychiatry*, 57 : 415 - 421.
- 38- Leon AC, Keller MB, Warshaw MG, Mueller TI, Solomon DA, Coryell W, Endicott J. (1999) Prospective study of fluoxetine treatment and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 156(2), 195-201
- 39- Links P.S., Steiner M., Boiago I, Irwin D ; (1990) Lithium therapy for borderline patients : preliminary findings. *J Pers Dis*, 4 : 173 - 181.
- 40- Mann J.J, Kapur S. (1991) The emergence of suicidal ideation and behavior during antidepressant pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 48 : 1027 - 1033.
- 41- Markovitz P.J., Calabrese J.R., Schultz S.C., Meltzer H.Y. (1991) Fluoxetine in the treatment of borderline and schizotypal personality disorders. *Am J Psychiatry*, 148 : 1064 - 1067.
- 42- Meltzer H.Y., Okayli G (1995) Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia : impact on risk benefit assessment *Am J Psychiatry* 152 (2) 183-90
- 43- Meltzer H.Y. (1997) Treatment-resistant schizophrenia - the role of clozapine. *Current Medical Research Opinion*, 14 : 1 - 20.
- 44- Meltzer H.Y. (1999) Suicide and schizophrenia : clozapine and the InterSePT study. *International Clozaril/Leponex suicide prevention trial J Clin Psychiatry* 60 Suppl 12, 47-50
- 45- Modestin J, Schwarzenbach F. (1992) Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in discharged psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand*, 85 : 173 - 175.
- 46- Montgomery D.B., Roberts A., Green M., Bullock T., Baldwin D, Montgomery S.A. (1994) Lack of efficacy of fluoxetine in recurrent brief depression and suicidal attempts. *Euron Arch Psychiatry*

- Clin Neurol Sciences, 224 : 211 - 215.
- 47- Montgomery S.A., Montgomery D.B. (1982) Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord*, 4 : 291 - 298.
- 48- Montgomery S.A., Roy D, Montgomery D.B. (1983) The prevention of recurrent suicidal acts. *Brit J Clin Pharmacol* 15 : 183 - 188S.
- 49- Montgomery S.A., Dunner D.L., Dunbar G.C. (1995) Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *European Neuropsychopharmacology*, 5 : 5 - 13.
- 50- Montgomery S.A (1997) Suicide and antidepressants. *Ann N Y Acad Sci* 29, 836, 329-38
- 51- Müller-Oerlinghausen B., Müser-Causemann, B, Volk, J. (1992) Suicides and parasuicides in a high-risk patient group on and off lithium long-term medication. *J Affect Disord*, 25 : 261 - 270.
- 52- Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Grof E, Grof P, Lenz G, Schou M, Simhandl C, Thau K, Volk J, Wolf R et al (1992), The effect of long term treatment on the mortality of patients with manic-depressive illness and schizoaffective illness *Acta Psychiatr Scand*, 86(3), 218-22
- 53- Müller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, Schou M, Grof E, Grof P, Lenz G, Simhandl C, Thau K, Wolf R (1994), Mortality of patients during initial and during later lithium. A collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated Patients *Acta Psychiatr Scand*, 90(4), 295-7
- 54- Müller-Oerlinghausen B, Wolf T, Ahrens B, Glaenz T, Schou M, Grof E, Grof P, Lenz G, Simhandl C, Thau K, Vestergaard P Wolf R (1996), Mortality of patients Who dropped out from regular lithium prophylaxis : a collaborative study by the International Group for the Study of Lithium-treated Patients (IGLSLI) *Acta Psychiatr Scand*, 94(5), 344-7
- 55- Neutel C.I., Patten S.B. (1997) Risk of suicide attempts after benzodiazepine and/or antidepressant use. *Ann Epidemiol*, 7 : 568 - 574.
- 56- Norden M.J. (1989) Fluoxetine in borderline personality disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13 : 885 - 893.
- 57- Nutt D. (1997) Management of patients with depression associated with anxiety symptoms. *J Clin Psychiatry*, 58 (suppl. e) : 11 - 16.
- 58- O'Sullivan G.H., Noshirvani H., Basoglu M., Marks I., Swinson R., Kuch K, Kirby M. (1994) Safety and side-effects of alprazolam : controlled study in agoraphobia with panic disorder. *Brit J Psychiatry* 165 : ! 79 - 86.
- 59- Ottevanger E.A. (1991) Fluoxetine activity profile with special emphasis on the effect on suicidal ideation. *Europ J Psychiatry*, 165 : 79 - 86.
- 60- Palmer D D, Henter I D, Wyatt R J (1999) Do antipsychotic medications decrease the risk of suicide in patients with schizophrenia *J Clin Psychiatry Suppl* 2 100-3 and 111-6
- 61- Prudic J, Sackheim HA (1999) Electroconvulsive therapy and suicide risk. *J Clin Psychiatry Suppl* 2 104-10 and 111-6
- 62- Power A.C, Cowen P.J. (1992) Fluoxetine and suicidal behaviour : some clinical and theoretical aspects of a controversy *Brit J Psychiatry*, 58 : 389 - 392.
- 63- Ratey JJ, Leveroni C, Kilmer D, Gutheil C, Swartz B (1993) the effects of clozapine on severely aggressive psychiatric inpatients in a state hospital ; *J Clin Psychiatry* 54(6), 219-23
- 64- Rouillon, F., Philips, R., Serrurier, D., Ansart, E, Gerard, M.J. (1989) Rechutes de depression unipolaire et efficacité de la maprotiline *Encephale* , 15 : 527 - 534.
- 65- Rouillon, F, Lejoyeux M, Filteau M J (1992) Unwanted effects of long term treatment. In long term treatment of depression, S A Montgomery, Rouillon F Eds, John Wiley & sons
- 66- Rubey, R.N., Johnson, M.R., Emmanuel, N., Lydiard, R.B. (1996) Fluoxetine in the treatment of anger : an open clinical trial. *J Clin Psychiatry*, 57 : 398 - 401.
- 67- Rutz W, von Knorring L, Walinder (1992) Long term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish committee for the prevention and treatment of depression *Acta Psychiatr Scand*, 85, 83-88
- 68- Salzman C., Wolfson A.N., Schatzberg A., Looper J., Henke R., Albanese M., Swartz J, Miyawaki E. (1995) Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. *J Clin Psychopharmacology*, 15 : 23 - 29.
- 69- Sheard M.H., Marini J.L., Bridges C.I, Wagner E. (1976) The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry*, 133 : 1409 - 1413.
- 70- Siris S.G., Bermanzohn P.C., Gonzalez A., Mason S.E., White C.V., Shuwall M.A. (1991) Use of antidepressants for negative symptoms in a subset of schizophrenic patients. *Psychopharmacology Bull*, 27 : 331 - 335.
- 71- Soloff P.H., George A., Nathan R.S., Schulz P.M, Ulrich RF, Perel J.M. (1986) Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. A double-blind study of amitriptyline, haloperidol and

- placebo. in patients. *Arch Gen Psychiatry*, 43(7) : 691- 7.
- 72- Soloff P.H., George A., Nathan R.S., Schulz P.M., Perel J.M. (1986) Paradoxical effects of Amitriptyline in borderlines patients. *Am J Psychiatry* 143(12) 1603-5.
- 73- Soloff P.H., George A., Nathan R.S., Schulz P.M., Cornelius J.R., Herring J, Perel J.M. (1989) Amitriptyline versus Haloperidol in borderlines : final outcomes and predictors of response. *J Clin Psychopharmacology*, 9 : 246.
- 74- Soloff P.H., Cornelius J.R., George A., Nathan S., Perel J.M., Ulrich R.F. (1993) Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 50(5) : 377 - 385.
- 75- Soloff P H (1987) Neuroleptic treatment in the borderline patients : advantage and techniques. *J Clin Psychiatry*, 50(5) : 377 - 385.
- 76- Spivak B, Roitman S, Vered Y, Mester R, Graff E, Talmon Y, Guy N, Gonen N, Weizman A (1998) Diminished suicidal and aggressive behavior, high plasma norepinephrine levels and serum triglyceride levels in chronic neuroleptic-resistant schizophrenic patients maintained on clozapine *Clin Neuropharmacol* 21(4) 245-50
- 77- Stein D.J., Simcon D., Frenkel M., Islam M.N, Hollander E. (1995) An open trial of valproate in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 56 : 506 - 510.
- 78- Taiminen T J, Kujari H (1994) Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid inpatients. A controlled retrospective study *Acta Psychiatr Scand* 90(4), 247-51
- 79- Thies-Flechtner K., Müller-Oerlinghausen B., Scibert W., Walther A., Greil W. (1996) Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 29 : 103 - 107.
- 80- Tollefson G.D., Sanger T.M., Ly Y, Thieme M.E. (1998) Depressive signs and symptoms in schizophrenia - a prospective blinded trial of olanzapine versus haloperidol. *Arch Gen Psychiatry*, 55 : 250 - 258.
- 81- Tondo L., Hamison K.R, Baldessarini R.J. (1997) Effect of lithium maintenance on suicidal behavior in major mood disorders. *Ann N Y Acad Science*, 836 : 340 - 351.
- 82- Tondo L., Baldessarini R.J., Henne J., Floris G., Silvetti F, Tohen M. (1998) Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *J Clin Psychiatry*, 59 : 405 - 414.
- 83- Tran P.V., Hamilton S.H, Kuntz A.J., Potvin J.H., Andersen S.W., Beasley C, Tollefson G.D. (1997) Double-blind comarison of olzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clinl Psychopharmacology*, 17 : 407 - 418.
- 84- Verkes R.J., Fekkes D., Zwinderman A.H., Hengeveld M.W. Van der Mast R.C., Tuyl J.P., Kerkhof A.J.F.M., Van Kempen G.M.J. (1997) Platelet serotonin and [3H] paroxetine binding correlate with recurrence of suicidal behavior. *Psychopharmacology*, 132 : 89 - 94.
- 85- Verkes R.J., Van der Mast R.C., Hengeveld M.W., Tuyl J.P., Zwinderman A.H, Van Kempen G.M.J. (1998) Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *Am J Psychiatry*, 155 : 543 - 547.
- 86- Verkes R.J, Cowen PJ Pharmacotherapy of suicidal ideation and behaviour (2000) In *The international handbook of suicide and attempted suicide*, Hawton K & van Heeringen K eds, John Wiley & sons New York
- 87- Volavka J (1999) The effects of clozapine on aggression and substance abuse in schizophrenic patients *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 12 , 43-6
- 88- Walker A.M., Lanza L.L., Arellano F, Rothman, K.J. (1997) Mortality in current and former users of clozapine *Epidemiology*, 8 : 1181 - 1185.
- 89- Warshaw, M.G., Keller M.B. (1996) The relationship between fluoxetine use and suicidal behavior in 654 subjects with anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 57 : 158 - 166.
- 90- Wheadon, D.E., Rampey, A.H., Thompson, V.L., Potvin, J.H., Masica, D.N., Beasley, C.M. (1992) Lack of assoication between fluoxetine and suicidality in bulmia nervosia. *J Clin Psychiatry*, 53 : 235 - 241.
- 91- Wilcox, J.A. (1995) Divalproex sodium as a treatment for borderline personality disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 7 : 33 - 37.

## **Protocole de thérapie brève de familles de suicidants**

Dr J.-C. Oualid

Psychiatre, Thérapeute familial, Responsable du département Impasse & Devenir ,  
Unité de prévention de l'association La Corde Raide. 7, Avenue Beaucour, 75008 Paris.

C'est dans cet éphémère moment de l'auto-désignation active du jeune suicidaire dans sa famille que nous avons situé notre travail. Après avoir précisé le type de population concernée par notre protocole, nous parcourons la crise ou séquence suicidaire afin de préciser les modalités d'inscription de notre mode de prise en charge dans ces transactions familiales complexes, protocole de Thérapie Brève de Famille de Suicidant (protocole TBFS).

Débutée en 1982 et soutenue par M. Le Dr. Michel Monroy, Chef de service à l'hôpital Intercommunal de Villeneuve Saint-Georges, dans la banlieue parisienne, cette recherche a porté sur un mode d'abord systémique de la crise suicidaire. Plusieurs difficultés furent d'emblée présentes qu'il importe de signaler, celles-ci étant quasi-systémiques au sein des différentes équipes avec lesquelles nous avons été amené à collaborer, et ont une forte valeur pédagogique : il est légitime de les considérer comme représentatives des résistances de la population générale.

La résistance des équipes : " que font les Psys ? ", avons-nous à de nombreuses reprises entendu de la part des services d'urgence : infirmières, aides-soignantes voir parfois réanimateurs devant les récurrences suicidaires.

La Tentative de Suicide (T.S.) génère chez chacun d'entre nous une contre attitude négative, il est en effet du domaine du blasphème, du péché dans toutes les croyances que d'attenter volontairement à ses jours. De plus, élément tout à fait remarquable et cohérent avec cette importante résistance : il n'existe toujours pas, que ce soit dans les questions d'internat ou dans les écoles d'infirmières, de question : Conduite à tenir devant une TS. non compliquée.

### **1. Les faits**

Il est un fait que tous les sujets qui attendent à leurs jours présentent une détresse psychologique. Mais, quand on travaille aux urgences d'un hôpital général, l'entretien initial ne décèle que peu de syndromes psychiatriques avérés. Les statistiques varient si l'on se situe au sein d'un service de psychiatrie, ou dans un service de réanimation : le premier entretien ayant lieu au réveil d'un coma.

Trois groupes de pathologies représentés et, identifiés, ne posent relativement que peu de problèmes thérapeutiques. S'il s'agit d'états dépressifs ou délirants : la TS. appartient aux syndromes et le traitement est celui de l'affection causale réalisé au mieux dans les services spécialisés. Plus complexe est l'abord des pathologies limites, de plus en plus représentées dans un service de réanimation dite lourde, ces dernières années, elles ont fait l'objet de communications antérieures.

L'hôpital de Villeneuve-Saint-Georges recevait aux urgences dans les années 80 à 90 plus de 1000 TS par an. Le Dr Monroy avait souhaité que nous occupions des 800 à 900 suicidants qui ne présentaient pas de syndrome psychiatrique avéré mais qui néanmoins récidivaient.

Nous prendrons donc comme type de description la forme la plus fréquente : la TS médicamenteuse d'un sujet entre 15 et 25 ans qui à l'examen ne présente ni

syndrome psychiatrique avéré ni complication somatique de son geste.

## **2. Les faits statistiques**

Nous savons :

- En cas de première TS, la récurrence aura lieu dans un cas sur deux le plus souvent dans l'année qui suit ce premier geste ;

- Lorsqu'il s'agit d'une deuxième ou troisième TS, la suivante est quasi systématique ;
- Les médicaments les plus souvent utilisés sont ceux de la pharmacie familiale au premier rang desquels les Benzodiazépines, médicaments très prescrits dans notre pays ;
- Les doses médicamenteuses ingérées augmentent au fur et à mesure des récurrences, donc le risque léthal est de plus en plus important. Tout se passe comme si le sujet était obligé d'augmenter ses doses sous peine de disqualifier son geste ;
- On peut mourir de la douzième TS.
- Les différentes études antérieures ont montré l'absence de profil type de suicidant
- S'occuper de cette pathologie aux urgences d'un Hôpital général signifie travailler avec une population quasi-exclusivement de moins de 25 ans.

## **3. Les faits d'observation :**

Le suicidant : nous avons été à de nombreuses reprises surpris par le calme et l'apaisement apparent des suicidants au lendemain de leur geste, l'interrogatoire plus fin a montré que ce calme n'est pas dû à la nature des produits ingérés mais datait très précisément de l'instant de la décision suicidaire.

L'avant TS, première étape de la séquence suicidaire d'une durée extrêmement variable, se situe dans un continuum quotidien peu mobilisant aux plans personnel, relationnel et familial.

Certains auteurs canadiens ont décrit la période pré-suicidaire, marquée par :

- Le flash : première apparition de l'idée suicidaire,
- L'idéation ou pensées fréquentes : l'idée du suicide devient très présente,
- La rumination ou la fixation : il n'y a plus d'autre solution,
- La cristallisation ou planification : la personne décide où, quand et comment.

On retrouve souvent un facteur catalysant qui s'intègre dans ce processus: de la rupture affective fréquente à ces âges à la simple mauvaise note, il a toujours une répercussion directe sur le registre narcissique.

En fait, le sujet décrit une montée progressive de son anxiété alliée à un sentiment d'isolement croissant, d'incompréhension de l'entourage ; dans ce moment des messages de détresse ont souvent été émis sous une forme très particulière (plaintes somatiques par exemple) par conséquent inaudibles par son entourage

Quand bien même les messages auraient été écoutés, ils ne pouvaient être entendus à leur juste valeur : quel parent ou proche peut envisager ce genre de geste chez son enfant ?

À l'interrogatoire est le plus souvent retrouvée : une sensation d'impasse alliée à

une importante anxiété qui progressivement arrive à un acmé, moment précis de la décision suicidaire. Cette décision s'accompagne d'une brutale et importante baisse de la tension et de l'anxiété du sujet.

C'est ainsi que différents auteurs ont comparé ce moment à " un phénomène de type orgasmique "

Dès lors l'ambiance a changé, comme en attestent différentes études menées soit sur les circonstances de découverte des suicidants :

- Chambre bien rangée,
- Rideaux tirés,
- Présence éventuelle d'une musique, soit sur leurs éventuelles lettres qui montrent une " lucidité ", une détermination et surtout un calme très étonnant contrastant avec l'anxiété décrite antérieurement.

Ces circonstances allant parfois jusqu'à de véritables mises en scène évoquent des rituels religieux, ou rites de passage.

Ceci nous a invité à penser la TS comme une initiative, une réalisation de type solution (vérifié par le dire des suicidants) de nature ordalique.

Tout se passe comme si, à ce moment s'établissait une action réaction entre le sujet et un référentiel soit de type hasardeux soit de type religieux, le sujet laissant le soin au hasard de décider en son lieu et place de sa survie ou de son décès.

Véritable " roulette pharmacologique " son devenir appartient au hasard.

Trois remarques s'imposent :

- Dans ce moment deux hypothèses incompatibles existent, le système familial survivra dans son ensemble ou privé d'un de ses éléments : c'est l'hypothèse N-1, sujet de mon mémoire pour l'obtention du C.E.S de psychiatrie soutenu à la Salpêtrière en 1986.
- La nature de la mort sollicitée par le suicidant pose aussi question : il ne s'agit pas d'une mort désintégration mais d'un état de calme et d'apaisement. Dans nombre de cas, le sujet s'est imaginé juché sur un promontoire dominant la situation, spectateur de son propre enterrement, c'est ainsi que certains auteurs ont qualifié ce moment d'accès délirant de type psychotique.

Enfin, schéma original dans la pratique des soins, la TS. Fonctionne comme une solution, c'est la solution qui pose problème ; s'occuper de suicidants signifie intervenir à contre -solution.

Chacun de ces différents points a fait l'objet de développements dans des articles antérieurement publiés.

#### **4. Les idées de bases pour les prises en charge :**

Nous l'avons signalé dès l'introduction : l'auto-désignation suicidaire est transitoire, le sujet va bien le Lundi, il agit son geste le Mardi et le Jeudi est de retour à ses occupations, souhaitant chasser au plus vite de son esprit cet épisode.

Une prise en charge psychologique est difficile à mettre en place, le taux de suivi après un passage aux urgences ou une hospitalisation brève est en effet de l'ordre de 5 à 10 % lorsque les patients sont vus comme le prescrivent les circulaires. D'autres services ont des protocoles spécifiques ce qui, bien sûr, améliore les taux de suivi.

Si la TS. est une solution, même si nous savons que les récurrences sont à venir, dans le moment où nous les voyons : la solution a fonctionné, la boucle est bouclée, l'apaisement est apparu, la sensation d'impasse et l'anxiété n'existent plus.

Sans négliger le degré de préparation des gestes eux-mêmes : isolement, heure de rentrée prévisible de l'entourage, téléphone décroché, doses ingérées, personnes contactées, nous considérons qu'il n'existe pas de " p'tite TS. " contrairement à ce que certains parents ont voulu nous dire.

Dans son rapport à soi ou à autrui, introduire l'hypothèse de sa propre mort provoquée et volontaire est pathologique quels que soient les doses, les scénarios et les moyens utilisés.

La nature même de cette population, caractérisée par la plasticité et la rapidité de ses affects, ainsi que leur intensité impose une mobilisation rapide, une permissivité à propos des superlatifs et l'acceptation d'intolérances, rejets et de propos vifs d'usage très courants dans cette tranche d'âge.

Nous considérons que la sortie active du référentiel habituel familial et relationnel pour solliciter le système des soins d'urgence et les hôpitaux possède véritablement le statut d'une demande qui ne peut s'exprimer autrement.

Ce propos est tout à fait central : il s'agit de l'emploi du verbe chez les suicidants et leur entourage : nous pensons que les jeunes ne peuvent mettre des mots, n'ont pas un stock suffisamment précis de verbes pour exprimer la complexité des sentiments et des ressentis qui les assaillent lors de la première phase de la séquence suicidaire. Les mots des maux n'existent pas où sont réduits à leur plus simple expression dans la phase de crise que traversent ces familles.

Un autre aspect : il semble que l'intolérance aux conflits favorise les ruptures de communication et fasse office de discours dans nombre de situations.

Les conditions de vie sociale doivent être considérées : la nécessité de la performance, l'importance de l'usage de la télévision et des prescriptions médicamenteuses, sont autant d'éléments qui convergent vers un appauvrissement de l'élaboration à propos des malaises voire des épisodes de détresse que nous connaissons tous.

Il est un fait que la question a de moins en moins de place, surtout péjorative, désagréable voire douloureuse.

En effet, dans plus de la moitié des familles suivies, nous avons retrouvé des antécédents familiaux de TS ou de suicide (connu ou inconnu du suicidant), ceci nous aide à caractériser des " familles à transaction suicidaire ". Tout se passe comme si : malaise, détresse et TS ne forment qu'un et sont entourés d'un halo douloureux qui rend ces questions encore plus taboues, il semble s'agir à cet endroit comme un trou du langage qui appartient à la communication de chaque famille donc participe très certainement à la transmission.

Enfin, avant d'aborder le suicidant, il est important de garder présent à l'esprit que son geste correspond à une panne des mots, un sentiment d'isolement ; c'est pourquoi, l'attitude de neutralité classique doit être reconsidérée au profit d'un " aller vers... " sous peine de constater rapidement la réactivation d'un vécu d'isolement probablement proche de celui qu'il vient de vivre .

Dans le moment où nous voyons les suicidants, la solution a fonctionné, leur préoccupation est de retourner au plus vite à leur quotidien voire d'oublier l'épisode actuel.

## **5. Les entretiens**

" Je n'ai pas besoin de psy, je ne suis pas fou " se sont exprimés nombre de jeunes patients à juste titre lors de notre arrivée.

Comme cette jeune Maman qui dès mon arrivée me questionna sur le jour de la semaine, et après ma réponse, mit 5 minutes à se lever, s'habiller et s'envoler après 36 heures de coma pour être à l'heure à la sortie de l'école, sans autre forme de procès ou de formalité administrative. Cela se passait au début de la recherche, elle y a grandement participé.

Tranchant avec le calme du suicidant, les familles ont vécu éveillées : le Samu, les urgences, l'intubation, la réanimation, l'attente, le soulagement au réveil du coma ; elles sont dans une agitation anxieuse et déstabilisée.

Dans la grande majorité des cas, ne pouvant accepter le fait suicidaire, la réaction spontanée à l'emporte-pièce est à la dénégation :

- C'est un accident ;
- Ce n'est pas grave ;
- Il(elle) n'a pas voulu mourir ;  
Ou à la banalisation :
- Ça arrive ;
- C'est de la faute de son (sa) petit(e) ami(e) ;  
Ou des tentatives maladroites d'auto-culpabilisation :
- Il faudrait que je rentre plus tôt ;
- Ou que je m'en occupe plus.

Lorsque les familles se manifestent, certaines n'en ont pas le temps soit du fait de la brièveté du séjour à l'hôpital soit, plus surprenant, du fait de leurs occupations professionnelles, elles sont choquées, agitées, anxieuses, ce qui contraste avec l'état du suicidant.

Il nous est apparu judicieux d'aborder le problème comme il se pose : avec les mêmes acteurs, ceux qui vivent sous le même toit, ce qui, dans un premier temps résoud toutes les hésitations en cas de famille recomposée.

C'est ainsi que nous proposons aux familles qui se manifestent de venir pour un premier entretien familial le plus tôt possible après l'acte suicidaire.

Sont réunis le suicidant et son entourage, nous avons toujours refusé de recevoir les petit(e)s ami(e)s malgré les demandes réitérées de certaines familles.

Le calme du suicidant, véritable chef d'orchestre parfois, contraste avec l'agitation familiale. Nous procédons souvent par un recadrage rapide afin de situer l'entretien : par exemple en questionnant le patient " avez-vous vraiment voulu mourir ? ".

Cette question permet entre autres de :

- Qualifier le geste ;
- Situer l'hypothèse N-1 ;
- D'affirmer la volonté individuelle active du patient ;
- De favoriser la position de chef d'orchestre en début d'entretien ;
- À la famille d'écouter la réponse ;
- De gêner les éventuelles tentatives de disqualifications du geste ;
- de nous situer en tiers garant expert pour la suite de l'entretien ;

Il s'ensuit un travail précis et précautionneux, véritable initiation familiale sur les mots de sa détresse. Il n'est pas nécessaire de phase dite " d'affiliation et d'évaluation de la demande" ou plus précisément d'acceptation de ce lieu comme espace

thérapeutique par les différents participants.

L'émotion, entre le patient calme et ses proches anxieux va progressivement s'harmoniser. Ils vont pouvoir commencer à se parler, rassurés par notre présence et guidés par les directions que nous suggérons :

Le suicidant accepte dans un premier temps la tentative de ses proches de présenter son geste totalement hétérogène à leur contexte : " nous ne comprenons pas ", " nous ne savons pas ce qui est arrivé ", ainsi que les velléités " d'explications causales logiques extérieures " signalant de fait l'élément précipitant ou catalyseur du geste.

Tout se passe comme si la TS. devait, dans le registre de la déculpabilisation du groupe, prendre un statut le plus hétérogène possible, étranger à la famille. Cet événement ne peut être que totalement isolé ; notre travail, en prenant soin de ne pas contredire ses intentions et en favorisant les exposés des autres difficultés, repositionne donc au cours de la première séance, la TS dans l'actualité des problèmes de la famille. Dans un deuxième temps, la même exploration va dans l'historique de cette famille, c'est ainsi, sans tracer le génogramme cher aux thérapeutes familiaux que nous découvrons, souvent en même temps que le suicidant les éventuels antécédents suicidaires familiaux présents dans près des deux tiers des cas.

C'est ainsi que nous modifions la communication familiale spontanée de la troisième partie de la séquence suicidaire : l'après-TS. Véritable initiation, nous abordons avec la famille sécurisée et invitée par notre présence active à découvrir les mots de la détresse ; progressivement, celle-ci change de statut : synonyme d'isolement, elle s'oriente vers un partage. La gestion spontanée familiale propice à la récurrence dans la banalisation dénégation désignation est transformée par la famille elle-même en émotion partagée marquée par le dialogue et les discours sur et autour de la crise tant avec une résonance diachronique que synchronique.

Ce premier entretien, consécutif à une TS., de thérapie brève de famille de suicidant procède par :

- Une qualification du geste suicidaire de façon acceptable et sécurisante afin qu'il ne reste pas lettre morte ;
- Une habilitation ou plus rarement une réhabilitation du langage comme véhicule d'émotions complexes au sein de la famille ;

- Une perturbation de la séquence après TS de façon à gêner sa possibilité plus que probable de redondance.

Le premier entretien s'achève, correspondant au retour au domicile, aucune conclusion, aucun bilan n'est de mise, un rendez-vous est fixé dans quinze jours. Le plus souvent cet entretien précède la sortie de l'hôpital.

L'ambiance de la famille est, au sortir de cette séance, plus apaisée, harmonisée. Ils ont pu initier un autre mode de communication à propos de leurs différents problèmes dans l'ici et maintenant de la séance en notre présence, en toute sécurité d'affects. La séance étant filmée, la trace ne leur appartient pas, la bande vidéo fait partie du dossier, est soumise au secret médical avons-nous eu soin de leur préciser au début de l'entretien.

Tout se passe comme si la voie de la banalisation était bloquée ou changée, ainsi que celle de la culpabilité individuelle ou groupale. Les différents protagonistes ont pu expérimenter quelques principes systémiques de communication, ont perçu nombre d'interactions, ont abordé la complexité dans leur vécu familial.

## **6. Les deuxième et le troisième entretiens**

Le taux d'absence est faible. Après deux semaines, les activités de chacun ont été reprises de longue date.

La discussion reprend d'emblée, chaque participant a quelque chose à dire, comme si l'émotion partagée lors de la première séance avait permis à la parole de circuler. De toute évidence, l'aspect " en relation " des malaises des individus de la famille est admis ainsi que la résonance du groupe aux problèmes de chacun.

Très souvent les sujets spontanément abordés, en relation avec ceux de la première séance, le sont d'une manière différente. Tout se passe comme si les deux semaines passées avaient permis à chacun de poursuivre sa réflexion. C'est ainsi que des tentatives de compréhension des mécanismes relationnels et de communication sont esquissées avec une volonté de faire constater aux autres la nouvelle ouverture de pensée.

Cette séance est sous le signe de l'approfondissement de la réflexion : reprendre les interactions sur trois générations est fréquent, le génogramme s'avère souvent nécessaire, les uns et les autres commentant tour à tour les personnalités évoquées, apprenant de nombreux secrets de famille au passage, pouvant, en notre présence garante de l'obtention d'une réponse, poser des questions. Il est souvent incomplet à la fin de cette séance et peut parfois le rester même si nous prenons soin de l'afficher pour le dernier entretien.

Le troisième entretien, un mois après le second, vient clore de fait notre travail et donc la séquence suicidaire comme il avait été convenu avec les familles dès le début du protocole.

La phase aiguë est ancienne, les familles se montrent détendues, le taux d'absence est d'un tiers environ. La question de la suite à donner est importante et occupe un bon moment, il s'agit d'une décision commune à la famille en prenant compte de notre avis.

Plusieurs possibilités se présentent :

- Les familles arrêtent là toute prise en charge avec notre accord ; ils estiment avec nous que la crise est passée et avoir fait un travail suffisant;
- Nous leur préconisons la poursuite des entretiens familiaux en leur proposant des confrères thérapeutes familiaux, nous avons en effet constaté la présence de quelques difficultés relationnelles ;
- Très souvent, au cours de entretiens est apparue la possibilité pour le suicidant et pour un autre membre d'entamer un prise en charge individuelle ; ce que nous favorisons, comme si plus au clair avec sa fonction relationnelle le patient désigné pouvait aborder sa propre personne.
- Enfin, il est arrivé que nous proposons la poursuite de nos entretiens devant un trouble patent associé à l'idée que cette famille ne pourra s'adresser à une autre équipe.

Cette dernière éventualité était plus rare, nous ne souhaitons pas, sous peine de risquer d'embouteiller notre dispositif d'urgence, entamer des thérapies au long cours.

## **7. Enquête après une année :**

À l'occasion d'un travail de thèse, nous avons pris contact téléphoniquement avec 65

familles venues aux entretiens familiaux que nous avons comparé à une population témoin non convoqué à nos entretiens.

Outre un nombre important de familles qui avaient déménagé au sein des deux sous population, variable impossible à corrélérer, plusieurs constatations s'imposèrent :

- Très bon accueil téléphonique de cet interne qui venait prendre des nouvelles de la famille,

- Absence de récurrence dans le premier échantillon,
- à la question : " quelqu'un d'entre vous a-t-il été hospitalisé cette année quelle que soit la cause ? " : les deux échantillons se différenciaient fortement : le premier échantillon n'ayant subi que très peu d'hospitalisation.

Ces résultats encourageants ont confirmé certaines de nos hypothèses : la pertinence du protocole TBFS, la possibilité de ces familles à transactions suicidaires d'utiliser le corps souffrant comme média pour les détresses qui ne peuvent se dire, enfin et c'est peut-être l'essentiel le protocole comme frein à la redondance de la séquence suicidaire.

### **8. En conclusions :**

Au cours de ces années de recherche, nous avons pu approcher au plus près un phénomène fréquent, complexe, grave et préoccupant.

Un premier aspect était de considérer la question de la tentative de suicide au plus près, comme elle se pose, en l'abordant dans son contexte, dans sa célérité, avec les protagonistes présents.

La question était de tenter d'élaborer, mettre en place et expérimenter l'apport des thérapies systémiques dans cette indication..

Devant l'échec logique des caractérisations de profil type de suicidant du fait du polymorphisme et de la répartition des passages à l'acte, nous avons tenté de déterminer certains points communs des familles à transaction suicidaire, ainsi qu'une méthodologie d'intervention.

## **Place de l'hospitalisation sous contrainte dans la crise suicidaire. Utilisation de la loi du 27 juin 1990.**

Dr Michel BENOIT

CHU de Nice

Parmi toutes les situations critiques qu'un individu peut traverser dans son existence, une crise qualifiée de suicidaire est probablement celle qui alarme le plus le sujet lui-même, son entourage ou la société dans son ensemble. Le recours fréquent à l'hôpital dans ce cadre stigmatise la notion de gravité attribuée au risque suicidaire, et a fortiori à la tentative de suicide réalisée.

Plusieurs fonctions peuvent être attribuées à l'hospitalisation : solution de sécurité pour protéger le sujet contre un geste suicidaire, soins et prise en charge après une tentative de suicide, évaluation précise du risque et de la sémiologie psychiatrique, préparation d'un projet élaboré de soins, offre d'un lieu neutre dans une situation conflictuelle. Ces rôles sont discutés dans d'autres chapitres sur les modalités d'intervention.

Nous aborderons plus particulièrement le recours à l'hospitalisation sous contrainte dans les aspects cliniques, réglementaires et évolutifs de la loi du 27 juin 1990, qui a redéfini les conditions réglementaires de ces hospitalisations.

### **Aspects cliniques du recours à l'hospitalisation sous contrainte**

Quelles qu'en soient les raisons et les motivations, les soins et les examens que tout patient nécessite ne peuvent pas s'effectuer sans son consentement, dans le respect de la liberté que tout sujet a de gérer sa vie et de prendre en charge sa santé comme il l'entend. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, elle doit se faire sur le mode de l'hospitalisation libre, que ce soit en psychiatrie ou dans n'importe quel autre service hospitalier (Articles L. 3211-1 et 2 du Code de Santé Publique).

Les seules exceptions à cette règle sont les cas où les trois conditions suivantes sont réunies :

- il est nécessaire d'hospitaliser le sujet pour évaluer et soigner ses troubles mentaux
- en raison de ses troubles psychiatriques, le patient est considéré comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, ou est susceptible de compromettre l'ordre public
- le sujet n'est pas jugé apte à consentir de façon fiable à l'hospitalisation, ou s'y oppose.

C'est généralement à cause de cette dernière condition que l'hospitalisation libre n'est pas possible.

En cas de crise suicidaire, diverses situations peuvent nécessiter une hospitalisation (ANAES 1998 ; Hillard et col 1988):

· sujet manifestant des signes faisant suspecter un risque suicidaire à court terme et/ou venant de réaliser une tentative de suicide (suicidant) avec une forte intentionnalité

- patient ayant une pathologie psychiatrique non stabilisée

- environnement du patient jugé particulièrement défavorable
- désir du patient d'être pris en charge à l'hôpital

C'est la dangerosité du sujet liée au risque de passage à l'acte sur lui-même ou plus rarement sur autrui qui est d'abord appréciée pour juger de la nécessité ou non de l'hospitalisation, libre ou sous contrainte. Ce critère est très réducteur, sachant que l'hôpital est surtout utilisé comme cadre d'évaluation par une équipe multidisciplinaire, comme lieu d'initiation de soins des pathologies associées, parfois comme refuge ou solution temporaire de mise à l'écart du patient de son environnement habituel. L'absence de critères très fiables pour apprécier le risque de passage à l'acte doit faire prendre également en compte des éléments qui ne sont pas directement liés à la dangerosité, mais qui font perdre des chances de guérison au patient et par conséquent augmentent le risque suicidaire. Un exemple fréquent est celui du tableau de dépression mélancolique chez un individu ayant un environnement non étayant, et qui peut motiver une HDT même en l'absence d'idées suicidaires, parce que ce tableau clinique peut être à tout moment le point de départ d'une grave crise suicidaire.

L'HDT ou l'HO sont des mesures d'assistance, dont le patient doit être informé sans délai. Le contexte volontiers dramatisé de l'arrivée à l'hôpital, l'opposition ou l'agressivité du patient (et parfois de sa famille), les convictions personnelles des soignants par rapport à la problématique du suicide sont autant de facteurs qui peuvent déformer le sens de ces mesures. Beaucoup de patients qui font l'objet d'une HDT ou d'une HO peuvent le ressentir comme une injustice, une punition ou une entrave intolérable à leur liberté. Ces réactions sont assez compréhensibles lorsqu'elles viennent de sujets qui, par définition, n'ont pas conscience de la nécessité des soins qu'on leur impose. L'implication d'un membre de la famille comme tiers dans l'HDT est fréquemment vécue par le patient comme une attitude de domination, une agression, et ce sentiment s'alimente souvent du contexte familial et de son rôle dans la crise. Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et notre impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe), l'aspect transitoire de cette hospitalisation, en d'autres termes il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue.

### **Aspects réglementaires de l'hospitalisation sous contrainte**

Ces mesures concernent en priorité des sujets adultes. Pour les sujets mineurs, notamment adolescents, c'est l'autorité parentale qui s'exerce, hormis en cas d'hospitalisation d'office ou décidée par l'autorité judiciaire (ordonnance de placement provisoire).

La loi du 27 juin 1990 est une refonte de la loi du 30 juin 1838, l'accent étant mis sur les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux (cf. loi en Annexe). Elle prévoit les trois modes d'hospitalisation en psychiatrie : hospitalisation libre, à la demande d'un tiers, et d'office.

### **Hospitalisation libre**

Ce mode d'hospitalisation est la règle, en psychiatrie comme dans les autres spécialités médicales. Le patient garde le choix de son lieu d'hospitalisation. dans les

limites de l'habilitation de l'établissement et des possibilités d'accueil.

Dans ce cas, le patient consent aux soins hospitaliers qui sont justifiés, et est jugé apte à y consentir par le médecin qui pose l'indication. Cela sous-tend qu'un examen médical direct est toujours nécessaire pour porter l'indication ou la non-indication de l'hospitalisation. Ensuite, cet examen médical va conclure si l'état mental du sujet lui permet de consentir aux soins. Ainsi, un sujet suicidaire au comportement particulièrement instable peut consentir dans un premier temps à l'hospitalisation puis, en raison de ses troubles, se rétracter dès son arrivée à l'hôpital et sortir. L'examen réalisé aux urgences de l'hôpital sert notamment à apprécier ce risque, par une observation comportementale et psychique attentive, à la lecture des antécédents et du contexte actuel.

## **Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)**

- **Conditions**

Lorsque l'hospitalisation est nécessaire en raison des troubles mentaux du sujet, et que son consentement n'est pas recevable - ou fiable - à cause de ses troubles, une HDT doit être mise en place.

La notion de troubles mentaux ne signifie pas forcément que le sujet est atteint d'une pathologie psychiatrique avérée qu'il faut connaître au moment de l'admission. Une situation de risque suicidaire, ou une tentative de suicide, n'est pas synonyme de trouble psychiatrique, mais c'est une situation qui fait suspecter un trouble mental. L'hospitalisation pourra être justifiée par la nécessité de parfaire la recherche d'une pathologie sous-jacente et de chercher à réduire le risque de passage à l'acte à court terme.

L'examen a jugé que les troubles, présents ou suspectés, nécessitent une hospitalisation immédiate et une surveillance constante.

- **Pièces nécessaires**

Une HDT requiert un ou deux certificats médicaux et une demande libre d'un tiers. Dans la procédure normale, il faut deux certificats médicaux, dont un signé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil (dans ce texte, on entendra par établissement d'accueil l'hôpital où est situé le service psychiatrique qui va accueillir le patient). Cela signifie que le premier certificat peut être rédigé par un médecin extérieur à l'hôpital, ou par un médecin d'un autre hôpital que celui qui va prendre en charge le patient (ex : médecin du service des urgences, en l'absence de lien juridique entre ce service et l'établissement d'accueil).

Tout médecin habilité à exercer la médecine, au sens du Code de Santé Publique, spécialiste ou non, peut rédiger ces certificats (médecin thésé ou en situation de remplacement). Ces médecins ne doivent pas être parents ou alliés avec le patient, le tiers, le directeur de l'établissement d'accueil, ni entre eux. Chacun de ces certificats est rédigé en toute indépendance, après un examen médical effectif (cf. modèle en encadré). Il doit être circonstancié, c'est à dire mentionner les éléments de l'état comportemental et mental de la personne qui ont amené à la décision de l'hospitalisation, en évitant des termes médicaux ou scientifiques. Il doit mentionner que ces troubles nécessitent des soins urgents assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier et ne permettent pas au patient de donner son consentement à

cette hospitalisation. Il conclut par la nécessité d'hospitaliser le patient à la demande d'un tiers, conformément à la loi du 27 juin 1990. Il n'est pas indispensable de mentionner les articles du code de Santé Publique (cf Fiche d'Information du 13 mai 1991), lesquels viennent d'être modifiés (Ordonnance N° 2000-548 du 15 juin 2000).

Il est à noter que dès lors que le premier certificat et la demande du tiers sont rédigés, l'HDT est considérée comme initiée et le patient peut être maintenu à l'hôpital pour quelques heures, en attendant que le deuxième certificat soit établi.

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du patient, l'admission en HDT peut être prononcée au vu d'un seul certificat, rédigé comme indiqué plus haut, mais précisant en plus la notion de péril imminent pour la santé du sujet (HDT dite " d'urgence "). Ce certificat unique peut être rédigé par tout médecin, même exerçant dans l'établissement d'accueil.

La durée de validité de ces certificats est de quinze jours.

Pour toute HDT (" normale " ou " d'urgence "), il est nécessaire qu'un tiers, c'est à dire toute personne majeure portant de l'intérêt au patient, rédige une demande d'hospitalisation manuscrite sur papier libre (cf. modèle en encadré). Ce tiers n'est pas nécessairement un parent du patient. La demande, qui peut être recueillie par le directeur de l'hôpital ou son représentant délégué si la personne ne sait pas écrire, doit préciser les nom, prénoms, âge, domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que du patient, ainsi que la nature des relations ou du lien de parenté qui existent entre eux. L'identité du demandeur doit pouvoir être vérifiée à l'admission (il est utile de faire une photocopie de la carte d'identité du tiers, avec son accord). Ce tiers ne peut pas exercer dans l'établissement d'accueil, mais peut exercer dans un autre hôpital, par exemple celui des urgences s'il n'est pas lié au premier. Une assistante sociale de l'établissement peut signer la demande si elle le souhaite, après avoir rencontré le patient, considérant qu'elle ne fait pas partie du personnel soignant au sens juridique.

Une notion essentielle est que nul ne peut être contraint à signer une demande d'HDT. Il arrive souvent en situation d'urgence qu'un parent ou une personne proche d'un patient suicidaire ne veut pas signer cette demande, pour des raisons qui peuvent être très diverses. Le plus souvent, c'est à cause d'un sentiment de culpabilité lié à l'idée de la contrainte infligée au patient, voire de peur de reproches ultérieurs venant du patient. Si le tiers ne change pas son attitude après les explications fournies sur la mesure et ses aspects d'assistance au patient, il convient alors de rechercher un autre signataire, si le premier tiers ne s'y oppose pas. Le cas plus délicat est celui où un parent proche est hostile à l'hospitalisation du sujet, pourtant nécessaire sous contrainte en raison des troubles constatés. Si le parent sollicité persiste dans sa position après les tentatives d'explication du risque, il serait inutile de proposer à un parent plus éloigné de signer la demande, car le premier pourrait demander la levée immédiate de l'HDT ainsi prononcée (voir chapitre sur le suivi). Dans ce cas, on peut parfois recourir à l'hospitalisation d'office, dans le cas où les troubles mentaux du patient peuvent mettre en péril la sûreté des personnes, et notamment la sienne (Albernhe et Tyrode, 1993).

Le transport du patient de son lieu de résidence à l'hôpital doit être organisé par l'entourage du patient (véhicule personnel, ambulance privée). En pratique, les pompiers participent volontiers à ce type de transport lorsqu'une HDT est initiée, mais ils n'ont pas obligation de le faire.

- Suivi de l'HDT

La loi demande des certificats médicaux de confirmation ou de levée de l'HDT, éventuellement prévoyant des sorties d'essai. Ces certificats doivent être établis après l'admission par des psychiatres de l'établissement d'accueil au bout de 24 heures, de 15 jours, puis tous les mois. L'HDT peut être levée :

- au vu d'un certificat médical de levée
- à la demande d'un proche du patient (dans l'ordre hiérarchique, le curateur, le conjoint ou concubin déclaré, les ascendants, les descendants majeurs, le tiers signataire sauf opposition d'un parent, toute personne autorisée par le conseil de famille,
- par le président du TGI (tribunal de grande instance) qui peut être saisi par le patient, par le procureur de la République, ou saisi d'office.
- par la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CHDP).

Il faut souligner que le patient conserve tout au long de son hospitalisation des droits et libertés individuelles applicables à tout patient (Circulaire DGS/SP3 n°48 du 19 juillet 1993). Il a la possibilité de choisir, représenté par le tiers demandeur, l'équipe de soins sous réserve de son habilitation à recevoir des HDT et de la disponibilité d'accueil. Il doit recevoir tout éclaircissement sur sa situation de soins, a la possibilité d'émettre des courriers sans délai, de communiquer avec les autorités, conserve ses libertés fondamentales hormis la possibilité de quitter le service hospitalier sans avis médical. Des restrictions des visites et des communications téléphoniques sont possibles si elles sont argumentées par l'état de santé du malade.

### **Hospitalisation d'office (HO)**

- **Rappel des procédures**

Ce mode s'applique aux patients dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes et/ou troublent l'ordre public. Cette hospitalisation nécessite au préalable un certificat médical circonstancié (cf. encadré) comparable à celui de l'HDT, établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil (sauf en cas de transformation d'une HDT en HO). Au vu de ce certificat, le préfet de département (préfet de police à Paris) peut prononcer un arrêté d'hospitalisation d'office. Ce document peut préciser la nécessité d'une aide de la force publique (police, gendarmerie) pour accompagner le patient sur le service hospitalier. En cas de danger imminent pour autrui, le maire de la commune (ou le commissaire de police à Paris), s'appuyant sur un avis médical simple ou sur la notoriété publique, peut prononcer un arrêté provisoire d'HO qui n'est valable que 48 heures. Il en informe le préfet dans les 24 heures, lequel prononcera s'il y a lieu un arrêté d'HO.

Le lieu d'hospitalisation, qui ne peut pas être choisi par le patient, est fixé dans l'arrêté.

Divers certificats de suivi sont nécessaires pour confirmer ou pour demander la levée de l'HO : ils doivent être établis par un psychiatre de l'établissement d'accueil au bout de 24 heures, de 15 jours, d'un mois puis tous les mois. La levée de l'HO est

prononcée par le préfet, généralement au vu d'un certificat médical la proposant.

- **Application aux situations de crise suicidaire**

Les modalités de l'HO rendent bien compte que ce mode d'hospitalisation s'applique rarement aux crises suicidaires, pour lesquelles l'HDT est la solution de contrainte la plus adaptée.

Une situation dans laquelle l'HO est théoriquement indiquée est celle où le patient menace de se suicider, mais également de porter atteinte à ses proches de façon patente. Le risque pour la sûreté des personnes est alors constaté. Néanmoins, il est fréquent que des patients traversant une crise suicidaire manifestent des mouvements d'agressivité qui sont avant tout dirigés vers eux-mêmes. En pratique, il est important de bien peser la dangerosité pour autrui avant de porter l'indication d'HO, mesure plus lourde de sens et généralement plus prolongée dans le temps qu'une HDT.

Un autre cas particulier concerne les sujets détenus en maison d'arrêt présentant une crise suicidaire qui nécessite des soins psychiatriques en milieu hospitalier. Hormis les cas où un service hospitalier pour détenus existe et peut accueillir le patient, il faut alors recourir à l'HO selon la procédure habituelle, c'est à dire par un certificat médical rajoutant aux mentions propres à l'HO, " conformément à l'article D398 du Code de Procédure Pénale ". Ce certificat sera transmis au Préfet qui prononcera un arrêté d'HO, permettant le transfert du patient en milieu psychiatrique.

### **Modèle de certificat médical d'Hospitalisation à la demande d'un tiers.**

Je soussigné, Docteur D., certifie avoir examiné le (date de l'examen) M. ou Mme X (Nom - Prénom), né(e) le (date de naissance).

Cette personne présente ... (décrire l'état mental du patient et les particularités de sa maladie, en termes non médicaux).

M. ou Mme X présente des troubles mentaux qui ne lui permettent pas de consentir à l'hospitalisation et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. En conséquence, il (ou elle) doit être hospitalisé à la demande d'un tiers dans un établissement habilité, conformément à la loi du 27 juin 1990.\*\*

Fait à .... Le .....

*\*\* En cas de procédure d'urgence, on mentionnera " En conséquence, et en raison du péril imminent pour sa santé, il (ou elle) doit être hospitalisé à la demande d'un tiers en urgence dans un établissement habilité, conformément à la loi du 27 juin 1990 "*

### **Modèle de certificat médical d'Hospitalisation d'office**

Je soussigné, Docteur D., certifie avoir examiné le (date de l'examen) M. ou Mme X (Nom - Prénom), né(e) le (date de naissance).

Cette personne présente ... (décrire l'état mental du patient et les particularités de sa maladie, en termes non médicaux).

M. ou Mme X présente des troubles mentaux dont les manifestations compromettent l'ordre public et/ou portent atteinte à la sûreté des personnes. En conséquence, il (ou

elle) doit être hospitalisé d'office dans un établissement habilité, conformément à la loi du 27 juin 1990.

Fait à ..... le .....

### **Modèle de demande d'HDT (tiers)**

Je, soussigné(e) .....(Nom - Prénom - Profession)

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....(Adresse complète)

Degré de parenté ou qualité par rapport à la personne ci-dessous désignée : .....

Prie Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de ..... d'admettre dans son établissement en hospitalisation à la demande d'un tiers, conformément à la loi du 27 juin 1990 la personne ci-après :

M, Mme, Melle .....(Nom - Prénom)

Né(e) le .....

Domicilié(e) à : .....(Adresse complète)

Profession : .....

Fait à ..... le .....

(Signature du demandeur)

### **Aspects statistiques et évolutifs de l'hospitalisation sous contrainte Etat actuel**

On ne dispose pas de statistique officielle sur le nombre de patients présentant une crise suicidaire et ayant eu besoin d'une hospitalisation sous contrainte. Quelques publications sur la prise en charge des tentatives de suicide rapportent des taux très variables d'hospitalisations de suite en psychiatrie (Chastang et col, 1997 ; Cremniter 1997 ; De Clercq 1992, 1994 ; Meppen et col 1993, Staikowsky et col 1997). Cette variabilité paraît explicable par l'hétérogénéité des solutions de prise en charge et des approches théoriques des équipes. Presque tous les travaux portent sur la prise en charge après une TS réalisée. Après le passage aux urgences, entre 10 et 25 % environ des suicidants sont hospitalisés en psychiatrie. Cette proportion est probablement sous-estimée, sachant que beaucoup de patient sont hospitalisés d'abord en médecine, chirurgie ou réanimation et qu'on ne connaît pas bien leur devenir après cette période. Le taux d'hospitalisation des TS violentes ou graves sur le plan somatique peut atteindre 60% d'après Cremniter (1994).

L'importance du recours à l'hospitalisation sous contrainte est mal connue, en l'absence d'enquêtes l'ayant évaluée précisément. Des proportions très faibles d'HDT ont été rapportées peu après la promulgation de la loi de 1990, de l'ordre de 1 % des suicidants admis aux urgences (Meppen 1993). Divers indicateurs montrent que le recours à l'hospitalisation sous contrainte, après une longue période de réduction, s'est un peu accru depuis quelques années. Ainsi, le nombre d'HDT et d'HO, tous motifs confondus, a augmenté de 57% entre 1988 et 1997, dans une proportion plus importante que l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie qui ont progressé de 31% sur la même période (DGS 1999). On constate dans le même rapport de la DGS une croissance actuelle des demandes pour des situations de crise plus que pour des troubles psychiatriques patents. Pour une majorité de départements, les HDT sont réalisées " en urgence " dans 30% des cas. La difficulté d'obtenir le deuxième

certificat et de cerner précisément la notion de péril imminent sont des notions souvent avancées pour expliquer ce phénomène, en particulier dans un contexte d'urgence et de manque de temps pour évaluer la situation.

### **Perspectives de modification des régimes d'hospitalisation sous contrainte**

Un premier bilan approfondi de l'application de la loi du 27 juin 1990 a été réalisé par un groupe national d'évaluation (1997) qui a mis en évidence des faiblesses et a fait des propositions de correction. Les principales innovations suggérées, applicables à des situations de crise suicidaire, sont les suivantes :

- Instauration d'un seul type d'hospitalisation sous contrainte, ou bien transformation de l'HDT en " régime d'hospitalisation sans l'accord du malade ", ne nécessitant pas de demande de tiers, au vu d'un seul certificat médical. Cela éviterait les problèmes liés à la recherche d'un tiers fiable.
- Une période d'observation et d'orientation de 72 heures au maximum avant une éventuelle entrée en hospitalisation libre ou sans consentement ou une sortie. Les statistiques démontrent que la grande majorité des hospitalisations sous contrainte se font dans un contexte d'urgence, et que nombre d'entre elles sont levées au bout de quelques jours une fois que la phase aiguë de la crise est passée. Cette période d'observation permettrait de faire une intervention brève de crise, dans le service des urgences psychiatriques, et éviter dans beaucoup de cas le recours à l'hospitalisation en psychiatrie comme c'est le cas aujourd'hui (De Clercq, 1997). Cette notion s'applique bien aux adolescents suicidants, chez qui des hospitalisations brèves ont démontré leur utilité (ANAES 1998). Cette prise en charge pourrait être initiée par un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement.
- Une possibilité de soins ambulatoires obligatoires à l'issue de la période initiale d'observation. Cette mesure permettrait de pallier la raréfaction des lits disponibles en psychiatrie et de proposer un suivi plus souple, d'emblée orienté sur le réseau extra-hospitalier.

Un large débat sur l'évolution des pratiques d'hospitalisation sous contrainte est en cours, visant notamment à garantir d'avantage les libertés individuelles et les droits des malades. Le Conseil de l'Europe a publié en mars 2000 un " Livre blanc " sur ce thème, en préparation de Recommandations européennes qui pourraient être adoptées courant 2001. Il est probable que ces recommandations viseront une nouvelle évolution des pratiques permettant une prise en charge à la fois plus efficace et plus souple des situations de crise en psychiatrie.

### **Textes réglementaires**

- Loi N° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Comité des ministres du Conseil de l'Europe. Livre blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme patients involontaires dans un établissement psychiatrique. Mars 2000.

- Direction générale de la Santé. Circulaire DGS/SP 3 n°99-300 du 25 mai 1999 relative au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques pour l'année 1998. Transmission du bilan des d'activité pour l'année 1997.
- Direction générale de la Santé. Circulaire DGS/SP3 n°48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
- Direction générale de la Santé. Fiches d'information du 13 mai 1991 relatives à l'application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.

### Références bibliographiques

- Albernhe T, Tyrode Y. Législation en Santé mentale. Pratique médico-hospitalière. Lyon, Sedip médical, 1993.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations professionnelles de prise en charge hospitalière des tentatives de suicide de l'adolescent. Paris, ANAES, 1998.
- Chastang F, Rioux P, Dupont I, Kovess V, Zarifian E. Enquête prospective sur les tentatives de suicide. Encéphale 1997 ; 23 : 100-104.
- Cremniter D. Les conduites suicidaires et leur devenir. Rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, Masson, 1997.
- Cremniter D, Raynal JB. L'intentionnalité suicidaire à partir d'un échantillon de tentatives de suicide ayant recours à des méthodes violentes. Psychologie Médicale 1994, 26(Sp 11) : 1174-1176.
- De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles, De Boeck & Larcier ed, 1997.
- De Clercq M. Les tentatives de suicide, tentative de sauver le couple ou la famille ? Psychologie Médicale 1994, 26(Sp 11) : 1181-1185.
- De Clercq M, Burquel C, Hoyois P. L'abord clinique des tentatives de suicide : comment vaincre le danger de la parole ? Psychologie Médicale 1992, 24(2) : 169-173.
- Hillard JR, Slomowitz M, Deddens J. Determinants of emergency psychiatric admission for adolescents and adults. Am J Psychiatry 1988;145:1416-9.
- Meppen S, Zunino FM, Mercier C, Baldo E, Kiegel P. Le CAP psychiatrique au sein du service des urgences de Centre Hospitalier Général d'Aix en Provence fonctionne-t-il comme un relais ou un lieu de soins pour les patients suicidants ? Psychologie Médicale 1993, 25(4) :300-302.
- Staikowsky F, Describes N. Les tentatives de suicide (TS) dans les services d'urgence en France. Communication aux 12° Journées de la Société Française des Urgences Médicales, Nice, 1997.
- Strohl H, Clemente M. Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 : présentation des travaux et des premières conclusions. IGAS, Janvier 1997.

**ANNEXE : Loi N° 90-527 du 27 juin 1990 (Code de Santé Publique juin 2000)**  
**LIVRE II DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE LUTTE CONTRE LES**  
**MALADIES MENTALES**

**TITRE Ier**  
**MODALITES D'HOSPITALISATION**

**Chapitre Ier**  
**Droits des personnes hospitalisées**

**Art. L. 3211-1.** - Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

**Art. L. 3211-2.** - Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

**Art. L. 3211-3.** - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;

2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 ;

3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

6° D'exercer son droit de vote ;

7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

**Art. L. 3211-4.** - Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en oeuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

**Art. L. 3211-5.** - A sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

**Art. L. 3211-6.** - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 3222-1 et L. 3222-2, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

**Art. L. 3211-7.** - La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Si une tutelle a été constituée, les significations sont faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles doivent être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur. Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

**Art. L. 3211-8.** - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre.

**Art. L. 3211-9.** - Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1.

Ce curateur veille :

1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

**Art. L. 3211-10.** - Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre.

l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

**Art. L. 3211-11.** - Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L. 6121-2.

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;

2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

**Art. L. 3211-12.** - Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

**Art. L. 3211-13.** - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

## **Chapitre II**

### **Hospitalisation sur demande d'un tiers**

**Art. L. 3212-1.** - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être

hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

**Art. L. 3212-2.** - Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

**Art. L. 3212-3.** - A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

**Art. L. 3212-4.** - Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

**Art. L. 3212-5.** - Dans les trois jours de l'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;

2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

**Art. L. 3212-6.** - Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le représentant de l'Etat dans le département, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désigne.

**Art. L. 3212-7.** - Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités.

Le certificat médical est adressé aux autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et selon les modalités prévues à ce même alinéa.

Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

**Art. L. 3212-8.** - Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation. Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, les procureurs de la République mentionnés à l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé l'hospitalisation. Le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

**Art. L. 3212-9.** - Une personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

1° Le curateur nommé en application de l'article L. 3211-9 ;

2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;

3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;

4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;

5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au

sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;

7° La commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononce dans un délai d'un mois.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, sans préjudice des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-6, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L. 3213-1. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le représentant de l'Etat dans le département n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

**Art. L. 3212-10.** - Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le représentant de l'Etat dans le département ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et les procureurs mentionnés à l'article L. 3212-5 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 3212-9.

**Art. L. 3212-11.** - Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;

2° La date de l'hospitalisation ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;

4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-8 ;

7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 3211-11 ;

8° Les levées d'hospitalisation ;

9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

**Art. L. 3212-12.** - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

### **Chapitre III** **Hospitalisation d'office**

**Art. L. 3213-1.** - A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical

circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

**Art. L. 3213-2.** - En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

**Art. L. 3213-3.** - Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 par le directeur de l'établissement.

**Art. L. 3213-4.** - Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

**Art. L. 3213-5.** - Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai.

**Art. L. 3213-6.** - A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le représentant de l'Etat dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

**Art. L. 3213-7.** - Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.

**Art. L. 3213-8.** - Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

**Art. L. 3213-9.** - Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

**Art. L. 3213-10.** - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

## **Chapitre IV**

### **Dispositions pénales**

**Art. L. 3214-1.** - Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de retenir une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie est ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département, en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou de l'article L. 3213-5, ou par le président du tribunal de grande instance, conformément à l'article L. 3211-12, ou lors de la levée de l'hospitalisation en application des articles L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3212-9 ou L. 3213-4 est puni de deux ans d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende.

**Art. L. 3214-2.** - Est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende, le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :

1° D'admettre une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus aux articles L. 3212-1 et L. 3212-3 :

- 2° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 ;
- 3° D'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L. 3212-7, L. 3213-3 et L. 3213-5 ;
- 4° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 ;
- 5° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 de la déclaration prévue par ledit article ;
- 6° D'omettre d'aviser le représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L. 3212-10 ou de la déclaration prévue par l'article L. 3213-5 ;
- 7° De supprimer ou de retenir une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

**Art. L. 3214-3.** - Le fait, pour le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1, de ne pas prendre dans le délai prescrit, les mesures nécessaires à la mise en oeuvre de l'une des procédures prévues par les articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2 dans les cas définis à l'article L. 3222-2 est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende.

**Art. L. 3214-4.** - Est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende, le fait pour le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :

- 1° De supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative ;
- 2° De refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-3.

## **Crise suicidaire : faut-il un suivi à court terme ?**

Dr Xavier Pommereau

Unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte - Centre Abadie  
CHU de Bordeaux, 89 rue des Sablières 33077 Bordeaux Cedex

L'intitulé de la question qui nous est posée comporte trois termes dont le choix et l'agencement autour d'un verbe exprimant la nécessité, suscitent en eux-mêmes des interrogations. L'emploi du premier terme, "crise suicidaire", vise de toute évidence à englober l'idéation, les ruminations suicidaires (avant ou après un passage à l'acte), tout autant que les tentatives de suicide, afin de ne négliger aucun aspect. Est-ce à dire qu'une même prise en charge peut s'appliquer indifféremment à l'idéation et au passage à l'acte suicidaire ? Celle-ci concerne-t-elle uniquement le sujet en détresse ou doit-elle également impliquer son entourage ? Le terme "suivi" ne se limite pas seulement au champ médical et comprend deux modalités, l'ambulatoire et l'institutionnel, s'étendant de l'éducatif au sanitaire en passant par le social. Mais même si l'on s'en tient aux conditions du suivi médical pour rester dans notre domaine de compétence, force est d'examiner la question sous l'angle du médecin généraliste et de celui du psychiatre, en nous demandant à partir de quoi et de quand un suivi "spécialisé" s'impose. D'autre part, le mot "suivi" exprime davantage que "prise en charge" la notion de relation thérapeutique s'inscrivant dans la durée, même brève, puisque l'action qu'il sous-tend consiste à "voir" et "revoir" le sujet en souffrance. Dès lors, doit-on assimiler une évaluation approfondie effectuée en plusieurs temps ou sur plusieurs jours à un "suivi" ? Quant à la temporalité introduite par l'expression "suivi à court terme", renvoie-t-elle à la rapidité de sa mise en œuvre ou à la brièveté de son application ?

On le voit, il y a là matière à interprétations diverses, celles-ci pouvant contribuer à expliquer certaines divergences de points de vue entre praticiens. Nous tenterons donc de définir le plus précisément possible les différents niveaux de réponse qui nous semblent devoir être envisagés.

### **1. Les enjeux de la crise suicidaire**

Le concept de "crise suicidaire", qui paraît aller de soi, mérite quelques développements au delà des aspects qu'il regroupe (les pensées suicidaires et/ou leur mise en acte). Il serait en effet illusoire de prétendre apporter des réponses précises à une situation de souffrance mal définie. Pour nous, toute crise suicidaire résulte d'un intense sentiment de "non-existence" (1) qui peut être activé par la survenue d'un ou de plusieurs événements précipitants dont les formes diverses (rupture sentimentale, conflit intra-familial ou inter-personnel, deuil, maladie, situation socio-professionnelle défavorable, épisode dépressif, violences subies, condamnation, incarcération, etc.) induisent un vécu réel ou supposé d'abandon, de perte, ou d'isolement insupportable. Ces événements ont d'autant plus d'impact sur le sujet que celui-ci éprouve des difficultés personnelles et/ou inter-personnelles à définir une place et une identité supportables, pour des raisons là encore multiples (troubles de la personnalité et maladies de l'humeur, dépendance affective majeure, environnement pathogène, enchaînement d'événements dramatiques, etc.) qui elles-mêmes peuvent s'inscrire dans une histoire personnelle ou familiale marquée par diverses formes d'abandon, de perte ou d'indifférenciation (séparation précoce.

suicide d'un parent, violences physiques ou sexuelles subies dans l'enfance, répétition transgénérationnelle de traumatismes, relations de dépendance excluant l'un ou l'autre parent, etc.). Ces inclusions successives à la manière de "poupées russes" rendent compte du caractère polyfactoriel de la crise suicidaire; mais, pour percevoir son extrême complexité, il faut aussi savoir que ces emboîtements interagissent entre eux et peuvent se potentialiser mutuellement. Et ce sont précisément tant ces différents niveaux du processus suicidaire que leurs articulations qui échappent en grande partie à la conscience du sujet suicidaire et de son entourage.

L'effroyable paradoxe du suicide réside dans cette triple dimension (2) :

- le sujet croit connaître les raisons de son idéation suicidaire, alors qu'il en ignore les soubassements profonds, sa volonté de rupture étant la résultante de plusieurs registres superposés (oublier ses difficultés, cesser de souffrir, faire disparaître les problèmes, trancher dans le vif d'une relation aliénante, se distinguer radicalement à travers sa défection provisoire ou définitive, supprimer le corps propre pour devenir un "pur esprit"...) ;
- le sujet se méprend sur son "envie d'en finir", car ce qui l'anime est de "cesser de non-exister", c'est-à-dire d'imposer son existence aux yeux des autres, fut-ce en se débarrassant de sa corporéité pour imprimer à jamais sa place et son identité dans la tête de ceux qui restent;
- le sujet prétend ou cherche à se convaincre que son idéation suicidaire n'engage que lui-même, alors que sa quête éperdue - mourir non pour disparaître mais pour exister - s'adresse toujours à l'autre.

Vouloir anéantir des pensées inacceptables, détruire le corps propre perçu comme un fardeau ou une entrave à la "liberté d'être", attaquer en soi des représentations ineffaçables d'autrui, hanter pour toujours la mémoire des survivants, constituent ainsi plus les termes d'une revendication existentielle désespérée que les traits d'un supposé "désir d'auto-élimination". Ces aspects masqués contribuent d'ailleurs à expliquer l'importance de la culpabilité (et, par voie de conséquence, celle des mécanismes de disculpation défensive) chez les suicidants et leurs proches, culpabilité dont l'intensité douloureuse atteint son acmé chez les familles endeuillées par un suicide.

## **2. Faut-il une prise en charge ?**

L'écheveau complexe et "sensible" que constitue la crise suicidaire demande à être dénoué avant qu'il ne soit trop tard, que le sujet soit animé d'idées de suicide ou rescapé d'une tentative de suicide (et donc à haut risque d'une récurrence). Dans un cas comme dans l'autre, une prise en charge est indispensable. Son objectif est triple :

- effectuer avec le sujet (et, chaque fois que possible, avec ses proches) un travail de "dépliage" des différents facteurs concourant à la genèse de la crise suicidaire, afin d'identifier la nature et les véritables enjeux de la souffrance ressentie, sachant qu'il serait imprudent, voire irresponsable, de miser sur une éventuelle résolution spontanée de l'épisode, les mêmes causes risquant de provoquer les mêmes effets à court ou moyen terme;
- déterminer les réponses thérapeutiques les plus appropriées pour réduire la souffrance et les symptômes qui lui sont associés, et amorcer un travail d'élaboration psychique pour intégrer, dépasser cette souffrance en lui donnant du sens et se réorienter vers l'envie de vivre;
- définir, chaque fois que nécessaire et en partenariat avec d'autres intervenants, les

modalités d'aménagements éducatifs, familiaux et sociaux susceptibles de participer au "rétablissement identitaire" du sujet en détresse et à sa reconnaissance par ses proches, dans le respect des intérêts de chacun et en tenant compte de leur capacité à gérer la situation de crise.

Qui doit assurer cette prise en charge ? Sans sous-estimer le rôle que peuvent jouer en matière de prévention les éducateurs au sens large et tous les "aidants naturels" (professionnels ou bénévoles), nous pensons que le suivi médical - généraliste et, si besoin, spécialisé - doit être considéré comme indispensable, à condition qu'il s'inscrive dans une véritable politique de réseau transdisciplinaire et inter-institutionnel. A condition aussi qu'il ne se confonde pas avec une simple surveillance de prescription médicamenteuse, fut-elle appropriée et tout à fait nécessaire. Quant à la question de savoir si la prise en charge doit être proposée en ambulatoire ou en milieu hospitalier, nous préconisons d'en déterminer l'indication à partir d'une évaluation minutieuse de l'état clinique du sujet, de sa capacité ou non à s'interroger sur le sens de son mal-être et des possibilités qu'a l'entourage d'en examiner de leur côté les tenants et aboutissants. L'hospitalisation du sujet suicidaire est recommandée lorsque l'une, au moins, des situations suivantes est observée :

- Le sujet présente des signes dépressifs particulièrement intenses et/ou des symptômes évocateurs de troubles graves de la personnalité;
- Le sujet se montre réfractaire à toute forme de suivi, bien qu'il exprime des idées de suicide et développe une symptomatologie anxio-dépressive nécessitant un traitement;
- Le sujet semble incapable de lutter seul contre ses ruminations suicidaires et multiplie les appels au secours (demandes insistantes de rendez-vous supplémentaires, sollicitations téléphoniques répétées, etc.) ;
- Le sujet effectue divers passages à l'acte à type de conduites de risque ou de violences auto-infligées, sans parvenir à exprimer son mal-être autrement que dans l'agir;
- Le sujet accepte en apparence le suivi ambulatoire, mais celui-ci ne permet aucune amélioration, voire s'accompagne d'une aggravation des idées de suicide;
- Une séparation provisoire d'avec le milieu familial et professionnel semble indispensable pour que le sujet puisse enfin "se poser" et réfléchir à ses difficultés inter-personnelles;
- L'environnement familial apparaît déficient, toxique ou lui-même débordé par d'autres souffrances.

A ces circonstances qui concernent les sujets suicidaires de tous âges, nous ajoutons le cas particulier des adolescents qui multiplient les conduites de rupture (fugues, mises en danger diverses, ivresses répétées à l'alcool ou au haschisch, "clashes" relationnels itératifs, scarifications et brûlures auto-infligées, etc.) sans toujours les reconnaître comme suicidaires. Réticents à investir d'emblée une prise en charge dont ils ne comprennent souvent ni l'intérêt ni le sens, ces adolescents acceptent davantage les "séjours de rupture" qui leur sont proposés dans des services hospitaliers spécialisés pendant quelques jours. A charge pour de tels services d'offrir un cadre thérapeutique spécifique destiné à approfondir l'évaluation initiale, à initier si besoin un traitement médicamenteux adapté, à faciliter l'orientation vers une structure de soins psychiatriques dans le cas où celle-ci s'impose, et à favoriser l'ébauche d'une élaboration psychique de la crise qui pourra se poursuivre en ambulatoire. Le concept d'unité de crise, tel qu'il est actuellement répandu, nous semble imparfaitement répondre à tous ces objectifs pour au moins deux raisons : la brièveté de la durée de séjour. trop courte lorsqu'elle est inférieure à cinq jours.

rendant illusoire une réelle "mise à plat " des difficultés du sujet et de son entourage ; l'insuffisance de conceptualisation d'un véritable "cadre thérapeutique" dont nous pensons que la précision dans la définition des espaces et des temps institutionnels se révèle indispensable pour apaiser la crise et engager une prise en charge appropriée.

Moins de 20 % des jeunes suicidaires ou suicidants ont besoin d'être hospitalisés en service de psychiatrie. Les autres, c'est-à-dire la très grande majorité, sont en crise identitaire et relèvent d'un suivi ambulatoire. Le problème est que pour l'accepter, ils doivent en comprendre le sens et être accompagnés dans cette démarche. C'est pourquoi nous préconisons que les intervenants de psychiatrie de liaison chargés de l'évaluation initiale des suicidants dans les services d'urgence soient étroitement associés aux dispositifs de consultation ou d'hospitalisation proposés en relais. C'est pourquoi encore nous affirmons que la création d'unités de transition dotées d'un cadre thérapeutique spécifique permet d'établir un dispositif-relais essentiel qui ne se confond ni avec une unité de crise ni avec un service de psychiatrie traditionnel. Notre équipe du centre Abadie dispose ainsi de 15 lits accueillant 400 adolescents par an (80 % de suicidants, 20 % de suicidaires) pour une durée moyenne de séjour de dix jours, afin de les préparer à s'investir, dès la sortie, dans un suivi ambulatoire. Notre expérience de huit années de fonctionnement indique que, dans ces conditions, six sujets sur dix s'impliquent ultérieurement dans le suivi proposé. Si l'on admet cette façon de voir qui repose sur quinze années de clinique suicidologique, on comprend que pour nous toute crise suicidaire impose non seulement une prise en charge initiale mais un suivi ambulatoire ultérieur. Doit-il être défini " à court terme " comme l'interroge la question qui nous est soumise ? Le borner ainsi dans le temps présente le risque de laisser entendre à tort qu'en réponse à la crise - dont la notion renvoie à une durée brève de l'ordre de l'instant, du moment, de l'épisode - serait idéalement proposé un suivi "bref", voire une "intervention-minute". En revanche, les trois points-clés qui nous semblent devoir être retenus sont les suivants : prise en charge initiée le plus rapidement possible ; aménagements spécifiques facilitant un relais ultérieur ; mise en place d'un suivi adapté dont la durée n'est pas d'avance déterminée.

### **3. En quoi consiste le suivi d'un sujet en crise suicidaire ?**

#### **3.1 En ambulatoire**

L'offre de soins repose sur plusieurs principes :

##### ***- Etablir une relation de confiance***

La première règle consiste à nommer la souffrance suicidaire, sans la juger, la banaliser ou la nier. En dehors des cas où le sujet évoque directement son idéation morbide, il faut pouvoir lui dire les inquiétudes que l'on éprouve à son sujet, lorsqu'on le sent en danger. À l'inverse de ce que d'aucuns croient, ce type d'intervention n'a jamais pour effet de "donner au patient des idées noires qu'il n'aurait pas spontanément ressenties". En levant toute ambiguïté, il soulage au contraire le sujet en détresse, le reconnaît explicitement comme tel et lui indique que l'on ne craint pas d'aborder un thème que beaucoup jugent tabou, ce qui autorise le patient à livrer son vécu intime.

La deuxième règle consiste à distinguer formellement confiance, connivence et confidentialité. chaque fois que le sujet cherche plus ou moins consciemment à faire

du médecin le "complice" de son projet mortifère ("Je ne le dis qu'à vous", "Je vous demande de respecter ma décision et de ne pas me trahir", etc.), en rappelant que la démarche de soins vise à apaiser la souffrance, non à supprimer la vie, et que le secret médical ne saurait se confondre avec une non-assistance à personne en danger, encore moins à une complicité de meurtre.

#### ***- Centrer l'échange sur la souffrance du sujet***

Lorsque le sujet accepte d'évoquer ses ruminations suicidaires, l'objectif du médecin ne consiste pas à lui opposer "toutes les bonnes raisons qu'il devrait avoir de rester en vie", à s'efforcer de lui "changer les idées" d'une manière artificielle et plaquée, à le culpabiliser ou à proposer force conseils qui ne rassurent évidemment que celui qui les prodigue. Il ne s'agit pas non plus de s'enliser dans un débat pseudo-philosophique sur les éloges comparés de la liberté de chacun à disposer de lui-même, du droit de vivre donc de mourir, du courage ou de la lâcheté. Le médecin a pour but principal d'amener le sujet suicidaire à restaurer en lui l'envie de vivre en l'aidant à identifier la nature de sa souffrance pour pouvoir y faire face et lui donner un sens. À charge, pour lui, d'éviter les projections personnelles et d'inviter le patient à se poser des questions. En réalité, le sujet en détresse n'attend pas de réponses toutes faites à des problèmes qui lui sont intimes. Il a besoin d'être reconnu, écouté et encouragé à appréhender sa souffrance avec moins de peur et de honte.

#### **- Faciliter la mise en mots des affects**

Chez le sujet suicidaire, l'agir - sous toutes ses formes - est vécu comme le seul moyen efficace d'apaiser la souffrance psychique. Il donne au sujet l'illusion d'une maîtrise et vise à diminuer transitoirement les tensions internes en leur donnant une voie de dérivation. Le problème est que celles-ci réapparaissent très vite en l'absence d'élaboration, obligeant le sujet à reproduire des actes en lieu et place d'une parole qui ne parvient pas à exprimer la douleur morale ressentie. Le médecin doit donc inciter le patient à mettre des mots sur ce qu'il éprouve et lui proposer une écoute active. L'important est de ne pas laisser le sujet croire que l'on peut "le comprendre à demi-mot" ou "se mettre à sa place", mais de l'amener au contraire à découvrir que la verbalisation des sentiments et des émotions peut l'apaiser plus durablement que l'agir et lui permettre de faire des liens et des associations donnant du sens à sa souffrance.

#### **- Définir la nature des soins proposés**

À partir des propos recueillis et des signes constatés, le médecin doit indiquer au patient ce qu'il pense de son état et discuter avec lui des modalités thérapeutiques à mettre en place, en ambulatoire ou en institution spécialisée. Le choix est évidemment fonction en premier lieu de la gravité de la symptomatologie, mais il dépend aussi de la capacité du sujet à s'investir dans un projet de soins. En présence de signes tangibles de dépression, l'annonce du diagnostic doit se faire sans ambiguïté en utilisant des mots très simples. La prescription de médicaments doit s'assortir des explications et des recommandations ad hoc (bénéfices escomptés, précautions d'usage, posologie, durée, possibles effets secondaires...). Il est également utile d'insister sur le fait que la prise en charge ne se limite pas à la seule administration de psychotropes. On sait en effet que la résolution d'un épisode anxio-dépressif majeur et la prévention des rechutes imposent, conjointement au traitement médicamenteux, un travail d'élaboration psychique destiné à permettre au patient de donner un sens à sa souffrance. Quant aux modalités de la relation

thérapeutique, elles doivent être précisées, de même que le principe général de la psychothérapie, lorsqu'elle est retenue, demande à être éclaircie. Contrairement à ce que beaucoup croient, l'écoute psychothérapique ne consiste pas à prêter une attention passive et silencieuse à une parole manifeste qui ne dirait rien ou qui déviderait en continu une kyrielle de plaintes et de récriminations. Elle n'a pas non plus pour but de fournir des conseils censés amener le sujet à faire des choix qui ne seraient donc pas les siens. Au moyen de modalités particulières qui lui sont spécifiques, c'est à une écoute active qu'invite la psychothérapie, avec pour objectif le rétablissement des différents champs du langage, c'est-à-dire aussi bien le langage intérieur et ses chaînes associatives, que le discours parlé mettant en mots le ressenti et le vécu. Chemin faisant, le travail ainsi produit permet au sujet de composer avec ses propres ressources et de développer des réponses personnelles.

Quoi qu'il en soit, certains patients ne voient pas en quoi telle ou telle prise en charge peut changer leur situation, eux qui attribuent leur idéation suicidaire à une faillite affective et/ou matérielle irréparable. En l'occurrence, il n'est pas rare d'entendre de la part de quelqu'un qui relie sa détresse à une rupture sentimentale : "que pouvez-vous changer à ma situation ?" Le médecin doit alors indiquer que l'aide proposée ne consiste pas à résorber magiquement le problème, mais à permettre au sujet de l'examiner sous d'autres angles, car c'est précisément en évoquant ses difficultés à un tiers non impliqué dans "le problème" que le sujet peut découvrir de nouvelles perspectives qui l'aideront à le résoudre ou à le dépasser. Face à un patient qui refuse tout soin et qui revendique "qu'on le laisse se suicider", il convient d'opposer un discours et une attitude fermes qui ont d'ailleurs souvent pour effet de rassurer le patient. Dans les cas les plus graves, une procédure d'HDT doit être retenue, l'hospitalisation sous contrainte permettant d'amorcer des soins jusque-là catégoriquement refusés par le patient. L'expérience indique d'ailleurs que la plupart des HDT peuvent être rapidement levées et se poursuivre par une prise en charge à laquelle le patient adhère de plein gré.

### **3.2 En milieu hospitalier**

La prise en charge du sujet suicidaire a les objectifs suivants :

#### ***- Contenir le sujet en souffrance suicidaire***

Il s'agit de lui proposer un cadre thérapeutique adapté et tolérable : visite des lieux et lecture commentée avec un soignant du règlement intérieur stipulant ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas, les horaires des différentes activités, etc.; inventaire et retrait, dès l'admission et en accord avec le patient, des objets personnels jugés dangereux, sans pour autant aboutir à une "fouille douanière" et à l'instauration de "mesures d'allure carcérale" (remplacement systématique des couverts en métal par des couverts en plastique, confiscation des lacets de chaussures, etc.) qui confondraient contenance et détention ; suppression momentanée des contacts avec l'extérieur lorsque ceux-ci réactivent la détresse du sujet; disponibilité soignante pour répondre aux sollicitations du patient et régulièrement lui proposer des entretiens de soutien ou d'évaluation afin de substituer la parole aux passages à l'acte.

#### ***- Evaluer l'état psychique du sujet de manière approfondie***

Il s'agit de collecter et d'examiner les arguments cliniques, psychopathologiques et sociaux permettant une appréciation plus fine de la symptomatologie et de la situation socio-familiale considérées. Cette évaluation pluridisciplinaire représente

idéalement une synthèse des différentes approches effectuées par chaque professionnel de l'équipe (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale...). Elle suppose des temps d'échanges et de concertations institutionnels dont la fréquence et la régularité contribuent à la stabilité du cadre thérapeutique. Lorsqu'une conduite à tenir est définie, les dispositions qui en découlent doivent être discutées avec le patient, ses proches et le médecin traitant afin d'obtenir leur adhésion et leur alliance.

**- *Initier ou modifier le traitement***

Il s'agit d'articuler les différentes modalités de soins de façon synergique (chimiothérapie, entretiens d'élaboration, groupes de parole, activités d'expression, etc.) que la prise en charge en ambulatoire ne permet pas en situation de crise. Il est à cet égard capital que le médecin traitant soit étroitement associé aux décisions retenues.

**- *Permettre une médiation effective entre le sujet et son entourage***

Il s'agit de constituer un espace tiers susceptible de les aider - séparément puis ensemble - à prendre la mesure de leurs dynamiques personnelle et familiale et à identifier, au moins en partie, les enjeux de leur détresse. L'hospitalisation permet d'entériner la souffrance du sujet et, dans un premier temps, de se centrer sur elle; mais elle doit rapidement déboucher sur la restauration du dialogue entre le sujet et ses proches.

**- *Déterminer les modalités optimales de suivi ultérieur***

Il s'agit de prendre en compte l'évolution du patient, ses besoins d'accompagnement ou de soutien, ses possibilités d'implication dans un travail d'élaboration psychique, la qualité de l'étayage familial et social, etc. Là encore, plus les soignants s'interrogent précocement sur la forme et le contenu des soins à poursuivre en post-hospitalisation, plus ils associent le médecin traitant à cette démarche, plus ils impriment une dynamique qui facilitera la prise en charge ultérieure. Le séjour en institution doit en effet avoir pour objectif de préparer le patient à des relais ambulatoires futurs pour éviter qu'il ne s'"installe" dans une position passive et régressive "en marge de la vraie vie", même si cet axe thérapeutique nécessite des réhospitalisations ou des aménagements transitoires (hôpital de jour, de nuit...).

#### **4. Difficultés et limites du suivi**

En pratique, nombre de médecins se sentent démunis devant un patient suicidaire et la nécessité d'un suivi à court terme se heurte à plusieurs obstacles :

**- *Le manque de formation des médecins généralistes***

L'approche de la psychiatrie reste insuffisante dans l'enseignement de la médecine, tant du point de vue théorique que clinique. En médecine générale, les symptômes dépressifs le plus souvent repérés sont la fatigabilité, les troubles du sommeil et l'anxiété (4), d'où la fréquence des réponses thérapeutiques dirigées sur ces seuls signes. D'autre part, la formation psychiatrique succincte reçue pendant ses études ne permet au généraliste de se familiariser avec les techniques d'entretien et d'écoute. Dès lors, il ne sait pas toujours établir une relation thérapeutique souple évitant "l'interrogatoire" rigide au profit de questions simples mais directes permettant au patient d'extérioriser des ruminations pessimistes, une réduction des intérêts. une anhédonie. Certains praticiens interrogent rarement sur les idées

suicidaires, craignant à tort de les susciter par leurs questions. Une autre difficulté réside dans le seuil de sévérité à retenir. En l'absence de critères spécifiques, le médecin est tenté de prendre en compte les répercussions sur le fonctionnement social du patient, bien plus que la sévérité des symptômes dépressifs eux-mêmes.

#### ***- L'ambivalence des patients suicidaires***

Les études épidémiologiques indiquent que le nombre de patients suicidaires ayant consulté un médecin généraliste dans les semaines précédant leur passage à l'acte, est non négligeable : 20 % des suicidés l'ont fait dans la semaine précédente, 83 % dans l'année, la densité de consultation augmentant à mesure que l'on se rapproche du suicide (5). Les patients en détresse psychologique qui consultent un médecin sont donc en attente d'une aide. Il leur est cependant très difficile de faire état de leur idéation suicidaire, par peur d'être jugés ou incompris par un interlocuteur dont ils veulent conserver l'estime. Ils appréhendent "l'étiquette psy" et cherchent souvent à présenter leurs plaintes d'une manière "logique", quitte à taire certains aspects de leur souffrance. C'est sans doute aussi la crainte de décevoir l'autre par un "aveu de faiblesse" qui explique pourquoi les patients suicidaires ne consultent pas toujours LEUR médecin habituel mais un autre praticien, comme l'indique une enquête récente effectuée dans cinq régions françaises (6). Quoi qu'il en soit, ils évoquent des préoccupations somatiques, expriment des allusions plus ou moins voilées, se perdent dans des détails conjoncturels, etc., en espérant secrètement que le médecin saura "lire entre les lignes" et reconnaître leur détresse. Leur demande ambiguë pourrait se résumer de la manière suivante : "Je vais mal mais je ne parviens pas à vous dire à quel point; à vous de le voir et de m'aider à l'exprimer si vous voulez que je vous fasse confiance". Il n'est pas rare que la démarche de certains patients suicidaires soit totalement paradoxale : ils envisagent la consultation d'un médecin à la fois comme un "ultime recours" et comme la dernière preuve d'échec qui leur manque pour définitivement se convaincre que "l'on ne peut plus rien pour eux". Dans de tels cas, plus le praticien se montre désarmé, incapable de nommer leur souffrance et d'évoquer le caractère ambigu de la "demande", plus ces patients se sentent abandonnés et incompris. C'est la raison pour laquelle le médecin doit proposer une alliance thérapeutique qui imprime en retour une demande au patient ("Je vois que vous souffrez mais je ne peux vous aider qu'avec votre participation. NOUS devons sortir de cette impasse qui nous rend otage de votre détresse"). En la matière, l'empathie, le respect et l'authenticité du médecin peuvent fonctionner comme de véritables leviers thérapeutiques capables d'écarter réticences et ambiguïtés du patient.

#### ***- La solitude du médecin dans sa conduite à tenir***

L'intervention "à chaud" du médecin généraliste au domicile d'un patient ayant fait une tentative de suicide (TS) ne se limite pas à l'assistance somatique. D'ailleurs, les situations les plus délicates à gérer ne sont pas celles où le transfert immédiat du suicidant en milieu hospitalier s'avère indiscutable. Ce sont au contraire celles qui autorisent a priori toutes les discussions, le passage à l'acte étant d'apparence minimale. Le médecin est alors souvent l'objet de multiples pressions émanant du patient lui-même, réfractaire à l'hospitalisation proposée, de son entourage qui craint le qu'en-dira-t-on et qui est tenté d'annuler un acte interrogeant la dynamique familiale, ou de certains urgentistes sollicités par téléphone qui estiment l'acte trop bénin pour justifier une admission. Le fait est que l'on estime à 20 ou 30% la proportion des TS ne conduisant pas à une hospitalisation, surtout lorsque celles-ci

impliquent des sujets jeunes (6). La banalisation, le déni ("Il ne s'est rien passé") ou la crainte d'une dramatisation exagérée sont en grande partie responsables de tels évènements. Cette négation de l'acte suicidaire est malheureusement source de récurrences, car certains sujets en détresse réitèrent leur geste avec plus de violence pour que leur souffrance soit entendue. Dans l'expérience de notre équipe, 75 % des suicidants récidivant à très court terme - c'est-à-dire dans les trois mois - n'avaient pas été hospitalisés lors de leur précédente tentative (2).

En réalité, adresser un suicidant aux urgences est, la plupart du temps, préférable à toute autre disposition, à la fois pour des raisons somatiques et psychologiques. Du point de vue strictement physique, les arguments ne manquent pas (effet retardé de certains produits absorbés, incertitudes concernant la nature exacte des produits en cause, congruence variable entre la dangerosité potentielle d'une substance et l'altération de l'état de conscience qu'elle induit, potentialisation entre eux des toxiques ingérés, etc.). Du point de vue psychologique, si une TS sévère dans ses diverses composantes (préméditation, forte intention de mourir, précautions prises pour ne pas être découvert, répercussions somatiques importantes) engage naturellement le médecin à se montrer réservés quant à l'état psychologique du sujet, il serait faux de croire qu'une TS de moindre gravité somatique correspondrait à une souffrance psychique minime. Que le suicidant parle d'un désir de mourir, de dormir ou d'oublier, l'adresser aux urgences - même si son état somatique ne semble pas l'imposer - répond à une exigence : reconnaître et gérer l'expression d'une volonté de rupture qui demande à être contenue et évaluée hors du milieu familial.

Or, le médecin généraliste est confronté à trois types de problèmes :

- Il doit parvenir en un minimum de temps et dans des conditions souvent sommaires à expliquer le bien-fondé de sa décision d'orientation à un patient et à un entourage fréquemment opposés à une telle décision;
- Il doit pouvoir compter sur la cohérence de l'institution hospitalière dans son rôle de médiateur et de tiers, en accueillant tous les suicidants, y compris ceux dont l'état physique semble loin d'être critique, et en relayant les soins somatiques par une évaluation médico-psycho-sociale approfondie in situ;
- Dès la sortie de son patient, il doit avoir rapidement connaissance des conclusions de l'équipe hospitalière, ce qui est encore loin d'être le cas. Un omnipraticien sur cinq seulement est contacté par le service de soins où le patient a été hospitalisé (6). Nombreux sont les praticiens qui reprochent à l'institution hospitalière le manque de communication et de coordination avec eux, le retard et le caractère trop peu explicite des courriers qui leur sont adressés, l'absence de contacts spontanés de la part des services hospitaliers, la trop courte durée des hospitalisations, les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous ultérieur de consultation psychiatrique, etc.

#### ***- La crainte de la "psychiatisation"***

Lorsque leur médecin généraliste évoque avec eux l'utilité d'un "relais psy", beaucoup de suicidants sont a priori réticents, par peur de tout ce qui touche à la folie ou par conviction erronée de connaître la nature de leurs difficultés. Ces patients sont en effet dans l'incapacité de s'investir dans un projet thérapeutique dont ils ne perçoivent ni l'intérêt ni le sens. En panne d'élaboration psychique, ils sont aussi très souvent en attente d'une résolution magique de leurs conflits, misant sur l'oubli, la fuite ou la subite compréhension de leur entourage. Pour aplanir ces résistances et accompagner les patients dans une démarche de soins appropriée, le rôle du médecin traitant est primordial. Mais l'omnipraticien doit accepter d'être le pivot autour duquel s'organise la prise en charge et il doit être reconnu comme tel

par l'entourage et ses confrères spécialistes amenés à intervenir. Or, de nombreux médecins généralistes font état de difficultés à ces différents niveaux :

- Certains praticiens considèrent la psychiatrie comme une spécialité "à part", aux confins de la médecine, avec des logiques et des fonctionnements flous ou incompréhensibles. Cette attitude de défiance n'est pas seulement liée à l'ignorance de cette spécialité; elle est largement amplifiée par l'hermétisme de certains

"thérapeutes" et leur absence injustifiée de volonté de collaboration transdisciplinaire;

- D'autres praticiens se sentent prisonniers des intérêts contradictoires du suicidant et de ses proches et ne parviennent pas à passer le relais, craignant la stigmatisation ou la dramatisation abusive autour de la notion de "troubles mentaux". Au delà de leurs propres réticences éventuelles vis-à-vis de la psychiatrie, ces médecins perçoivent mal leur rôle de médiateur et de tiers référent;

- D'autres enfin, les plus nombreux aujourd'hui, déplorent le manque de correspondants psychiatres et les délais anormalement longs pour obtenir un rendez-vous.

Tous ces aspects méritent des améliorations et une plus grande concertation inter-professionnelle. Les réticences du patient pour accepter un "relais psy" sont souvent liées à celles de l'entourage et aux diverses résistances médicales plus ou moins conscientes émanant du praticien ou de ses correspondants. Afin que le sujet n'éprouve pas un sentiment d'abandon ou de rejet, le médecin doit lui expliquer pourquoi un tel relais est souhaitable et ce qu'il convient d'en attendre. Ce peut être parce que les symptômes présentés nécessitent un avis spécialisé, voire imposent l'instauration et la surveillance d'un traitement chimiothérapeutique spécifique. Il est important de dire à un patient que les troubles qu'il présente ne disparaîtront pas d'eux-mêmes et que l'aide d'un psychiatre est indispensable. Ce peut être aussi parce que l'écoute simple, même attentive, n'apparaît plus suffisante. L'indication d'une psychothérapie est alors à discuter. Cela suppose que l'omnipraticien collabore avec des correspondants thérapeutes dont les méthodes lui sont connues et qui acceptent de recevoir les patients adressés, même si l'indication d'une psychothérapie reste encore à évaluer. Préalablement informés et préparés à cette démarche par leur médecin, ces patients-là investiront d'autant mieux le relais proposé qu'ils en auront compris le sens et l'utilité potentielle, et qu'ils ne vivront pas ce passage comme un abandon qui ne dirait pas son nom. Cette articulation entre omnipraticiens et professionnels de santé mentale est incontestablement l'un des maillons essentiels du réseau transdisciplinaire requis pour la prise en charge des patients en détresse suicidaire.

## BIBLIOGRAPHIE

1. POMMEREAU X, Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent, La Revue du Praticien, 1998, 48 : 1435-1439.
2. POMMEREAU X, L'adolescent suicidaire, Paris : Dunod, 1996, 238 p.
3. POMMEREAU X et Coll, Dépression et suicide, Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression, SmithKline Beecham éd., 2000, 64 p.
4. BOYER P et Coll, Dépression et santé publique, Données et réflexions, PRID, Acanthe, Masson, SmithKline Beecham, Paris, 1999.
5. PIRKIS J, BURGESS P, Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry. 1998. 173 : 462-474.

6. Prévention des suicides et tentatives de suicide : Bilans régionaux. Etat des lieux 1995-1997. Paris : Prémutam, 1998 : 25-33.

## Suivi après la crise suicidaire, à moyen et long terme

Dr Alain Braconnier

Centre Philippe Paumelle - Paris

La prise en charge post-critique des suicidants est très variable selon les patients, selon les modalités d'exercice et surtout selon le contexte du dispositif de soins où ils sont accueillis. Le médecin oriente les suicidants selon les troubles présentés et en fonction des ressources sanitaires et sociales locales.

Plus étonnant encore, une méta-analyse effectuée par Patrick Hardy conclue que la plupart des études prospectives contrôlées n'ont retrouvé aucune différence significative en matière de taux de suicide ou de récurrence entre les suivis par des traitements structurés (psychiatrique, psychosocial, psychopharmacologique ou psychothérapique) et un accompagnement ou même une absence d'accompagnement. Certes, un certain nombre de biais méthodologique peuvent expliquer cette absence de différence : grande variabilité de la durée du suivi (selon les études de 3 mois à 5 ans), de la taille des échantillons (de 20 sujets à 1351), exclusion pour des raisons éthiques des cas les plus sévères, etc. Un autre élément est à prendre en compte : un suivi structuré ne montre pas une différence significative d'efficacité peut-être en partie due au manque d'alliance thérapeutique ou d'adhésion des suicidants. La conclusion de l'auteur est donc que si l'intérêt d'une intervention structurée psychiatrique initiale durant la phase d'hospitalisation aux urgences est certes maintenant reconnu par tous, l'efficacité des prises en charge ultérieures ne répond pas à des recommandations étayées par la littérature et dépend beaucoup plus de leur adéquation aux besoins spécifiques des suicidants.

Il devient alors logique de penser que les programmes thérapeutiques globaux paraissent moins pertinents que des stratégies adaptées à des sous-groupes particuliers de suicidants selon la psychopathologie (déprimé ou non déprimé, état limite ou non état limite, situation de crise ou stress chronique, isolement ou contexte soutenant, etc.). En effet, comme le souligne M. Walter, les protocoles post-hospitaliers généraux à visée psychothérapique ou à visée sociale paraissent peu adaptés à l'ensemble des suicidants, des traitements plus ciblés ont pu faire la preuve d'une certaine efficacité. A titre d'exemple cet auteur cite Montgomery qui a montré l'efficacité de l'administration d'un psychotrope (20 mg IM de Flupendixol, toutes les 4 semaines, chez les suicidants récidivistes présentant une personnalité borderline). De même Salkovskis a mis en évidence que les thérapies cognitivo-comportementales étaient susceptibles de réduire les tendances suicidaires chez des sujets à haut risque de récurrence. Dans la même démarche, Lineham trouve une diminution de la récurrence suicidaire pour des patients suicidants " état limite " traités pendant un an par TTC.

Il faut ajouter que la majorité des études prospectives contrôlées ne portent pas sur l'approche psychothérapique analytique et encore moins sur la psychanalyse telle qu'elle est souvent proposée en pratique par un certain nombre de praticiens ou de centres français.

Il faut donc souligner que le lieu, le moment et le caractère formel des rencontres au moment de la crise définissent un cadre institutionnel où peuvent être envisagés et discutés de façons diverses les conditions exactes de sortie du suicidant ainsi que les modalités de la conduite à tenir ultérieurement. A ce stade le contact avec le médecin traitant est bien entendu capital afin que le patient et son entourage

perçoivent clairement un souci de continuité des soins comme cela a été conseillé dans le rapport de mars 1989 de la Direction Générale de la Santé sur " L'accueil et la prise en charge à l'hôpital des adolescents suicidants ". Ce même rapport retenait qu'en ce qui concerne les jeunes suicidants un tiers présentait des troubles psychiatriques patents conduisant à envisager une orientation spécialisée, qu'il s'agisse d'un transfert vers un dispositif de soins de secteur, vers une maison de santé ou vers une prise en charge ambulatoire soutenue individuelle ou familiale. Le rôle du praticien ou de l'équipe au moment de la crise suicidaire consiste alors souvent à dédramatiser une telle orientation et à servir de relais afin que le jeune patient et son entourage n'éprouve aucun sentiment de rejet ou d'exclusion. Mais ce même rapport, toujours pour les jeunes patients, pensait qu'au contraire le simple retour à domicile assorti d'un suivi ultérieur régulier par le médecin traitant pouvait être envisagé en l'absence de tout élément pathogène patent et compte tenu de la mobilisation familiale ainsi que de la qualité des investissements. Au total ce rapport proposait que pour près d'un jeune suicidant sur deux il apparaissait indispensable d'aménager des modalités spécifiques de prises en charge à court et moyen terme. Ceci est conseillé pour des sujets ne présentant pas de troubles mentaux patents mais qui demeurent en situation de crise suicidaire en raison notamment des difficultés d'élaboration et de verbalisation qu'ils éprouvent. Le problème est que, comme ce rapport le souligne, du moins en ce qui concerne les jeunes patients et tout particulièrement, ce type de jeune patient, l'adresse qui est donnée n'est pas suivie d'effet car les sujets ne s'y rendent presque jamais en raison de la crainte que leur inspire le champ psychiatrique traditionnel. La proposition qui en découle est de mettre en place un dispositif hospitalier de consultations externes lié étroitement au lieu où la crise suicidaire a été prise en charge, destiné à recevoir les jeunes patients au cours de rencontres à échéance limitée dans le temps afin de les accompagner jusqu'à la résolution de la crise ou de les préparer à s'engager ultérieurement dans une démarche psychothérapique plus traditionnelle. Ce rapport insistait sur l'aspect favorable de cette stratégie puisque l'indice de fréquentation de ces consultations atteindrait 80 % des jeunes auxquels elles sont proposées ce qui incite à penser que l'acceptation de soins psychiatriques à l'hôpital général est l'objet d'une crainte et d'un rejet moins massifs. Ce constat a été réalisé par Xavier Pommereau. L'approche " intermédiaire " ainsi proposée a été définie par le Docteur Pommereau par une durée d'intervention limitée à six mois et une fréquence maximum d'une consultation par semaine, voire le plus souvent une par quinzaine, mais avec la possibilité de fonctionner sur un mode suffisamment souple pour proposer seulement trois à cinq entretiens mensuels ou trimestriels. Bien évidemment pour les jeunes patients les parents sont systématiquement associés, cette équipe considérant que la mobilisation de ces derniers a un puissant effet de soutien et que l'indication d'une prise en charge familiale est discutée cas par cas. Cette même équipe souligne dans ce rapport remontant à 1989 que cette stratégie a néanmoins des limites liées en particulier à l'absence de structures de relais et de la trop brève durée d'un certain nombre de séjours au moment de la crise, brièveté de la durée qui ne permet pas de mettre en place ce suivi ultérieur. Cette équipe souligne donc, comme beaucoup, l'intérêt d'une mise en observation de quelques jours permettant la mise en œuvre des modalités de la prise en charge ultérieure. Le Docteur Pommereau dans un document plus récent souligne la nécessité de prendre en compte le temps et donc la poursuite ultérieure du travail dans un cadre externe après la crise suicidaire pour que le sujet se prépare et puisse tenter de donner un sens à un acte aussi important que le geste suicidaire. Toujours à propos de cette population d'adolescents

suicidants, la nécessité d'un suivi ultérieur est souligné, une fois de plus en contradiction avec les études programmées. Il faut citer ici l'intérêt sur lequel certains insistent, d'une prise en charge institutionnelle comme peut le réaliser la Fondation des Etudiants de France. Un autre point souligné par beaucoup d'auteurs est que l'orientation du patient vers des intervenants qu'il ne connaît pas après une crise suicidaire, sans établissement de liens étroits entre les équipes, est dans la quasi totalité des cas vouée à l'échec. Par contre chacun insiste sur la possibilité d'accroître la compliance des patients par diverses dispositions préalables à la sortie :

planification des rendez-vous, remise des coordonnées d'un centre ou d'une équipe, respect d'un délai suffisamment court. Un élément considéré comme souhaitable est le fait que le patient soit revu rapidement, entre deux à sept jours après la sortie de l'institution où était traitée la crise suicidaire. Il est même recommandé que si le sujet ne se présente pas aux rendez-vous qui lui ont été proposés il est utile que les intervenants effectuent des rappels de ces rendez-vous, au besoin par téléphone. De même le bon sens amène à penser que s'il y a des indices importants de détresse persistant au moment de la sortie de la crise suicidaire, il est utile de favoriser des actions sur le lieu de vie comme les visites à domicile. S. Kogan affirme un taux d'observance de 37 % quand seule l'indication d'un nom et d'un numéro de téléphone est donné au patient. Mais d'un point de vue plus général H.J. Möller conclue à un taux d'observance primaire (présence au premier rendez-vous) de 30 % et un taux d'observance effectif (présence à au moins 3 rendez-vous) de 24 %.

Il faut évidemment prendre aussi en compte des facteurs liés aux patients et/ou à la famille et des facteurs liés au clinicien qui a effectué le premier entretien auprès des suicidants.

Le seul facteur significatif concernant le patient lui-même est l'existence d'un contact antérieur avec un service de psychiatrie, comme si le patient voulait prévenir une réhospitalisation par le recours à un traitement ou une prise en charge ambulatoire. Par contre les caractéristiques socio-démographiques, économiques et même diagnostiques interviennent peu. Bien évidemment le déni de la tentative de suicide par le patient et/ou sa famille est significatif. Le rôle de la famille est repéré par certains auteurs comme particulièrement important. Un lien est observé entre la faible observance et l'existence d'un dysfonctionnement familial ou l'existence d'une pathologie psychiatrique non traitée chez les parents des jeunes suicidants.

Parmi les facteurs relatifs aux médecins, la prise d'un rendez-vous par le patient lui-même et la longueur de la liste d'attente sont incontestablement des éléments défavorables alors que la distance kilométrique ou plus étonnamment le type de prise en charge proposée ne semble pas jouer un rôle majeur. Mais le facteur essentiel concernant le taux d'observance semble relever du clinicien qui effectue le premier entretien auprès du suicidant. Si certains cliniciens sont capables de convaincre la plupart des suicidants, d'autres les persuadent très peu comme ceux par exemple qui annoncent brutalement en fin d'entretien la nécessité d'un tel suivi. La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître que le taux d'observance double si le clinicien lui-même prend le rendez-vous de suivi avec le collègue receveur. Cependant c'est surtout la continuité des soins qui paraît le meilleur garant d'une bonne observance : quand le clinicien établit une relation psychothérapique par une série d'entretiens préliminaires le taux d'observance est significativement amélioré (plus de 60 %). Le taux optimal de rendez-vous pour l'observance, par une moyenne de quatre à cinq rendez-vous rapprochés le premier mois suivant le geste et un suivi assuré par le même médecin qui a initialement pris en charge le patient aux urgences à l'hôpital (D. Cremniter).

Il apparaît donc urgent maintenant de repérer les suicidants ayant un risque d'évolution péjorative et de déterminer les stratégies thérapeutiques les plus adaptées. A ces deux questions il est encore insuffisamment aujourd'hui répondu.

## BIBLIOGRAPHIE

- Rapport sur " l'accueil et prise en charge à l'hôpital des adolescents suicidants ", 1989, Direction Générale de la Santé
- CREMNITER D. La prise en charge psychothérapique des patients suicidaires, 1998, Neuro-psy, N° sp., p. 44-47
- HARDY P. La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins, Doin, Paris, 1987
- KOGAN L.S. The short-term case in a family agency, 1957, Social Casework, 38, 296-302
- LINEHAN M.M., AMSTRONG H.E., SUAREZ A. et coll. Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, 1991, Arch. Gen. Psychiatry, 48, 1060-1064
- MILLET B., HALFON O., LAGET J., BARRIE M.D. Tentatives de suicide de l'adolescent. Indications d'une prise en charge institutionnelle, 1994, Neuropsychiatrie de l'Enfance, 42, 10, 704-710
- MÖLLER H.J. Efficacy of different strategies of aftercare for patients who have attempted suicide, 1989, J. of the Royal Society of Med., 82, 643-647
- MÖLLER H.J. Attempted suicide : efficacy of different aftercare strategies, 1992, International clinical psychopharmacology, suppl. 6, 58-69
- MONTGOMERY S.A., MONTGOMERY D., Pharmacological prevention of suicide behaviour, 1982, J. Affect. Disord., 4, 291-298
- MORGAN H.G., JONES E.M., OWEN J.H., Secondary prevention of non fatal deliberate selfharm. The Green Card Study. 1993, Br. J. Psychiatry, 163, 111-112
- PIACENTINI J. et coll., Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters, 1995, Journal of consulting and clinical psychology, 63, 469-73
- POMMEREAU X. Tenants et aboutissants de la prise en charge des jeunes suicidants : l'expérience bordelaise, 1993, Le nouveau mascaret, 20, 8-14
- ROGAWSKI A.B., EDMUNDSON B. Factors affecting the outcome of psychiatric interagency referral, 1971, Am. J. Psychiatry, 127 : 925-934
- SALCOVSKIS P.M., ATHA C., STORER D. Cognitive behavioural problem solving in the treatment of patients who repeated attempt suicide. A controlled trial, 1990, Br. J. Psychiatry, 157, 871-876
- WALTER M. Réflexions concernant les modalités de prise en charge des patients suicidants en urgence et post-urgence, 2000, L'Information psychiatrique, 76, 5, 541-548

## **Le rôle de l'entourage dans la prévention du suicide**

Brian L. Mishara, Ph.D.

Directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie Professeur,  
Département de psychologie - Université du Québec à Montréal

L'entourage, et plus particulièrement la famille immédiate, joue un rôle incontournable dans le processus suicidaire. Malgré l'importance de la famille dans le processus suicidaire, peu d'études empiriques se sont intéressées aux relations familiales et très peu d'information sur les meilleures façons d'inclure les membres de l'entourage dans la gestion de la crise suicidaire sont disponibles.

Le présent manuscrit résume des recherches empiriques sur le rôle de la famille et de l'entourage avant, durant et après une crise suicidaire, et propose des recommandations aux intervenants qui découlent de ces recherches ainsi que d'expériences cliniques. Ce document décrit également quelques projets-pilotes en voie d'évaluation et qui visent l'apport d'aide aux personnes suicidaires par le biais d'interventions auprès des membres de l'entourage.

### **Quelques recherches**

#### **Est-ce que les proches reconnaissent un suicide/une tentative imminente ?**

Les intervenants ont généralement leur premier contact avec les proches d'une personne suicidaire, lorsqu'un ou des membres de l'entourage croient qu'un geste suicidaire peut être imminent, ou sinon, suite à une tentative de suicide. On peut se demander tout d'abord si les proches reconnaissent le danger d'une tentative de suicide imminente. Chez les enfants, les mères semblent reconnaître plus d'idées suicidaires que rapportées par leurs enfants. Dans une étude de Velez et Cohen (1988), chez 752 enfants choisis au hasard dans l'état de New York, on a comparé l'idéation suicidaire et les tentatives de suicide rapportées par les enfants avec ce que leurs mères connaissaient de ces mêmes variables. Cette étude a démontré que les mères perçoivent un plus grand nombre d'idées suicidaires que les enfants eux-mêmes. Cependant, en général, les mères n'étaient pas au courant des tentatives de suicide "mineures" rapportées par les enfants.

Une étude fascinante a été effectuée par Wolk, Wasserman (1986) dans laquelle les communications du suicidaire avec un de ses proches juste avant la tentative de suicide étaient analysées. Les chercheurs ont identifié les suicidaires comme étant névrotiques (n=14), alcooliques ou toxicomanes (n=19) ou pré-psychotiques, ou psychotiques (n=7).

Des 40 patients admis dans une unité de soins intensifs suite à une tentative de suicide, ils ont trouvé que 18 des proches avaient déjà eux-mêmes commis une tentative de suicide. Presque tous les patients (37 sur 40) ont communiqué leur intention de s'enlever la vie et 31 des proches ont dit avoir reconnu cette communication du suicidaire. Les auteurs ont identifié des différences entre les névrotiques, les toxicomanes et les pré-psychotiques et psychotiques. Selon eux, les névrotiques étaient moins directs dans leur communication verbale de l'intention de se tuer, alors que les toxicomanes ont directement exprimé leur intention suicidaire, tandis que les pré-psychotiques et psychotiques avaient tendance à s'isoler juste avant la tentative.

Les auteurs soulignent qu'il y avait souvent de l'ambivalence concernant l'aide à

apporter à la personne suicidaire, particulièrement chez les alcooliques et les toxicomanes. Les auteurs suggèrent que cette ambivalence ainsi que l'expression d'agressivité de la part des proches étaient peut-être liées au fait que les alcooliques et toxicomanes ont un processus suicidaire de longue durée et que souvent, ils avaient déjà fait plusieurs tentatives de suicide. De même, très souvent les proches croyaient que les problèmes étaient trop envahissants et insolubles. Cependant, ils ont souvent ressenti de la culpabilité suite à la tentative de suicide, une culpabilité liée à leur propre désir d'interrompre le problème qui se serait produit si la personne était morte de sa tentative.

Dans une étude subséquente auprès de 40 suicidaires (Wasserman, 1989), l'auteur a trouvé que dans 8 des 40 cas, les proches ont retardé leur arrivée à la maison ou ont quitté les lieux même quand ils savaient qu'une tentative de suicide avait effectivement lieu. Dans tous ces cas, il s'agissait de conjoints d'alcooliques ou de toxicomanes. Dans deux cas, les proches ont demandé de ne pas réanimer le suicidaire après une tentative. Dans ces deux cas, il s'agissait de femmes qui avaient 74 et 81 ans. Selon l'auteur, il arrive souvent que les membres de la famille agissent pour leur propre bénéfice et non pour celui du suicidaire. Ils se sentent souvent épuisés par l'aide demandée par la personne suicidaire, particulièrement lorsqu'il s'agit de personnes plus âgées qui souffraient de problèmes depuis longtemps. Dans une ancienne étude, Mishara, Baker et Mishara (1976) ont comparé les réactions des amis d'étudiants universitaires à leurs idéations et menaces de suicide. Ils ont catégorisé les réactions comme étant "ouvertes" ou "fermées". Une réaction "ouverte" comporte toute discussion des problèmes avec la personne ayant menacé de se tuer. Les réactions "fermées" incluent les cas où l'ami n'a pas discuté des problèmes avec la personne suicidaire ou l'a tout simplement référé aux ressources d'aide sans parler ou poser des questions sur sa situation actuelle. Ils ont trouvé que, selon la perception des personnes suicidaires, les personnes dans leur entourage qui ont eu des réactions ouvertes à leur verbalisation ont été aidés par des amis et cette aide pouvait avoir diminué le risque d'une tentative éventuelle.

Les études sur l'identification d'un potentiel suicidaire par les membres de l'entourage indiquent qu'une piste prometteuse pour la prévention du suicide peut être d'apprendre aux membres de l'entourage comment identifier un potentiel suicidaire et réagir de façon appropriée.

### **Est-ce que les proches aident le suicidaire après sa tentative ?**

Quelques études se sont penchées sur la manière dont les membres de l'entourage réagissent suite à une tentative de suicide et si ces réactions peuvent augmenter ou diminuer le risque d'une récurrence.

Une des premières études de cas fut effectuée par Litman (1964) qui a présenté des cas cliniques dans lesquels les proches étaient incapables d'agir; se sentaient figés et ne savaient pas quoi faire ou quoi dire devant la verbalisation des intentions suicidaires. Dans une étude auprès de 534 jeunes suicidaires (77% filles et 23% garçons) âgés de 14 à 17 ans et leurs parents, Angel et al. (1978) ont trouvé que 81% n'avaient pas envisagé la tentative de suicide et que plus d'un parent sur cinq (22%) ont indiqué des sentiments d'agressivité à l'égard de leur fille/fils après la tentative, et un autre 22% se sont montrés indifférents. Les adolescents suicidaires dans cette étude ont soit reproché à leurs parents un manque d'autorité ou bien une trop grande autorité.

Rotheram-Borus et al. (1996) ont publié un article intéressant qui porte sur les façons d'utiliser les ressources familiales lorsqu'un des enfants ou un autre membre

de la famille arrivent à l'urgence suite à une tentative de suicide. Les auteurs indiquent que, malgré la bonne volonté du personnel et des membres de la famille, il arrive souvent que des barrières font en sorte que la famille n'appuie pas l'adhésion au traitement. Ces barrières sont: l'anxiété liée aux circonstances, de la compulsion de la part de l'entourage qui ne sait pas comment se comporter dans une salle d'urgence ainsi qu'un sentiment que les membres du personnel doivent croire que les membres de la famille sont responsables de la tentative de suicide. De plus, il y a la crainte d'être étiqueté comme "fou" et que la famille soit un vecteur de la folie. Les auteurs indiquent qu'il faut sensibiliser le personnel de salles d'urgence aux angoisses et aux craintes des membres de la famille afin de mieux les aider et de leur expliquer comment jouer leur rôle important dans le traitement.

Peut-être que la façon dont un membre de la famille interprète la tentative de suicide a un effet sur les taux de récurrence. Il y a certainement un écart important entre la perception des proches (amis et membres de la famille) et la perception d'une personne suicidaire de sa tentative de suicide. Par exemple, dans une étude de Varadaraj et al. (1986), suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse, les auteurs ont demandé à 98 suicidaires ainsi qu'à 98 proches de ces suicidaires, pourquoi ces personnes avaient fait une tentative de suicide. Les proches ont souvent cru que le motif le plus important de la tentative était la vengeance et le désespoir. Cependant, les suicidaires eux-mêmes avaient tendance à dire que le motif le plus important de leur geste suicidaire était la recherche d'aide. Wenz (1978) a étudié ce qu'il a appelé "labelling" ou l'étiquetage par les membres de la famille et les amis d'une personne suicidaire, et une personne à risque de suicide elle-même. Il a étudié, en utilisant des échelles standardisées, jusqu'à quel point la personne suicidaire est perçue comme "suicidaire" après une première tentative de suicide. Wenz a trouvé que, lorsque les amis et les membres de la famille percevaient la personne comme étant "suicidaire" après une tentative de suicide, cela résultait en une probabilité significativement plus élevée d'une deuxième tentative de suicide. Cependant, la même relation significative n'a pas été établie entre l'étiquetage de la personne ayant fait la tentative elle-même et la probabilité d'une récurrence.

### **Approches avec la famille**

Il semble évident qu'il faille interagir avec la famille et les membres de l'entourage des personnes qui vivent une crise suicidaire. On peut se demander s'il existe une spécificité d'approche auprès de la famille d'une personne suicidaire qui permette de différencier ce que l'on peut ou doit faire dans l'approche avec les membres de la famille de n'importe laquelle personne touchée ou aux prises avec un problème de santé mentale. Il semble qu'il y a certains aspects de la situation d'une crise suicidaire qui nécessitent une approche spécifique. On suggère que:

- 1) Il faut évaluer le potentiel suicidaire de la personne en crise ainsi que celui des membres de la famille (planification du suicide, antécédents suicidaires, ressources déjà utilisées, alcoolisme et toxicomanie, réseau d'aide informel disponible).
- 2) Il faut exiger que les proches se débarrassent des moyens disponibles pour s'enlever la vie et surveiller l'accès aux moyens. Il s'agit de s'assurer qu'il n'y pas, à la maison, de médicaments susceptibles d'être utilisés pour s'enlever la vie, et évidemment, il faut sécuriser les armes à feu s'il y en a.
- 3) Il faut expliquer que, si la personne suicidaire demande à un proche de ne pas parler de ses idées et comportements suicidaires, il importe de lui faire savoir vos inquiétudes et de lui indiquer qu'un tel secret est trop lourd à porter pour une

personne seule, et aborder directement la question de confiance et de silence.

4) Il faut démystifier le suicide: ce n'est pas une maladie, ce n'est pas une tare génétique, ce n'est pas causé une autre personne, mais les membres de l'entourage peuvent aider facilement et le fait d'en parler avec une personne suicidaire ne va pas augmenter le risque d'une tentative.

5) Il faut s'assurer que les proches connaissent des ressources disponibles 24 heures par jour au cas où la personne suicidaire vive une crise aiguë ou que ses proches s'inquiètent.

Outre les suggestions ci-dessus, l'approche avec les membres de la famille semble suivre les mêmes critères que pour toute bonne thérapie individuelle ou familiale. Dans un article sur les réactions des membres de la famille et des amis face aux personnes suicidaires, Mishara (1995) suggère que les membres de l'entourage ont souvent des conceptions erronées concernant leur rôle dans l'intervention. Les gens peuvent croire:

1) Je suis la seule personne capable d'aider l'individu suicidaire. Personne ne peut jouer le rôle de sauveteur miraculeux. Cependant, toute personne suicidaire peut appuyer cette croyance par des énoncés du type "Tu es la seule personne qui me comprend", ou "Personne d'autre que toi ne peut m'aider". C'est rarement le cas.

2) La personne suicidaire a fait un mauvais choix en me choisissant comme confident. Les membres de l'entourage se sentent souvent inadéquats pour aider quelqu'un aux prises avec des décisions de vie ou de mort. Il faut énormément d'assurance pour aider un membre de la famille à croire qu'il ne peut pas faire de gaffes qui vont avoir comme effet la mort de quelqu'un, mais la seule aide amicale peut être bénéfique. Plus particulièrement, ils ne peuvent pas faire de tort s'ils parlent du suicide avec quelqu'un.

3) Il faut respecter le désir d'une personne suicidaire de rester seule. L'isolement est souvent une indication de risque élevé de passage à l'acte et peut être conçu comme un appel à l'aide. Il y a de risque de passage à l'acte plus élevé lorsqu'on laisse une personne suicidaire seule.

4) La personne suicidaire a tellement de problèmes que mes propres problèmes ne comptent pas. Il arrive souvent que les membres de la famille soient tellement convaincus de l'importance des problèmes de la personne suicidaire qu'ils en oublient leurs autres problèmes et difficultés, et ceci diminue leurs habiletés à être disponibles pour aider la personne suicidaire.

5) Si je parle avec la personne suicidaire, je peux apprendre des choses que je ne désire pas savoir. Puisque le sentiment de culpabilité est omniprésent, les membres de l'entourage peuvent éviter de parler des troubles parce qu'ils ont peur d'être confrontés par leurs échecs et insuffisances.

Selon certaines études, un nombre important de parents d'adolescents ayant fait une tentative de suicide ont souffert d'un problème psychiatrique, généralement la dépression, et même ceux qui ont identifié une menace ouverte de suicide chez leur adolescent(e) n'ont pas décelé le désespoir sous-jacent à la menace. (Snakkers et al., 1980).

Le thérapeute Joseph Richman (e.g. 1993) a beaucoup publié sur la thérapie familiale et son rôle dans la prévention du suicide des personnes âgées. Il caractérise les familles des personnes suicidaires comme:

1) Incapables d'accepter des changements associés aux séparations éventuelles par la mort

2) Vivant des conflits interpersonnels avec des échecs dans le règlement des problèmes familiaux

- 3) Vivant des problèmes de la structure familiale
- 4) Vivant des relations où un membre de la famille est identifié comme bouc-émissaire, alors qu'il y avait des relations problématiques (par exemple, relation sado-masochiste, relation ambivalente)
- 5) Vivant des problèmes affectifs, particulièrement l'agression ou la dépression
- 6) Vivant des problèmes de communication, soit des difficultés de communiquer, trop de secrets dans la famille ou trop de communication des dangers imminents
- 7) L'intolérance vis-à-vis les situations de crise, particulièrement concernant les séparations.

Richman trouve qu'il y a souvent des communications concernant la mort et que ces communications impliquent souvent les "double-binds". Il suggère qu'il est très important pour ceux qui font de la thérapie familiale de ne pas appuyer le point de vue d'un des membres de la famille et d'éviter de culpabiliser la personne suicidaire ou les autres membres de la famille même si certains individus semblent être la cause principale des problèmes. Aussi, il recommande de ne pas essayer de modifier les patrons d'interrelation familiale ayant des racines culturelles et ethniques qui durent trop longtemps pour être défaits lors d'une thérapie familiale. Cependant, Richman identifie clairement le client comme étant la famille qui se sent menacée ou qui vit énormément de stress ou de détresse plutôt que d'identifier le client comme étant la personne suicidaire. Il encourage l'expression des sentiments et particulièrement l'expression des sentiments de perte et de deuil.

Richman aborde la question complexe de ce qu'il faut faire lorsqu'il existe une situation de pacte de suicide où deux personnes ont l'intention de s'enlever la vie ensemble. Il conçoit ces pactes de suicide non pas comme étant des décisions rationnelles des personnes qui choisissent de ne pas continuer à vivre, mais plutôt comme un problème de couple et de système familial qui a besoin d'une résolution. Les membres du couple ont souvent le sentiment d'être pris dans une relation et une situation sans issue et ne savent pas comment obtenir l'aide dont ils ont besoin. Il arrive souvent qu'ils appuient leur projet de s'enlever la vie sur des histoires rapportées par les médias d'individus qui sont pro-suicide, comme la Société Hemlock. Il croit que dans ces cas que la relation symbiotique dans un couple de personnes âgés peut être un facteur dans le complot pour s'enlever la vie ensemble, mais peut-être aussi la base pour créer une meilleure relation de couple et pour diminuer le sentiment qu'il n'y a rien à faire. Il s'agit dans ces cas de transformer la relation symbiotique en une relation avec autant de symbiose mais dans laquelle il y a plus d'activités créatrice et de ce qu'il appelle "playfull regression" (régression animée ou joyeuse).

King et al. (1997) ont essayé de déterminer quelles sont les variables dans les familles qui sont liées à l'adhésion des adolescents suicidaires au régime de traitement qui inclue la prise de médicaments, la présence aux sessions de thérapie individuelle, et la participation aux sessions de thérapie familiale. Ils ont étudié 66 adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide, souffrant de dépression. Ils ont effectué une deuxième évaluation 6 mois après l'hospitalisation pour évaluer l'adhésion aux recommandations: ils ont trouvé que 67% ont continué à prendre leurs médicaments, que 51% ont continué en thérapie individuelle, et seulement 33% ont continué en session de thérapie familiale. De plus, ils ont trouvé que, lorsque les mères avaient un sentiment d'agressivité, les adolescents avaient moins tendance à continuer à prendre leurs médicaments, et que lorsque les mères avaient des symptômes de dépression ou des symptômes paranoïaques, il y avait moins de tendance à continuer les thérapies individuelle et familiale. et en général. le plus il v

avait de problèmes familiaux, le moins la probabilité que le jeune suive les recommandations était présente.

### **Est-ce que les variables liées à la qualité de la relation familiale augmentent le risque de suicide ?**

De nombreuses études indiquent que les jeunes suicidaires ainsi que leurs parents perçoivent que la relation familiale est moins agréable que chez les parents et adolescents non-suicidaires (e.g. McKenny et al., 1982). Keitner et al. (1987) ont trouvé des résultats semblables pour les adultes suicidaires hospitalisés pour dépression. Les patients suicidaires rapportaient un niveau de fonctionnement familial plus pauvre que les patients déprimés non-suicidaires et avaient une perception plus négative de la relation familiale que les membres de leur propre famille.

Il y a quelques années, lors d'une rencontre du GEPS, Jalenques, Maillot et Coudert (1987) ont présenté une conférence dont j'ai la version publiée dans Psychologie Médicale (Jalenques, Couderc et Maillot, 1988). Dans cette présentation, ils font recension des articles qui portent sur la transmission familiale des conduites suicidaires. Les études antérieures qu'ils ont recensées ainsi que d'autres études trouvent qu'entre 10% et 22% des adultes et adolescents ayant fait une tentative de suicide ont un parent qui a eu un comportement suicidaire. À cause des différences entre ce qu'on comprend comme comportement suicidaire, il est difficile d'évaluer l'importance de ces études. Certaines incluent, dans la catégorie comportement "menaces de suicide", alors que d'autres incluent une "tentative de suicide" seulement. Ils suggèrent qu'il est possible qu'un facteur génétique, surtout présent dans les études sur les jumeaux qui se sont suicidés, ou par une voie moins directe, des tendances familiales à souffrir de dépression ou de schizophrénie. Les auteurs décrivent entre autres qu'il y a souvent une identification à une maladie parentale qui peut être contournée par le transfert à un thérapeute qui favorisera "une modalité intégrative meilleure aidée par la demande explicite sous-tendue dans le contrat". "En un bref résumé, les temps forts furent une ouverture sur une "liberté de penser" totalement nouvelle à partir du contrat et de l'interaction émotionnelle et au travers de la formation des symboles au cours de la thérapie". Ils concluent avec le constat de Guyotat (1980) qui conçoit le suicide comme "renforçant l'organisation narcissique du lien de filiation", qui repose donc dans sa transmission familiale sur une double problématique de l'identité, mettant en jeu à la fois l'identification au suicidant "originaire" et la répétition de son expérience.

## **ANNEXE 1**

Cette annexe inclue une description d'un projet en cours, soit l'évaluation de sept projets pilotes d'aide aux hommes suicidaires âgés de 20 à 55 ans par l'intermédiaire de leurs proches. Ce projet de Suicide-Action Montréal, en collaboration avec le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) à l'Université du Québec à Montréal, vise à déterminer quelles sont les meilleures façons d'utiliser les proches pour aider une personne en crise suicidaire.

Bibliographie

## BIBLIOGRAPHIE

- Angel, P., Taleghani, M., Choquet, M., & Courtecuisse, N.(1978). Abord épidémiologique de la tentative de suicide de l'adolescent: Quelques réponses de l'environnement. *Évolution psychiatrique*, 43(2), 351-367.
- Jalenques, I., Maillot, S. & Coudert, J.A.(1988). Identification et conduites suicidaires: Transmission familiale des conduites suicidaires. *Psychologie Médicale*, 20(3), 351-354.
- Keitner, G.I., Miller, I.W., Fruzzetti, A.E., Epstein, N.B. et al.(1987). Family functioning and suicidal behavior in psychiatric inpatients with major depression. *Psychiatry Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 50(3), 242-255.
- King, C.A., Hovey, J.D., Brand, E., Wilson, R., & Ghaziuddin, N.(1997). Suicidal Adolescents After Hospitalization: Parent and Family Impacts on Treatment Follow-Through. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 85-93.
- Litman, R.E.(1964). Immobilisation response to suicidal behavior. *Archives of General Psychiatry* 11(3), 282-285.
- McKenry, P.C., Tishler, C.L., & Kelley, C.(1982). Adolescent suicide. A comparison of attempters and nonattempters in an emergency room population. *Clinical Pediatrics*, 21, 266-270.
- Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (1998). *S'entraider pour la vie: Stratégie québécois d'action face au suicide*. Québec: MSSQ.
- Mishara, B.L., Baker, A.H. & Mishara, T.T.(1976). The frequency of suicide attempts: a retrospective approach applied to college students. *American Journal of Psychiatry*, 133(7), 841-844.
- Mishara, B.L.(1995). How Family Members and Friends React to Suicide Threats. In B.L. Mishara (ed), *The Impact of Suicide*, pp. 73-81. New York:Springer Publishing Co.
- Maris, R.W., Berman, A.L., Maltzberger, J.T., & Yufit, R.I. (1992). *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: The Guilford Press
- Richman, J.(1993). Family therapy with the suicidal elderly. In *Preventing elderly suicide:Overcoming personal despair, professional neglect and social bias*, pp96-133. New York: Springer Publishing Company.
- Rotheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Miller, S., Graae, F., Dunne, E., & Cantwell, C.(1996). Toward Improving Treatment Adherence among Adolescent Suicide Attempters. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 99-108
- Santé Canada (1995). *Le suicide au Canada*. Ottawa: Santé Canada.
- Snakkers, J.(1984). Thérapie familiale et thérapie individuelle dans un cas d'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 32(5-6), 281-289.
- Varadaraj, R., Mendonca, J.D., & Rauchenberg, P.M.(1986). Motives and intent: A comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(7), 621-624
- Velez, C.N., & Cohen, P.(1988). Suicidal Behavior and Ideation in a Community Sample of Children: Maternal and Youth Reports, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(3), 349-356.
- Wasserman, D.(1989). Passive euthanasia in response to attempted suicide: One form of aggressiveness by relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 460-467.
- Wenz, F.V. (1978). Multiple suicide attempts and informal labeling: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 8(1), 3-13.
- Wolk-Wasserman, D.(1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5), 481-499.

