

Depuis les années 1980, de nombreux pays, alertés par l'augmentation du nombre de suicides, notamment chez les jeunes, ont mis en place des programmes de prévention. C'est le cas du Canada, des États-Unis, et de plusieurs pays européens comme la Finlande, la Norvège, la Suède, le Danemark, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas.

En Europe, la France se situe parmi les pays où le taux de mortalité par suicide est le plus élevé.

La prévention du suicide est ainsi un enjeu de santé publique et fait partie des dix priorités définies depuis 1994 par la Conférence nationale de santé et des priorités d'une douzaine de régions, dont la Bourgogne, qui ont mis en place un Programme Régional de Santé (PRS) pour réduire le phénomène.

En 1998, Bernard KOUCHNER, secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale, a souhaité l'élaboration d'une réflexion nationale et s'est fixé l'objectif de voir le nombre de suicides passer en dessous de la barre symbolique des 10 000 morts.

C'est ainsi qu'une dynamique de réflexion, d'expertises et d'actions est lancée par la Direction Générale de la Santé en lien avec l'ANAES, un comité d'experts et les responsables des programmes régionaux de prévention du suicide.

L'ensemble de la démarche a abouti à l'élaboration de la "stratégie nationale d'actions face au suicide" annoncée le 20 septembre 2000 par Dominique GILLOT, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, dans le cadre de la présidence française de l'Union Européenne.

La stratégie française veut renforcer la cohérence et la qualité des actions menées localement en privilégiant 4 axes :

- la prévention ;
- la diminution de l'accès aux moyens de suicide létaux (armes à feu, médicaments, chutes volontaires sous des transports en commun) ;
- la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches de suicidants ;
- l'amélioration de la connaissance épidémiologique.

Chantal MAUERHAN
Coordinatrice PRS suicide – DRASS Bourgogne

S'informer
et
se former
à la



PREFACE	
INTRODUCTION	
① DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	7
② ASPECTS HISTORIQUES DU SUICIDE	43
③ ASPECTS JURIDIQUES DU SUICIDE	67
④ ASPECTS PHILOSOPHIQUES DU SUICIDE	77
⑤ ASPECTS SOCIOLOGIQUES DU SUICIDE	82
⑥ SUICIDE DES PERSONNES AGEES	92
⑦ PSYCHOPATHOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE CHEZ L'ADOLESCENT	104
⑧ CRISE SUICIDAIRE : REPERAGE DES SIGNES	112
⑨ PRISE EN CHARGE : REMARQUES GENERALES	122
⑩ PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE	142
ANNEXES	156
BIBLIOGRAPHIE	194

INTRODUCTION

Cet ouvrage est un essai de synthèse de travaux existants sur le thème du suicide. Il a été constitué de manière à être un outil modulable à intégrer dans un cursus de formation initiale et continue, afin de sensibiliser les professionnels et futurs professionnels à la question du suicide.

Destiné au départ aux intervenants dans les organismes de formation tels que les IFSI, l'IRTESS, l'IUFM, le CIRF (*), il peut être étendu à tout formateur ou informateur appartenant à une institution dont le personnel est concerné par le phénomène suicidaire (jeunesse et sports, administration pénitentiaire, gendarmerie, police, pompiers...).

Sa conception a été amorcée dans le cadre d'un atelier formation du Programme Régional de Santé de Bourgogne centré sur le suicide, puis soutenue par un comité de pilotage, comprenant :

- Mme le docteur CUSIN, médecin conseiller technique à l'Inspection académique de Saône-et-Loire ;
- Mme DESBOIS, infirmière à la DRASS Bourgogne ;
- M. DUBOIS, directeur de l'IFSI Mâcon ;
- Mme MAUERHAN, coordinatrice du PRS suicide, inspectrice à la DRASS Bourgogne ;
- Mme PERRIN-VENUTO, documentaliste au centre hospitalier de Mâcon ;
- Mme ROSSIGNOL, cadre infirmier enseignante de l'IFSI de la Communauté Urbaine Creusot Montceau-les-Mines.

Mme le docteur GRISOT, pédopsychiatre au centre hospitalier de Mâcon, a procédé à sa rédaction.

Le centre hospitalier de Mâcon a accepté la charge de la réalisation avec la participation de Mlle DELANGRE, de M. PROST et de Mme XOLIN, technicienne de communication. Le secrétariat a été assuré par Mme DOILLON et Mme DUMAY.

Son contenu n'est pas exhaustif et constitue une base pour le formateur qui élaborera son cours avec les objectifs qui lui sont propres.

Une mise à jour est prévue et elle peut être enrichie par vos suggestions adressées au directeur de l'IFSI de Mâcon.

Nous souhaitons que cet outil participe par son usage à la prévention du suicide et contribue au tissage de liens entre les acteurs formés.

(*)
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IRTESS : Institut Régional supérieur du Travail Educatif et Social
IUFM : Institut Universitaire de Formation des Maîtres
CIRF : Centre Inter Régional de Formation de la protection judiciaire de la jeunesse

DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. Données générales en France	9
1.1. Suicides	9
1.1.1 Amorçe d'une baisse	9
1.1.2 Evolution	10
1.1.3 Place du suicide dans la mortalité générale	13
1.1.4 Différences selon le sexe.....	14
1.2. Tentatives de suicide (TS).....	14
1.2.1 Chiffres.....	14
1.2.2 Récidives	14
1.2.3 Rapport TS/Suicide.....	15
2. Epidémiologie descriptive	15
2.1. Aspect sociologique	15
2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques	15
2.1.2 Contexte familial	16
2.1.3 Statut professionnel.....	17
2.1.4 Alcoolisme	17
2.2. Périodes sensibles.....	18
2.3. Situation géographique : variations régionales.....	18
2.4. Modalités de passage à l'acte.....	19
2.4.1 Pour les suicides.....	19
2.4.2 Pour les tentatives de suicide.....	20
2.5. Contexte psychopathologique.....	20
2.6. Groupes à risque.....	21
2.6.1 Suicide en milieu carcéral.....	21
2.6.2 Chez les jeunes	23
■ Suicides	23
■ Tentatives de suicide.....	28
2.6.3 Chez les personnes âgées	30

3. En Bourgogne	30
3.1. Suicides	30
3.1.1 Surmortalité régionale.....	30
3.1.2 Mortalité selon l'âge.....	31
3.1.3 Répartition selon le sexe	33
3.1.4 Modalités de passage à l'acte	34
3.1.5 Aspect sociologique.....	34
3.1.6 Variations géographiques.....	37
3.2. Tentatives de suicide (TS).....	37
3.2.1 Stabilisation	37
3.2.2 Répartition selon l'âge	38
3.2.3 Répartition selon le sexe	39
3.2.4 Variations géographiques.....	40
4. La France dans le monde.....	40

1. Données générales en France

1.1. Suicides

11 400 décès en moyenne chaque année pendant la période 1993-1997, dont 8 000 chez les hommes (source INSERM / INSEE exploitation ORS¹).

On est face à une **sous-estimation probable de l'ordre de 20 %** du nombre de décès annuels.

Il arrive que le suicide soit méconnu en raison du tabou auquel on se heurte.

La pression de l'Eglise demeure forte. Des réticences dans les déclarations sont souvent liées au problème des assurances, à la difficulté de retenir la nature suicidaire de certains accidents. Le souci de ménager la douleur de l'entourage est un frein à la collecte d'informations.

Les données transmises par les instituts médico-légaux peuvent être incomplètes (certains suicides étant éventuellement inscrits dans d'autres rubriques de décès comme les accidents, les intoxications)².

N.B. : pour l'ensemble des tableaux et des courbes, les données chiffrées relevées dans les différentes études ne sont pas toujours superposables, la méthodologie de recueil n'étant pas identique et la fourchette d'âge ciblée étant variable (ensemble de la population avec ou sans les âges extrêmes). Cependant, les courbes évolutives et les fluctuations apparentes sont toujours comparables.

1.1.1 Amorce d'une baisse

Le nombre des décès par suicide en France amorce une baisse depuis la fin des années 1980.

Selon l'INED³ (avril 1998) **le taux** global de mortalité, chez les hommes et chez les femmes, tous âges confondus, a régulièrement augmenté entre les années 1950 et 1985-1987 pour décroître ensuite.

Plus près de nous, sur la période 1995-1997, on note une tendance à la diminution des décès par suicide par rapport à 1993-1995 :

- en 1993 : 12 251 ;
- en 1997 : 11 139 dont 73 % d'hommes.

Cependant, cette baisse est très inégalement répartie selon le sexe et l'âge.

Elle concerne essentiellement les femmes âgées de 25 à 44 ans et les personnes âgées de 45 à 75 ans (hommes et femmes).

Le taux de suicide des jeunes hommes entre 25 et 44 ans est en augmentation.

¹ INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.
INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques.
ORS : Observatoire Régional de la Santé.
² Annexes 1.1 et 1.2 (DREES – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109).
³ INED : Institut National d'Etudes Démographiques.

Fig. 1.1 - **Taux comparatifs de mortalité par suicide, par sexe et par groupe d'âge, de 1950 à 1996 (pour 100 000 personnes)**

Sexe masculin

Périodes	Tous âges	15-24 ans	25-44 ans	45-74 ans	75 ans et +
1950-51	26,6	6,5	19,4	49,7	94,5
1973-75	25,0	11,5	21,8	42,0	83,5
1976-78	25,5	13,9	24,4	39,9	84,9
1979-81	29,4	15,2	30,3	44,6	98,2
1982-84	32,6	16,1	34,6	48,1	116,7
1985-87	33,3	15,8	35,6	48,9	119,1
1988-90	30,2	14,5	34,6	42,2	109,4
1991-93	30,0	15,4	36,7	40,8	100,2
1994-96	29,2	14,5	37,1	39,7	91,1

Sexe féminin

Périodes	Tous âges	15-24 ans	25-44 ans	45-74 ans	75 ans et +
1950-51	7,1	2,7	5,2	13,9	17,9
1973-75	8,7	4,7	7,8	15,3	19,9
1976-78	9,4	5,0	9,2	15,9	21,1
1979-81	10,4	5,1	10,9	17,4	24,0
1982-84	11,5	4,9	11,9	19,3	28,9
1985-87	12,1	4,4	12,3	20,8	28,3
1988-90	10,8	4,4	10,8	18,7	25,6
1991-93	10,4	4,4	11,2	17,2	25,2
1994-96	9,8	4,3	10,7	16,3	20,9

(source : INSERM)

N.B. : les taux comparatifs ont été calculés d'après la population type européenne définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), adaptée à la détermination des âges quinquennaux de la statistique française.

Malgré la baisse observée depuis la fin des années 1980, les taux actuels restent pour la plupart des tranches d'âge, supérieurs à ceux observés dans les années 1970 et le nombre absolu de suicides très supérieur. Celui-ci a doublé entre 1970 et 1990 chez les 25-44 ans.

1.1.2 Evolution

Evolution de la mortalité par suicide en France de 1970 à 1997

Fig. 1.2 - **Nombre de décès par suicide par groupe d'âge de 1970 à 1997**

Années	- 14 ans	14/24 ans	25/34 ans	35/44 ans	45/54 ans	55/64 ans	65/74 ans	75/84 ans	85 ans et plus	Total	Mortalités *
1970	28	592	755	1 124	1 265	1 718	1 439	710	203	7 834	539 679
1980	35	909	1 611	1 404	1 748	1 218	1 632	1 335	313	10 405	547 107
1990	19	791	1 706	2 118	1 679	1 651	1 337	1 495	607	11 403	526 201
1997	23	701	1 568	2 153	2 208	1 357	1 323	1 126	680	11 139	530 519

* Chiffres des mortalités toutes causes

(source : INSERM – Infirmière magazine)

La courbe générale du **nombre** de suicides selon l'âge pour les 2 sexes évolue de façon ascendante jusqu'à un pic qui se situe, depuis les années 1990, entre 35 et 54 ans (2 000 décès environ pour chacune des 2 tranches d'âge 35-44 et 45-54 ans), pour diminuer ensuite.

Comparaison des taux de suicide entre 1980 et 1995

Fig. 1.3 - **Taux de suicide par sexe et par groupe d'âge en 1980 et en 1995 (pour 100 000 personnes)**

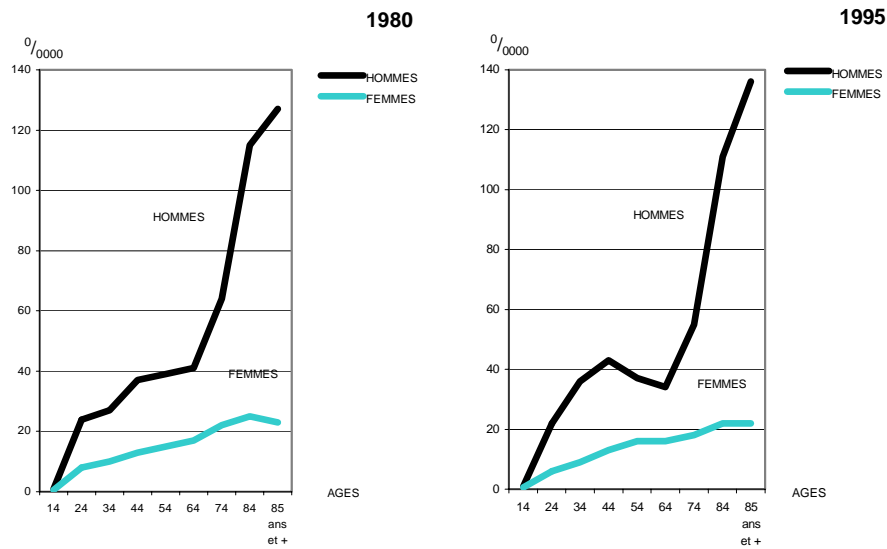
Taux de suicide en 1980			Taux de suicide en 1995		
AGES	HOMMES	FEMMES	AGES	HOMMES	FEMMES
10-14 ans	1,3	0,4	10-14 ans	1,1	0,3
15-19 ans	7,4	2,9	15-19 ans	7,7	2,7
20-24 ans	24,2	8,0	20-24 ans	22,2	6,2
25-29 ans	27,5	8,8	25-29 ans	28,0	8,0
30-34 ans	27,4	10,5	30-34 ans	36,3	9,2
35-39 ans	28,1	13,2	35-39 ans	38,9	12,0
40-44 ans	37,4	13,3	40-44 ans	43,5	13,3
45-49 ans	40,2	14,5	45-49 ans	41,3	15,5
50-54 ans	39,2	15,2	50-54 ans	37,5	16,4
55-59 ans	41,1	17,4	55-59 ans	35,9	16,2
60-64 ans	41,3	16,8	60-64 ans	34,4	16,5
65-69 ans	51,2	22,9	65-69 ans	41,1	18,2
70-74 ans	63,6	22,4	70-74 ans	55,2	18,0
75-79 ans	84,5	24,9	75-79 ans	61,6	20,4
80-84 ans	115,4	24,7	80-84 ans	110,9	21,9
85 ans et plus	126,6	22,8	85 et plus	136,2	22,3
Tous âges confondus	28,0	11,1	Tous âges confondus	30,3	10,7

(source : actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/98)

Globalement, on constate toujours une augmentation de la mortalité par suicide avec l'âge (les taux de suicide sont toujours plus élevés chez les personnes âgées), mais la courbe varie :

- en 1995, on observe une augmentation des taux de suicide masculins jusqu'à 49 ans avec un pic à 44 ans puis un fléchissement de la courbe jusqu'à 64 ans avant une remontée rapide ;
- cette situation est différente de celle observée en 1980 où la courbe de suicide évoluait de façon linéaire ;
- les suicides féminins évoluent toujours de façon plus linéaire et dans des proportions moindres.

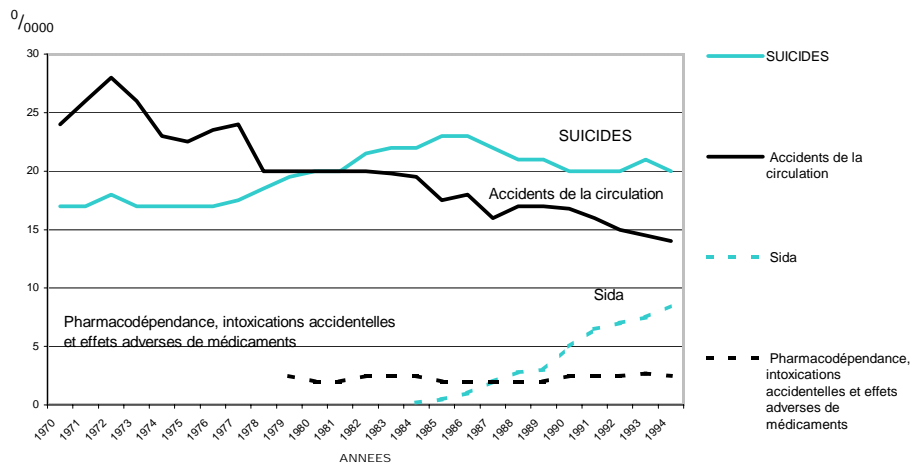
Fig. 1.4 - **Taux de suicide en 1980 et en 1995 (pour 100 000 habitants)**



(source : J. ANDRIAN – Suicide des personnes âgées de plus de 65 ans)

Evolution divergente des 2 principales causes de mort violente

Fig. 1.5 - **Taux comparatifs de mortalité tous âges, ensemble des deux sexes, de 1970 à 1994 (pour 100 000 personnes)**

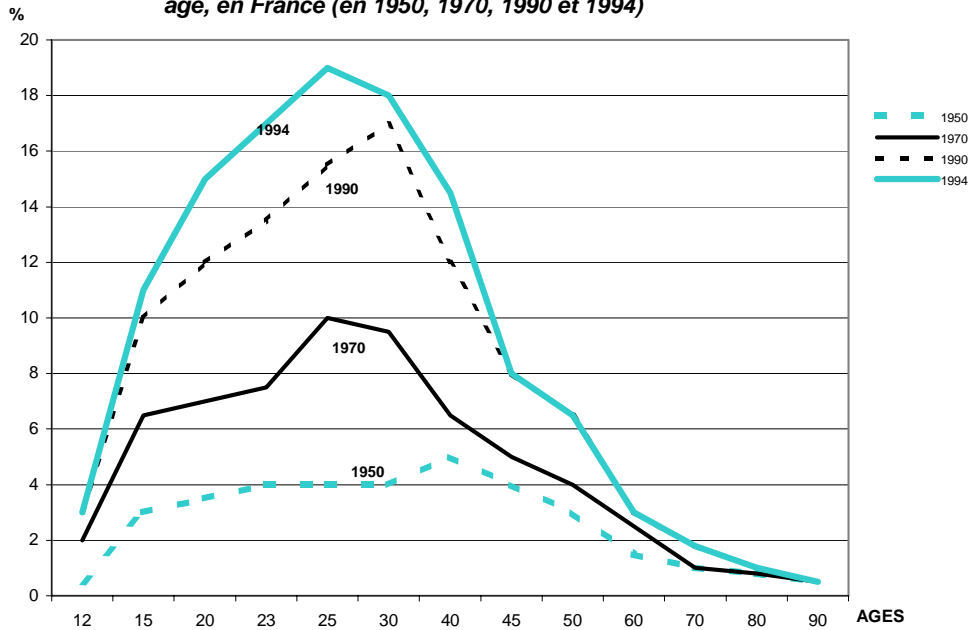


(source : A. NIZARD et G. de DIVONNE – Le suicide en France : éléments statistiques)

1.1.3 Place du suicide dans la mortalité générale

Globalement, tous âges confondus, **le suicide représente actuellement 2,4 % de la mortalité générale** (soit 1,3 % chez la femme et 3,2 % chez l'homme). Le pourcentage des suicides dans l'ensemble des décès a augmenté de façon troublante aux jeunes âges depuis les années 1950. Le pic s'est déplacé vers la tranche d'âge 20-30 ans.

Fig. 1.6 - **Pourcentage des suicides dans l'ensemble des décès à chaque âge, en France (en 1950, 1970, 1990 et 1994)**



(source : INED)

Tous les âges et les 2 sexes confondus, le suicide représentait :

- 1,2 % des décès en 1950 ;
- 1,4 % des décès en 1970 ;
- 2,2 % des décès en 1990 ;
- 2,3 % des décès en 1994.

Les taux sont toujours de cet ordre en 2000 et l'éclairage des études récentes⁴ met en évidence la variation selon l'âge et la place du suicide dans l'ensemble des décès selon l'âge. Le suicide représente plus de 15 % des décès entre 15 et 44 ans (20 % entre 25 et 34 ans) et encore 7 % entre 45 et 54 ans.

⁴ DREES. – Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109.

Depuis près de 15 ans, le suicide est la **première cause de décès chez les jeunes adultes (25-34 ans)**.

C'est la **deuxième cause de décès chez les adolescents (15-24 ans)** après les accidents de la route parmi lesquels 5 à 10 % seraient des suicides. Chaque jour, 7 jeunes de 15 à 34 ans décèdent par suicide en France.

On peut constater que la mortalité par suicide touche plus les personnes âgées

MAIS

le poids du suicide est plus important pour les adolescents et les jeunes adultes.

1.1.4 Différences selon le sexe

- D'une manière générale, on observe que le taux de mortalité par suicide des femmes est moins important que celui des hommes, quelle que soit la tranche d'âge et la période de référence, et dans tous les cas les mouvements évolutifs sont de moins grande ampleur.

Les personnes décédées par suicide sont le plus souvent des hommes.

Cette surmortalité masculine est relativement constante jusqu'à 80 ans (environ 3 fois plus d'hommes que de femmes). Au-delà de cet âge, elle augmente encore et les hommes se suicident 5 à 6 fois plus que les femmes.

- **Pour les tentatives de suicide, ce sont les femmes qui sont en plus grand nombre.**

1.2. Tentatives de suicide (TS)

1.2.1 Chiffres

160 000 TS par an (source : ORS 2000)

Toutes les tentatives de suicide ne sont pas systématiquement recensées et toutes ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

En 1993, une enquête du Ministère chargé de la santé estimait à 164 000 le nombre de séjours effectués dans les établissements hospitaliers publics et privés pour une TS.

Des enquêtes hospitalières de l'INSERM rapportent des chiffres inférieurs. Le nombre de 160 000 est donc une estimation, mais conduit à une incidence annuelle des TS qui serait entre 2 et 2,5 TS pour 1 000 habitants de 15 ans et plus⁵.

Sur le chiffre estimé, 40 000 tentatives de suicide seraient dénombrées chez les 15-20 ans.

1.2.2 Récidives

Près de la moitié des premières tentatives sont suivies de récurrence, le plus souvent dans l'année qui suit.

⁵ Annexe 1.3 (DREES – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109).

Une enquête réalisée sous l'égide de l'OMS sur la période 1989-1992 montrait 42 % de récurrences chez les hommes, 45 % chez les femmes. Une enquête de l'INSERM établit que 24 % des récurrences ont eu lieu dans les 3 mois, 35 % dans les 6 mois, 56 % dans l'année et 75 % dans les 2 ans. Les résultats varient peu selon le sexe, par contre l'âge intervient, et chez les jeunes hommes entre 15 et 24 ans, 1 récurrence sur 2 se produit dans les 6 mois.

La fréquence et la gravité des récurrences augmentent après chaque nouvelle tentative.

L'existence d'antécédents de TS multiplie par 40 le risque de "réussite" ultérieure.

1.2.3 Rapport TS/Suicide

Les TS sont plus nombreuses que les suicides. Dans la population générale, on retient 14 TS pour 1 suicide en France (160 000/11 400).

Chez les hommes tous âges confondus, les TS sont 6 fois plus fréquentes que les suicides ; chez les femmes 29 fois plus fréquentes.

Le rapport TS/suicide diminue à mesure que les personnes vieillissent (le geste devient plus souvent léthal lorsqu'on avance en âge).

Fig. 1.7 - **Rapport TS/suicide en 1986**

AGE	HOMMES	FEMMES
15-24	22	160
25-34	12	75
35-44	10	83
45-54	2	13
55-64	1,2	13
+ 65 ans	1	3
Tous âges	6	29

(source : F. DAVIDSON, A. PHILIPPE – *Suicide et tentative de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique*)

2. Epidémiologie descriptive

2.1. Aspect sociologique

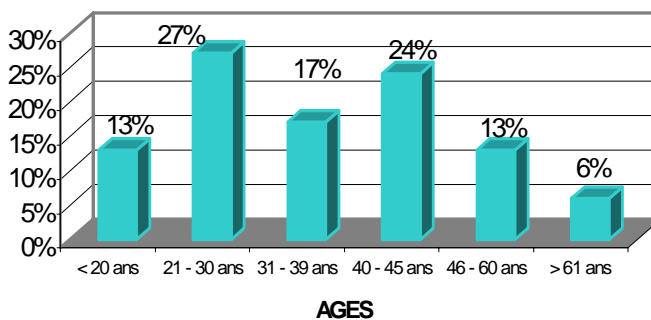
2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les personnes **décédées par suicide** sont :

- pour près de $\frac{3}{4}$ des hommes ;
- et pour $\frac{1}{4}$ des personnes de plus de 65 ans, les deux sexes confondus.

Les personnes ayant fait une **tentative de suicide** sont :

- le plus souvent des femmes ;
- elles sont généralement âgées de 20 à 45 ans.

Fig. 1.8 - **Pourcentage de TS par tranche d'âge chez la femme**

(source : enquête menée par l'Institut Louis Harris en janvier 1998 auprès de médecins généralistes répartis sur le territoire national, 368 questionnaires ont été interprétés)

Les tentatives de suicide se retrouvent plus fréquemment en milieu urbain.
Les suicides touchent plus le monde rural.

On assiste ainsi à une inversion des tendances suicidaires par rapport aux recherches sociologiques du début du XX^e siècle. Les zones qui ont connu l'exode rural, le fort dépeuplement et une faible urbanisation sont plus touchées par le suicide que les grandes villes.

Fig. 1.9 - **Le profil est donc le suivant :**

TS	SUICIDE
Femme	Homme
20-45 ans	> 45 ans
Citadine	Vivant en milieu rural

2.1.2 Contexte familial

On retrouve souvent dans le contexte familial une certaine pauvreté de communication et de qualité des liens intra-familiaux.

La notion d'isolement affectif n'est pas toujours corrélée avec celle de célibat. Le statut matrimonial des suicidés est variable et les enquêtes réalisées sur le thème suicide et solitude ne sont pas exactement superposables à celles concernant le suicide et le mariage.

On retiendra que la mortalité par suicide des non-mariés a été jusqu'à 3 fois plus élevée que celle des personnes mariées en 1975. Cette proportion est moindre actuellement.

La solitude demeure un facteur de risque et le risque est accru en cas de divorce ou de veuvage.

Fig. 1.10 - *Taux* de suicide par classe d'âge, sexe et état matrimonial (pour 100 000 personnes)*

HOMMES	Célibataires	Mariés	Veufs	Divorcés	Toutes catégories confondues
15-24 ans	14,5	17,1	-----	66,9	14,7
25-34 ans	44,5	21,6	104,1	65,1	33,8
35-44 ans	73,8	28,7	112,0	76,6	41,7
45-54 ans	90,5	34,6	127,0	84,9	47,3
Tous âges	34,0	34,3	167,6	76,0	

FEMMES	Célibataires	Mariées	Veuves	Divorcées	Toutes catégories confondues
15-24 ans	4,2	3,6	-----	16,2	4,1
25-34 ans	16,3	6,5	45,8	15,1	9,8
35-44 ans	31,0	10,6	24,6	25,7	14,2
45-54 ans	30,3	16,7	33,7	27,2	19,4
Tous âges	10,8	12,4	32,3	24,5	

* Population de référence : population moyenne en 1987, évaluée sur les résultats du recensement de 1982

(source : F. FACY – *Le suicide chez l'enfant et l'adolescent*)

2.1.3 Statut professionnel

Le fait d'être dans une situation sans ou à faible responsabilité professionnelle (inactif, chômeur, étudiant, ouvrier sans responsabilité directe) est repéré comme un facteur de fragilité.

La question du chômage en tant que déterminant propre reste ouverte. Il est difficile de préciser le lien direct ou indirect entre chômage et suicide lorsqu'une cause psychique commune conduit au chômage et au suicide.

Emile DURKHEIM dans son analyse du suicide retenait la précarité sociale comme élément protecteur, "la misère protège" disait-il.

Actuellement, on considère la pauvreté comme un facteur aggravant s'expliquant probablement par la plus grande faiblesse des liens sociaux alors qu'à la fin du XIX^e siècle, les populations les plus déshéritées pouvaient être plus unies.

2.1.4 Alcoolisme

Les courbes d'évolution du taux de suicide et de la consommation moyenne d'alcool ont été parallèles au XIX^e siècle et jusqu'en 1970.

Par la suite, le suicide a continué à augmenter alors que l'alcoolisme chutait. La dépendance à l'alcool reste un facteur aggravant.

2.2. Périodes sensibles

■ Selon le mois

- On observe une diminution du nombre de suicidés en **décembre** et en **août** sauf pour les personnes âgées.

Les études récentes ne vérifient pas la constatation d'Emile DURKHEIM qui en divisant l'année en deux semestres, remarquait que c'était durant le semestre le plus chaud que survenait la plupart des suicides avec un sommet au mois d'août.

Actuellement, on s'accorde à reconnaître que la fin de l'hiver et le **printemps** sont des périodes vulnérables avec une augmentation du nombre de suicides.

En Saône-et-Loire, un travail réalisé sur la période 1988-1992 a dénombré plus de suicides au printemps⁶.

- On note que la tendance est l'inverse de celle des décès hors suicide.

■ Selon le jour

- Les suicides sont plus fréquents le **lundi** et moins fréquents en fin de semaine et le **dimanche**.
- Le taux de suicide est plus bas chez les femmes le **mercredi**.

■ Selon l'heure

- Dans la journée, le pic de fréquence est **entre 19 heures et 21 heures**.

■ Influences diverses

- Dans les années 1950, en Suisse, des chercheurs ont constaté qu'il y avait plus de suicides les jours de fœhn (vent du sud chaud et sec).
- Les recherches faites au début du XX^e siècle sur l'influence de la lune sur les comportements humains retiennent que les suicides sont plus nombreux pendant les périodes de pleine lune.

2.3. Situation géographique : variations régionales

L'analyse régionale de la mortalité par suicide met en évidence en France une opposition nord/sud.

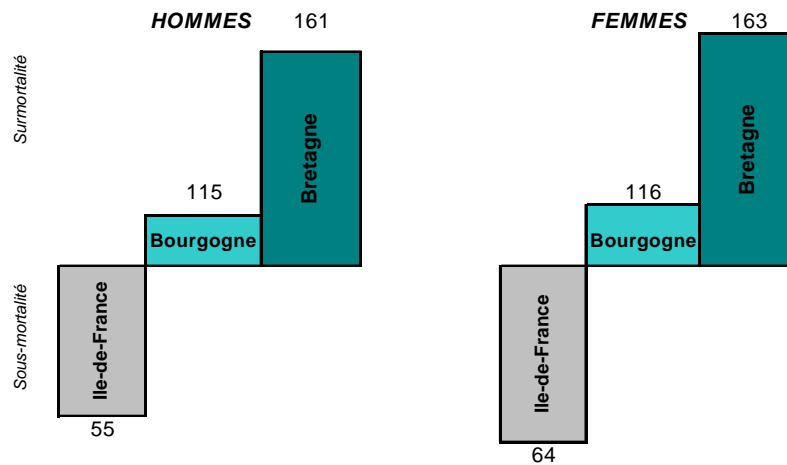
Dans les régions situées **au nord d'une ligne Bordeaux-Genève**, la mortalité apparaît significativement plus élevée que la moyenne nationale pour les hommes. C'est aussi le cas mais de façon moins uniforme dans l'ensemble de ces départements pour les femmes.

⁶ MECHERI (A.) – Intérêts de l'autopsie des suicidés en Saône-et-Loire. – Mémoire de l'A.E.U. de thanatologie et de criminalistique, 1996-1997.

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en pourcentage du nombre de décès observés au nombre de décès attendus (taux de mortalité identique au taux national).

C'est en Bretagne que l'indice comparatif de mortalité par suicide est le plus grand et en Ile-de-France qu'il est le plus faible.

Fig. 1.11 - **Indices comparatifs de mortalité par suicide en 1995-1997 (ICM France métropolitaine = 100)**



(sources : INSERM SC8, INSEE estimations du 01/01/96 et 01/01/97, exploitation ORS)

2.4. Modalités de passage à l'acte

2.4.1 Pour les suicides

- **La pendaison** reste la modalité principale du suicide tous âges confondus :
 - dans 41 % des cas chez l'homme ;
 - dans 21 % des cas chez la femme.

- Viennent ensuite **les intoxications** (médicamenteuses et autres) chez les femmes et **les armes à feu** chez les hommes :
 - l'intoxication volontaire est utilisée dans 71 % des cas par la femme et constitue chez elle le mode le plus utilisé ;
 - chez les hommes de moins de 35 ans, l'utilisation des armes à feu est le mode le plus fréquemment retrouvé avant la pendaison, il diminue avec l'âge. Chez les femmes, l'utilisation des armes à feu est faible.

- Puis la **noyade** :
 - de même que la pendaison, la noyade augmente avec l'âge chez l'homme comme chez la femme.

- La **phlébotomie** est retrouvée dans 13 % des cas chez la femme :
 - il peut y avoir association de phlébotomie et d'intoxication médicamenteuse dans 17 % des cas.

L'**absorption d'alcool** associée au geste suicidaire est signalée régulièrement.

2.4.2 Pour les tentatives de suicide

- **médicaments** dans 50 % des cas,
- **arme blanche** dans 10 % des cas,
- **pendaison** dans 10 % des cas,
- **défenestration** dans 10 % des cas.

(source : réseau Sentinelles de médecine générale coordonné par l'INSERM U 44)

N.B. : les suicides comme les tentatives de suicide se réalisent le plus souvent au domicile. Les personnes sont rarement dévêtues, les vêtements paraissent généralement choisis.

2.5. Contexte psychopathologique

- **De nombreux suicides surviennent dans le contexte de troubles psychopathologiques.**

Les résultats des recherches réalisées à ce sujet sont difficiles à exploiter car la fourchette des chiffres retenus est large.

Selon les études, de 30 à 90 % des personnes qui se suicident, présentent une pathologie psychiatrique.

Les troubles les plus souvent cités sont :

- les **troubles dépressifs** ;
- la **schizophrénie** : 10 % des schizophrènes se suicident, le plus souvent dans les 3 ans qui suivent la révélation du diagnostic, chez les patients jeunes, généralement les hommes ;
- les **troubles anxieux** ;
- les **troubles de la personnalité**.

Un état pathologique associé est mentionné sur le certificat de décès dans 50 % des cas. Chez l'adolescent c'est moins souvent le cas (dans $\frac{1}{3}$ des cas).

2 à 4 % des suicides surviennent lors d'une hospitalisation en psychiatrie (en France comme en Europe en général).

■ **Les premières tentatives de suicide dans la population générale peuvent survenir en dehors d'un trouble mental.**

Une personne suicidaire n'est pas toujours déprimée au moment du passage à l'acte, y compris lorsque des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux sont connus ou lorsqu'une prise en charge psychologique est déjà en cours.

On peut retenir que les facteurs de risque psychopathologiques sont **les situations de crise** et que les troubles mentaux aggravent le risque suicidaire au cours d'une période critique.

La dépression multiplie par 20 le risque de suicide.

Plus de 40 % des suicidés ont consulté un médecin dans le mois qui a précédé leur geste⁷. Le faible taux de dépistage du risque suicidaire rend compte de la diversité des situations rencontrées avec parfois une souffrance difficilement appréciable.

■ **L'alcoolisme** peut être un élément du contexte, c'est alors un facteur aggravant, mais il peut s'agir d'une prise d'alcool au moment du passage à l'acte sans pathologie addictive prépondérante.

■ **La toxicomanie** est un facteur aggravant majeur.

2.6. Groupes à risque

2.6.1 Suicide en milieu carcéral

Il existe en France une augmentation des décès par suicide des personnes incarcérées :

- en 1975 on comptait 47 décès ;
- on distingue ensuite 3 paliers :
 - de 1980 à 1984 : 50 suicides annuels en moyenne,
 - de 1985 à 1991 : 64 suicides annuels en moyenne,
 - après 1992 : augmentation spectaculaire.

L'augmentation de la population pénale sur la même période n'est pas suffisante pour expliquer cette augmentation.

Le taux de suicide est passé de 9,66 pour 10 000 en 1980 à 25 pour 10 000 en 1996. Le taux de suicide carcéral comme le taux de tentative de suicide est supérieur à celui observé en milieu libre : **5 fois plus de tentatives de suicide que la moyenne nationale, 7 fois plus de suicides (minimum retenu).**

On peut relativiser ces chiffres en relevant l'effet de sélection observé dans la population carcérale où l'on retrouve des personnes de sexe masculin, célibataires et de faible revenu social, critères ayant un lien statistique avec le risque

⁷ HARDY (P.) – Facteurs de risque et populations à risque, la prévention du suicide : rôle des praticiens et des différentes structures de soins. – In : La prévention du suicide. – Paris : Doin, 1997 : 9-28.

suicidaire. Mais on peut toutefois affirmer le lien existant entre la situation d'enfermement et le risque suicidaire.

Fig. 1.12 - *Evolution du nombre de suicides en milieu carcéral (1994-1998)*

ANNEE	SUICIDES
1994	101
1995	107
1996	138
1997	125
1998	118

(source : N. BOURGOIN – *Le suicide en prison : éléments statistiques pour une politique de prévention*)

Fig. 1.13 - *Les statistiques en 1998*

Suicides	118
▪ Moyen utilisé	
Pendaison	93
Feu	2
Mutilation	4
Produits médicamenteux	13
Etouffement	5
Arme	1
▪ Lieu du suicide	
En détention ordinaire	108
Au quartier disciplinaire	9
En semi-liberté	1
▪ Motif	
Dépression	21
Motif médical	1
Contestation judiciaire	4
Troubles psychiatriques	1
Conditions de détention	1
Inconnu	90

(source : L. FOSSEY – *La prévention du suicide en milieu carcéral*)

Une étude épidémiologique détaillée du suicide en prison a été réalisée par Nicolas BOURGOIN⁸.

⁸ BOURGOIN (N.) – Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. – Paris : Ministère de la justice, mai 1996.

2.6.2 Chez les jeunes

■ Suicides

Pourcentage du suicide dans les causes de décès

En 1997 une étude de l'INSERM évaluait à 771 le nombre de décès par suicide entre 15 et 24 ans.

Par rapport au total des décès observés à cet âge (4 797), les morts violentes sont responsables de 70 % des décès.

Après les accidents de la circulation (1 842 décès), le suicide représente 16 % de la mortalité, soit le double de la mortalité par tumeurs pour cette tranche d'âge.

Fig. 1.14 - **Causes de décès les plus fréquentes chez les 15-24 ans en France (en 1997)**

Causes de décès	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Accidents de la circulation	1 842	38	1 465	41	377	31
Suicides	771	16	586	16	185	15
Autres morts violentes	725	16	561	16	164	13
Tumeurs	395	8	241	7	154	12
Autres maladies	1 064	22	704	20	360	29
Toutes causes	4 797	100	3 557	100	1 240	100

(source : d'après BEH, 2000, n° 9)

Sur le plan national, alors que le taux de mortalité, toutes causes confondues, des 15-24 ans a diminué fortement depuis 1980, la diminution est nettement moins marquée pour le suicide.

On a observé une diminution des suicides entre 1985 et 1990 puis sur la période 1990-1994, une stabilité chez les jeunes femmes et une augmentation chez les garçons.

Le niveau de mortalité par suicide mesuré indique l'ampleur minimale du phénomène du fait de la sous-estimation mais cela n'invalide pas les tendances.

Sur le plan national, la tendance actuelle est à la **diminution** même si celle-ci est **moins marquée que la diminution de la mortalité en général**.

Plus de garçons que de filles

Comme dans la population globale, où le risque est 3 fois plus élevé pour le sexe masculin en France, on observe nettement **plus de décès par suicide chez les garçons que chez les filles**.

Fig. 1.15 - **Effectifs et taux de décès par suicide chez les 15-24 ans en France (en 1997)**

	MASCULIN			FEMININ			ENSEMBLE		
	Nb	Taux (1)	Part (2)	Nb	Taux (1)	Part (2)	Nb	Taux (1)	Part (2)
15-19 ans	160	7,9	12 %	66	3,4	13 %	226	5,7	12 %
20-24 ans	426	21,6	19 %	119	6,2	17 %	545	14,0	18 %
ENSEMBLE	586	14,7	16 %	185	4,8	15 %	771	9,8	16 %

(1) Taux spécifiques par âges pour 100 000 personnes

(2) Part du suicide dans l'ensemble de la mortalité

(source : d'après BEH, 2000, n° 9)

Entre la tranche d'âge 15-19 ans et la tranche d'âge 20-24 ans, les taux de décès sont presque multipliés par 3 pour les garçons et par 2 pour les filles.

Modalités

La modalité principale de suicide est, comme pour les autres tranches d'âge, principalement la **pendaison** chez les 15-24 ans.

Depuis le début des années 1980, le poids du suicide par pendaison augmente pour les deux sexes mais plus nettement pour les femmes.

Viennent ensuite les **armes à feu** pour les garçons, l'**intoxication volontaire** pour les filles.

La part des armes à feu est restée stable pour les deux sexes.

Le **saut d'un lieu élevé** apparaît plus fréquent qu'aux autres âges :

- environ 8 % pour les garçons (4 % tous âges confondus) ;
- environ 19 % pour les filles (11 % tous âges confondus).

Fig. 1.16 - *Mode de suicide chez les 15-24 ans en France (en 1995)*

	Masculin		Féminin		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Total suicides	622	100,0	181	100,0	803	100,0
Pendaison	241	38,7	49	27,1	290	36,1
Usage d'arme à feu	218	35,0	27	14,9	245	30,5
Intoxication	45	7,2	47	26,0	92	11,5
Saut d'un lieu élevé	47	7,6	34	18,8	81	10,1
Submersion	14	2,3	4	2,2	18	2,2
Usage d'instrument tranchant	5	0,8	1	0,6	6	0,7
Autre mode	52	8,4	19	10,5	71	8,8

(source : F. FACY – *Le suicide chez l'enfant et l'adolescent*)

Facteurs géographiques

On constate que 3 zones géographiques sont particulièrement touchées pour les garçons :

- la Corse,
- la Bretagne
- les régions du Nord-Est (dont la Bourgogne).

Pour les jeunes filles, les régions les plus touchées sont :

- la Basse-Normandie,
- la Franche-Comté,
- la Bretagne,
- le Poitou-Charentes.

La diminution globale des taux de décès par suicide chez les jeunes, constatée pour la France (- 8 %) ne s'observe donc pas dans toutes les régions, notamment en Bourgogne.

Statut matrimonial

Chez les 15-24 ans, les jeunes divorcés, filles et garçons, ont un taux de suicide plus élevé que l'ensemble de la tranche d'âge.

Le fait d'être marié est associé aux taux de suicide les plus faibles pour toutes les tranches d'âge, sauf pour les jeunes hommes (15-24 ans).

Contexte psychopathologique

- Dans les décès par suicide chez les jeunes de moins de 25 ans, un état pathologique associé est mentionné dans $\frac{1}{3}$ des cas sur le **certificat de décès**, soit moins souvent qu'aux autres âges où la proportion est de $\frac{1}{2}$.

Lorsqu'un état pathologique est cité, on retrouve :

- pour 71 % des cas un **état dépressif** ;
 - pour 15 % une forme de **psychose** ;
 - pour 9 % un "**autre trouble mental**".
- **Les enquêtes OMS** par contre, retiennent que plus de $\frac{3}{4}$ des suicidants avaient présenté une pathologie psychiatrique avérée (Diagnostic ICD – 10⁹).

Un certain consensus s'est établi pour distinguer 3 groupes de pathologies :

- des maladies psychiatriques ;
 - des troubles de la personnalité ;
 - des situations dans lesquelles on ne repère ni pathologie psychiatrique avérée, ni trouble de la personnalité mais que l'on considère comme des situations de crise.
- C'est à l'adolescence que la notion d'alcoolisme associé est la plus rare (2 %).

Dans des études menées en Amérique du Nord, on retient que la violence familiale au cours de l'enfance est beaucoup plus fréquente pour les suicides avec alcoolisme.

Dans ces cas-là, les jeunes ont également plus de problèmes avec la loi et la discipline et ils se retrouvent plus souvent sans emploi¹⁰.

Situation internationale

Selon les derniers chiffres publiés par l'OMS, on compterait presque 4 fois plus de suicides de garçons que de filles chez les jeunes des pays industrialisés.

Le taux annuel reste relativement bas (inférieur à 15 pour 100 000 jeunes garçons) au Japon et dans la plupart des pays de l'Ouest et du Sud de l'Europe. Les taux les plus élevés (supérieurs à 30 pour 100 000) se rencontrent en Fédération de Russie, Finlande, Lettonie, Lituanie et Nouvelle-Zélande.

⁹ ICD-10 : International Classification of Diseases, dernière classification internationale des troubles mentaux définie par l'Organisation Mondiale de la Santé.

¹⁰ FACY (F.), JOUGLA (E.), HATTON (F.) – Epidémiologie du suicide de l'adolescent. – La revue du praticien, 1^{er} septembre 1998, tome 48, n° 13 : 1409-1414.

Fig. 1.17 - *Décès consécutifs au suicide ou à des blessures auto-infligées, pour 100 000 jeunes de 15 à 24 ans (1991-1993)*

PAYS	HOMMES	FEMMES	RATIO H/F (arrondi)
Grèce	3,8	0,8	5
Portugal	4,3	2,0	2
Italie	5,7	1,6	4
Espagne	7,1	2,2	3
Pays-Bas	9,1	3,8	2
Suède	10,0	6,7	1
Japon	10,1	4,4	2
Israël	11,7	2,5	5
Royaume-Uni	12,2	2,3	5
Allemagne	12,7	3,4	4
Danemark	13,4	2,3	6
France	14,0	4,3	3
Bulgarie	15,4	5,6	3
République Tchèque	16,4	4,3	4
Pologne	16,6	2,5	7
Ukraine	17,2	5,3	3
Hongrie	19,1	5,5	3
Autriche	21,1	6,5	3
Irlande	21,5	2,0	11
Etats-Unis	21,9	3,8	6
Biélorussie	24,2	5,2	5
Canada	24,7	6,0	4
Suisse	25,0	4,8	5
Australie	27,3	5,6	5
Norvège	28,2	5,2	5
Estonie	29,7	10,6	3
Finlande	33,0	3,2	10
Lettonie	35,0	9,3	4
Slovénie	37,0	8,4	4
Nouvelle-Zélande	39,9	6,2	6
Fédération de Russie	41,7	7,9	5
Lituanie	44,9	6,7	7

(source : OMS – *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales*)

Dans certains pays, il peut y avoir sous-déclaration du fait des préjugés religieux ou sociaux au sujet du suicide.

Chez les jeunes enfants

En 1997, étaient dénombrés par l'INSERM, 23 enfants de moins de 14 ans décédés par suicide en France.
Ce sont généralement des garçons.

Les moyens utilisés sont violents :

- **armes à feu ;**
- **pendaison ;**
- **défenestration ;**
- **précipitation sous une voiture.**

On observe la plupart du temps une dissociation familiale, généralement associée à une discontinuité des relations affectives.

Ces suicides sont réalisés hors d'un trouble de la personnalité avéré mais on observe des signes d'alerte avant le passage à l'acte.

Les études statistiques faites dans les années 1981-1985 ont montré :

- la répartition des décès suivant les jours de semaine avec une représentation légèrement supérieure du **lundi** pour les garçons et du **mercredi** pour les filles ;
- la représentation plus importante des mois d'**octobre, novembre, décembre, avril et juin** pour les garçons et d'**octobre, avril, juin et août** pour les filles.

■ **Tentatives de suicide**

- Une enquête nationale menée en 1992-1993 par Marie CHOQUET et Sylvie LEDOUX, publiée par l'INSERM en 1994, fait état des résultats suivants :

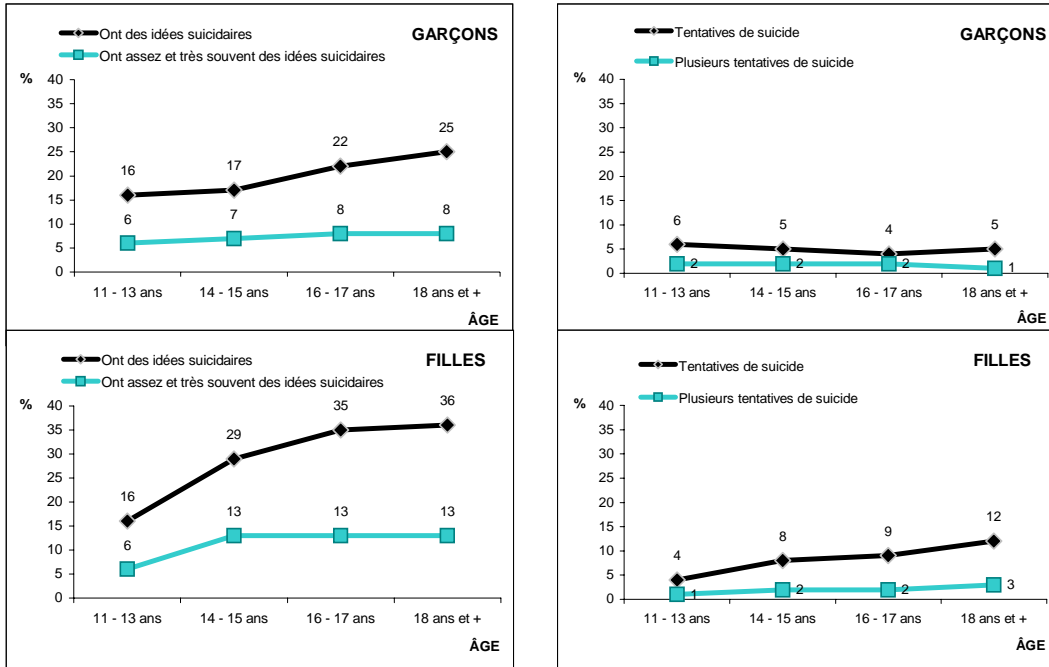
- Une première étude portant sur 12 391 élèves âgés de 11 à 19 ans montre que 7 % d'entre eux ont déjà fait une tentative de suicide.

Les filles sont en plus grand nombre (5,2 % des garçons et 7,7 % des filles).

- Une seconde étude effectuée auprès de 3 000 jeunes non scolarisés, donc potentiellement en difficulté d'insertion, âgés en moyenne de 21 ans, rapporte que 15 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. Les filles sont, comme en milieu scolaire, majoritaires.

De l'enquête menée par Marie Choquet, **on retient que 76,6 % des adolescents consultés ne pensent jamais au suicide mais que 23,4 % d'entre eux ont, ou ont eu, des idées suicidaires.**

- Dans une étude de l'INSERM auprès de 1 000 collégiens ou lycéens ayant consulté l'infirmerie scolaire, 10 % de la classe d'âge 14-19 ans a des idées noires (1 adolescent sur 10 "y a pensé").

Fig. 1.18 - *Conduites suicidaires chez l'adolescent*

(source : INSERM 1994)

On constate de manière générale "que les jeunes qui ont fait une TS cumulent d'autres plaintes et prises de risques" :

- ils ont plus de plaintes somatiques ;
- ils sont plus dépressifs ou réputés comme tels ;
- ils ont une perception négative de leur famille et un sentiment de solitude ;
- ils consomment plus d'alcool, de tabac ou de drogues illicites ;
- ils ont plus de conduites violentes ou ont eux-mêmes subi des violences (ont été frappés ou blessés ou ont subi des violences sexuelles).

- Une fois sur trois, les adolescents récidivent et plusieurs enquêtes hospitalières montrent que le risque de suicide est maximal au cours des 3 premières années qui suivent la première TS, spécialement au cours des 6 premiers mois.

2.6.3 Chez les personnes âgées

A partir de 65 ans, le taux de suicide devient plus élevé au fur et à mesure que l'on avance en âge.

Environ 25 % des suicidés sont des personnes âgées.

A partir de 70 ans, les taux de suicide deviennent supérieurs à ceux de toutes les tranches d'âge plus jeunes.

- **Chez les hommes** : au-delà de 75 ans, on constate entre les périodes 1976-1978 et 1985-1987, une augmentation très nette du taux de mortalité. Pour les années suivantes, apparaît une baisse importante avec, pour la période 1994-1996, un taux de mortalité inférieur à celui relevé pour la période après-guerre.
- **Chez les femmes** : on constate également un mouvement d'augmentation suivi d'une baisse relative. Le taux retenu sur la période 1994-1996 reste supérieur à celui de l'après-guerre.

Comme pour les jeunes, le suicide touche l'homme plus souvent que la femme et la tentative de suicide la femme plus souvent que l'homme.

La détermination à mourir est souvent forte et s'exprime à travers le choix de la modalité du passage à l'acte : arme à feu, pendaison, défenestration.

Dans les démences évoluées, on trouve moins d'actes suicidaires clairement reconnaissables.

Le plus souvent, les conduites suicidaires apparaissent sous forme de manifestation d'abandon, de refus alimentaire ou de soins que l'on nomme syndrome de glissement à l'occasion de pathologies intercurrentes.

Le syndrome de glissement peut survenir en dehors d'un état démentiel.

Chez les sujets âgés, la perte du conjoint est un facteur de risque majeur.

3. En Bourgogne

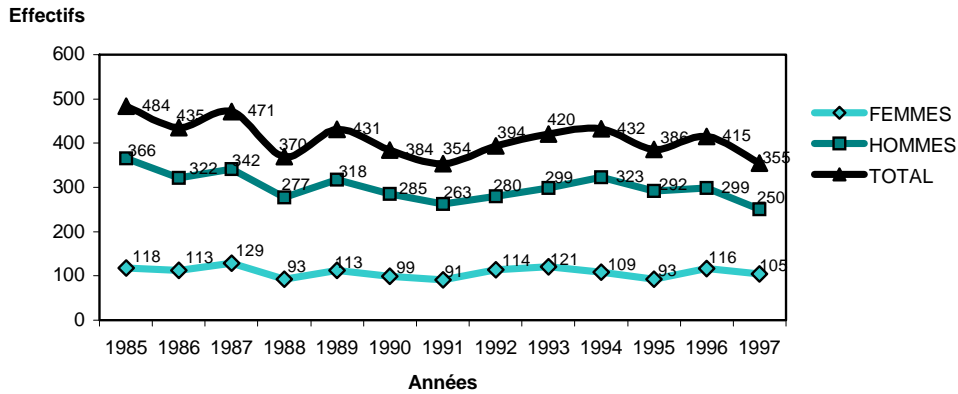
3.1. Suicides

3.1.1 Surmortalité régionale

En Bourgogne, **la mortalité par suicide est supérieure à la moyenne nationale.**

Alors que c'était le cas seulement pour les hommes dans les années 1988-1990, on note également une surmortalité féminine ces dernières années.

On est cependant passé de 415 décès annuels sur la période 1993-1995 à une moyenne de 385 décès annuels, de personnes domiciliées en Bourgogne, sur la période 1995-1997.

Fig. 1.19 - **Nombre moyen de décès par suicide de Bourguignons**

(source : ORS 2000)

On assiste ainsi, comme en France en général, à une tendance à la baisse du nombre de décès.

Il semblerait que cette évolution se confirme en 1999. Dans le recueil prospectif des certificats de décès par suicide effectué par les 4 DDASS¹¹ de la région, apparaît une diminution du nombre de décès de l'ordre de 13 % en 1999 par rapport à la période de 1995-1997.

Cette diminution serait plutôt due à la baisse du nombre de suicides masculins car la mortalité par suicide est restée stable entre 1988-1990 et 1995-1997 pour les femmes de la région (alors qu'elle a diminué dans l'ensemble de la France).

Pour les hommes de la région, la baisse observée est moins importante qu'au niveau national.

3.1.2 Mortalité selon l'âge

Chiffres

A tous les âges, les taux de décès régionaux sont supérieurs aux taux nationaux.

Comme dans la population générale, la mortalité par suicide augmente avec l'âge.

Avant 15 ans, on dénombre trois décès en moyenne par an.

Sur la période 1995-1997, la moyenne d'âge des personnes décédées était de 54 ans.

Entre la tranche d'âge 15-24 ans et la tranche d'âge + 85 ans, le taux de mortalité est multiplié par 10 pour les hommes et multiplié par 5 pour les femmes chez lesquelles la mortalité augmente de manière plus continue.

¹¹ DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Evolution

Les décès touchent en Bourgogne, comme sur le territoire national, les adultes et les personnes âgées en plus grand nombre, mais la relative stabilité de la mortalité par suicide en Bourgogne, dans le début des années 1990, est le témoin de l'évolution divergente selon les groupes d'âges : **alors que les taux ont diminué pour les hommes et les femmes de plus de 34 ans, ils ont augmenté pour les adolescents et adultes jeunes de la tranche d'âge 15-34 ans.**

Fig. 1.20 - *Evolution des taux comparatifs de mortalité par suicide en Bourgogne entre 1988-1990 et 1993-1995 (population de 15 ans ou plus)*

Hommes	1988-1990	1993-1995	Evolution
15-34 ans	25,9	26,3	+ 2 %
35-64 ans	47,4	46,2	- 3 %
65 ans et plus	99,4	96,5	- 3 %
Femmes			
15-34 ans	7,9	8,2	+ 4 %
35-64 ans	15,8	15,6	- 1 %
65 ans et plus	23,4	23,0	- 2 %

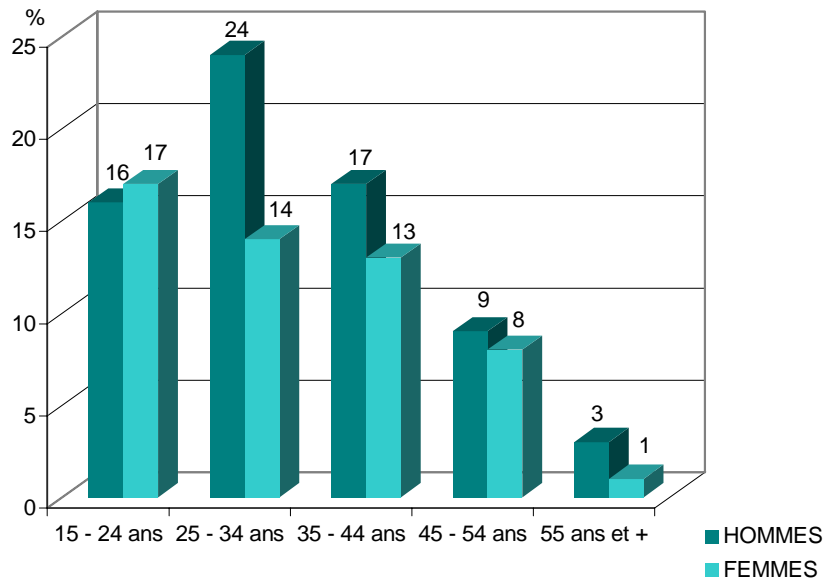
(sources : INSERM SC8, INSEE RP 90 et estimations exploitation ORS)

Place selon l'âge

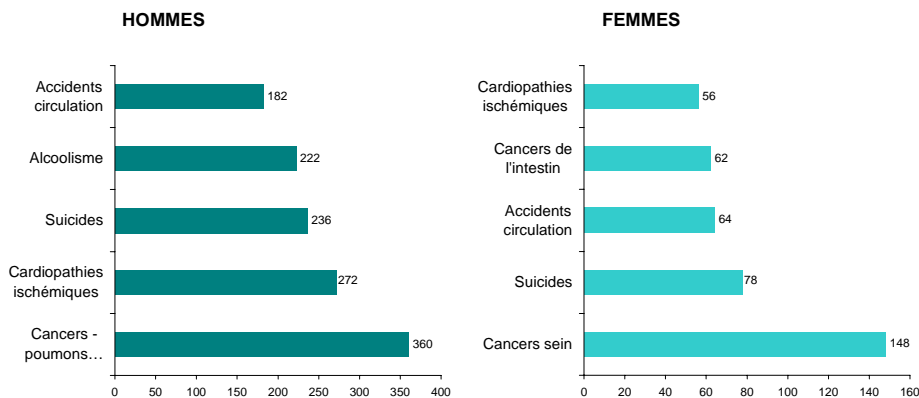
La mortalité par suicide augmente avec l'âge mais le poids relatif des décès reste plus important chez les adultes jeunes. En effet, en Bourgogne comme ailleurs, le taux de mortalité est plus important aux âges avancés mais le poids des suicides dans les décès est plus important chez les jeunes car au jeune âge les personnes meurent moins d'autres causes.

Ainsi, si globalement le suicide représente 2,4 % des décès (3,2 % chez l'homme et 1,3 % chez la femme), cette part varie fortement avec l'âge.

- En Bourgogne, le suicide représente 17 % des décès féminins et 16 % des décès masculins **dans la tranche d'âge 15-24 ans** c'est-à-dire plus que sur le plan national où il représente 12 % chez les femmes et 15 % chez les hommes. Chez les femmes, c'est entre 15 et 24 ans que la part des suicides est la plus élevée, un peu plus élevée même que chez les hommes ce qui est une particularité régionale.
- La part des suicides est préoccupante **chez les hommes de 25-34 ans** puisqu'à cet âge presque 1 décès sur 4 est un suicide en Bourgogne (moins de 1 sur 5 pour l'ensemble des régions françaises).
- **Au-delà de 55 ans**, on retrouve en Bourgogne le taux national de 2 % puis 0,8 % après 65 ans, les deux sexes confondus.

Fig. 1.21 - **Pourcentage de décès en Bourgogne selon l'âge par rapport aux autres causes de décès (1992-1994)**

(source : DRASS de Bourgogne)

Fig. 1.22 - **Place du suicide en Bourgogne parmi les autres causes de décès avant 65 ans (1993-1995)**

(source : colloque du 21 avril 1999 – St Apollinaire)

3.1.3 Répartition selon le sexe

Sauf entre 15 et 24 ans, les taux de mortalité masculins sont plus élevés que les taux féminins (environ 3 hommes pour 1 femme) :

- sur la période 1993-1995, on dénombrait 305 hommes et 108 femmes ;
- sur la période 1995-1997, on dénombrait 280 hommes et 105 femmes.

3.1.4 Modalités de passage à l'acte

Les modes de passage à l'acte observés en 1999 en Bourgogne par l'exploitation des certificats de décès par suicide sont :

- 130 pendaisons ;
- 76 décès par armes à feu ;
- 36 intoxications volontaires.

3.1.5 Aspect sociologique

Contexte familial

Parmi les bourguignons décédés dans leur région en 1999 :

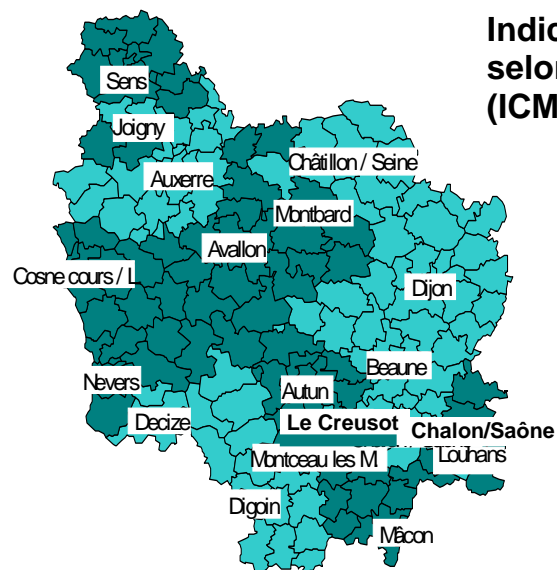
- 33,6 % étaient mariés ;
- 24,1 % étaient célibataires ;
- 13,6 % étaient veufs ;
- 11,4 % étaient divorcés ;
- 17,3 % de non-réponses.

On remarque ainsi que le statut matrimonial n'est pas un élément pertinent dans la recherche de situations à risque. La notion de solitude affective déborde largement le cadre administratif d'un couple.

Analyse par zone d'emploi

Cartes : *indices comparatifs de mortalité par suicide selon les zones d'emploi*

Analyse par zone d'emploi :



Indices comparatifs de mortalité par suicide selon les zones d'emploi de 1988 à 1994 en Bourgogne (ICM France=100)

- ICM significativement > 100
- ICM non significativement différent de 100

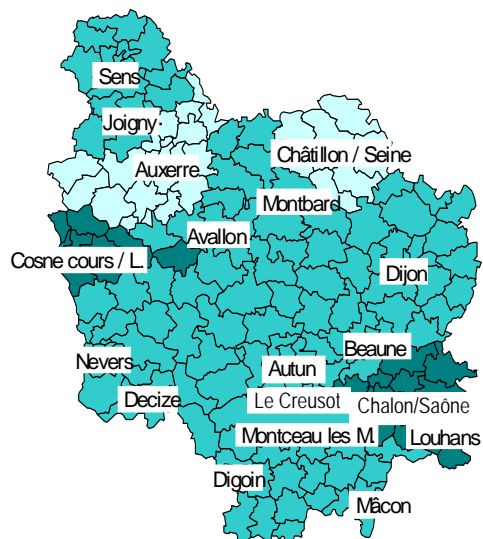
pour les hommes, entre 1988 et 1994, une zone d'emploi sur deux présente une surmortalité par rapport à la France



MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

DRASS de Bourgogne

Analyse par zone d'emploi :



Indices comparatifs de mortalité par suicide selon les zones d'emploi de 1988 à 1994 en Bourgogne (ICM France=100)

- ICM < 100
- ICM significativement > 100
- ICM non significativement différent de 100

pour les femmes, trois zones se détachent :
celles de Louhans, Cosne Cours-sur-Loire et Chalon-sur-Saône

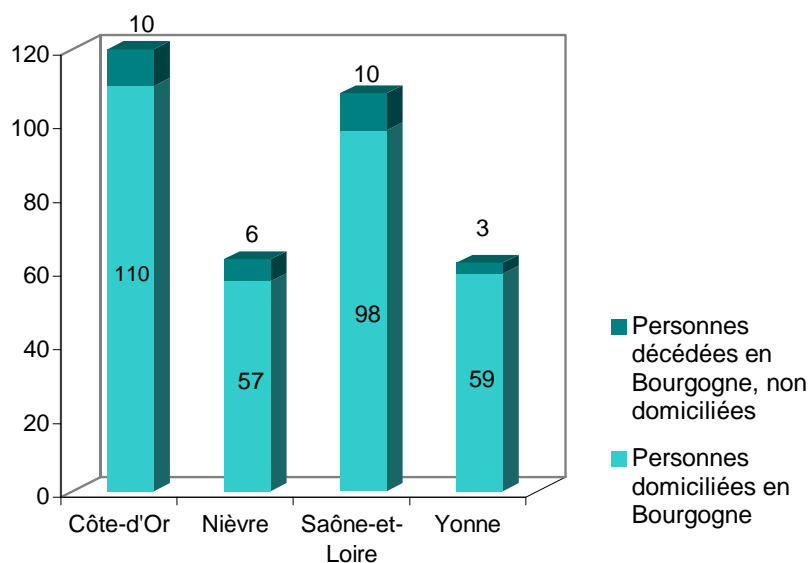


MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

DRASS de Bourgogne

3.1.6 Variations géographiques

Fig. 1.23 - **Nombre de certificats de décès par suicide reçus par les DDASS (en 1999)**



(source : ORS Bourgogne – Suicide en Bourgogne : données épidémiologiques 2000)

En ce qui concerne le suicide, on observe des contrastes départementaux. Les 2 sexes confondus, la Côte-d'Or est la plus touchée, suivie par la Saône-et-Loire.

On distingue par ailleurs des différences selon le sexe :

- pour les hommes, ce sont les départements de la Saône-et-Loire et de la Nièvre qui comptent le plus de décès ;
- pour les femmes, les départements de la Côte-d'Or et de la Nièvre.

3.2. Tentatives de suicide (TS)

3.2.1 Stabilisation

On observe **plus de TS en Bourgogne que la moyenne nationale mais une stabilisation** du nombre recensé dans le cadre hospitalier.

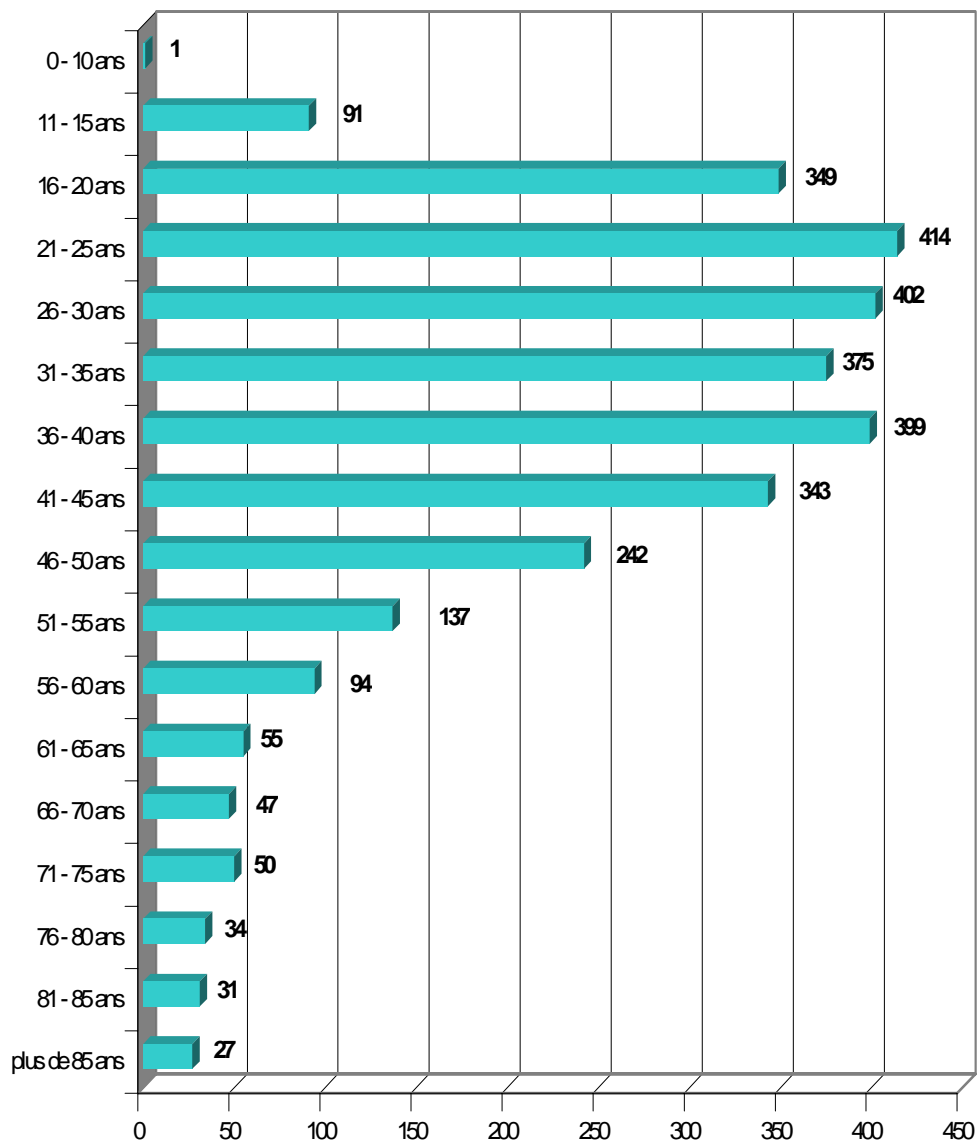
Malgré cette stabilisation, le taux de TS est estimé à 3 pour 1 000 habitants en Bourgogne.

Le taux national est situé entre 2 et 2,5 pour 1 000.

3.2.2 Répartition selon l'âge

Pour les tentatives de suicide, ce sont les jeunes qui sont les plus touchés.

Fig. 1.24 - **Nombre de tentatives de suicide en Bourgogne par âges (en 1996)**



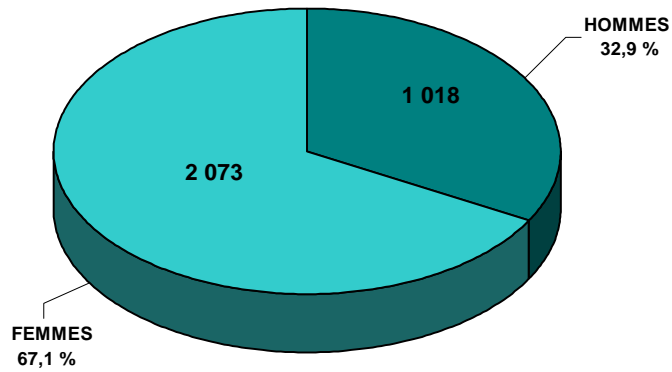
(source : DIM¹² de Bourgogne, service de psychiatrie CHU Dijon)

¹² DIM : Département d'Information Médicale.

3.2.3 Répartition selon le sexe

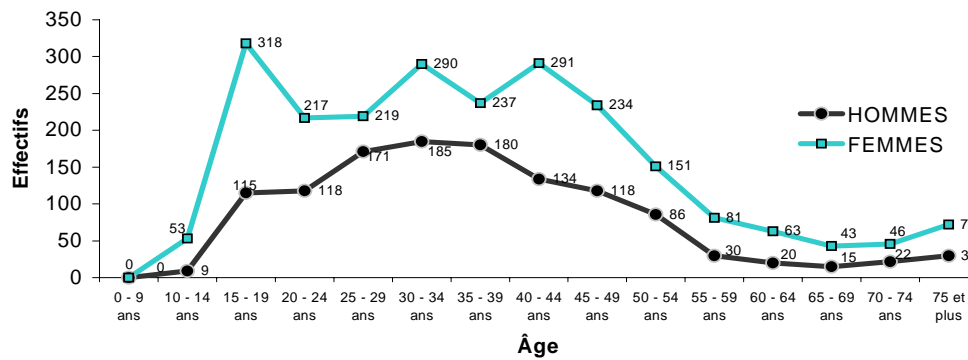
Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à tenter de se suicider.

Fig. 1.25 - *Tentatives de suicide en Bourgogne par sexe en 1996 (sur 3 091 TS)*



(source : DIM de Bourgogne, service de psychiatrie CHU Dijon)

Fig. 1.26 - *Tentatives de suicide en Bourgogne en 1996 : répartition selon le sexe et l'âge*

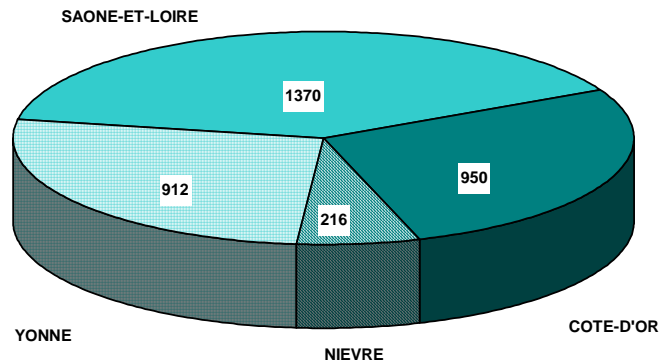


(source : DIM de Bourgogne, service de psychiatrie CHU Dijon)

3.2.4 Variations géographiques

Le "classement" des tentatives de suicide par département place la Saône-et-Loire en tête, suivie de la Côte-d'Or, de l'Yonne et de la Nièvre.

Fig. 1.27 - Répartition par département des 3 448 personnes hospitalisées pour tentatives de suicide en 1996



(source : DIM de Bourgogne, service de psychiatrie CHU Dijon)

4. La France dans le monde

L'OMS est une des principales sources de comparaison internationale des statistiques de suicide. Elle ne regroupe cependant que les chiffres fournis par une cinquantaine de pays sur un total de 195 environ.

En l'an 2000, l'OMS estime qu'un être humain est mort par suicide toutes les 40 secondes dans le monde, ce qui correspond à un taux moyen de 16 pour 100 000 habitants.

La France est au **7^{ème} rang mondial des pays industrialisés** pour la mortalité par suicide avec un taux de 19 à 20 pour 100 000 habitants (tous âges et les 2 sexes confondus).

Sur le plan mondial, des pays comme le Canada, les Etats-Unis, le Japon ont un taux de suicide inférieur à celui de la France. Les pays de l'ex-URSS restent fortement touchés. Partout, le taux de mortalité des hommes est supérieur à celui des femmes, sauf en Chine. Peut-être faut-il y voir un lien avec la mesure de limitation des naissances imposée par les autorités ?

La France se situe parmi les 10 pays les plus touchés dans le monde parmi les 49 pays affiliés à l'International Association for Suicide Prevention (IASP) avec l'Estonie, l'Autriche, la Suisse, le Danemark, la Russie, la Belgique, la Slovénie, la Lituanie et la Finlande.

En 1994, la France se situait au **4^{ème} rang de la Communauté Européenne pour les hommes** derrière la Finlande, l'Autriche et le Luxembourg et au **5^{ème} rang pour les femmes**, derrière la Finlande, la Suisse, le Danemark et le Luxembourg.

On se suicide davantage en Europe du Nord et en Europe Centrale qu'en Europe du Sud. La Lituanie et la Hongrie sont les pays européens les plus touchés : entre 35 et 50 pour 100 000 habitants selon les recensements publiés.

La Grèce et l'Espagne sont les pays latins les plus faiblement touchés (4 pour 100 000 en Grèce et 5 pour 100 000 en Espagne).

Dans l'appréciation des résultats collectés, il faut tenir compte des méthodes de recueil qui peuvent être différentes ou plus ou moins fidèles. Une étude comparative reste assez imprécise.

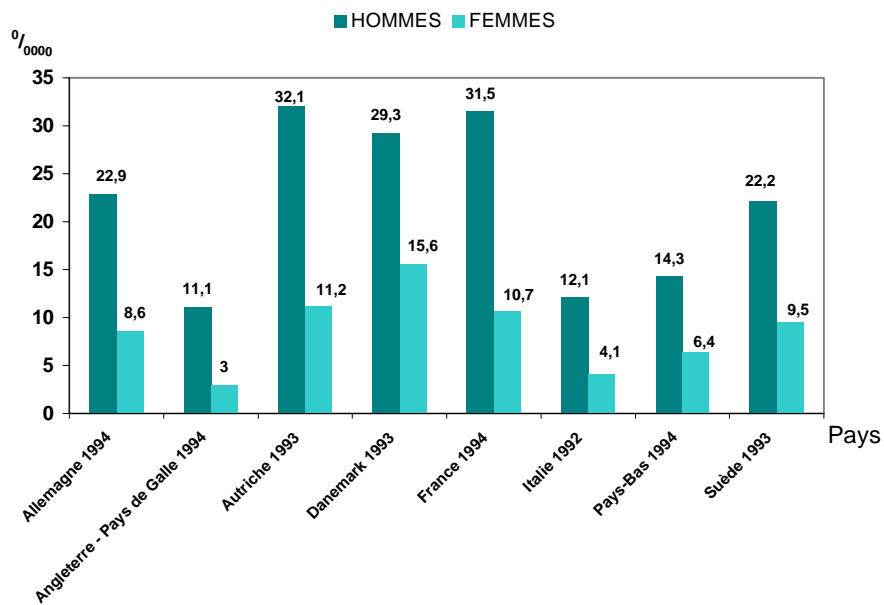
Les taux retenus ne sont pas exactement superposables selon les études mais les variations et les écarts sont comparables.

Fig. 1.28 - **Taux de suicide dans quelques pays économiquement développés**

Pays à taux ELEVE de suicide > 15/100 000	Pays à taux BAS de suicide < 12/100 000
ALLEMAGNE	BULGARIE
AUTRICHE	ESPAGNE
DANEMARK	GRECE
FINLANDE	IRLANDE
HONGRIE	ISRAEL
JAPON	ITALIE
LITUANIE	NORVEGE
SLOVENIE	ROYAUME-UNI
SUEDE	TURQUIE
SUISSE	
UKRAINE	

(source : M. LEJOYEUX)

Fig. 1.29 - **Taux de suicide dans quelques pays européens (pour 100 000)**



(source : M. LEJOYEUX)

Au plan mondial, on observe statistiquement une baisse du taux de suicide lors de catastrophes telles que les guerres, les tremblements de terre, les incendies.

ASPECTS HISTORIQUES DU SUICIDE

1. Historique des travaux sur le suicide	45
2. Le suicide à travers les âges.....	46
2.1. Suicide et religions	46
2.1.1 Influence occidentale	47
■ Croyances antiques.....	47
■ Christianisme.....	47
■ Judaïsme	49
2.1.2 Influence orientale	49
■ Brahmanisme, hindouisme, bouddhisme	49
■ Taoïsme.....	50
■ Shintô.....	50
■ Islam	50
2.2. Suicide et législation	51
2.2.1 En France	51
2.2.2 Dans les autres pays	52
2.2.3 Suicides sur commande	52
■ En Occident	52
■ En Orient.....	53
2.3. Suicide et climat socioculturel	54
2.3.1 Influence des croyances populaires	54
2.3.2 Influence du climat social.....	54
2.3.3 Fidélité jusqu'au bout.....	55
2.3.4 Influences orientales.....	55
2.3.5 Euthanasie	56
2.4. Suicide et sacrifice.....	57
2.4.1 Suicide-sacrifice.....	57
2.4.2 Suicides collectifs dans les sectes	60
2.5. Suicide et littérature.....	61
2.5.1 Mythologie	61
2.5.2 Poètes et écrivains	61

1. Historique des travaux sur le suicide

Le mot "**suicide**" apparaît dans la langue française en 1734. L'Abbé des FONTAINES en 1737 aurait été un des premiers à l'utiliser dans un texte.

En 1795, apparaît le verbe "se suicider".

Si l'on s'en tient à l'étymologie, il conviendrait de dire "suicider" et non "se suicider" qui constitue une redondance "se tuer soi-même".

L'expression "un suicidé" est employée à partir de 1830, "un suicidant" en 1855 et "suicidaire" en 1905¹³.

- Il fallut attendre le **XIX^e siècle** pour qu'une étude scientifique du suicide soit abordée.

Deux écoles s'opposent alors :

- **L'école psychiatrique** avec **Jean Etienne Dominique ESQUIROL**, chef de file, qui soutient en 1838 que "l'homme n'attend à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés". Il faut replacer cette célèbre phrase dans l'ensemble du propos d'Esquirol auquel n'avait pas échappé que tous les suicidants ne sont pas délirants. Il souhaitait exprimer, avec les psychiatres de l'époque, que lors de l'acte suicidaire, les personnes se trouvent dans un état émotionnel pathologique.
- **L'école sociologique** avec **Emile DURKHEIM**, qui publia en 1897 son ouvrage faisant du suicide le résultat d'influences familiales, sociales, religieuses. La définition que donne Emile Durkheim du mot suicide est claire et précise "on appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat".

- **Au XX^e siècle**

- S'éloignant un peu d'Emile DURKHEIM, **Maurice HALBWACHS** en 1930 considère que chaque société possède "des courants sociologiques".

Il décrit alors **trois principaux types de suicide** selon la façon dont agissent ces courants :

- **le suicide égoïste** où l'individualisme grandit dans la désintégration du groupe social : l'individu n'a plus d'attache ;
- **le suicide altruiste** des sociétés primitives où le suicide se fait "sous influence" par défaut d'individualisation : l'attachement de l'individu aux valeurs collectives est fort ;
- **le suicide anémique** par dislocation du groupe social ou insuffisance de cohésion (au cours des crises économiques ou politiques).
- **Une sociologie marxiste** fait du suicide un phénomène lié avant tout à la structure capitaliste de la société. Selon ce point de vue, dans une société idéale ou idéalement communiste, il n'y aurait pas de suicides

¹³ KROMICHEFF (E.) – Peut-on avoir raison de se tuer ? : réflexion sur le sens du passage à l'acte. – Bulletin d'information du CREAI de Bourgogne, décembre 2000, n° 199 : 7-17.

- **Gabriel DESHAIES** en 1947 prit une 3ème voie entre la position d'ESQUIROL et celle de la sociologie pour axer ses recherches sur la théorie psychologique du suicide.
En s'interrogeant sur le sens de la conduite suicidaire, il tend à réunir les différents points de vue (statistique, sociologique, psychologique et psychiatrique).
- A partir de 1964, **André HAIM** centre son travail sur les adolescents et le suicide. Il considère que la tentative de suicide s'inscrit chez le jeune comme un processus désorganisateur et non comme l'expression naturelle de l'adolescence ou un trait d'immaturation. La notion de crise juvénile est revue et enrichie. Les recherches sont replacées dans la réflexion psychopathologique sur l'adolescence initiée par Anna FREUD vers la fin des années 1950.
- Par la suite, publications et ouvrages ont progressivement complété les travaux antérieurs.
A partir des années 1970, paraissent régulièrement des documents variés – allant de l'épidémiologie jusqu'aux perspectives thérapeutiques – rédigés par de nombreux auteurs.
De 1975 à 1985 les recherches s'appuient sur la sociologie et les théories de la communication, l'épidémiologie est très présente.
Depuis 1988, les méthodes statistiques demeurent mais d'autres approches, littéraires, cliniques et psychanalytiques sont plus largement explorées.

2. Le suicide à travers les âges

L'idée du suicide est universelle au sens où elle se manifeste dans l'Histoire, les pays, les sociétés de façon intemporelle et sans frontière. "De tout temps, les hommes ont cherché à exercer sur eux-mêmes le droit de vie et de mort"¹⁴.

Ainsi on retrouve des comportements suicidaires à travers les âges de l'Antiquité à nos jours. Ils sont présents et évoluent selon le cours de l'histoire des civilisations.

2.1. Suicide et religions

Le suicide entretient avec la question divine une relation étroite. On remarquera tout d'abord que le suicide serait inconnu ou pratiquement inexistant en Terre de Feu, chez certaines tribus aborigènes d'Australie Centrale et dans quelques contrées indiennes qui sont des peuples sans dieu. Au contraire, le taux de suicide élevé des Esquimaux, au Groenland, en Sibérie ou dans le Nord canadien s'expliquerait en partie par la croyance en une destinée meilleure après chaque mort. En cas de mort violente, l'âme irait de surcroît dans un paradis en attendant une nouvelle vie terrestre.

On remarquera par ailleurs, l'influence prépondérante des religions tout au long de l'Histoire, dans la façon dont les hommes côtoient l'idée du suicide et se positionnent en fonction de leur croyance selon l'influence orientale ou occidentale.

¹⁴ DESHAIES (G.) – Psychologie du suicide. – Paris : PUF, 1947. – (Bibliothèque de philosophie contemporaine).

2.1.1 Influence occidentale

■ Croyances antiques

- Les Egyptiens utilisent les préceptes de la religion au profit de la vie. Même si sa foi en la résurrection est forte, l'Egyptien attend le signe de Dieu pour mourir. Le suicide ne fut donc pas une pratique courante dans l'Egypte antique.

Il y eut cependant une **période pendant laquelle les dieux eurent recours aux prêtres comme intermédiaires en leur faisant connaître leur volonté de voir disparaître une personne.**

Celle-ci s'exécutait alors et donnait ainsi aux prêtres un pouvoir dont ils usèrent de façon détournée et politique en faisant mourir les indésirables. Ils prirent progressivement, au nom des dieux, de plus en plus d'initiatives, qui finirent par être suspectes.

L'histoire dit que les prêtres d'Amon eurent la mauvaise idée de signaler au pharaon lui-même que sa vie était attendue. Le pharaon fit rapidement cesser cette pratique des oracles qui n'avait finalement rien de tout à fait mystique.

- En Gaule celtique (avant Jésus-Christ), puis romaine (peu avant Jésus-Christ et jusqu'au III^e siècle) et en Germanie, il y eut de nombreux **suicides religieux.**

On se tuait entre amis à la fin des banquets.

Les veuves se tuaient sur le corps de leur mari défunt.

■ Christianisme

On peut reconnaître avec Emmanuel KROMICHEFF dans la position de l'Eglise chrétienne par rapport au suicide, **trois périodes successives** :

- ① La première concerne **le suicide des martyrs** que l'Eglise ne peut désavouer. La volonté de rester en vie est inférieure à celle du sacrifice pour rejoindre Dieu et lui rester fidèle en faisant don de sa vie. C'est cette position de martyr qui soutient les chrétiens dans les arènes romaines et leur font attendre la mort comme un salut. On retient que Saint Ignace dans le cirque de Rome provoqua les lions et les incita à le tuer.

Des historiens de l'Empire romain rapportent que l'attrance pour le martyre prit une telle importance que l'Eglise finit par déclarer hérétiques cette sorte de fidèles.

Cependant, bien après cette période de suicide des martyrs, des théologiens affirmeront que Jésus a choisi volontairement d'offrir sa vie en holocauste pour la rédemption du monde. Saint THOMAS d'Aquin¹⁵, théologien catholique du XIII^e siècle sous-entend cette idée dans son questionnement : "comment le fils de Dieu, dont la volonté est sans limite, a-t-il pu mourir sans l'avoir profondément voulu ?".

¹⁵ Saint THOMAS d'Aquin (1227-1274). – Œuvre essentielle "*La Somme théologique*".

- ② La seconde période débute avec Saint AUGUSTIN¹⁶, théologien, philosophe et moraliste qui à la fin du IV^e siècle, s'appuyant sur le commandement "tu ne tueras point", conduit l'Eglise à **interdire le suicide** : "tu ne tueras point, ni un autre, ni toi-même".

C'est donc après le IV^e siècle, que sera prise la décision de punir les suicidés. Il s'agit bien d'une pénalité religieuse car la législation séculière de l'époque ne dit mot au sujet du suicide.

Par la suite, de concile en concile, le droit canon va devenir de plus en plus répressif face au suicide qui sera condamné dans toute la chrétienté. Outre la privation des honneurs funèbres, les cadavres sont curieusement et furieusement malmenés, les auteurs de tentatives de suicide excommuniés. Il y eut, semble-t-il, peu de suicides du VI^e au XI^e siècle.

Aux XII^e et XIII^e siècles, le goût pour le suicide se ranime. L'hérésie cathare conduit ses membres, "les parfaits", à se tuer en réalisant un "suicide sacré".

C'est à partir du XIII^e siècle, que l'enterrement en terre chrétienne devient impossible pour les suicidés.

Avec le protestantisme, au XVI^e siècle, Martin LUTHER et Jean CALVIN soutiennent l'interdiction du suicide en prêchant la soumission à la volonté de Dieu qui seul décide la date de la mort.

Entre le XVI^e et le XVII^e siècle, protestants et catholiques conjuguent leurs efforts et la répression est particulièrement sévère.

Pour les chrétiens de l'époque, "Dieu est un maître de la vie et la raison de l'homme a pour effet de reconnaître cette souveraineté. Porter atteinte à sa propre vie, c'est porter atteinte à Dieu. Tout suicide devient un blasphème."¹⁷

- ③ En France, c'est la Révolution qui va conduire à changer les pratiques sur le plan civil, mais du point de vue de l'Eglise, il faudra attendre le XIX^e siècle pour admettre peu à peu que l'individu peut être soumis à des pulsions dont il n'est pas maître. On entre alors dans la troisième période.

Logiquement, **l'Eglise va assouplir sa position** et tenir compte du fait qu'une personne peut s'être donné la mort dans un moment où elle ne jouissait pas d'une entière liberté d'esprit.

Elle reprend en cela la position de Saint THOMAS d'Aquin qui admettait le suicide pathologique déjà signalé dans le droit romain sous les dénominations de "furiosus" ou "insanus".

A partir de 1917, l'évolution devient officielle. Bien que le nouveau code de droit canon déclare que "la sépulture ecclésiastique doit être refusée à ceux qui se sont donné la mort de propos délibéré", si un médecin déclare dans un certificat médical que la personne s'est tuée dans un acte de démence, elle peut alors avoir droit à des obsèques religieuses.

Le pape BENOIT XIV, à partir de 1918, réaffirme que la mise à l'écart ne s'applique plus à ceux qui ont agi dans un moment de folie ni à ceux qui manifestent des signes de repentir avant la mort.

A partir de 1965, les obsèques religieuses sont acquises aux suicidés, sans certificat médical ni démarches particulières des proches auprès des ecclésiastiques, bien que le concile de Vatican II continue de déclarer infâme

¹⁶ Saint AUGUSTIN (354-430). – Œuvres principales "Les Confessions", "La Cité de Dieu".

¹⁷ Monseigneur Albert Rouet, évêque auxiliaire de Paris.

tout ce qui s'oppose à la vie : homicide, génocide, avortement, euthanasie, suicide.

C'est seulement en 1983, que le code de droit canonique annule toutes anciennes peines concernant les suicidés en confirmant que le suicide n'est plus blasphématoire mais "le signe d'un désespoir auquel l'Eglise se doit d'être miséricordieuse".

Ainsi donc, entre le IV^e et le XX^e siècle, "le suicide était un péché, il devient un malheur".

■ Judaïsme

Le Talmud condamne clairement le suicide mais dans la pratique, seul le deuil officiel est simplifié. Le soutien et la consolation à apporter aux proches restent entiers.

Dans l'Histoire, les exemples de combattants juifs se suicidant pour ne pas tomber entre les mains de leurs oppresseurs sont nombreux.

Au nom de la liberté, ils ont au cours d'époques successives, transgressé les commandements des textes sacrés :

- Au terme du siège de Massada, après la révolte contre les Romains en 66, les Juifs décident, sous le commandement de leur général, de détruire la forteresse et de se donner la mort. "Mourons sans être esclaves de nos ennemis. Sortons ensemble libres de la vie, avec nos femmes et nos enfants". Parmi les combattants, dix d'entre eux sont désignés pour tuer les autres et le dernier survivant se donne lui-même la mort.
- Au Moyen Age, en Europe, les Juifs tentent déjà, en se suicidant, d'échapper aux persécutions des catholiques avant d'être soumis à celles de la dernière guerre mondiale.

2.1.2 Influence orientale

■ Brahmanisme, hindouisme, bouddhisme

Chacun des trois principaux mouvements religieux de l'Inde a des particularités, notamment des divinités différentes, et l'hindouisme se distingue par une organisation sociale particulière sous forme de castes, mais tous sont fondés sur l'idée de renoncement et sur la métempsycose¹⁸.

Dès l'Antiquité, aux Indes, des sages brahmanistes se suicidaient au cours de fêtes religieuses à la **recherche du nirvana** (délivrance dans le néant absolu).

Des épouses accompagnaient leur mari dans la mort lors de la crémation du corps.

Depuis les Indes, le bouddhisme s'étendit progressivement au Tibet et, vers le milieu du I^{er} siècle, arriva en Chine. Il fallut attendre le V^e siècle pour que la pratique s'affirme après qu'une traduction des textes bouddhistes soit adaptée à la mentalité chinoise.

¹⁸ Métempsycose : croyance aux renaissances successives sous des formes diverses (humaines, végétales ou animales).

Le bouddhisme s'étendit ensuite de la Chine à ce qui fut la Cochinchine (actuellement territoire du Vietnam). Le suicide devint une pratique institutionnalisée sur le territoire chinois comme en Inde, du V^e au XI^e siècle.

Quelquefois réalisé sous forme contestataire comme en Europe, mais souvent inspiré par la foi bouddhique, le suicide par le feu était un geste de purification et de renoncement total, jusqu'à la destruction de l'enveloppe corporelle.

La fréquence des crémations volontaires diminua par la suite mais il fallut des décrets interdisant le suicide dans le courant du XIX^e siècle pour que cette pratique ne se ravive pas et qu'il soit admis qu'elle était issue d'une mauvaise interprétation des textes sacrés.

■ Taoïsme

Outre le suicide par le feu, on rencontre en Inde et surtout en Chine, **le suicide par inanition souvent inspiré du taoïsme.**

Le taoïsme est une religion populaire de Chine, dont on ignore l'origine exacte qui se perd dans la nuit des temps.

Elle associe l'adoration des esprits de la nature, des morts et des démons à des superstitions diverses où se mêlent sorcellerie, fétichisme, magie. Le tout est imprégné de doctrines philosophiques inspirées, librement, de LAO TSEU.

L'ensemble donne une pratique du "non-agir", de la passivité dans l'indifférence et conduit, les moines en particulier, au suicide par inanition.

■ Shintô

C'est avec le bouddhisme japonais, une des deux religions principales du Japon. Elle est antérieure à l'introduction du bouddhisme mais les deux religions se complètent et elles peuvent être associées dans la pratique religieuse des Japonais.

Le shintô ancien est une religion qui attribue une âme aux phénomènes naturels et qui comporte des rites de purification, de sacrifice, d'expiation.

Le sacrifice par le suicide permet d'offrir sa vie à des divinités plus lumineuses que soi ou de devenir soi-même une sorte de divinité. En effet, a la possibilité de devenir divinité toute personne qui se distingue par sa valeur ou son courage exemplaire. C'est le cas, selon les shintoïstes, d'une personne qui forcerait le respect ou la crainte en se donnant la mort volontairement.

■ Islam

La religion musulmane a, dès sa fondation au début du VII^e siècle, refusé le suicide et condamné le suicidé. Celui-ci n'a pas le droit à la dernière prière avant d'être enterré. La cérémonie funéraire doit être discrète, entre proches.

La presse nous retrace parfois des faits divers sanglants où un suicide-sacrifice est revendiqué par la partie intégriste de la communauté musulmane. C'est alors un fait reconnu comme "une sainte nécessité".

Cette position n'est pas celle de l'ensemble de la communauté musulmane.

L'islam, fondé par MAHOMET, est confessé en Asie, au Moyen-Orient, en Afrique et en Europe. **Le suicide n'a pas de place dans le code de pratique religieuse des musulmans.**

2.2. Suicide et législation

2.2.1 En France

- Le suicide, très tôt réprimé en raison de l'influence prépondérante du christianisme, n'a fait l'objet d'une peine civile qu'à partir de SAINT LOUIS (ou Louis IX, roi de France de 1226 à 1270).

Entre le XIII^e et le XVI^e siècle, le suicide est un crime de lèse-majesté, chacun doit sa vie au roi.

A cette époque, on observe une mise en justice des cadavres. Un curateur au suicidé est désigné pour défendre son geste en démontrant que la situation était accidentelle ou, pour le moins, excusable en raison d'un état de folie ou de maladie insupportable.

La peine encourue est la confiscation des biens, supportée par la famille du défunt. Le suicidé est privé des honneurs funèbres et le cadavre est traîné sur une claie, face contre terre puis exposé, ou soumis à d'autres maltraitances pour le moins étonnantes, variables selon les régions de France.

- **Au XVII^e siècle**, LOUIS XIV précise dans ses ordonnances de 1670, qu'un noble qui se tue de sa main sera déclaré roturier, ses doigts coupés, son château détruit et ses bois abattus. S'il s'agit d'un bourgeois ou d'un homme du peuple, son corps sera pendu et ses biens confisqués au profit du roi qui en disposera (en général, en les offrant à un membre de la Cour).

Après une tentative de suicide, tout en échappant à la peine capitale, le suicidant subit une peine allant du cachot ou du fouet en place publique, à la galère.

- **Au XVIII^e siècle**, le procès du suicidé n'est plus systématique. On distingue les suicides prémédités "et sans excuse" et ceux où la famille du suicidant peut faire état de raisons tenues pour recevables et bénéficier de l'indulgence. Le suicide raté ne fait plus l'objet de pénalité.

L'attitude judiciaire se modifiant peu à peu, il n'y a plus de comparution de cadavre en justice à partir de 1770. Les peines peuvent cependant être maintenues et ce n'est qu'à partir de 1790 que le suicide est reconnu comme un acte individuel n'entraînant pas de punition familiale grâce à **la Déclaration des Droits de l'Homme qui affirme la liberté individuelle**.

- **Le XIX^e siècle** voit la rédaction du code civil en 1800 et du code pénal en 1810 par Napoléon BONAPARTE. Celui-ci mit en forme, sélectionna et compléta les travaux de la Convention qui, avec Jean-Jacques de CAMBACERES, avait souhaité remplacer et unifier la législation de l'Ancien Régime.

Le code pénal français napoléonien ne réprime plus le suicide, il fait disparaître les peines encourues.

Il faudra attendre 1881 pour que soit mise hors la loi la pratique de l'enterrement à l'écart grâce à la mention dite de "neutralité des cimetières".

2.2.2 Dans les autres pays

Dans les autres pays chrétiens, la législation a évolué dans l'Histoire de façon un peu comparable.

Dans un premier temps sont appliquées des peines sévères à l'encontre des suicidés et de leurs familles, puis ces peines disparaissent mais une nouvelle législation ou le maintien de la législation antérieure réprime l'incitation. Celle-ci est plus ou moins étroitement précisée par la loi et plus ou moins lourdement sanctionnée.

2.2.3 Suicides sur commande

Les suicides sur commande sont des peines retenues par certains codes pénaux, écrits ou seulement coutumiers.

■ En Occident

- L'Histoire retient de la Grèce antique **l'empoisonnement imposé** de Socrate, ou de la Rome antique, **le suicide programmé** de Sénèque.

SOCRATE, le philosophe grec du V^e siècle avant J.-C., dont les propos sont connus principalement par les "*Dialogues*" de son disciple Platon, fut condamné à boire de la ciguë à cause de son impiété, dit-on. On suppose qu'il s'agissait d'un mélange de ciguë et de poison car l'histoire rapporte que Socrate ne cessa de philosopher jusqu'à son dernier souffle alors que l'intoxication à la ciguë est censée produire de vives souffrances ne permettant pas de réfléchir et converser avec sérénité.

SENEQUE, stoïcien romain du I^{er} siècle de notre ère, compromis dans une conspiration à l'encontre de Néron dont il était le précepteur, fut condamné à se suicider. Il se fit ouvrir les veines, mais la mort tardant à venir, il dut aussi recourir au poison et enfin au bain de vapeur où il mourut étouffé.

- **Le suicide sur ordre ou sur commande**, à Rome au temps de l'Empire, est accordé à des personnages publics que l'on considère comme dignes de ce privilège.

Les suicidés peuvent transmettre leurs biens à leurs descendants malgré leur condamnation, à l'inverse de ce qui se passera sous la royauté en France par exemple.

Il arrive que les personnes suspectées se suicident avant même d'en recevoir l'ordre, ce qui leur permet de laisser leurs biens à leur famille, la condamnation en moins.

CALIGULA, empereur romain du I^{er} siècle après J.-C., connu pour sa cruauté insensée et sa capacité à vider ses coffres, fit changer ce code en interdisant la transmission des biens des suicidés.

Ce fut pour lui une façon de récupérer à son compte les biens des suicidés sur ordre. Il inventa donc "**les suicides rentables**".

Ceux-ci devinrent de plus en plus nombreux pendant cette période du règne de Caligula car, à mesure qu'il dilapidait ses biens, il inventait des prétextes pour donner l'ordre à des dignitaires de son entourage de se suicider afin d'hériter de leur fortune.

On notera que, pendant la décadence de l'Empire, **le suicide des esclaves**, mode de délivrance fréquemment utilisé, **était interdit** et toute tentative punie sévèrement. Mais, par ailleurs, on demandait à un esclave de protéger son maître au prix de sa propre vie, qu'il pouvait alors mettre en péril.

■ En Orient

- **En Chine**, le suicide était clairement prévu et inscrit dans les textes anciens des codes pénaux impériaux. La peine capitale destinée à condamner le peuple était la décapitation. Les hauts dignitaires avaient le "choix" entre une décapitation sur la place publique et le suicide.

Si le suicide retenait la faveur du coupable, le souverain lui adressait l'un des trois cadeaux précieux : un sachet de poison, une corde de soie ou une feuille d'or que le suicidant accueillait en se prosternant.

Le suicide à la feuille d'or est une spécificité chinoise : un morceau de métal finement laminé est aspiré, il obstrue l'ouverture de la glotte et provoque l'asphyxie.

Il n'est toutefois pas impossible pour un mandarin de trouver parmi ses coolies un remplaçant qui, en échange de son sacrifice, aura droit à de belles funérailles et une somme d'argent à laisser à sa famille.

- **Au Japon**, le suicide est là aussi une pratique officialisée par la justice impériale à partir du XV^e siècle. Les samouraïs, personnages de la noblesse, peuvent par privilège, se donner la mort eux-mêmes, en échappant au bourreau, grâce à la pratique du hara-kiri.

Le hara-kiri "ventre ouvert" prend son origine au XII^e siècle alors que jusqu'à cette date, on se tuait en se coupant la gorge.

On notera que le terme de hara-kiri est rarement employé par les japonais eux-mêmes qui le jugent vulgaire. Ils utilisent un synonyme le **seppuku**.

Il existe deux modalités possibles selon le grade du suicidant : il peut symboliquement faire le geste de se saisir d'un sabre en bois posé devant lui, l'officier placé à sa droite le décapite à cet instant et l'officier de gauche présente sa tête.

L'autre modalité est celle où le suicidant s'ouvre lui-même le ventre, un aide lui coupe la tête à la fin du geste de hara-kiri, puis présente sa tête. L'aide choisi est généralement un ami proche pour qui c'est un honneur d'assister le suicidant dans sa démarche cérémoniale.

La pratique judiciaire du hara-kiri était encore utilisée dans la seconde moitié du XIX^e siècle, puis elle fut effacée de la législation japonaise. Malgré cela, ce geste fut couramment pratiqué jusqu'aux années 1950, et utilisé en dehors de l'aristocratie à laquelle il était initialement réservé.

Actuellement, bien qu'exceptionnellement choisi, il continue d'être une manière de se suicider qui garde l'approbation, voire l'admiration de la collectivité japonaise et qui se perpétue en dehors des règles de la justice.

On note que c'est au XV^e siècle que la femme japonaise fut admise à la pratique du seppuku qui prit une forme particulière.

La femme se perçait la gorge avec le poignard qui lui était offert à cet usage éventuel par son père le jour de son mariage.

Pour les femmes, cette pratique se dénommait **gigaki**.

En conclusion, on peut voir les liens particuliers et multiples entretenus entre suicide et législation quelle que soit la civilisation observée. De la qualité du législateur, de l'origine de ses influences, du scrupule qui l'anime, naîtront les modifications de la loi.

2.3. Suicide et climat socioculturel

2.3.1 Influence des croyances populaires

Dès l'Antiquité gréco-romaine et tout au long de l'histoire des peuples, on observe des pratiques funéraires spécifiques prévues pour les suicidés, sans référence directe à la religion ou à la législation mais qui sont plutôt des coutumes reflétant l'influence de croyances populaires.

- **Dans la Grèce antique**, le cadavre d'un suicidé était privé de sépulture, son corps enterré dans un endroit inculte et ignoré, et sa main droite coupée et enterrée dans un autre endroit.
- **Au Moyen Age**, on pense que la mort volontaire influence la nature ou déclenche des désastres. Ainsi, pense-t-on qu'après plusieurs suicides dans une contrée donnée, il est impossible de semer, que le raisin tarde à mûrir et que l'année finit sous la pluie. On redoute que certains suicides exemplaires provoquent des inondations.
- Plus proche de nous, au point de vue chronologique et géographique, est l'exemple français d'**Abbeville** où le rite consistait à percer la porte de la maison du suicidé afin que son corps soit tiré par les pieds. On voulait ainsi empêcher le défunt de retrouver le chemin de sa maison pour y venir hanter les vivants.
- Avant que soit prononcée légalement la neutralité des cimetières, on connut l'existence de cimetières sans porte **en Bretagne**. Ils étaient réservés aux suicidés et autres défunts décédés de mort violente (noyés, enfants morts sans baptême et, dans certains écrits les criminels condamnés). Les corps étaient passés par-dessus le mur, là encore pour éviter le retour du défunt dont on redoutait la malveillance.

2.3.2 Influence du climat social

- Dans la période d'expansion de l'Empire romain, **les Gaulois** préférèrent souvent la mort à l'esclavage romain.
- Dans certaines régions de la Gaule, les vieillards étaient invités à se tuer pour n'être plus un poids pour la communauté. **Les Celtes** en général pensaient qu'une vie de paradis attendait les suicidés et qu'au contraire, une vie de tourments attendait ceux qui mouraient de vieillesse et de maladie.
- **Les Wisigoths**, à la fin de leur vie, gagnaient par leur courage l'entrée du paradis en se précipitant d'un rocher (le rocher des Aïeux).
- **Au Japon**, on retrouve dans la littérature cette pratique concernant les personnes en fin de vie qui font du suicide un simple et honorable passage du monde des vivants à celui des défunts. "*La balade de Nayarama*", film de Shohei IMAMURA primé à Cannes en 1983 et tiré du livre de Fukazawa

SHICHIRO décrit une coutume du monde paysan d'autrefois qui consistait à abandonner les vieillards dans la montagne en période de disette¹⁹.

- Les périodes historiques de crise politique majeure ont parfois été le théâtre de sortes "d'épidémie de suicides".
C'est le cas en France **pendant la Révolution**. Que ce soit pour les partisans de la royauté ou pour les révolutionnaires eux-mêmes, au cours des multiples remaniements de cette période, la question se posait souvent : "se tuer ou être tué ?".

2.3.3 Fidélité jusqu'au bout

- **Le sati**, suicide des veuves

Inspiré du bouddhisme et témoin de l'amour conjugal et de la fidélité, le sati était en Inde le suicide-sacrifice de la femme d'un défunt afin de suivre son époux dans l'autre monde ou l'autre vie.

Cette coutume indienne voulait que la veuve suive son défunt mari en se pendant ou, mieux encore, en se jetant dans le bûcher de crémation du corps de son époux.

Ce sacrifice réservé aux veuves de haute caste ne fut jamais une obligation liturgique mais seulement "une recommandation".

Il prit malgré cela des proportions préoccupantes, notamment dans la province du Bengale.

La coutume du suicide des veuves fut interdite en 1829 sous l'administration anglaise. Elle persista cependant dans quelques provinces jusqu'à la Seconde Guerre mondiale.

Actuellement, cette pratique peut être remplacée par un geste symbolique. Lorsque le corps est amené sur le bûcher funéraire, la veuve s'étend un instant près de lui puis vient prendre place parmi les assistants.

- Le suicide comme ultime témoin de la **fidélité amoureuse** ne se rencontre pas seulement dans les coutumes orientales.
Il reste une motivation forte illustrée par CLEOPATRE qui, dit-on, se fit piquer le sein par un aspic pour suivre dans la mort Marc Antoine vaincu. De même PORTIA, femme de Brutus, meurtrier de César, promit de suivre son époux si celui-ci devait connaître une issue tragique. Protégée par son entourage, ne disposant d'aucune arme susceptible de lui permettre un geste fatal, elle avala des charbons ardents.
ROMEO et JULIETTE continuent d'être présentés aux collégiens pour magnifier la fidélité et la force de l'amour : Juliette se tue à la vue de son Roméo qui s'est donné la mort la croyant morte, elle aussi.
SHAKESPEARE mit en mots ce thème de l'amour partagé jusqu'au bout. Des personnes, illustres ou non, incarnent parfois encore tragiquement cette situation de nos jours.

2.3.4 Influences orientales

Bien qu'inspirées du taoïsme et du bouddhisme, les pratiques suicidaires des peuples d'Asie ont pu avoir des motivations qui n'étaient pas précisément de nature mystique.

Le suicide en Orient est un mode d'expression respectable voire honorable.

¹⁹ KROMICHEFF (E.) – Peut-on avoir raison de se tuer ? : réflexion sur le sens du passage à l'acte. – Bulletin d'information du CREAI de Bourgogne, décembre 2000, n° 199 : 7-17.

Se donner la mort est généralement reconnu comme une marque de courage témoignant de la force de celui qui dédaigne la douleur, physique et morale.

Ce geste est aussi l'expression de la recherche d'une harmonie entre l'homme, la nature et le néant qui caractérise la forme orientale du nihilisme.

Nombreux sont les exemples à caractère anecdotique dans la littérature pour témoigner du recours au suicide (pour une raison d'honneur, de vengeance ou rancune, de contrariété domestique, pour échapper au ridicule ou à la honte) car la notion d'honneur est particulière en Asie et sa subtilité peut échapper à l'occidental.

Cependant, il est vraisemblable que les préparatifs du geste suicidaire ou la mise en scène du suicide sans mise en œuvre de l'acte lui-même, peuvent suffire à laver certains affronts car les statistiques (japonaises en particulier) annoncent **des taux de suicide inférieurs aux taux de certains pays européens**, comme la France, moins soucieuse de conduites d'honneur.

2.3.5 Euthanasie

Les paroles de Franz KAFKA agonisant "docteur, aidez-moi à mourir sinon vous êtes un assassin" pourraient être l'illustration des propos soutenant l'euthanasie.

- La pratique remonte curieusement aux Egyptiens qui, bien que peu enclins au suicide, auraient été parmi les premiers à s'organiser en groupements pour rechercher les moyens les moins désagréables pour mourir.

C'est SÜETONE qui emploie le premier le terme d'euthanasie vers 120 après J.-C. pour décrire la mort douce de l'empereur TIBÈRE.

- Après avoir disparu pendant des siècles, c'est au XIX^e siècle que se constituent, en Grande-Bretagne et aux États-Unis essentiellement, mais aussi dans quelques capitales européennes puis en Asie, des **clubs de suicidaires**. Ces clubs fonctionnent sur le modèle des sociétés secrètes avec des rituels et des codes de conduite. Tous les membres adhèrent aux règles et attendent l'instant fatidique. Ils sont tous candidats à la mort volontaire. Généralement grâce à un jeu de hasard, le suicidant est désigné et s'exécute. Si besoin, celui qui sera son aide peut être désigné lui aussi. Ainsi, peut survenir un accident fatal qui masquera le suicide et évitera une éventuelle hésitation de dernière minute.

- Depuis le XX^e siècle, il semblerait que ce type de club ait disparu, par contre s'y substituent des **associations de suicide assisté**. Prenant pour base l'idée que chacun peut avoir une raison de songer à disparaître, sans avoir à en rendre compte à personne, ces associations suggèrent la mise en œuvre d'une fin volontairement programmée. Ainsi, dans les années 1970, est née l'idée de la création de "cliniques pour suicides" afin de permettre aux postulants de se supprimer "sans difficulté".

En France, l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD) présidée par le sénateur Henri CAILLAVET, milite en faveur de l'euthanasie qui n'est jusqu'à présent pas admise par la loi.

2.4. Suicide et sacrifice

2.4.1 Suicide-sacrifice

La notion de **sacrifice** comprend le "don de soi" et entend se faire "au profit de".

Il arrive que le "don de soi" corresponde à un don total, le don de sa vie. On est alors dans la notion de **suicide-sacrifice**.

Le caractère altruiste sur lequel se fonde le geste autodestructeur revêt une importance telle, qu'elle éloigne ces suicides du suicide "habituel" où l'individu est plus centré sur lui-même. Elle les rapproche du martyr.

Suicide-sacrifice dans le but de sauver un groupe social

L'Histoire est riche d'exemples. Parmi eux, rappelons quelques épisodes célèbres.

- Au IV^e siècle avant J.-C., un jeune romain fit preuve d'un dévouement particulier. Lorsqu'un jour, devant le forum s'ouvre un gouffre, l'oracle interrogé révèle qu'il ne sera comblé que si l'on y jette "la force vive de la cité".
Le patricien **Marcus CURTIUS** se présente volontairement devant le peuple romain rassemblé et se jette, armé et à cheval, dans le gouffre qui se referme alors au prix du sacrifice du jeune homme (l'expression "gouffre de Curtius" désignant un dévouement particulier, prend son origine dans cette anecdote historique et mythique).
- **LEONIDAS**, roi de Sparte, se fait tuer en 480 avant J.-C. avec ses soldats en interdisant à l'armée perse de Xerxès le défilé des Thermopyles.
Cet épisode des guerres médiques qui opposèrent les Grecs à l'Empire perse au V^e siècle avant J.-C. est rapporté selon des versions différentes.
Le roi Léonidas a-t-il voulu, aux prix du "sacrifice" de sa vie et de celle de ses fidèles, empêcher le plus longtemps possible le passage de l'armée de Xerxès ?
A-t-il souhaité ne pas survivre à sa faute qui était d'avoir négligé de surveiller un passage peu connu ? Il se serait alors "suicidé" en s'exposant.
Que ce soit pour retenir une armée ennemie ou pour laver un honneur perdu, Léonidas continue de personnifier l'héroïsme spartiate. En ce sens, il s'agit bien d'un "suicide-sacrifice".
- **Les Bourgeois de Calais** se dévouent pour sauver en 1347 leur ville soumise au roi d'Angleterre.
Ils se présentent comme attendus, nu-tête, la corde au cou et les clés de la ville dans les mains prêts à sacrifier leur vie pour éviter la destruction de Calais.
Ils sont graciés par le souverain sur l'insistance de son épouse.

Suicide contestataire

On rencontre des suicides, collectifs ou individuels, à caractère contestataire où la protestation vise une idéologie religieuse, politique ou plus globalement culturelle.

- Après la mort de **CONFUCIUS**, philosophe chinois qui vécut entre le VI^e et le V^e siècle avant J.-C., un groupe de ses disciples se précipita dans la mer pour protester contre la destruction de ses livres.

- Dans notre période contemporaine, on continue de rencontrer ces suicides spectaculaires liés à l'expression d'une conviction profonde et réalisés dans l'attente d'un changement fondamental. Le principe est de soulever l'intérêt et l'indignation de l'opinion publique pour contraindre une autorité à changer de position.
En essayant de choisir avec neutralité, on rappellera quelques exemples.
 - Dans les années 1960, on apprit les suicides collectifs et répétés de **moines bouddhistes** en lutte pour faire reconnaître l'égalité des cultes au président DIEM (Ngô Dinh Diêm), chef de l'Etat sud vietnamien et catholique, bénéficiant de l'appui de l'Amérique.
 - **Yan PALLACH**, dont le nom résonne encore dans les mémoires, s'immole à Prague en 1969 pour protester contre la "normalisation" après l'entrée en Tchécoslovaquie des troupes du pacte de Varsovie qui mit fin au "printemps de Prague".
 - Plus théâtralisée, mais non moins définitive, fut la mort volontaire de **Yukio MISHIMA** qui mit fin à ses jours selon la tradition ancestrale du hara-kiri. Le 25 novembre 1970, à 45 ans, l'écrivain japonais accomplit ce suicide rituel avec son compagnon Morita, pour protester contre l'évolution sociale de son pays, pour lequel il avait un attachement patriotique, et qu'il voyait se séparer peu à peu de ses valeurs du passé.
 - On connaît encore des grèves de la faim, en Europe ou au Moyen-Orient utilisées comme une arme dans des situations de chantage désespérées. C'est le cas de certains prisonniers politiques ou de nationalistes.
 - Dans le combat opposant Israéliens et Palestiniens, l'attentat-suicide est une arme redoutable.
Il s'éloigne un peu de la notion de sacrifice des exemples précédents puisqu'il entraîne dans la mort la personne qui se sacrifie mais aussi des victimes involontaires.

Suicide dans l'armée

- Le suicide dans l'armée a longtemps été tenu pour infamant lorsqu'il témoignait d'une fuite devant l'ennemi.

Dans la Grèce antique ou sous l'Empire romain, le suicide du combattant était réprouvé au point de le condamner à l'infamie posthume.

Il était interdit à un soldat de se tuer car sa vie appartenait à l'Etat. Le paradoxe est que s'il survivait à une tentative de suicide, il était alors puni de mort. Il était admis cependant qu'en cas de souffrance intolérable, le soldat mette fin à ses jours. Ses biens pouvaient alors être transmis à ses descendants et son testament respecté, ce qui n'était pas le cas si on ne retenait pas cette "circonstance atténuante".

La législation fut progressivement moins répressive **mais le code militaire prévoit encore de nos jours des peines dans pratiquement tous les pays du monde.**

- A l'inverse, le suicide-sacrifice a pu être une arme stratégique recherchée par l'armée.
L'exemple de la période des **kamikazes** n'est pas généralisable mais riche d'enseignement sur la capacité de don de soi qui caractérisa les acteurs de cette époque.
 - Dans un premier temps, le suicide-sacrifice fut proposé, et accepté avec enthousiasme, par l'amiral japonais qui prit le contrôle de la première flotte aérienne en octobre 1944 dans la guerre du Pacifique, au cours de la Seconde Guerre mondiale.
Face à la force américaine riche de moyens militaires énormes, les Japonais tentèrent d'opposer leur force spirituelle grâce à ces sortes de samouraïs avec leur nouvelle tactique d'aviation qui prendra le nom de "vent divin", autrement dit "kamikaze".

Ces vols suicides, d'abord de pilotes de la marine puis des forces aériennes, utilisèrent des aviateurs en grand nombre puis des volontaires étudiants sommairement formés au contrôle des engins qu'ils écrasaient volontairement sur le pont des navires américains.

Les avions suicides étaient des avions de chasse classiques ou des engins spécialement créés dans ce but où le pilote une fois installé était enfermé, n'ayant aucune possibilité de changer d'avis.
 - Au bout de quelques mois, le commandement japonais prit conscience de l'inutilité de cette tactique qui ne permettrait pas la victoire.

Les raids-suicides se poursuivirent néanmoins quelques semaines encore, jusqu'aux derniers jours de la guerre, afin de ne pas survivre au déshonneur de la défaite militaire.
- En dehors des attaques-suicides, après la capitulation du Japon en 1945, des milliers d'officiers et d'hommes de troupe se sont suicidés, répondant ainsi au code d'honneur japonais.
Ce code d'honneur, implicite, pourrait être celui des hommes de guerre en général où la tradition de **ne pas survivre à la défaite** se retrouve tout au long de l'Histoire.
 - Les guerriers gaulois se tuent entre eux au terme d'une bataille perdue.
 - Après la défaite de Waterloo, les officiers de Napoléon "se brûlent la cervelle après avoir tué leur monture".
On rapporte que l'empereur lui-même aurait cherché à mourir pendant la campagne de Russie s'il n'avait perdu le sachet de poison qu'il avait fait préparer spécialement avant son départ, redoutant la défaite.
 - En 1974, des Kurdes réfugiés dans les montagnes se suicidèrent collectivement pour échapper à l'armée irakienne.
- Cette tradition militaire s'apparente au code d'honneur de la marine qui veut **qu'un capitaine accompagne jusque dans la mort son navire qui sombre.**

2.4.2 Suicides collectifs dans les sectes

En marge des communautés religieuses, se situent les sectes. Toutes sont potentiellement dangereuses. Seules certaines d'entre elles conduisent parfois au suicide.

- Il arrive que la mort volontaire fasse partie intégrante du projet de la secte en constituant le passage entre l'étape terrestre et l'état de béatitude mérité. C'est peut-être ce projet ambitieux qui a motivé les adeptes de **l'Ordre du Temple Solaire** en 1994 à faire "le transit vers Cyrius" qui a occasionné en Suisse et au Canada plus de 50 victimes répondant peut-être à l'appel de Luc JOURET ou Joseph DI MAMBRO.

- D'autres sectes ne conduisent leurs adeptes à la mort qu'indirectement. Se croyant soumis à d'injustes persécutions, les dirigeants parviennent à convaincre les membres de la secte du bien-fondé du suicide, qui apparaît comme seule et ultime solution.

- Tel est le suicide collectif de **Guyana** en 1978 où, sous l'emprise de Tim JONES, sont mortes 911 personnes qui se sont volontairement empoisonnées.

La colonie des adeptes vivait jusqu'alors en bonne harmonie avec la nature quelquefois hostile de la forêt équatoriale. Le révérend Tim Jones prêchait son évangile au long des jours et des nuits, et les membres de la secte ne cessaient de le louer, dans l'atmosphère mystique et totalitaire qu'il faisait régner.

C'est la visite d'un membre du Congrès américain, accompagné de journalistes, qui a fait basculer Tim Jones dans sa folie meurtrière. "Je dois mourir et vous devez mourir. Si vous m'aimez autant que je vous aime, nous allons tous mourir ensemble".

On se rappellera que le révérend Jones ne fut pas uniquement un criminel paranoïaque.

Pendant les trois quarts de sa vie, il eut un comportement qu'on pourrait qualifier d'honorable puisqu'il eut une action essentiellement tournée vers les défavorisés, dans une lutte contre la ségrégation sociale et raciale soutenue par Angela DAVIS elle-même.

- **A Waco**, en 1993, David KORESH, prédicateur spécialisé dans l'annonce de l'apocalypse, conduisit plus de 80 personnes à périr dans le feu et l'explosion, en partie sous le regard des caméras américaines.

La situation de dépendance psychologique et physique dans laquelle se trouvaient les membres de la secte, pourtant parfois supérieurs intellectuellement à leur gourou, les conduisit à se former progressivement au maniement des armes et des explosifs.

La menace de suicide collectif fut mise à exécution après une tentative de négociation qui dura 31 jours.

Les pays occidentaux et les Etats-Unis en particulier où existent de nombreuses sectes ne sont pas les seuls soumis à ce danger. Les pays orientaux connaissent aussi des tragédies comparables (Japon, Philippines, Corée du Sud...).

2.5. Suicide et littérature

2.5.1 Mythologie

Les écrits de la mythologie grecque n'ont jamais condamné le suicide.

- HYPNOS et THANATOS, sommeil et mort, étaient jumeaux reconnus l'un et l'autre comme des héros.
- THESEE, lui aussi héros mythologique, eut une destinée remarquable du point de vue du suicide.
 - Fils d'Egée, il vainquit le Minotaure, monstre redoutable qui chaque année dévorait un groupe de jeunes gens qu'on devait sacrifier pour lui. Pour délivrer la Crète de ce monstre, Thésée partit sur un vaisseau à voiles noires en promettant à son père de changer les voiles contre des voiles blanches à son retour, s'il était victorieux. Tout à la joie de sa victoire sans doute, il oublia de changer les voiles au retour. EGEE, croyant son fils dévoré par le Minotaure, de désespoir se jeta dans la mer, qui depuis porte son nom.
 - PHEDRE, fille de Minos roi de Crète, fût la femme de Thésée. Néanmoins, elle nourrit une passion amoureuse pour son beau-fils Hypolyte. Celui-ci refusa ses avances. Phèdre voulant se venger l'accusa d'avoir tenté de la violer. Par la suite, honteuse d'avoir imaginé ce plan, elle s'étrangla en signe de remords.
 - ARIANE, sœur de Phèdre, donna à Thésée le fil qui lui permit de retrouver l'issue du labyrinthe après qu'il ait tué le Minotaure. Thésée s'éprit d'Ariane et l'enleva après sa victoire, mais il l'abandonna par la suite sur une île. Ariane, de chagrin, se jeta à son tour dans la mer. Ainsi, Thésée connut au cours de sa vie, les suicides de plusieurs de ses proches. Chacun de ces suicides est présenté comme le témoignage d'un sentiment honorable et par extension le suicide lui-même était tenu pour honorable.

Dans l'Antiquité et longtemps après, les hommes issus de la civilisation grecque ont vu chez les héros de la mythologie des modèles auxquels se référer dans les difficultés de leur vie ici-bas.

2.5.2 Poètes et écrivains

- De tout temps, les poètes ont entretenu avec la mort des liens étroits et presque chaleureux. A Rome déjà, **LUCAIN** "le poète du suicide", influença le cours de la vie de quelques-uns, comme **LUCRECE** avec les épicuriens.
- **En France**, poètes et écrivains sont restés longtemps discrets au sujet de la mort volontaire.
 - **A partir du XVI^e siècle**, certains écrivains commencent à s'opposer ouvertement à l'Eglise et à légitimer le suicide sans cacher leurs écrits.
 - **Michel de MONTAIGNE** (1533-1592) notamment, dit que le suicide est un remède à tous les maux.

- **Au XVIII^e siècle**, on avance de plus en plus clairement l'idée selon laquelle le suicide serait l'expression de la liberté.

- **Charles de MONTESQUIEU** (1689-1755) fait référence au suicide dans sa 69^{ème} lettre persane. Un recueil de lettres publié en 1721 constitue la correspondance inventée de deux personnages venus de Perse visiter la France. Ils adressent à leurs proches restés au pays et à un autre ami qui voyage comme eux en Europe, leurs observations au cours de leur périple à la recherche de la sagesse et de la liberté de pensée.

Ils reçoivent quelques réponses, en particulier celles de *Roxanne* à *Usbek* qui termine la série de lettres en confessant en même temps sa trahison (dans le harem où l'avait enfermée Usbek, elle l'a trompé) et son geste suicidaire : "le poison me consume" (ce geste est le dernier signe de sa conquête de liberté).

Charles de Montesquieu peut ainsi donner son avis sur la période troublée de la Régence et évoquer des situations qui lui tiennent à cœur, sans danger et sans crainte de la censure.

- **François VOLTAIRE** (1694-1778) publie "*Du suicide ou de l'homicide de soi-même*" en 1739.
- **Jean d'ALEMBERT** (1717-1783) et **Denis DIDEROT** (1713-1784) s'expriment ouvertement en faveur du suicide dans "*L'Encyclopédie*".
- **Jean-Jacques ROUSSEAU** (1712-1778), après avoir condamné la mort volontaire, finit avec "*La nouvelle Héloïse*" en 1761 par admettre que la plus belle façon de montrer l'intensité de sa flamme amoureuse est de se suicider.

- **Au XIX^e siècle**

La parution de l'œuvre de **Johann von GOETHE** (1749-1832) "*Les souffrances du jeune Werther*" en 1774 fut rapidement suivie de réactions spectaculaires. Celles-ci se poursuivirent dans le courant du XIX^e siècle où on assista à une série de suicides de jeunes gens chez qui cet ouvrage, où est exposée la fin dramatique du héros, eut un effet exemplaire.

Nombreuses furent les adaptations du roman sous forme de drames lyriques, de pièces de théâtre, de ballets, de traductions diverses.

"Werther a causé plus de suicides que la plus belle fille du monde" écrivait à l'époque Mme de STAEL.

En effet, non seulement en Allemagne et en France, mais en Angleterre, en Belgique, en Italie et même dans les pays scandinaves, de jeunes suicidés étaient retrouvés avec le roman à leur côté ou bien habillés à la manière de *Werther* pour leur dernière journée.

- **François de CHATEAUBRIAND** (1768-1848) en 1801, magnifia l'empoisonnement de *Atala* jeune héroïne amoureuse prisonnière d'un vœu de chasteté, ou en 1802 le suicide raté de *René* son personnage célèbre.

François de CHATEAUBRIAND avec *René*, ou **Alfred de VIGNY** (1797-1863) avec *Chatterton*, personnage tiré de la vie réelle d'un jeune écrivain de l'époque, cultivent "le mal du siècle".

On a pu dire depuis, qu'il y eut dans la littérature européenne entre la fin du XVIII^e et le début du XX^e siècle une série de "romans qui tuent" avec une identification fatale à des personnages comme *Werther*, *René* ou *Chatterton*, mais aussi *Raphaël* (d'**Alphonse de LAMARTINE**), *Manfred* (de **George BYRON**) ou *le Grand Meaulnes* (d'**ALAIN-FOURNIER**).

- **Victor HUGO** (1802-1885), admet que le suicide pourrait être un repos.
- **Gustave FLAUBERT** (1821-1880) écrit dès son plus jeune âge : "je suis né avec le désir du suicide". C'est sa célèbre héroïne, *Mme de Bovary*, qui s'empoisonne à l'arsenic. Le roman est publié en 1856.
- **Honoré de BALZAC** (1799-1850) dans sa "*Comédie humaine*" met ses personnages dans des situations où le choix de vie se résume à "tuer les sentiments pour mieux vivre ou mourir en acceptant le martyre des passions".
- **Emile ZOLA** (1840-1902) lui aussi met en scène de nombreux personnages recherchant la mort dans la série des *Rougon-Macquart*.

Ce XIX^e siècle, fut par ailleurs avec la psychanalyse, l'étape de la découverte de l'inconscient qui permit dans certaines situations d'expliquer l'inexplicable.

- **Au début du XX^e siècle**, le **dadaïsme** prit son essor. Ce mouvement à coloration anarchiste dévalorisait tout ce qui pouvait avoir un caractère conventionnel.
La vie elle-même ne pouvait avoir de prix et le suicide au contraire prenait de la valeur.
 - **Louis ARAGON** (1897-1982) en 1920 écrivait "plus de peintures, plus de sculpteurs, plus d'écrivains, plus de religion, plus de république, plus de royalisme, plus d'impérialisme, plus de socialisme, plus de politique, plus de protecteur, plus d'aristocrates, plus d'argent, plus de police, plus de patrie, assez de ces imbécillités, plus rien, rien, rien".
- Le **surréalisme** suivit. Les auteurs répondent "oui !" à la question "le suicide est-il une solution ?".
 - Parmi eux, **Antonin ARTAUD** (1896-1948), est moins catégorique puisqu'il soutient que le suicide n'est pas une solution "parce qu'il est encore une hypothèse".
Il souligne néanmoins que "par le suicide (...) la vie n'est plus pour moi un hasard absurde".

On sait que Antonin Artaud ne sera finalement pas maître de son existence. Il meurt précocement dans un asile dans le décours d'une folie elle-même non maîtrisable.

- **Albert CAMUS** (1913-1960) considère le suicide comme un crime métaphysique et absurde tout en lui reconnaissant une valeur de dernière œuvre d'art.

■ **Hors du territoire français**, on retiendra l'influence d'auteurs dont le rayonnement a traversé les frontières.

- **Fédor DOSTOÏEVSKI** (1821-1881) tout au long de ses récits, s'est positionné par rapport à Dieu, la foi, la mort et a fait apparaître à travers ses personnages, la force de l'inconscient. Parmi eux, *Kirilov* dans "*Les possédés*", veut affirmer qu'il est l'auteur de sa mort pour montrer que Dieu n'existe pas. Mais en s'opposant ainsi, *Kirilov* et à travers lui Fédor Dostoïevski, est conduit à conférer à Dieu une existence. "Tout ce que l'homme a fait fut d'inventer Dieu pour ne pas se suicider".

Formulant autrement le doute qui le tourmente, dans "*Le journal d'un écrivain*" Fédor Dostoïevski écrit : "il est donc clair, que quand l'idée de l'immortalité a été perdue, le suicide devient une nécessité inévitable et absolue pour tout homme qui s'est élevé, ne fût que légèrement, au-dessus du niveau de la bête".

- **Léon TOLSTOI** (1828-1910), avant sa période ascétique, publia le célèbre "*Anna Karénine*", roman qui est le fruit d'un amalgame qu'a fait l'écrivain entre certains faits ou traits de caractère de son héros, à valeur autobiographique, et un fait divers tragique qui a inspiré la fin dramatique de l'héroïne qui se précipita sous un train.

- **Vladimir MAIAKOVSKI** (1894-1930), poète russe connu en Europe par les traductions de Elsa Triolet, répéta "dans cette vie, il n'est pas difficile de mourir, il est plus difficile de vivre" jusqu'au jour d'avril 1930 où il se tira en plein cœur un coup de revolver. Il avait 36 ans, connaissait l'estime de ses pairs et la gloire littéraire. Son geste eut sur les jeunes intellectuels de l'époque un effet exemplaire néfaste.

- **William SHAKESPEARE** (1564-1616) aurait été inspiré par une authentique et tragique histoire d'amour pour écrire son "*Roméo et Juliette*" (en 1594-1595). Cet amour impossible, mais qui résiste à tous les conflits, reste emblématique jusque dans notre histoire contemporaine.

Le suicide des amants fut une source d'inspiration pour de nombreuses œuvres littéraires.

- **DANTE ALIGHIERI** (1265-1321) rédige "*La Divine comédie*" entre 1307 et 1321. L'épithète "divine" fut ajoutée au XVI^e siècle. Ce poème sacré, écrit en toscan, se divise en Enfer, Purgatoire et Paradis.

Il retrace le voyage à travers les 3 régions du séjour des âmes comme pouvait l'écrire un auteur à l'imagination féconde dans le XIV^e siècle italien.

"Les âmes des suicidés croîtront pour l'éternité, sous forme d'épines torses et vénéneuses dans le septième ciel".

ASPECTS JURIDIQUES DU SUICIDE

1. Suicide et justice	69
1.1. Suicide et législation pénale en France	69
1.1.1 Code pénal	69
1.1.2 Complicité	69
1.1.3 Provocation au suicide.....	71
1.2. Suicide et hospitalisation - Responsabilité civile et responsabilité pénale en France.....	71
1.3. Suicide et produits pharmaceutiques contrôlés en France.....	73
1.4. Code militaire français.....	73
1.5. Quelques législations étrangères.....	74
2. Suicide et assurances.....	75
2.1. Suicide et assurances individuelles.....	75
2.2. Suicide et législation du travail	75
2.3. Corollaires	76

1. Suicide et justice

1.1. Suicide et législation pénale en France

1.1.1 Code pénal

Jusqu'en 1770, le rescapé d'une tentative de suicide ou le cadavre d'un suicidé était mis en justice et comparaisait.

Jusqu'en 1790 des peines pouvaient être encourues.

Ce n'est que depuis la Révolution française que le suicide n'est plus réprimé et seulement depuis le début du XIX^e siècle qu'il ne relève plus de pénalité grâce au code pénal de 1810 qui ne considère pas le suicide comme un crime d'assassinat ou de meurtre de soi-même.

1.1.2 Complicité

Le suicide n'étant plus une infraction, la tentative de suicide n'est plus punissable et **la complicité en matière de suicide n'existe plus en droit français.**

Pendant, la complicité peut être retenue sous une autre qualification :

■ soit dans les **actes de complicité antérieurs au suicide** (où l'on distingue deux catégories)

- les actes de personnes qui auront usé de leur pouvoir, de menaces ou de manipulations coupables ayant ainsi incité un tiers au suicide en provoquant chez lui un état morbide ;
- les actes de personnes qui auront usé d'autorité morale en donnant des instructions, procuré des armes ou tout autre moyen de se détruire (rôle de certaines sectes).

■ soit dans les **actes concomitants au suicide**

- les actes d'assistance active = **l'euthanasie**

La législation française ne permet pas qu'on donne à quelqu'un qui en ferait la demande la possibilité de mourir volontairement.

En 1976, avait été refusée à l'Assemblée Nationale une proposition de loi en faveur de l'euthanasie et contre l'acharnement thérapeutique²⁰.

En 1989, un autre texte a été déposé pour faire valoir aux médecins le droit d'abrèger la fin de vie d'un patient lorsque celui-ci, en pleine possession de son jugement, en fait une demande écrite.

Bien que la question soit toujours d'actualité, l'euthanasie est jusqu'à présent interdite par la loi française.

- les actes d'assistance passive = **le délit de non-assistance à personne en danger**

L'obligation de secours était une obligation morale remontant à l'Antiquité. PLATON dans l'un de ses 28 dialogues, celui sur les "lois", tenait l'inaction, c'est-à-dire l'abstention d'empêcher, pour encore plus grave que l'action fautive elle-même.

²⁰ Sénateur Henri CAILLAVET, membre du comité national d'éthique, président de l'ADMD.

Cette obligation s'est perdue avec le code pénal qui a été rédigé dans la ligne de pensée individualiste introduite par la Révolution.

Aucun texte sanctionnant l'abstention volontaire de secourir une personne n'est apparu alors.

Ce n'est qu'au fil des années que les magistrats firent apparaître le vide juridique.

En 1934, on commença à parler de délit d'abstention dans un projet de réforme du code pénal interrompu par la guerre. Il fallut attendre 1945 pour que ce délit soit inscrit dans le code, "par l'ordonnance du 25 juin 1945, le DROIT retrouvait la MORALE".

Une personne peut être poursuivie, dans le cadre de l'article 63 du code pénal, pour non-assistance à personne en danger (actuellement article 223-6 du nouveau code pénal)²¹.

L'article 223-6 se présente sous forme de 2 alinéas :

- l'alinéa 1 indique les peines encourues (emprisonnement et/ou lourde amende) pour l'omission volontaire d'empêcher un crime ou certains délits contre l'intégrité corporelle ;
- l'alinéa 2 fait précisément référence à ce qu'on peut qualifier **d'abstention fautive**. La non-assistance à personne en danger est donc un délit : "sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par une action personnelle, soit en provoquant un secours".

L'alinéa 2, s'applique à tous les citoyens, donc à tous les soignants. Cependant, il ne peut trouver application que si tous les éléments constitutifs de l'infraction sont réunis :

- Il faut qu'il y ait "abstention". Un psychiatre peut donner un traitement peu important ou refuser une hospitalisation s'il estime par là éviter une situation iatrogène. Il s'agit alors d'une prise de décision contenant éventuellement une prise de risque qui est admise par la loi et non d'une abstention.
- Il faut que cette abstention soit "volontaire" c'est-à-dire voulue en toute connaissance de cause. Ainsi, une erreur d'appréciation, de diagnostic, une imprudence ne peuvent être assimilées à un refus de porter secours.
- La gravité du péril n'est pas précisée par la loi mais il doit être "constant, imminent, nécessitant une intervention d'assistance immédiate". Le péril doit être certain et non pas probable. Dans le cas particulier du suicide, le risque est suffisamment élevé pour engager la responsabilité civile mais comme il n'est pas certain à 100 %, il ne peut pas engager la responsabilité pénale. De plus, le péril en psychiatrie est très rarement imminent (le terme de "imminent" est pris au sens strict dans la loi).
- L'absence de "risques encourus par l'intervenant ou un tiers" n'est pas définie par la loi et donc, sujette à interprétation.
- Concernant l'action personnelle, l'article 223-6 impose au soignant une charge plus lourde que pour la plupart des autres individus qui feront appel à un médecin.
- Pour ce qui est de la formule "en provoquant un secours", en cas de litige, le secours choisi sera apprécié et devra correspondre à "ce qui convient le mieux" dans le cas particulier.

²¹ Annexe 3.1 (Article 223-6 du Code pénal).

1.1.3 Provocation au suicide

La loi a introduit dans le code pénal un nouveau délit : la provocation au suicide.

Sont passibles de peines correctionnelles depuis la loi du 31 décembre 1987 les personnes qui se rendent coupables de provocation au suicide ou celles qui font de la publicité en faveur de produits, d'objets ou de méthodes utilisés pour le suicide²².

Cette loi répondait à la parution en 1982 du livre "*Suicide, mode d'emploi*".

Apporter des informations concrètes sur le suicide ou faire œuvre créatrice sur le thème du suicide, peut être le souci d'exercer sa liberté de penser, d'écrire ou d'exposer mais peut être aussi, selon Gabriel DESHAIES, une tentative "d'approbation sociale et d'institutionnalisation du suicide". C'est en ce sens que la loi trouve sa légitimité.

Plusieurs études retiennent le rôle inducteur de certains écrits ou de films montrant des scénarii de suicide. Elles témoignent d'une augmentation du nombre de morts par suicide après la parution d'articles ou d'images ou bien de l'augmentation temporaire de la fréquence d'utilisation d'un mode particulier de suicide correspondant à celui présenté dans le texte ou le film.

La contagion, le mimétisme mais aussi la séduction sont en jeu dans les mécanismes d'action de certains documents à caractère informatif ou artistique exploités à grande échelle.

1.2. Suicide et hospitalisation - Responsabilité civile et responsabilité pénale en France

Les suicides observés en cours d'hospitalisation sont généralement des défenestrations, des pendaisons ou des intoxications (après stockage de médicaments par exemple).

■ La responsabilité civile de l'établissement de soins peut être retenue.

- S'il s'agit d'un établissement public, il faut que soient retenus une faute grave de service et un lien de causalité entre cette faute et le préjudice.
- S'il s'agit d'un établissement privé, celui-ci est tenu à une obligation de surveillance du malade. Ainsi, en cas de suicide, la responsabilité de l'établissement est présumée sauf s'il est établi et prouvé que les précautions nécessaires étaient prises. Ceci, indirectement, peut décharger l'établissement. Dans le cas d'une clinique par exemple, si le suicidé était reçu pour une cure chirurgicale précise, les soins prévus pour cette intervention étant correctement mis en œuvre, la clinique ne sera poursuivie que s'il est retenu contre elle qu'elle disposait d'informations sur les tendances suicidaires du patient rendant les mesures de surveillance utilisées inadéquates.
- D'une façon générale, la jurisprudence des tribunaux français fait aux établissements de soins une obligation de moyens et non de résultats.

Ainsi, dans le cas d'une admission dans un centre hospitalier, l'établissement d'accueil est tenu à l'**obligation de surveillance**, c'est-à-dire une obligation de "prudence" et de "diligence". Sa responsabilité ne sera

²² Annexe 3.2 (Articles 223-13, 223-14, 223-15 du Code pénal).

engagée qu'en cas de faute lourde. Celle-ci peut être diversement appréciée selon le tribunal requis.

Lorsque le séjour se déroule dans un centre hospitalier spécialisé ou dans d'autres établissements psychiatriques, l'obligation de surveillance est plus stricte et la responsabilité civile de l'établissement peut être retenue, ce qui se traduit essentiellement par une demande de réparation du dommage.

■ **La responsabilité pénale des soignants est rarement engagée, mais peut l'être si une faute volontaire ou grave est retenue.**

- La responsabilité pénale du médecin n'est pas engagée pour non-assistance à personne en danger, mais peut l'être par le fait qu'il n'ait pas prévu une structure suffisamment contenantant lorsque l'état du patient, potentiellement dangereux pour lui-même, exigeait des moyens renforcés. Le juge examinera :
 - le type d'hébergement et les conditions de sécurité ;
 - la qualité des prescriptions ;
 - le suivi clinique.
- Dans les décisions de passage en service libre ou de sorties d'essai, l'obligation de surveillance est assortie de la notion de prise de risque déjà citée. Le risque est admis par la loi, mais peut aussi être jugé excessif et constituer une faute. Le psychiatre peut ainsi être poursuivi en cas de suicide d'un malade hospitalisé sur demande d'un tiers (HDT)²³ pour lequel il avait décidé une sortie d'essai pouvant être considérée comme "trop risquée".
- Il n'y a pas faute médicale si le suicide se produit au cours d'un **raptus anxieux** imprévisible. En effet, il est important que les mesures de surveillance d'un malade, préconisées dans le cadre du soin proposé, ne soient pas mises en œuvre dans un souci sécuritaire systématique qui pourrait avoir lui-même un effet iatrogène.
- Les **infirmiers** peuvent eux aussi engager leur responsabilité. L'appréciation de la faute sera faite grâce à 3 éléments²⁴ :
 - ❶ *l'état clinique du patient* : si celui-ci ne présentait pas de trouble laissant supposer un passage à l'acte lors de l'examen médical antérieur, il n'y aura pas de reconnaissance de faute ;
 - ❷ *le régime d'hospitalisation* : si le patient est hospitalisé sous contrainte, la surveillance doit être accrue. En service libre, tous les hospitalisés disposent des mêmes droits mais une surveillance particulière doit être exercée lorsqu'un patient est connu pour une tendance suicidaire (par exemple, les services de police doivent être avertis pour une recherche lors d'une fugue d'un patient en danger) ;
 - ❸ *les moyens mis en œuvre pour assurer la prise en charge* : une des missions des infirmiers est la surveillance clinique des hospitalisés car ils ont compétence pour "l'observation et la surveillance des troubles du

²³ Annexe 3.3 (L'hospitalisation du patient non consentant – Fiche technique Impact médecin hebdo).

²⁴ OLLIER (C.) – Suicide et responsabilité juridique. – Santé mentale, avril 1998, n° 27 : 38-39.

comportement" même en l'absence de prescription médicale de la surveillance.

- Contrairement à ce que cette dénomination évoque, "**une signature de décharge**" par le patient ne suffit pas à dégager la responsabilité du soignant.

"Le médecin doit, outre proposer la conduite à tenir adaptée, user de son pouvoir de persuasion en insistant sur les risques encourus en l'absence de soin".

On voit bien dans ces lignes que cette "décharge" peut être tenue pour insuffisante en cas de suicide où l'article 7 du code de déontologie²⁵ n'est pas applicable.

Il est des situations où le risque suicidaire paraît avéré mais le patient refuse les soins. Si son état ne permet pas d'obtenir un consentement éclairé, la jurisprudence prévoit que le médecin mette en œuvre une hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)²⁶.

1.3. Suicide et produits pharmaceutiques contrôlés en France

Pour les **substances déclarées toxiques**, le renouvellement n'est possible que sur indication écrite du prescripteur.

Les **substances déclarées dangereuses** sont renouvelables plus facilement sauf indication contraire du prescripteur.

Bien que le renouvellement ne soit possible qu'après un délai qui correspond au mode d'emploi du médicament, le stockage ou le changement de prescripteur reste une possibilité souvent exploitée en vue d'un suicide.

1.4. Code militaire français

Dans l'article 418 du code militaire, **la possibilité de sanctions pénales demeure**. Elles sont variables selon les situations dans lesquelles se déroule le suicide :

- *en temps de paix*, le prévenu est passible d'un emprisonnement de 1 à 5 ans et privé de ses droits civiques et politiques ;
- *en temps de guerre*, la peine est la réclusion ;
- si le militaire suicidaire a tenté de se donner la *mort en présence de l'ennemi*, il encourt la peine de mort après dégradation militaire.

Depuis la suppression des tribunaux militaires, les peines sont prononcées par les juridictions de droit commun. La peine de mort est donc exclue.

La complicité de suicide ou tentative de suicide peut être retenue. Les peines encourues sont doublées si les complices sont officiers de santé (médecins ou pharmaciens).

²⁵ Le médecin ne dispose pas du droit de contraindre le malade à se soigner : "la volonté du malade doit toujours être respectée dans toute la mesure du possible" (article 7 du code de déontologie médicale).

²⁶ Annexe 3.3 (L'hospitalisation du patient non consentant – Fiche technique Impact médecin hebdo).

Au sujet des pensions militaires, en cas de séquelles somatiques ou psychiques, le suicide étant qualifié d'acte volontaire, il exclut tout droit à la pension au titre de la loi du 31 mars 1919.

1.5. Quelques législations étrangères

En Angleterre, la loi par laquelle le suicide est considéré comme un crime n'a été abrogée qu'en 1961. La complicité reste punie.

Aux Etats-Unis, le suicide est qualifié de crime dans 6 Etats mais la juridiction n'est guère appliquée : en particulier lorsque le suicide est "réussi", il n'y a pas de poursuite.

Cependant, la complicité éventuelle est retenue et peut être qualifiée de complicité de meurtre.

L'euthanasie passive est légale depuis 1990.

En Russie, au temps de l'URSS, les tentatives de suicide étaient punies et l'autorité ecclésiastique établissait la sanction. Toute complicité était traitée comme complicité d'homicide.

Plus récemment, le ministre de la santé, Iouri CHETCHENKO, a qualifié l'euthanasie de "grand péché, propice aux abus". Il a exclu qu'un projet de loi en ce sens soit présenté au Parlement russe.

En Espagne, les peines restaient fortes, il y a peu de temps encore pour le suicidé : excommunication, confiscation des biens.

Actuellement, le code espagnol punit l'aide et l'incitation au suicide d'une peine d'emprisonnement de longue durée.

En Suisse, le code pénal retient la complicité et la punit de réclusion. Le suicide n'est plus sanctionné.

En Autriche, Pologne et Bulgarie où les codes sont comparables, la complicité est retenue et qualifiée de participation (qui peut prendre un sens large).

En Allemagne, la répression contre le suicide cessa en 1799. Actuellement, la complicité est punie de 3 ans de prison.

En Norvège, Islande et au Danemark, on ne réprime que l'aide matérielle et non l'incitation qui est considérée comme une démarche intellectuelle et abstraite, non calculable.

En Belgique, au cours de l'année 2000, une commission sénatoriale a adopté une proposition de loi dépénalisant l'euthanasie après examen de 684 amendements. Le texte a été soumis pour avis au Conseil d'Etat avant d'être éventuellement amendé et adopté par le Parlement belge.

Aux Pays-Bas, premier pays au monde à avoir légiféré sur la question, l'euthanasie est, depuis 2001, dépénalisée dans certaines conditions de fin de vie ou de phase terminale d'une maladie incurable.

2. Suicide et assurances

2.1. Suicide et assurances individuelles

La loi du 13 juillet 1920 sur les assurances prévoit que "l'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement et consciemment la mort".

Les qualificatifs de volontaire et conscient sont à la fois précis et ambigus. **La preuve du suicide de l'assuré incombe à l'assureur, celle de l'inconscience de l'assuré au bénéficiaire de l'assurance.**

Le médecin traitant qui a connaissance d'un suicide est tenu au secret professionnel (sauf évidemment vis-à-vis des proches à soutenir). Il doit refuser de répondre à l'assureur.

La clause du suicide accompagne presque toutes les polices d'assurance. Si l'assureur s'engage à payer la somme assurée même en cas de suicide, il ne peut le faire que si le suicide intervient dans un délai de deux ans après la signature du contrat. Dans les deux premières années, la loi l'interdit. Elle évite qu'une personne souscrive une assurance dans le but immédiat de se suicider par calcul financier dans l'intérêt de ses proches.

Les mutuelles excluent parfois de leurs remboursements les frais pour soins occasionnés par les tentatives de suicide.

2.2. Suicide et législation du travail

Le suicide sur le lieu et pendant le temps de travail n'est pas automatiquement pris en charge au titre d'accident du travail :

- **Il ne peut l'être que s'il a un lien avec le travail.**
 - C'est le cas d'un suicide qui peut être imputé à un état physique ou moral déficient, dû lui-même à un accident du travail (même si la relation n'est que partielle, mais il faut toutefois que l'acte suicidaire soit survenu avant que soit prononcée la guérison ou la consolidation).
 - C'est également le cas du suicide d'un employé qui serait passé à l'acte dans une situation de harcèlement moral de la part d'une personne ayant autorité.
 - Le tribunal peut retenir comme critère de prise en charge la notion de dégradation des conditions de travail.
- Il peut, au contraire, être considéré comme une faute intentionnelle **s'il s'agit d'un acte jugé volontaire et réfléchi, sans lien avec le travail.**
- Lorsque le suicide ou la tentative de suicide est reconnu comme un geste "inconscient" ou "irréfléchi", **les ayants droit ou le suicidant conservent les prestations données au titre d'accident du travail, mais à condition que l'acte suicidaire puisse être lié aux conditions de travail.**

S'il y a litige entre suicide et accident du travail, la preuve du suicide incombe à la caisse d'assurance maladie.

2.3. Corollaires

Les ayants droit d'un suicidant peuvent être amenés à dédommagement si le suicide empêche certains engagements tels que certains droits, une rente viagère, un usufruit.

Dans le cadre d'une succession en France, les bénéficiaires ont droit aux mêmes avantages testamentaires que si le défunt était décédé de mort naturelle.

ASPECTS PHILOSOPHIQUES DU SUICIDE

1. Dans l'Antiquité	78
2. Par la suite	78
2.1. Condamnation du suicide	79
2.2. Légitimation du suicide	80

Les lignes qui suivent constituent un rappel historique de quelques-unes des positions philosophiques formulées au sujet du suicide.

Ce rappel est présenté dans un souci pédagogique afin d'initier une réflexion que chacun enrichira.

Supprimé : ¶
==Saut de section (page suivante)==

1. Dans l'Antiquité

La pensée philosophique était hautement respectée et faisait fonction de guide moral pour les conduites de la vie quotidienne.

Les cyniques, après les cyréniens, faisaient l'apologie du suicide. HEGESIAS, surnommé Pisathanate "celui qui pousse à la mort", était d'une telle éloquence avec ses disciples que ceux-ci se tuaient en sortant de réunion.

L'Histoire retient qu'une loi du roi Ptolémée d'Egypte dû être proclamée pour lui défendre (sous peine de mort !) d'enseigner sa philosophie lorsqu'il se trouverait sur le territoire égyptien.

Les sceptiques s'intéressaient également au suicide en lui reconnaissant une valeur morale au même titre que la vie, mais ils pouvaient aussi observer la même indifférence à l'égard de l'existence ou de la mort.

Les stoïciens, sans être partisans du suicide, faisaient peu de cas de la vie, dont on sortait disaient-ils "avec autant de satisfaction que d'une chambre enfumée".

Pour les stoïciens, il est légitime de mourir quand on n'a tout simplement plus de raison de vivre.

SENEQUE lui-même, soutenait que "penser à la mort, c'est penser à la liberté". Si la mort est absurde pour le vivant, le suicidant – en la posant comme devenir – lui confère un sens.

Les épicuriens entretenaient le paradoxe selon lequel la crainte de la mort conduit à la désirer pour y échapper ou échapper à sa menace puisque "le bonheur réside dans le plaisir. Le sage ne tient pas à vivre de la durée la plus longue mais de la durée la plus agréable". A l'instant où le sujet redoute la mort, la mort volontaire devient une solution pour ne pas subir cette crainte, source de déplaisir.

Le stoïcisme et l'épicurisme jouèrent à Athènes comme à Rome un rôle important dans l'évolution de l'opinion et de la loi à l'égard du suicide.

Vers la fin du I^{er} siècle avant J.-C., on pouvait soumettre les raisons de son suicide au sénat, qui décidait de l'acceptation ou du rejet de la demande.

2. Par la suite

Par la suite et jusqu'à notre époque contemporaine, les positions sont moins tranchées et les passerelles entre les différents courants de pensée, anciens ou innovants, sont nombreuses.

Emmanuel KROMICHEFF, dans la conférence du 20 octobre 2000, tenue dans le cadre du Programme Régional de Santé de Bourgogne, montre la difficulté qu'il y a à penser et à dire le suicide.

"Soit on est en présence d'un discours rationnel sur le suicide mais qui ne sait plus en dire la souffrance, soit on est en présence d'une parole de souffrance qui ne sait plus être un discours".

Le suicide est un passage à l'acte lorsque la parole fait défaut mais "comment donner la parole à une parole qui vient à manquer ?".

Avec Emmanuel Kromicheff on peut en effet constater que ce sont les "non-suicidaires" qui réfléchissent (au sens de la réflexion raisonnable) sur le suicide, pour "ceux qui se suicident".

Ce sont ceux qui ont réglé pour eux-mêmes cette question qui parlent du suicide et "LE pensent plus qu'ils n'Y pensent".

2.1. Condamnation du suicide

Certains philosophes condamnent le suicide.

- Pour la plupart d'entre eux **le suicide est une erreur** en même temps qu'il est une illusion.

En effet "nul ne fait l'expérience de sa propre mort puisque la mort abolit toute expérience"²⁷. C'est une illusion de penser que l'on pourrait avoir la représentation de sa propre mort (sauf à se référer à un principe religieux).

- Il est aussi **un acte contraire à la raison** puisqu'il met en jeu la sensibilité, l'affectivité ou les pulsions.
- **Emmanuel KANT** y voit un acte contraire à la morale. Outre le fait que l'on contrevient à la loi morale universelle en tuant une personne, Emmanuel Kant insiste sur l'idée qu'en se tuant on supprime le sujet de la moralité. Aucune morale n'est possible, le sujet de cette morale n'étant plus.

Le philosophe en fait aussi une question de devoir, l'impératif universel du devoir s'énonçant ainsi : "agis comme si la maxime de ton action devait être érigée par ta volonté en loi universelle de la nature".

Si le sujet choisit d'abrèger sa vie par souci de se protéger du désespoir, l'amour de soi ne peut devenir une loi universelle de la nature puisque la loi ne peut vouloir à la fois développer la vie et la détruire.

En vertu de quoi le suicide ne peut tenir lieu de loi universelle et par conséquent est contraire au principe de tout devoir.

- **Les existentialistes** refusent cet acte contraire à la liberté. Le suicidant porte atteinte à sa liberté en se tuant. Bien qu'exerçant sa liberté en se donnant à lui-même sa propre loi et en affirmant son autonomie dans l'acte suicidaire, il nie l'une et l'autre par l'acte lui-même.

Jean-Paul SARTRE soutient qu'en se tuant on supprime à la conscience la possibilité d'un "après" donc "l'intentionnalité" qui serait le sens de l'existence. "La mort transforme la vie à faire en vie faite".

Martin HEIDEGGER, différemment, rejoint cette notion d'existentialisme. La mort est une dimension de l'existence et le suicide "nous empêche d'avoir à mourir". Il nous empêche aussi de "vivre chaque jour la possibilité de mourir" ce qui définit la vie humaine.

- **Friedrich NIETZCHE** fait dire à Zarathoustra qu'il faut mourir à temps. "Celui qui a un but et un héritier, celui-là veut la mort en temps voulu pour but et héritier".

Friedrich NIETZCHE rejoint ainsi **PLATON** qui affirmait : "nous les humains, nous sommes assignés à résidence et nul ne doit s'affranchir lui-même de ces

²⁷ KANT (E.) – Anthropologie du point de vue pragmatique. – Paris : Vrin, 1969 : 45.

liens ni s'évader", sous-entendu sauf si le moment est venu (ce qui en termes de l'époque pourrait être sauf si les dieux nous envoient un signe).

- **Baruch SPINOZA** fait référence à l'idée de naturalisme selon laquelle il est naturel de vivre et de se préserver. On trouve là le mode de pensée occidental et sa différence avec la pensée orientale, moins attachée à la matérialité de la vie.
- **Arthur SCHOPENHAUER** condamne le suicide qui n'est pas assez pessimiste. Les pessimistes, voyant là le seul remède contre les maux de la terre, pourraient logiquement souhaiter la mort mais selon Arthur Schopenhauer, seuls les optimistes se tuent. Ils le font par désir d'une autre vie.

2.2. Légitimation du suicide

Certains écrits et modes de pensée tendent à affirmer la légitimité du suicide.

- Soit en soulignant comme **Friedrich HEGEL** que "ce qui atteste de la présence de l'esprit en l'homme c'est sa capacité à pouvoir se sacrifier pour des motifs et des valeurs supérieurs à la simple vie biologique".
- Soit en écrivant "si je suis devenu un fardeau pour la société, me suicider est un acte innocent et même louable puisqu'elle se portera mieux si je la quitte" comme le faisait **David HUME**.
- **L'idéologie individualiste**, refusant radicalement cette position de l'Homme comme partie d'un tout que serait la société, contribue à soutenir le bien-fondé de la pensée suicidaire.
Ce serait un acte de propriété de soi.

On peut s'interroger sur cette notion de propriété. Le fait d'être propriétaire de soi-même conduirait-il à disposer de soi comme d'un bien ?

Cette question tout naturellement renvoie à celle de **la légitimité de l'intervention du soignant**. Celui-ci devrait-il respecter la liberté d'action de celui qui attende à ses jours ?

- Dans bien des cas, le soignant n'a pas à douter du bien-fondé de son intervention même si elle paraît aller à l'encontre de la volonté apparente du suicidant.
Le recours à la mort volontaire est souvent un appel à une autre vie ou à une vie autrement. Il peut être le symptôme d'une souffrance et d'une défaillance des moyens de lutte, d'une lassitude ou d'un désespoir. Il peut être la marque d'une perte de liberté plutôt que d'une volonté qui s'exprime. Il peut être une parole qui essaie de se faire entendre, un message qui se répète. C'est au monde des vivants que s'adresse le suicidant et à n'en pas douter l'intervention du soignant peut être l'amorce d'une réponse.
- Parfois, le doute est présent lorsque la volonté de mourir paraît exprimer en toute liberté un choix véritable, celui de ne plus vivre.
Le soignant a cependant l'obligation de se référer à la loi, chacun étant soumis au devoir d'assistance à personne en danger. C'est un des fondements de l'action de soin.

Il se pourrait que ce soit une exception au principe du respect de la liberté de l'autre, quel que soit son système de valeurs propres, car c'est bien la question de la liberté que pose le suicidant.

ASPECTS SOCIOLOGIQUES DU SUICIDE

1. Sexe et âge.....	84
1.1. Plus de suicides chez les hommes	84
1.2. Personnes âgées	84
1.2.1 Solitude due au veuvage	85
1.2.2 Rôle protecteur de la famille.....	85
1.2.3 Place du vieillard dans la société	85
1.3. Evolution	86
2. Degré d'intégration sociale	87
2.1. Activité professionnelle	87
2.2. Chômage	87
3. Importance des liens familiaux	88
3.1. Rôle protecteur du mariage	88
3.2. Relâchement des liens familiaux	88
4. Ruralité	89
4.1. Isolement	89
4.2. Evolution	89
5. Alcoolisme.....	90

Le suicide a des caractéristiques sociologiques que certains aspects de l'épidémiologie descriptive mettent en évidence et qui permettent d'avancer des hypothèses explicatives.

1. Sexe et âge

1.1. Plus de suicides chez les hommes

Depuis longtemps, les hommes se suicident en moyenne, tous âges confondus, **3 fois plus que les femmes.**

Sans prendre position quant au degré de souffrance, on peut faire dire aux chiffres que la volonté de mourir est moins grande chez les femmes.

Depuis la fin des années 1980, la mortalité est fortement croissante pour les hommes âgés de 25 à 44 ans.

Elle est en légère baisse pour les femmes dans cette tranche d'âge où l'on observe par contre un pic de fréquence de tentatives de suicide.

Pour les moins de 25 ans, le taux plafonne dès la fin des années 1980 pour les jeunes femmes.

Alfred NIZARD, Nicolas BOURGOIN et Geneviève de DIVONNE, dans leur analyse de la montée des suicides selon le sexe et l'âge, émettent l'hypothèse selon laquelle ce phénomène s'expliquerait par l'efficacité croissante du traitement des tentatives de suicide (SAMU, soins d'urgence), efficacité qui bénéficierait moins aux jeunes **hommes en raison du caractère plus souvent radical du moyen de suicide**²⁸.

1.2. Personnes âgées

Les hommes se suicident plus que les femmes et cela se vérifie encore plus avec l'avance en âge.

Les relevés statistiques diffèrent un peu selon les études mais on peut retenir que :

- les femmes se suicident entre 2 à 3 fois plus entre l'âge de 20 ans et l'âge de 80 ans ;
- les hommes entre 4 et 5 fois plus.

²⁸ NIZARD (A.), BOURGOIN (N.), DIVONNE (G. de). – Suicide et mal-être social. – Population et sociétés, avril 1998, n° 334.

1.2.1 Solitude due au veuvage

La perte du conjoint est un facteur de risque essentiel chez les personnes âgées et les hommes sont particulièrement touchés dans ce cas de figure.

On constate dans les familles en France, et dans les sociétés occidentales en général, une organisation de type matriarcale qui s'accroît dans le grand âge.

L'homme se trouverait progressivement, après l'arrêt de son activité professionnelle, dans une situation de dépendance plus grande qui produirait un sentiment de perte plus important au décès de son épouse.

1.2.2 Rôle protecteur de la famille

Le rôle protecteur de la famille serait plus important chez la femme qui s'insère plus dans "la continuité générationnelle".

Dans les situations de décès du conjoint, la femme aurait plus de capacité à s'adapter à la perte de l'être cher grâce à des repères plus solides, luttant contre la solitude au quotidien, mais aussi grâce à des repères familiaux plus précis où elle conserve sa place.

L'homme organiserait plus de liens sociaux et affectifs autour de son activité professionnelle et des personnes de sa génération, ce qui le conduirait à subir des pertes plus fréquentes. L'effet de sommation le conduirait au geste fatal.

1.2.3 Place du vieillard dans la société

Quelle que soit la nature des liens qui unissent les sujets dits actifs aux personnes âgées de leur entourage (liens d'affection, d'estime, d'intérêt, d'indifférence), les personnes du grand âge voient leur fonction sociale disparaître progressivement puis leur place dans le noyau familial diminuer d'importance, au moins en apparence.

Tout ceci se joue dans une interaction où l'incompréhension des uns répond au repli des autres.

Mourir devient la fonction de la personne âgée et le risque suicidaire devient un risque à prendre, le suicide une fin de vie concevable, la prévention du suicide une affaire qui concerne "les autres".

Josiane ANDRIAN rapporte une expérience qui se déroule en Grèce où le taux de suicide de la population générale est faible.

Celui des personnes âgées fait partie des taux les plus faibles sur le plan européen : "(...) en Grèce, le gouvernement grâce à la création des Kapis (centre pour les personnes âgées) a voulu donner des responsabilités aux aînés en leur attribuant un rôle social à travers la participation à certaines missions ou en les associant à des campagnes nationales alors qu'en France, le soin de s'occuper des vieux est laissé au secteur associatif"²⁹.

²⁹ ANDRIAN (J.) – Suicide des personnes âgées de plus de 65 ans en 1995-1996 : le cas français. – In : Actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/1998. – Paris : Lundbeck, 1998 : 58-67.

1.3. Evolution

Josiane ANDRIAN étudie sur le versant sociologique l'évolution des taux de suicide masculins selon l'âge en 1995 (personnes adultes)³⁰.

- **Les personnes nées avant 1915** ont eu le plus souvent une carrière incomplète, interrompue par la crise économique des années 1930 et la Seconde Guerre mondiale.

"En 1950, ces personnes, pour la plupart originaires du monde rural étaient trop âgées pour débiter dans une nouvelle carrière en ville et s'adapter à la mobilité. (...)

Ayant cumulé au cours de leur vie un patrimoine plutôt restreint, elles perçoivent pour la plupart de faibles revenus. La vieillesse est souvent perçue comme un lourd handicap".

En 1995, ces personnes ont entre 85 et 89 ans et le taux de suicide est très élevé.

- **Les personnes nées entre 1926 et 1940** ont bénéficié d'une situation moins défavorable que leurs aînés.

"Si elles ont connu dans leur enfance ou leur adolescence la crise économique des années 30 et la Seconde Guerre mondiale, elles ont eu la chance de débiter leur carrière sous les Trente Glorieuses³¹. (...)

Elles ont cumulé un patrimoine plus élevé que leurs aînés et ont acquis des droits à la retraite plus rémunérateurs".

Agées de 55 à 69 ans en 1995, ces personnes sont en partie dans la tranche d'âge où la courbe des taux de suicide s'infléchit (entre 55 et 64 ans chez les hommes).

- **Les personnes nées entre 1946 et 1956** font partie de la génération du baby-boom.

"[Elles] ont connu les deux chocs pétroliers entre 16 et 27 ans, la hausse brutale du taux de chômage, la fin du modèle de plein emploi, la diminution des salaires, les emplois précaires, la baisse des revenus, le désengagement progressif de l'Etat providence face à la montée du libéralisme, à la progression de la pauvreté".

Ces personnes ont entre 30 et 49 ans en 1995 où le pic des taux de suicide se situe à 44 ans.

A 40-44 ans, le taux de suicide atteint 43,5 pour 100 000 contre 37,4 en 1980.

³⁰ Idem.

³¹ "Trente Glorieuses" : nom donné par Jean FOURASTIE aux 30 années d'expansion qui ont succédé à la Seconde Guerre mondiale ; c'est une période de plein emploi, d'amélioration des conditions de travail et de progression des salaires.

2. Degré d'intégration sociale

2.1. Activité professionnelle

Les catégories socioprofessionnelles défavorisées paient un lourd tribut au suicide.

- Parmi elles, **les salariés agricoles sont les plus touchés.**

Il semble que pour eux se cumulent plusieurs facteurs de risque suicidaire : celui de la dureté de l'emploi, de sa précarité, de son faible revenu et l'isolement social auquel sont soumis les populations rurales faiblement scolarisées.

- Dans les autres catégories socioprofessionnelles, il s'avère que **les personnes les plus concernées par le suicide sont celles dont le niveau de responsabilité est moindre.**

Ainsi les ouvriers se suicident plus que les employés responsables de tâches spécifiques, les employés plus que les cadres.

2.2. Chômage

En France, l'évolution des taux de chômage et des taux de suicide montre une corrélation pour les moins de 50 ans avec une élévation parallèle et un lien entre suicide et chômage.

Pour la tranche d'âge 50-64 ans, le taux de suicide diminue depuis 1986 alors que le taux de chômage s'accroît.

En Espagne où les taux de suicide sont bien inférieurs à ceux de la France, le taux de chômage est 2 fois supérieur.

En 1897, Emile DURKHEIM écrivait : "le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu". Il semblerait que cette formule soit encore d'actualité mais le contexte économique influe de manière complexe. Les sociologues du XX^e siècle, après Emile Durkheim et Maurice Halbwachs, en reprenant les définitions de suicide égoïste, suicide altruiste et suicide anémique fondent cette typologie sur deux critères : l'intégration sociale et la régulation sociale.

Cette dernière serait l'autorité morale de la société elle-même sur l'homme, et la capacité qu'elle aurait à proposer des normes et des valeurs donnant un cadre et des limites aux désirs de l'individu.

On ne peut nier qu'il y ait un lien entre crise économique et suicide, mais il est vraisemblable que le lien de causalité directe est inexistant.

Il serait plus juste de dire que **la crise économique joue un rôle de catalyseur en mettant un frein aux perspectives de vie.**

La notion d'affaiblissement de "la régulation sociale" renvoie par ailleurs à celle de l'affaiblissement de "la capacité contenante" de la famille.

3. Importance des liens familiaux

3.1. Rôle protecteur du mariage

On peut signaler le rôle du statut matrimonial sur l'évolution des taux de suicide qui sont plus importants chez les veufs que chez les divorcés, chez les divorcés que chez les célibataires, chez les célibataires que chez les mariés.

On peut remarquer avec Alfred Nizard, Nicolas Bourgoïn et Geneviève de Divonne que le taux de suicide plus faible chez les personnes mariées est traditionnellement attribué au rôle protecteur du mariage, mais il faut tenir compte "de l'effet de sélection qui écarte du mariage les gens les plus fragiles au plan physique ou psychique"³².

La réalité sans interprétation demeure : **la mortalité par suicide est plus basse chez les personnes mariées que chez les personnes non mariées.**

La différence entre les deux groupes tend à s'amenuiser : la mortalité par suicide des non-mariés en 1975 était 3 fois plus élevée que celle des mariés ; elle n'était plus que 2 fois plus élevée en 1996.

On peut avancer que le célibat est actuellement plus qu'autrefois une question de choix, que les personnes en situation de concubinage ne sont pas classées dans la "catégorie des mariés" mais **la différence reste de taille** (2 fois plus).

3.2. Relâchement des liens familiaux

Parallèlement à l'évolution des "équivalents du mariage" qui pourrait correspondre à un renforcement des liens affectifs par leur diversification, on observe au contraire un **relâchement progressif des liens familiaux.**

Près de 80 % des hommes âgés de 25 à 44 ans étaient mariés en 1973, 54 % en 1995.

Le concubinage n'a pas relayé le mariage, l'augmentation du nombre de cohabitations n'a pas compensé la diminution du nombre de mariages.

La proportion de couples peu durables tend à augmenter, le corollaire est l'augmentation des familles monoparentales et des familles recomposées.

Entre 1975 et 1995, la montée du célibat et des divorces s'est produite parallèlement à l'élévation du taux de suicide dans la population.

On connaît le facteur de risque représenté par la dissociation familiale chez l'adolescent en particulier, par le décès d'un conjoint ou d'un proche chez la personne âgée notamment, par la séparation sous toutes ses formes pour toutes les catégories d'âge.

Emile DURKHEIM accordait une place essentielle à la famille dans son ensemble plus qu'au couple lui-même, "le facteur essentiel de l'immunité des gens mariés est la famille, c'est-à-dire le groupe complet formé par les parents et les enfants".

³² NIZARD (A.), BOURGOÏN (N.), DIVONNE (G. de). – Suicide et mal-être social. – Population et sociétés, avril 1998, n° 334.

4. Ruralité

4.1. Isolement

La famille traditionnelle avec la proximité géographique des générations successives disparaît. Cette évolution est particulièrement nette en milieu rural où l'activité professionnelle conduit les enfants à s'éloigner.

L'isolement social et l'isolement géographique augmentent le risque de suicide. Ces deux facteurs se conjuguent plus fréquemment en milieu rural qu'en milieu urbain.

Les statistiques le confirment, le taux de suicide est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain en France.

Un article original fait toutefois état de résultats contradictoires³³. Une étude de tous les suicides recensés en 1997 dans le département de la Seine-et-Marne, qui comprend des cantons ruraux et des cantons urbains, donne les conclusions suivantes :

- pour les 225 suicides répertoriés, la plupart des caractéristiques sociodémographiques des personnes suicidées et les circonstances de décès sont celles retenues dans les autres études (il s'agit d'hommes dans 74 % des cas, de moyenne d'âge 50,7 ans, vivant seuls dans 57 % des cas et il apparaît nettement que le taux de suicide augmente avec l'âge) ;
- par contre, l'analyse du facteur ruralité et du facteur offre de soins montre que le caractère rural du lieu de vie ne semble pas lié au risque suicidaire, et qu'une plus grande densité de médecins libéraux (généralistes ou psychiatres) ne constitue pas un facteur protecteur.

Dans la même étude, les auteurs notent que certaines analyses anglaises montrent que les taux de suicide sont plus élevés dans les régions à forte densité de population, comme ce serait le cas en Espagne où les personnes se suicideraient plus dans les villes qu'à la campagne.

4.2. Evolution

- **Au XIX^e siècle, les taux de suicide étaient plus élevés en ville qu'à la campagne.**

Jusqu'en 1870, on se tuait 2 fois plus en ville qu'en milieu rural.

Jusqu'au début du XX^e siècle, les zones d'urbanisation et d'industrialisation étaient en partie peuplées de gens déracinés, issus des campagnes, souffrant d'isolement et de difficultés d'adaptation aux valeurs citadines.

- **Progressivement, la tendance s'est inversée et à partir de 1910, l'écart est devenu faible.**

Depuis 1930, la campagne compte proportionnellement plus de suicides que la ville.

³³ BAZIN (N.) et al. – Suicide, grand âge, ruralité et offre de soins : étude de 225 cas de suicides. – La revue de gériatrie, décembre 2000, tome 25, n° 10 : 733-742.

Cette configuration demeure à l'aube du XXI^e siècle. Les mutations survenues dans de nombreux domaines (social, technologique, culturel) n'ont pas comblé le fossé qui se creuse entre zone rurale et milieu urbain. La différence est assez souvent à l'avantage de la campagne, ce n'est pas le cas en ce qui concerne le suicide.

5. Alcoolisme

- Entre 1825 et 1975, les variations du taux de suicide et de la consommation moyenne d'alcool ont eu des **évolutions parallèles**.

- On a observé une forte élévation des deux courbes tout au long du XIX^e siècle jusqu'à un maximum au début du XX^e siècle.

- Les deux courbes ont chuté pendant la Seconde Guerre mondiale au cours de l'Occupation puis sont remontées jusque dans les années 1970, sans toutefois retrouver leur niveau d'avant-guerre.

- **La modération de l'alcoolisme** s'est produite pendant la période des Trente Glorieuses. L'amélioration générale des conditions de vie a peut-être favorisé la diminution de l'alcoolisation. Par la suite, les habitudes de consommation moins grande ont pu persister. La courbe de consommation moyenne d'alcool a continué à chuter après 1975.

- Quant à la courbe des suicides, **sa progression a continué** après cette date.

On peut penser que durant cette période de modification générale du fonctionnement de la vie sociale et de la vie familiale après-guerre, les femmes et les jeunes ont été de plus en plus exposés au risque suicidaire.

Avec la généralisation de leur activité professionnelle et l'acquisition d'une plus grande liberté d'agir, les femmes ont eu à assumer *des choix de vie sociale, familiale et de couple* avec une charge grandissante et la diminution de la protection relative que leur assurait la place qui leur était antérieurement dévolue.

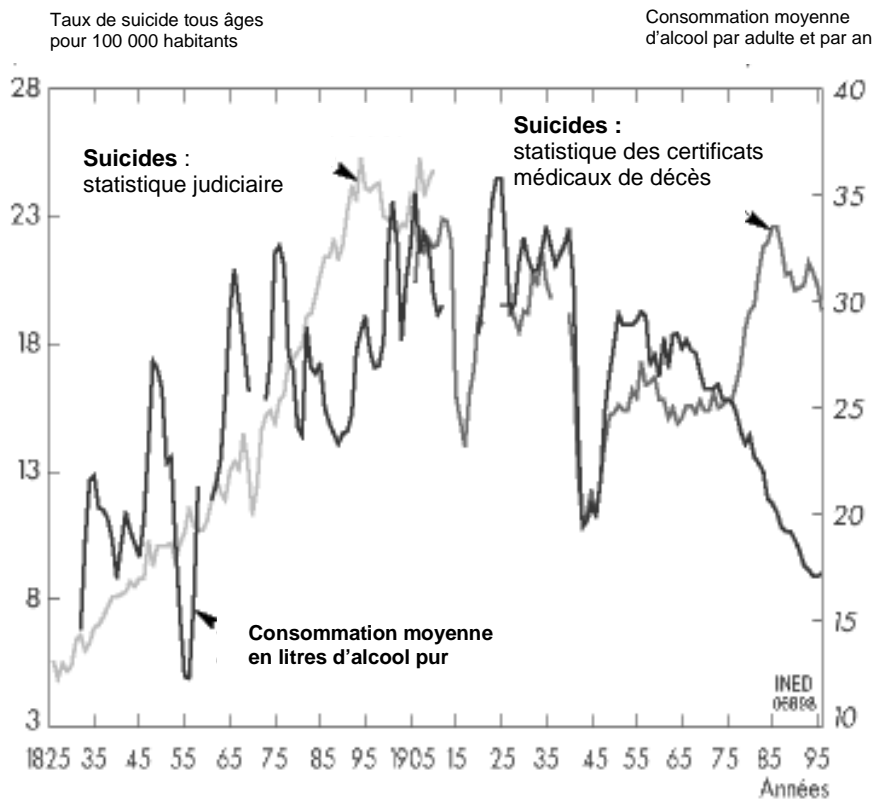
Les jeunes de leur côté, ont vécu *l'émancipation*, qui les a conduits à la prise plus précoce de responsabilités, *les problèmes éducatifs* liés en partie au phénomène précédent et *la perspective du chômage*.

- Les années 1970 marquent ainsi **une rupture** : l'alcoolisme a chuté durablement, le suicide a progressé rapidement jusqu'en 1985 avant d'amorcer une baisse légère.

On peut observer que le lien entre l'alcoolisme et le suicide n'est plus, Alfred NIZARD parle de "rupture d'un lien historique"³⁴.

³⁴ NIZARD (A.), BOURGOIN (N.), DIVONNE (G. de). – Suicide et mal-être social. – Population et sociétés, avril 1998, n° 334.

Fig. 5.1 - **Evolution du taux de suicide** (pour 100 000 habitants, tous âges confondus) **et de la consommation moyenne d'alcool** (en litres d'alcool pur par an et par adulte de 20 ans ou plus) **en France entre 1825 et 1996**



(sources : **Suicides** CHESNAIS J.-C. – *Les morts violentes en France depuis 1826.* – Coll. "Travaux et Documents", Cahier n° 75, INED, 1976 ;
Consommation d'alcool LEDERMANN S. – *Alcool, alcoolisation et alcoolisme.* – Coll. "Travaux et Documents", Cahier n° 29, INED, 1956. – INSERM et INSEE³⁵)

³⁵ NIZARD (A.), BOURGOIN (N.), DIVONNE (G. de). – Suicide et mal-être social. – Population et sociétés, avril 1998, n° 334.

SUICIDE DES PERSONNES AGEES

1. Rappel épidémiologique	94
1.1. Nombre.....	94
1.2. Evolution depuis 1980	94
1.2.1 Nombre.....	94
1.2.2 Taux.....	95
1.3. Différence homme/femme	95
1.4. Place du suicide dans l'ensemble des décès.....	95
1.5. Périodes sensibles.....	96
1.6. Moyens suicidogènes.....	96
1.7. Comparaisons internationales des taux de suicide des personnes âgées.....	97
1.7.1 Période 1990-94 dans les pays de la CEE	97
1.7.2 En dehors de la CEE	98
2. Facteurs de risque	98
2.1. Statut social.....	98
2.2. Isolement	99
2.3. Dégradation de l'état de santé physique et psychologique.....	99
2.4. Alcoolisme.....	100
2.5. Troubles mentaux	100
3. Signification du processus suicidaire	101
3.1. Phénoménologie	101
3.2. Psychopathologie	101
3.3. Déterminisme du suicide.....	102
4. Prévention	102

La limite retenue par l'OMS pour être qualifiée de personne âgée est l'âge de 65 ans.

Parmi les personnes âgées, on donne le nom de vieillards aux personnes au-delà de 75 ans.

1. Rappel épidémiologique

1.1. Nombre

En 1996 et en 1997, on dénombrait entre 11 000 et 11 400 décès par suicide, dont 3 000 à 3 200 étaient des personnes âgées.

On retient donc qu'environ 25 % des suicidés sont des personnes âgées alors que celles-ci ne représentent que 10 à 15 % de la population générale.

Ces chiffres de décès restent des estimations et probablement des sous-estimations en raison des réticences qui entourent la déclaration de suicide.

Le tabou social qui pèse sur le suicide, les interdictions religieuses qui persistent malgré l'évolution du code du droit canon, les questions d'assurance, le souci de protéger les familles et les difficultés de recueil des informations des instituts médico-légaux sont à l'origine de cette sous-estimation.

1.2. Evolution depuis 1980

1.2.1 Nombre

Entre 1980 et 1997, les chiffres sont :

- en augmentation chez les hommes de 85 ans et plus et stable chez les femmes ;
- en diminution chez les personnes de 75 à 84 ans, hommes et femmes ;
- en diminution chez les personnes de 65 à 74 ans, hommes et femmes.

Pour l'ensemble des personnes âgées, le nombre des suicides est en **légère diminution**.

Le vieillissement de la population, prévu dans les prochaines années, laisse présager une augmentation.

1.2.2 Taux

En 1995, le taux moyen est de 30,3 pour 100 000 chez les hommes et de 10,7 pour 100 000 chez les femmes, tous âges confondus.

Fig. 6.1 - **Taux de décès par suicide en 1995**

Tranches d'âges	Hommes taux pour 100 000	Femmes taux pour 100 000
65-74 ans	47,5	18,1
75-84 ans	83,8	21,2
85 ans et plus	136,6	22,2

(source : INSERM)

Les taux sont nettement supérieurs à ceux enregistrés chez les populations plus jeunes :

- à partir de 75 ans, le taux de mortalité est entre 2 fois et 2 fois et demi plus élevé que chez les hommes de 45 à 74 ans ;
- entre 75 et 84 ans, les hommes se suicident 2,6 fois plus que les 25-34 ans ;
- à 85 ans et plus, les hommes se suicident 4,2 fois plus que les 25-34 ans et 6 fois plus que les adolescents.

1.3. Différence homme/femme

Comme pour la population générale, le nombre de suicides masculins est bien supérieur au nombre de suicides féminins :

- entre 65 et 74 ans, les hommes se suicident 2,6 fois plus que les femmes ;
- entre 75 et 84 ans, les hommes se suicident 3,9 fois plus que les femmes ;
- au-delà de 85 ans, les hommes se suicident 6,2 fois plus que les femmes.

Sur la moyenne nationale, tous âges confondus, le rapport est de 3.

1.4. Place du suicide dans l'ensemble des décès

Le taux de suicide des personnes âgées est plus élevé qu'à n'importe quel autre âge de la vie (cf. Fig. 1.3, chapitre 1, paragraphe 1.1.2.).

Il s'agit cependant d'une part minime des décès enregistrés à cet âge de la vie car les personnes âgées meurent plus d'autres pathologies.

Si le suicide représente environ 2 % des décès toutes causes confondues pour les 2 sexes et l'ensemble des tranches d'âge, il est, au-delà de 65 ans, estimé à 0,8 %. C'est alors la 23^{ème} cause de mortalité chez les hommes de 75-84 ans et la 28^{ème} cause chez les hommes de plus de 85 ans qui meurent essentiellement de troubles cardio-respiratoires et de tumeurs.

1.5. Périodes sensibles

Le mois d'août serait le plus représenté³⁶ à l'inverse de ce que l'on observe dans les populations jeunes.

Il y a peu d'études très récentes disponibles. En 1987, Josiane ANDRIAN notait : "La diminution du suicide au mois d'août est beaucoup moins accusée chez les personnes âgées et les retraités que chez les populations plus jeunes. Le mois d'août devient un mois comme les autres pour ceux dont la vie n'est plus rythmée par l'alternance travail/vacances".

Les festivités de fin d'année, ainsi que l'été, sont les périodes où le nombre de suicides est élevé dans cette tranche d'âge.

Les jours les plus représentés sont dans la plupart des études le samedi, le dimanche et le lundi, mais l'ensemble est contradictoire parfois.

Dans son dossier réalisé en 1991, Nicolas BRUN, chargé de mission à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF), reprenant un travail de Josiane ANDRIAN en 1984, retient que tous âges confondus, "le taux de suicide, décroît à mesure que la semaine se déroule, le lundi étant le jour où le taux de suicide est le plus important, le dimanche étant celui où le taux est le plus faible. (...) Cette décroissance suivant le jour de la semaine se retrouve également chez les personnes de plus de 55 ans. Cependant à 75-84 ans, les suicides sont plus fréquents chez les hommes les mardis et jeudis, chez les femmes les lundis et dimanches. Au-delà de 85 ans chez les hommes : les lundis, jeudis et samedis ; chez les femmes les mercredis, jeudis et samedis"³⁷.

Plus fidèle peut-être serait l'observation selon laquelle il y aurait plus de suicides de personnes âgées **au début de chaque mois**. Ce fait contraste avec l'adulte jeune où l'on observerait plus de suicides au début de chaque semaine. L'adulte jeune serait préoccupé par l'écoulement de la semaine, la personne âgée par l'écoulement du mois comme si l'unité de temps changeait avec l'âge³⁸.

1.6. Moyens suicidogènes

Les moyens utilisés sont violents, donc efficaces. Il y a peu de tentatives de suicide.

Le geste est plus souvent réfléchi et prévu que chez les jeunes, c'est-à-dire qu'il y a une plus grande détermination à mourir chez les sujets âgés.

Les modalités les plus souvent utilisées varient en fonction du sexe et de l'âge.

- **Chez les hommes** les moyens rencontrés le plus fréquemment sont : la pendaison (au-delà de 85 ans, près de la moitié des suicides se font par pendaison) ; puis les armes à feu ; puis la noyade.

³⁶ Etude réalisée en Belgique de 1979 à 1987 : MAES (M.) et coll. – Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. – American journal of psychiatry, septembre 1993, vol. 150, n°9 : 1380-1385.

³⁷ BRUN (N.) – Le suicide des personnes âgées. – Les dossiers du secteur social de l'UNAF, octobre 1991.

³⁸ MONFORT (J.-C.) – Suicide des personnes âgées. – In : Dépression et suicide / sous la direction de Thérèse Lemperière. – Paris : Acanthe/Masson/SmithKline Beecham, 2000 : 157-169. – (Coll. PRID).

- **Chez les femmes** : la noyade est aussi fréquente que la pendaison ; au-delà de 85 ans, la pendaison arrive au 1^{er} rang des causes de suicide, suivie par l'intoxication, puis par la noyade.

1.7. Comparaisons internationales des taux de suicide des personnes âgées

1.7.1 Période 1990-94 dans les pays de la CEE

- Entre 65 et 74 ans :
 - en France, les hommes sont à la 2^{ème} place derrière l'Autriche où le taux de suicide est le plus important de la CEE ;
 - les femmes sont à la 4^{ème} place derrière le Danemark, la Belgique et l'Autriche.
- Au-delà de 75 ans :
 - les hommes sont toujours à la 2^{ème} place des pays à fort taux de suicide, derrière l'Autriche ;
 - les femmes sont au 4^{ème} rang derrière le Danemark, l'Autriche, le Luxembourg.

Les taux les plus faibles se rencontrent en Grèce, au Royaume-Uni, en Irlande, chez les hommes comme chez les femmes, chez les personnes entre 65 et 74 ans comme chez les personnes de plus de 75 ans.

Fig. 6.2 - **Taux de suicide des personnes âgées dans les pays de la CEE (1990-1994)**

		65-74 ans taux pour 100 000		75 ans et plus taux pour 100 000	
		HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Allemagne	1994	35,7	15,3	80,9	22,9
Autriche	1994	56,3	17,9	116,8	27,4
Belgique	1990	46,3	21,8	99,3	20,8
Danemark	1992	43,0	27,6	81,4	28,7
Espagne	1992	21,2	7,9	48,0	10,5
France	1993	47,7	16,9	103,6	25,6
Grèce	1994	9,6	2,9	14,3	3,0
Irlande	1991	16,7	6,2	12,6	2,0
Italie	1992	22,4	7,8	40,7	8,7
Luxembourg	1992	24,6	11,1	78,9	25,8
Pays-Bas	1994	20,8	8,0	33,9	9,4
Portugal	1994	27,2	6,4	49,8	12,2
Royaume-Uni	1994	10,7	4,3	16,2	5,7
Suède	1993	29,7	9,5	51,0	13,9

(source : annuaire des statistiques sanitaires mondiales – Genève : 1995)

1.7.2 En dehors de la CEE

Fig. 6.3 - **Taux de suicide des personnes âgées en dehors de la CEE (1992-1994)**

		65-74 ans taux pour 100 000		75 ans et plus taux pour 100 000	
		HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Suisse	1994	46,6	18,4	95,8	26,2
USA	1992	29,9	5,9	52,3	6,2
Japon	1994	29,7	19,1	55,1	35,2
Bulgarie	1994	49,4	20,0	112,5	38,2
Slovénie	1994	87,8	26,4	122,5	22,8
Hongrie	1994	92,7	26,3	178,5	66,2
Pologne	1994	37,0	7,7	7,7	5,9

(source : annuaire des statistiques sanitaires mondiales – Genève : 1995)

Dans presque tous les pays, le taux de suicide chez les personnes âgées est plus élevé que dans la population générale.

Le groupe d'étude "le suicide au Canada" a montré qu'entre 1975 et 1990, les taux de suicide ont doublé chez les Canadiens âgés de 65 à 69 ans et triplé chez les 70 ans et plus.

2. Facteurs de risque

Outre le sexe masculin et l'âge élevé repérés dans les statistiques épidémiologiques, d'autres facteurs sont à prendre en compte.

2.1. Statut social

Au regard de la catégorie socioprofessionnelle, **les milieux défavorisés** sont les plus touchés contrairement à ce qu'on observait au XIX^e siècle et au début du XX^e siècle.

En France, **le milieu rural** est plus touché que le milieu urbain (là aussi à l'inverse de ce que l'on observait au XIX^e siècle où le citadin était un déraciné).

Dans ce contexte actuel, les salariés agricoles se suicident plus que les employés et ceux-ci plus que les cadres.

Outre **la perte du statut social, la perte de revenus**, avec la retraite, est un facteur de risque comme l'est le faible niveau socio-économique.

2.2. Isolement

La marginalisation sociale due à la retraite va progressivement de pair avec l'isolement et le **sentiment d'inutilité** (l'absence de rôle et de projet). Ce sentiment est ressenti de façon plus aiguë chez les hommes.

L'isolement est renforcé par les deuils qui se répètent. **Le veuvage** est un risque majeur. Le risque le plus élevé se situerait dans la première année qui suit le décès du conjoint, et particulièrement lorsque le survivant du couple est l'homme.

Le taux de suicide est plus important chez les veufs que chez les divorcés, chez les divorcés que chez les célibataires, chez les célibataires que chez les hommes mariés.

L'espérance de vie est de 82 ans pour les femmes, 74 ans pour les hommes mais l'allongement de l'espérance de vie conduit souvent à une vie en solitaire au cours de la vieillesse.

Le sentiment d'isolement peut être accentué par le **changement de domicile** (tout particulièrement lorsqu'il s'agit de déménager pour une maison de retraite ou un long séjour hospitalier mais aussi, paradoxalement, pour s'installer chez un membre de la famille, généralement un enfant).

2.3. Dégradation de l'état de santé physique et psychologique

- **La diminution de l'autonomie**, les handicaps sensoriels augmentent la perturbation de la vie sociale et relationnelle et sont des facteurs de perte d'estime de soi.

A partir de 80 ans, plus de 70 % des personnes âgées manquent d'autonomie domestique.

- **Le syndrome de glissement**, qui n'est pas spécifique à la personne âgée, se rencontre comme équivalent suicidaire chez le vieillard surtout.

Il s'agit d'un comportement (volontaire au début) d'arrêt de l'alimentation, de l'hydratation, parfois d'un refus de soins, dans une finalité autodestructrice. Ce suicide passif de la personne âgée masque souvent une dépression sous-jacente.

Il s'observe généralement dans les suites de maladies somatiques ou parfois dans les situations d'institutionnalisation non acceptée.

- S'il n'y a **rien à attendre de la vie**, les souffrances psychiques et physiques deviennent plus rapidement insupportables et conduisent finalement au geste suicidaire : "...l'attachement à la vie est fonction de nos investissements passés mais aussi futurs"³⁹.

- Parfois, c'est la fuite anticipée, la personne âgée se tue **avant qu'apparaisse la dégradation**, ce qui constitue un "suicide euthanasique" ou un "suicide pour éviter de mourir".

³⁹ ANDRIAN (J.) – Suicide des personnes âgées de plus de 65 ans en 1995-1996 : le cas français. – In : Actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/1998. – Paris : Lundbeck, 1998 : 58-67.

2.4. Alcoolisme

Alcoolisation et conduites alcooliques peuvent apparaître à cet âge ou se majorer et constituer des équivalents suicidaires (certaines régions, comme la Bretagne, rencontrent des situations particulièrement difficiles).

2.5. Troubles mentaux

Un trouble mental est souvent retrouvé bien que le diagnostic soit parfois rétrospectif.

■ Les troubles de l'humeur sont les plus fréquents, notamment les dépressions.

- Le passage à l'acte suicidaire peut survenir chez des personnes non dépressives mais les troubles dépressifs antérieurs sont un facteur de risque majeur. Ils peuvent en effet être renforcés ou réapparaître après un temps de latence lors de la prise de conscience du handicap dû au vieillissement.
- Toutes les statistiques relèvent la nette prédominance des états dépressifs non psychotiques.
- Les états dépressifs chez la personne âgée peuvent être masqués, sans tristesse apparente mais avec de nombreuses plaintes somatiques et des troubles du comportement avec instabilité, agressivité, colère.
- A domicile, certaines dépressions s'accompagnent d'un laisser-aller avec renoncement aux soins corporels, au travail domestique d'entretien de la maison. On parle de syndrome de Diogène.
- Une spécificité des états dépressifs des personnes âgées, notamment chez les vieillards, est la sous-médicalisation. La prescription d'antidépresseurs reste peu fréquente ou à dose insuffisante, alors que le taux de suicide chez les déprimés âgés est plus élevé que chez les déprimés jeunes.
- Enfin, on remarquera que les $\frac{3}{4}$ des personnes âgées qui se sont donné la mort avaient consulté un médecin généraliste pendant le mois ayant précédé le suicide. C'est dire la difficulté du dépistage de la dépression et la difficulté de la prise en charge.

■ Les états confusionnels

Ils peuvent entraîner la personne âgée dans un geste suicidaire lors d'un raptus anxieux. Un syndrome confusionnel peut avoir pour origine une dépression.

■ Les syndromes démentiels

Ou plus fréquemment "les troubles du jugement" au sens large, peuvent conduire à des gestes suicidaires surtout lorsque s'y associent des troubles interprétatifs (par exemple un sentiment de persécution). Toutefois, ce n'est pas dans ce contexte que l'on retrouve le plus grand nombre de suicides. En effet, le geste suicidaire est généralement chez le sujet âgé le fait d'une conduite intentionnelle et préparée.

3. Signification du processus suicidaire

3.1. Phénoménologie

Gabriel DESHAIES a montré que plusieurs mouvements pouvaient être à l'origine d'une conduite suicidaire selon la personnalité de chacun.

On pourrait résumer ce travail en parlant :

- **pour certains, d'une porte de sortie pour quitter la vie**
 - soit pour fuir une situation angoissante ;
 - soit pour refuser une situation inacceptable.

- **ou pour d'autres, d'une porte d'entrée dans la mort, dans un mouvement d'attrait ou d'élan.**

3.2. Psychopathologie

Sigmund FREUD a donné en 1915 une compréhension psychanalytique de la dépression en repérant que **l'état dépressif naît du sentiment de perte d'objet**.

Pour traiter cet état dépressif, il faut qu'il y ait un travail de deuil c'est-à-dire que se dénouent progressivement les liens que le sujet entretenait avec l'objet pour nouer d'autres liens avec d'autres objets.

La forme mélancolique de la dépression conduit à haïr l'objet perdu, pour finir par se haïr soi-même par un retournement des pulsions agressives.

Ce retournement prend un caractère expiatoire et le mélancolique, oppressé par **un sentiment de culpabilité**, devient son propre bourreau.

Dans son cadre de vie quotidien, on comprend bien que la personne âgée doit régulièrement renoncer et doit faire face à une somme de pertes diverses dans le domaine physique, intellectuel, social, affectif, psychologique, voire économique.

Loïc PICAULT exprime clairement que :

"Le vieillissement s'accompagne toujours de renoncement et de deuil sous-tendu par des mécanismes dépressogènes semblables à ceux que l'on observe dans la mélancolie".

Il dit aussi :

"C'est dans les ratés de ce long processus que résidera la cause de la crise suicidaire, notamment dans l'articulation avec les défaillances de l'environnement, la répétition des atteintes narcissiques et la restriction des perspectives temporelles. La fragilité de la personnalité du sujet joue, dans ce contexte, un rôle important"⁴⁰.

⁴⁰ PICAULT (L.) – Suicides et tentatives de suicide chez la personne âgée. – Geriatrics : Praticiens et 3^{ème} âge, 1995, n° 1/2 : 17-23.

3.3. Déterminisme du suicide

La **fonction auto-agressive** du suicide est exprimée dans cette conduite de type punitif du sujet dépressif.

On peut voir dans d'autres cas une **fonction hétéro-agressive** dans une conduite de "vengeance".

Une association des deux peut se retrouver dans les tentatives de suicide qui ont une **fonction d'appel** et de message chargé d'amour et de haine ("si tu ne m'aimes pas, je meurs et tu seras puni"). L'angoisse provoquée par le geste peut produire des réactions agressives dans l'entourage qui perçoit alors la situation comme un "chantage".

La **fonction de fuite** correspond à une impuissance à faire face. Elle peut se présenter sous forme d'une réaction cohérente, que l'on pourrait presque qualifier d'adéquate, ou sous forme d'un désarroi devant une situation émotionnelle intolérable.

Le **suicide ordalique** (par "jugement de Dieu") reste une part qui s'amenuise au fil des décennies.

4. Prévention

En reprenant chaque facteur de risque, on peut retirer les lignes directrices d'une conduite de prévention qui reste difficile à mener.

- On sait que **le traitement de la dépression** est complexe quel que soit l'âge. Il l'est particulièrement chez la personne âgée.

Il est délicat d'en faire le diagnostic positif, les symptômes étant souvent malaisés à repérer car imprécis ou indirects.

Par ailleurs, il arrive encore de trouver légitime qu'une personne âgée soit "déprimée" et par là de ne pas faire la démarche d'un traitement spécifique.

- On ne saurait trop insister sur **la lutte contre l'isolement**, facteur essentiel de la prévention du risque suicidaire.

Cette lutte peut passer par le maintien d'une identité sociale autant que le maintien de contacts sociaux proprement dits. Ceux-ci doivent se situer, le plus possible en amont des réseaux d'entraide et de soutien qui interviennent lorsque, déjà, la solitude est grande.

Elle peut passer aussi par le maintien d'un tissu familial solide et d'une vie affective préservée.

Tout cela afin que la personne âgée vive sa vieillesse dans la permanence de l'estime de soi et qu'elle ne soit pas réduite à sa fonction d' "Etre destiné à mourir".

PSYCHOPATHOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE CHEZ L'ADOLESCENT

1. Facteurs de risque	106
1.1. Troubles psychiques et comportementaux.....	106
1.2. Facteurs psychosociaux et familiaux	107
1.3. Antécédents de tentative de suicide	108
1.4. Facteurs somatiques	109
1.5. Statut d'adolescent	109
2. Psychopathologie.....	109

1. Facteurs de risque

François LADAME et Maja PERRET-CATIPOVIC⁴¹ reprennent la définition suivante des facteurs de risque de tentative de suicide : "caractéristiques, variables ou menaces qui, présentes pour un individu donné, rendent plus probable, du point de vue statistique, que cet individu, sélectionné au hasard dans la population générale, développe un trouble donné"⁴².

Ils nous rappellent qu'il s'agit évidemment de les différencier des simples corrélations, de les dissocier des conséquences de la tentative de suicide et de ne pas confondre cause et facteur de risque.

Ajoutons qu'il faut les distinguer des facteurs déclenchants.

1.1. Troubles psychiques et comportementaux

"L'apparition d'un trouble psychiatrique en début d'adolescence (14 ans), notamment d'un épisode dépressif majeur (EDM) permet d'anticiper l'installation d'idées de suicide à 15 ans puis la survenue d'une tentative avant 18 ans"⁴³.

Bien sûr si un trouble de l'humeur précède souvent une tentative de suicide, il n'en est pas la condition suffisante. La quantification précise du lien entre dépression et TS n'a jamais été faite précisément en raison de la diversité des méthodologies utilisées.

L'ensemble des chercheurs retient néanmoins un très fort pourcentage d'EDM chez les jeunes suicidants hospitalisés, et une différence significative de prévalence des troubles affectifs entre les adolescents suicidants et les adolescents témoins (pris parmi les jeunes hospitalisés pour une autre raison qu'une TS).

Fig. 7.1 - **Pourcentage d'EDM chez les jeunes suicidants hospitalisés**

Auteurs	Age	EDM	EDM + autres troubles de l'humeur
Brent et al. (1993)	13-19 ans		86,5 %
Brent et al. (1993)	13-18 ans	83,0 %	
Laederach et al. (1999)	15-19 ans	69,6 %	86,5 %

Il y a quelques années encore Philippe JEAMMET écrivait, "il n'y a pas de diagnostic psychiatrique spécifique à l'acte suicidaire... comme tous les troubles du comportement, la conduite suicidaire est transnosographique chez l'adolescent"⁴⁴.

- Actuellement, en particulier grâce aux études statistiques plus nombreuses, il retient les troubles dépressifs comme un des facteurs de risque essentiel. On pourrait ajouter plus précisément les **troubles de nature névrotique**.

⁴¹ LADAME (F.), PERRET-CATIPOVIC (M.) – Tentative de suicide à l'adolescence. – Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie, 37-216-H-10. – Paris : Elsevier, 1999.

⁴² JENSEN (P.S.) – Prevention research in child and adolescent psychiatry. – In : Young (J.G.), Ferrari (P.) eds. – Designing mental health services and systems for children and adolescents. – Philadelphia : Brunner/Mazel, 1998 : 183-192.

⁴³ Idem.

⁴⁴ JEAMMET (Ph.) – Conduites suicidaires chez l'adolescent. – La revue du praticien, 1^{er} mars 1987, tome 37, n° 13 : 725-730.

- Les **troubles de l'humeur de nature psychotique**, moins fréquents en pourcentage, gardent un caractère de dangerosité important dans l'échelle des risques suicidaires du fait de la nature généralement radicale et impulsive du passage à l'acte conduisant alors à un geste fatal.

Les troubles de l'humeur sont rarement des diagnostics uniques. Ils sont généralement associés à **des troubles anxieux ou à des troubles du comportement**.

- Le trouble anxieux constitue lui-même un facteur de risque lorsqu'il est associé, car il peut contribuer à la persistance du comportement suicidaire malgré l'évolution apparemment favorable du syndrome dépressif.
- En France, l'association entre tentative de suicide et troubles du comportement est par ordre d'importance⁴⁵ :
 - ❶ la consommation régulière de drogues ;
 - ❷ la consommation quotidienne de tabac ;
 - ❸ l'absentéisme scolaire régulier ;
 - ❹ la consommation habituelle d'alcool.

L'association trouble de l'humeur et toxicomanie est reconnue comme un risque mais les diverses études faites à ce sujet n'y attachent pas toutes le même degré de dangerosité.

1.2. Facteurs psychosociaux et familiaux

- Une insertion sociale précaire est un facteur de risque mais, si l'on note souvent une mauvaise intégration scolaire avec absentéisme chez les collégiens et lycéens suicidants ou une situation de chômage chez les plus âgés, des résultats d'une enquête récente⁴⁶ montrent que les jeunes suicidants peuvent avoir une vie sociale et relationnelle comparable à celle des autres jeunes (participation à des activités culturelles ou de loisirs, à des soirées). Ils ne sont donc **pas systématiquement isolés socialement**.
- Le **sentiment d'isolement** n'est donc pas synonyme de solitude et il est généralement évoqué quelle que soit la situation sociale objective. Des perturbations de la communication intra-familiale ou des éléments de dissociation familiale peuvent renforcer ce sentiment. Il se développe alors à partir du dysfonctionnement marqué par l'imprécision de la place ou du rôle de chacun, par la confusion des générations, par les non-dits.
- Les **traumatismes infantiles**, parfois "oubliés", comme les séparations précoces ou les violences subies, jouent leur rôle de fragilisation.

⁴⁵ CHOQUET (M.) – Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. – Médecine thérapeutique/Pédiatrie, juillet-août 1998, vol.1, n° 4 : 337-343.

⁴⁶ CHOQUET (M.), POMMEREAU (X.) – Enquête sur l'identification et l'orientation des jeunes à haut risque suicidaire. – INSERM, février 2001.

- L'enquête française sur les jeunes en stage d'insertion⁴⁷ montre que chez les garçons le pourcentage de tentative de suicide passe de 8 % chez ceux qui n'ont pas subi de violences à 40 % chez ceux qui ont été victimes de violences, notamment sexuelles. Chez les filles, le pourcentage passe de 9 à 48 %.
 - "Les jeunes suicidants ont plus souvent été frappés ou blessés au cours de l'année écoulée (16 % et 8,8 % pour les autres), subis des rapports sexuels forcés (15 % et 1,7 % pour les autres), et les jeunes filles suicidantes ont beaucoup plus souvent débuté une grossesse au cours de leur vie (15,5 % et 2,4 % pour les autres)"⁴⁸.
 - Les violences familiales de toute nature peuvent être en œuvre, c'est-à-dire la violence entre parents et enfants mais aussi la violence des parents entre eux.
Le risque est plus élevé chez les filles.
- La **psychopathologie parentale**, notamment l'alcoolisme, le comportement suicidaire ou la maladie mentale – en particulier la dépression chronique – est un facteur de risque lorsqu'il diminue la capacité des parents à communiquer avec leurs enfants, à contenir leur angoisse, à gérer les conflits et à soutenir l'estime que les adolescents ont d'eux-mêmes. Ceux-ci sont victimes de cette situation d'insécurité et de défaut de pare-excitation⁴⁹.
Tous ces facteurs, qui sont des facteurs d'isolement même lorsque l'interdépendance est grande, sont des facteurs de risque non spécifiques puisque communs à plusieurs troubles (toxicomanie, troubles des conduites alimentaires, délinquance et suicide)⁵⁰.

1.3. Antécédents de tentative de suicide

- Comme pour l'ensemble de la population, le risque de récurrence après une première tentative de suicide est majeur **dans les 3 premières années**.

Le rapport du Haut comité de la santé publique à la Conférence nationale de santé en 1997 retenait que "en France, plus de 1/3 des jeunes suicidants scolarisés réitèrent leur geste (37 %). Cette récurrence survient pour plus de la moitié des cas dans l'année qui suit la première tentative".

- Un antécédent de tentative de suicide **dans la famille ou les proches** d'un adolescent est lui aussi un facteur de risque reconnu.

La confrontation au suicide d'un proche joue un rôle traumatique facteur de risque anxieux ou anxio-dépressif. Elle contribue par ailleurs à lever l'inhibition qui s'attache "naturellement" au passage à l'acte. Le geste suicidaire apparaît brutalement comme une possibilité envisageable.

⁴⁷ Conférence nationale de santé de 1997.

⁴⁸ ARENES (J.) – Epidémiologie du suicide en France. – La santé de l'homme, juillet-août 1999, n° 342 : 15-16.

⁴⁹ WINNICOTT (D.W.) – De la pédiatrie à la psychanalyse. – Paris : Payot, 1969. – (Petite bibliothèque Payot ; 253).

⁵⁰ CHOQUET (M.) – Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. – Médecine thérapeutique/Pédiatrie, juillet-août 1998, vol.1, n° 4 : 337-343.

1.4. Facteurs somatiques

- Dans l'enquête nationale menée par Marie CHOQUET et Sylvie LEDOUX⁵¹ en 1992-93, on constate que le **cumul d'au moins trois plaintes physiques** différencie de façon statistiquement significative les jeunes suicidants de ceux qui ne le sont pas (les symptômes listés étaient divers : céphalées, nausées, fatigue, douleurs, troubles du sommeil).

On peut dire que, globalement, les jeunes suicidants ont la perception d'un assez mauvais état général avec ou sans dépression clinique associée.

De façon plus objective, on sait par ailleurs que les jeunes suicidants ont des **antécédents somatiques** plus chargés que les autres jeunes consultants (ils ont davantage souffert de maladies graves, ont été hospitalisés plus souvent).

- L'intervention d'une modification du métabolisme de la **sérotonine** est retenue par les neurobiologistes dans le risque suicidaire chez l'adulte. Chez les jeunes gens, les études faites à ce sujet sont encore incomplètes.
- L'idée d'une **prédisposition génétique** au suicide fait son chemin. Le processus pourrait s'expliquer par un lien génétique de cause à effet direct, ou par le biais de troubles psychiques tels que la dépression.

1.5. Statut d'adolescent

L'adolescence elle-même est un facteur de risque reconnu.

La période de transformation psychique qui accompagne et suit la transformation physiologique, se prolonge jusqu'à la mise en place du sentiment d'identité d'homme ou de femme adulte.

Il s'agit d'une période de réorganisation complexe qui pour **certains** adolescents représente un **traumatisme** auquel ils répondent par divers passages à l'acte, dont le suicide, car les modes habituels de fonctionnement psychique sont mis en défaut.

Il y a peu d'années encore, le passage à l'acte suicidaire de l'adolescent était, dans certains cas, considéré comme une banale étape du processus de maturation psychique. On parlait alors de "crise d'adolescence". Cette terminologie est encore employée mais dans le sens où cette crise représente une impasse.

On tend, à l'heure actuelle, à ne plus banaliser aucun de ces gestes qui témoignent de l'impossibilité dans laquelle se trouve l'adolescent d'extérioriser ses conflits.

2. Psychopathologie

La dimension traumatique que prend l'adolescence elle-même pour certains jeunes, soulève la question de la **vulnérabilité**.

Les adolescents sont tous soumis à des remaniements et quel que soit le niveau intellectuel ou le niveau culturel, ils s'engagent dans des cheminements qui présentent des similitudes heureuses ou malheureuses.

⁵¹ CHOQUET (M.), LEDOUX (S.) – Adolescents : enquête nationale. – Paris : INSERM, 1994.

Dans la plupart des cas, ils mettent en place des mécanismes d'élaboration qui leur permettent d'avancer, chacun à leur manière et avec plus ou moins de souffrance, jusqu'à un point d'équilibre.

Quand l'adolescence agit comme un traumatisme psychique où la solution qui s'offre à l'individu est l'autodestruction, cela suppose une "vulnérabilité de fond".

- Le rôle de la **fragilité narcissique** sous-jacente et de la **faiblesse du sentiment d'identité** apparaît essentiel.

Lorsque le geste suicidaire apparaît à l'adolescence de façon dramatiquement inopinée sans signes précurseurs, il est vraisemblable que cette fragilité était masquée par l'étayage, parental et autre, qui accompagne généralement l'enfance et évite que les facteurs psychologiques aient un effet destructeur.

Philippe JEAMMET voit dans le passage à l'acte suicidaire une tentative pour l'adolescent d'affirmer son identité.

On ne choisit pas son corps, ni ses parents, "par contre ses idées, on peut avoir le sentiment qu'on les choisit"⁵².

A la défaillance narcissique et objectale répondent la quête d'identité et de place, le refus de la soumission.

- Le même auteur retient le **sentiment d'insécurité interne** qui habite les adolescents suicidaires.

La tentative de suicide devient une façon de réguler dans le comportement une tension interne qui ne peut pas être transformée au niveau psychique par le travail de représentation mentale.

"Dès qu'un parent est déprimé, dès qu'une relation amoureuse se casse, c'est comme si l'intérieur s'effondrait car ils n'ont pas de relais de sécurité suffisant pour leur permettre de relativiser"⁵³.

Les jeunes suicidants peuvent se trouver dans l'incapacité de supporter la perte et la séparation.

Ils ont une volonté d'autonomie mais ne disposent pas de cette sécurité intérieure qui leur permettrait d'accéder à l'indépendance.

Les adultes deviennent d'autant plus envahissants qu'une relation d'interdépendance s'installe et la fuite devient la seule issue.

- C'est dans une **tentative de maîtrise de son destin et pour échapper au sentiment insécurisant de dépendre d'un extérieur**, vécu comme redoutable ou qui a laissé des blessures, que l'adolescent suicidaire va être "l'acteur de son malheur". François LADAME signale : "le geste suicidaire apparaît comme la seule solution active pour échapper au sentiment de soumission passive et gagner une position de sujet". Il rappelle qu'une catégorie d'événements, ceux qui touchent à l'inceste et aux autres abus sexuels, évoquant certains des fantasmes inconscients au cœur de la détermination suicidaire, sont d'une particulière importance dans l'anamnèse du jeune suicidant. Xavier POMMEREAU⁵⁴, lui, remarque que des situations qu'il qualifie "d'incestuelles" sont observées dans certaines familles. Le rapprochement est mal géré par le parent ou mal compris par l'adolescent qui ne perçoit plus précisément le cadre des relations parent-enfant. Celles-ci

⁵² JEAMMET (Ph.) – Conduites suicidaires chez l'adolescent. – La revue du praticien, 1^{er} mars 1987, tome 37, n° 13 : 725-730.

⁵³ Idem.

⁵⁴ POMMEREAU (X.) – L'adolescent suicidaire. – La santé mentale, avril 1998, n° 27 : 26-30.

deviennent intrusives, le troublent. Il les vit douloureusement et tente d'y échapper par ce geste autoagressif (certains y voient une alternative au geste de parricide que l'on retrouve aussi).

- Il arrive que le geste de l'adolescent corresponde à une **attente d'apaisement ou de règlement magique des conflits**. On observe ainsi le paradoxe dans lequel il se trouve puisqu'il attend de la mort une vie meilleure grâce aux mécanismes de clivage qui sont alors mis en œuvre.
- Reprenant Moses et M. Egle LAUFER⁵⁵, François LADAME écrit que la tentative de suicide est "l'expression d'une violence et d'une **haine dirigée contre le corps sexué adulte**. (...) Ce corps est vécu comme inacceptable : il a pris le statut d'un objet persécuteur, d'un ennemi à abattre" pour retrouver le corps impubère idéalisé⁵⁶.

Philippe JEAMMET souligne d'une autre façon l'importance du corps sexué "corps dont on hérite des parents et qui est aussi le fruit de leur union". C'est ainsi une façon pour l'adolescent de s'adresser indirectement à ses parents en s'attaquant à ce corps qu'ils ont transmis et les reflète l'un et l'autre.

- Enfin, rappelons que le passage à l'acte est un mode de fonctionnement par lequel l'adolescent tente désespérément d'**échapper à la souffrance psychique**. Le geste suicidaire, par sa violence, la met hors du psychisme, hors d'état de nuire pourrait-on dire. Elle est seulement momentanément moins forte car moins facile à éprouver comme telle, mais on peut comprendre ainsi que la récurrence devienne une nécessité alors même que les phénomènes dépressifs sont moins forts.

Pour terminer ce résumé succinct des processus psychopathologiques mis en œuvre dans le passage à l'acte suicidaire, les propos de Moses et M. Egle. LAUFER repris par François LADAME et Maja PERET-CATIPOVIC sont intéressants puisque curieusement ils rappellent dans un langage psychanalytique ce qu'écrivait Jean Etienne Dominique ESQUIROL : "Tout passage à l'acte suicidaire s'accompagne par ailleurs d'une perte de contact avec la réalité. C'est un moment psychotique qui signe une impasse dans le processus de développement". On peut entendre là que, bien qu'il y ait un certain consensus pour dire que la majorité des adolescents suicidaires ne sont pas psychotiques (niveau épidémiologique et diagnostic), la tentative de suicide peut s'inscrire dans un processus de désorganisation psychotique.

Tout naturellement le texte de Pierre SOREL⁵⁷ a sa place ici. L'auteur rappelle en effet qu'en 1910 Sigmund FREUD disait que "le suicide ne serait pas tant une conséquence qu'un substitut de la psychose". Pierre SOREL remarque "l'équivoque permanente" dans laquelle Sigmund FREUD tient névrose et psychose et pose le problème du partage du terme psychose entre structure psychotique et symptômes psychotiques, comme les formations délirantes.

Il insiste sur l'idée selon laquelle "le suicide n'entretient pas des rapports logiquement simples avec les productions pathologiques (par exemple de cause à conséquence) mais un rapport de substitution".

Le suicide serait un substitut de psychose, c'est-à-dire ce qui vient à la place de.

⁵⁵ LAUFER (M.), LAUFER (E.) – Adolescence et rupture du développement : une perspective psychanalytique. – Paris : PUF, 1989.

⁵⁶ LADAME (F.) – Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : approche clinique. – In : Lebovici S., Diatkine R., Soule M. – Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Tome II. – Paris : PUF, 1995 : 1517-1525.

⁵⁷ SOREL (P.) – Le suicide, substitut de psychose ? – In : Le psychanalyste à l'épreuve de la folie. – Apertura, 1995, vol. 11 : 65-75.

CRISE SUICIDAIRE : REPERAGE DES SIGNES

1. Définition de la crise suicidaire.....	114
2. Repérage des signes de la crise suicidaire	114
2.1. Signes d'appel.....	114
2.1.1 Crise psychique	114
2.1.2 Expression d'idées ou d'intentions suicidaires	114
2.1.3 Particularités selon l'âge.....	115
2.2. Contexte de vulnérabilité	116
2.2.1 Facteurs de risque	116
■ Facteurs familiaux	117
■ Facteurs psychopathologiques.....	117
■ Facteurs sociaux	118
■ Troubles somatiques	118
■ Antécédents de tentative de suicide.....	119
■ Facteurs culturels	119
2.2.2 Facteurs déclenchants.....	119

1. Définition de la crise suicidaire

Dans le cadre de la conférence de consensus les 19 et 20 octobre 2000⁵⁸, le jury a rédigé des conclusions et des recommandations dont l'objectif est de permettre l'amélioration du dépistage et par conséquent la prise en charge de la CRISE SUICIDAIRE définie comme :

UNE CRISE PSYCHIQUE DONT LE RISQUE MAJEUR EST LE SUICIDE.

La crise constitue un état de défaillance des moyens de défense d'un sujet en situation de vulnérabilité et entraîne une rupture d'équilibre. Cet état est déterminé comme réversible et temporaire.

Le passage à l'acte sous forme de tentative de suicide ne représente qu'une des issues possibles de la crise mais lui confère sa gravité.

2. Repérage des signes de la crise suicidaire

Le repérage des signes de la crise suicidaire se fait grâce à la prise en compte de **signes d'appels** apparaissant dans un **contexte de vulnérabilité**.

2.1. Signes d'appel

Ces signes sont rarement absents mais souvent mal entendus puisqu'ils se manifestent sous forme :

- de malaise psychologique et physique non spécifique qualifié de "crise psychique" ;
- d'expression d'idées ou d'intentions suicidaires passant parfois inaperçues.

2.1.1 Crise psychique

On retient dans ce cadre les signes de fatigue, les troubles du sommeil, les troubles de l'alimentation, les troubles somatiques divers.

S'y associent l'anxiété, les troubles de l'humeur avec la perte du sentiment d'estime de soi et de son rôle dans l'environnement social et familial.

Le désinvestissement des activités habituelles conduit progressivement aux troubles du comportement qui peuvent alerter.

2.1.2 Expression d'idées ou d'intentions suicidaires

- Il peut s'agir de messages verbaux ou écrits directs, plus ou moins précis :

"je ne m'en sortirai pas, je vais tout arrêter"

"vous seriez mieux sans moi"

"de toute façon, je ne sers à rien"

"je vais laisser tomber"

"je veux en finir"...

⁵⁸ Annexe 9.1 (La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – ANAES – Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, texte court).

- Il peut s'agir de manifestations indirectes :
 - rangement d'objets personnels ;
 - restitution d'emprunts divers ;
 - don d'objets.

2.1.3 Particularités selon l'âge

Chez l'enfant

La crise psychique peut se présenter sous forme de troubles somatiques divers et mal étiquetés, de difficultés scolaires, d'isolement et d'une apathie ou au contraire d'une hyperactivité ; en somme, sous forme de signes de souffrance non spécifiques.

Plus spécifiques sont les blessures à répétition chez un enfant qui se met en danger ou a des préoccupations exagérées pour la mort.

L'expression directe d'idées ou d'intentions suicidaires est rare.

Chez l'adolescent

La crise psychique peut se manifester sous forme de chute des résultats scolaires ou à l'inverse, sous forme de surinvestissement scolaire avec des manifestations anxieuses ou obsessionnelles.

Une conduite de marginalisation est toujours préoccupante. Signe de rupture, elle peut prendre diverses formes : changement de comportement vis-à-vis de l'alcool, du tabac ou d'autres toxiques, conflits divers (notamment avec l'autorité parentale, scolaire ou professionnelle).

L'automutilation ou les blessures à répétition peuvent être des signes avant-coureurs de même que la fugue qui agit là comme un équivalent symbolique.

Les signes évolutifs de la crise diffèrent selon le sexe : les garçons se tournent généralement vers des comportements violents ou délictueux ou des conduites à risque. Les filles se tournent vers des plaintes fonctionnelles (douleurs, malaises), des troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie, voire les deux) ou des conduites de fuite (absentéisme scolaire, fugue, absorption de médicaments).

L'idéation suicidaire jugée "banale" à l'adolescence doit toujours être replacée dans son contexte et l'intérêt pour la mort ou le suicide évalué.

Les jeunes gens sont généralement intéressés par ce sujet évidemment central que constitue la mort (films, livres, discussions). Il importe de repérer ce qui appartient à l'élaboration intellectuelle structurante et ce qui témoigne de préoccupations morbides.

L'expression d'idées suicidaires n'est pas rare et les écrits ou paroles explicites doivent être pris au sérieux, qu'ils soient destinés à l'entourage immédiat (famille, amis) ou à un adulte de référence (médecin, infirmière scolaire).

Il reste vrai que les jeunes en souffrance sont souvent discrets sur leur intention suicidaire. Ceci pour deux raisons : la première étant qu'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir "se faire comprendre" par un interlocuteur dont ils pressentent la désapprobation ; la deuxième étant que le passage à l'acte est généralement impulsif. Rarement véritablement préparé, il s'impose brutalement comme une nécessité.

Quelle que soit la symptomatologie adoptée, elle est souvent trompeuse. Lorsqu'il y a des signes dépressifs, il sont imprécis ou indirects. Le diagnostic de dépression, s'il est souvent utilisé à tort chez l'adolescent, peut aussi être méconnu.

Chez l'adulte

Tout comportement de rupture avec les habitudes de vie, de travail, de loisirs peut témoigner d'un malaise anxio-dépressif comme l'est aussi l'exacerbation d'une conduite déviante habituelle.

Le sentiment de dévalorisation, d'incapacité à faire face ou d'être injustement mis en cause, conduit progressivement au trouble du comportement avec irritabilité ou repli et perte d'investissement au travail, dans la vie de couple et dans la vie relationnelle en général.

La recherche d'armes à feu, le stockage de médicaments sont évidemment hautement préoccupants, parfois clairement signalés.

"Une accalmie apparente [des préoccupations anxieuses], un comportement de départ sont des signes de très haut risque"⁵⁹.

Chez la personne âgée

Les manifestations de dépression sont souvent trompeuses chez la personne âgée, prenant la forme de trouble du comportement, irritabilité, agressivité. Ces troubles rencontrent en retour des manifestations de rejet et d'incompréhension de la part de l'entourage renforçant le sentiment de dévalorisation.

Le repli, le refus de se soigner ou de s'alimenter constituent le syndrome de glissement qui est en soi une conduite à risque.

Plus discret est le défaut progressif d'hygiène, le "laisser-aller".

L'intention suicidaire lorsqu'elle est exprimée, directement ou non, est souvent dévalorisée, soit parce qu'elle n'est "pas prise au sérieux", soit parce qu'elle est considérée comme "recevable" du fait du grand âge.

2.2. Contexte de vulnérabilité

Les signes dits "d'appel" apparaissent plus clairement dans leur fonction d'appel lorsque peuvent être mis en évidence **les facteurs de risque**, qui précèdent la crise, et **les facteurs déclenchants**, qui sont les événements de vie agissant comme des éléments de précipitation de la crise.

2.2.1 Facteurs de risque

Dans un souci de généralisation, sans reprendre le détail, on retiendra parmi les éléments communs aux différentes tranches d'âge les facteurs suivants :

⁵⁹ Annexe 9.1 (La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – ANAES – Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, texte court).

■ Facteurs familiaux

- Les chercheurs s'accordent à reconnaître la dangerosité des **éléments de dissociation familiale** (séparation, décès ancien ou plus récent mais dont le deuil est mal élaboré, décès caché, non-dits divers).
- Globalement, les études statistiques montrent que "la famille protège". Tant du point de vue épidémiologique que du point de vue sociologique, on a pu vérifier que le **statut matrimonial** n'était pas indifférent, les célibataires étant plus touchés par le suicide que les personnes vivant en couple ou en famille élargie. La séparation, par divorce ou décès, est un facteur de risque reconnu. Chez la personne âgée, on a vu l'importance du décès du conjoint, en particulier lorsque c'est l'homme qui devient veuf.

Le "choix" du jour du passage à l'acte est révélateur de l'effet protecteur de la famille. Les femmes évitent le mercredi, comme elles évitaient le jeudi lorsque ce jour-là était le jour de présence des enfants à la maison. Les hommes et les femmes évitent le dimanche. Bien entendu, les éléments statistiques sont à corrélérer à d'autres éléments d'appréciation car la qualité des **relations intra-familiales** reste un facteur essentiel qui peut lui-même devenir un facteur de risque lorsque le dysfonctionnement familial s'avère insupportable (incommunicabilité, place de chacun mal respectée, confusion des générations).

La famille ne protège pas envers et contre tout.

- Chez l'enfant et l'adolescent comme chez l'adulte, les antécédents de violence subie, physique ou sexuelle, comme les violences intra-familiales de toute nature, jouent un rôle traumatique bien souvent retenu dans l'anamnèse⁶⁰.

■ Facteurs psychopathologiques

Tous les troubles psychiatriques (sauf la démence) augmentent le risque de décès par suicide.

L'acte suicidaire n'est pas obligatoirement symptomatique d'un syndrome dépressif. Mais, la présence d'un état dépressif chez le sujet présentant une idéation suicidaire augmente considérablement le risque suicidaire.

- Dans les **dépressions endogènes**, lorsque l'anxiété est importante, liée à une autodévalorisation intense comme dans la mélancolie anxieuse, le passage à l'acte peut être facilité.
- Dans les **dépressions névrotiques**, le passage à l'acte peut survenir essentiellement dans un contexte réactionnel, d'où l'importance de considérer les événements de vie stressants.
- Dans les **névroses**, les tableaux hystériques font parfois banaliser le comportement de risque suicidaire en faisant méconnaître l'authenticité des conflits et l'importance de la douleur. L'entourage peut se démobiliser.

⁶⁰ Anamnèse : renseignements fournis par le patient sur son passé et sur l'histoire de sa maladie.

Dans la névrose obsessionnelle, une décompensation dépressive est un facteur de risque de passage à l'acte, notamment lorsqu'il y a des obsessions-impulsions.

- Dans les **psychoses** aiguës ou chroniques "le suicide (...) est parfois secondaire à des hallucinations dans une thématique d'influence ("jette-toi dans le fleuve"), à un épisode de dépersonnalisation, à un rationalisme délirant ("il faut que je me tue pour sauver le monde"). Chez les paranoïaques, le suicide peut prendre la valeur d'une provocation, d'une vengeance ou d'un châtement dirigé contre les proches"⁶¹.
Le mécanisme de l'autopunition est lié généralement à un épisode dépressif chez les délirants chroniques.
Dans la schizophrénie, le suicide s'observe plutôt dans la phase d'installation après l'amorce du traitement lorsque la phase délirante cesse et que le patient prend conscience des difficultés dans lesquelles il se trouve (le délire ayant un effet protecteur dans ce cas-là).

■ Facteurs sociaux

- L'**isolement social** est un facteur de risque repérable chez le jeune en situation de déscolarisation ou d'insertion professionnelle précaire. Il l'est aussi chez l'adulte en situation de précarité et d'isolement ou chez le retraité éprouvant la souffrance de la cessation d'activité avec un sentiment de perte de l'estime de soi.
- A propos de la nationalité et de l'**origine ethnique**, parmi les jeunes Français d'origine étrangère vivant en France, les jeunes filles maghrébines sont plus que d'autres soumises au risque suicidaire.
Aux Etats-Unis, le passage à l'acte suicidaire est faible parmi les minorités ethniques.
- L'alcoolisme et les autres **comportements d'addiction** représentent un facteur de risque comportemental souvent associé à d'autres et constituent un facteur de dangerosité cumulée lorsqu'ils témoignent d'intolérance à la frustration et d'impulsivité.

■ Troubles somatiques

- **Chez l'enfant et l'adolescent**, les maladies chroniques prennent parfois une allure de handicap insurmontable et entraînent des conduites de fuite dont le suicide est une possibilité.
- **Chez l'adulte**, on retrouve le risque généré par les pathologies invalidantes ou douloureuses, le sida et toutes les pathologies au pronostic vital incertain.
- **Chez la personne âgée**, le handicap programmé, les déficiences sensorielles progressives contribuent au sentiment de dévalorisation.

⁶¹ LEVY-SOUSSAN (P.) – Suicide et pathologies mentales. – Impact médecin hebdo, les dossiers du praticien, 10 novembre 1995, n° 299 : VII-VIII.

■ Antécédents de tentative de suicide

Les antécédents de tentative de suicide, **personnels ou familiaux**, constituent un risque majeur.

- Dans le cas d'antécédents personnels, le risque de récurrence est majeur **au cours des 3 premières années qui suivent une première tentative** de suicide. En dehors de l'évolution possible des facteurs conduisant au processus suicidaire, le fait d'avoir déjà tenté le passage à l'acte contribue à lever l'inhibition naturelle liée à ce geste (cf. chapitre 7, paragraphe 1.3.).
- Dans le cas d'antécédents familiaux, outre le contexte émotif lié au suicide d'un proche, on sait que l'histoire familiale est faite de répétitions qui ont toujours un sens.

Contrairement aux idées reçues, plus le nombre de récurrences augmente, plus le risque de suicide fatal est grand.

■ Facteurs culturels

En Europe, tout en tenant compte des biais méthodologiques éventuels, on constate que **les pays méditerranéens sont les moins fortement touchés** par le suicide.

Les facteurs géographiques et climatiques pourraient être en cause mais on tend à l'heure actuelle à s'orienter vers l'exploration des facteurs liés à la culture et au climat social, qui exposeraient les personnes à la tentative de suicide ou bien qui les en protégeraient.

Des études concernant l'influence de la religion ont été menées en Irlande. Les résultats ne permettent pas de retenir un lien de causalité entre l'augmentation du taux de suicide et la baisse des pratiques religieuses.

2.2.2 Facteurs déclenchants

Comme définis plus haut, ce sont des événements de vie qui ont pour point commun d'être des moments de rupture d'un équilibre acquis. Parmi eux, les séparations et les événements plus ou moins anodins aux yeux de l'observateur jouent un rôle de catalyseur dans des situations de stress et constituent des facteurs déclenchants fréquemment reconnus :

- **une déception sentimentale récente**, quel que soit l'âge du suicidant ;
- **la perte d'un parent, d'un proche, d'un conjoint** (séparation, divorce, décès) ;
- chez les adolescents, **un suicide ou une tentative dans l'environnement proche** peut conduire à la révélation d'un malaise psychologique pré-existant qui tente de se résoudre dans la décharge d'un passage à l'acte comparable ("épidémie" de suicide dans un groupe scolaire rendue possible par la baisse du niveau d'inhibition face au geste suicidaire) ;
- **toute situation d'échec, de changement, de compétition** peut être source de rupture : entrée au collège, entrée au lycée, échec au travail (perte d'emploi ou promotion générant une angoisse non maîtrisable), emprisonnement, entrée en maison de retraite...

On voit dans cette énumération que la réalité objective de la situation n'est pas en cause. Le facteur déclenchant intervient comme une perte d'objet ou comme une expérience équivalente à une perte objectale qui réactive les traumatismes anciens.

Le repérage des signes de la crise suicidaire peut se faire ainsi en tenant compte de ces divers paramètres. Certains sont faciles à reconnaître, d'autres sont peu spécifiques ou imprécis.

Aucun pris isolément n'a de valeur prédictive, c'est l'accumulation ou la répétition de certains signes qui peut alerter et leur évaluation qui permet une intervention adaptée. En situation, un listage des symptômes ne peut remplacer l'écoute et l'échange qui restent essentiels (et si malaisés parfois).

Les grilles de repérage et d'évaluation peuvent néanmoins être des outils accessoires pour soutenir la vigilance du professionnel en contact avec toute personne potentiellement en danger.

Extrait de la grille de repérage du risque suicidaire chez l'adolescent
(élaborée par Sophie ABDERRAZAK, Sandra BERNET, Monique BOZONNET, Sylvie GARDETTE, Nathalie OGRONDY – IFSI de Mâcon – Juin 1999)

Quelques éléments pouvant aider à une meilleure compréhension :

- (1) **Idées de mort** : relatives à la mort en général.
- (2) **Idées de suicide** : relatives à sa propre mort.
Exemples : "un jour vous ne m'aurez plus sur le dos"
"vous aurez la paix, je ne vous embêterai plus"
Le soignant ne doit pas hésiter à poser la question : "as-tu déjà pensé au suicide ?".
- (3) **Troubles de l'humeur** : passage du rire aux larmes, réactions inadaptées.
- (4) **Dépressivité** : repli sur soi, tristesse qui dure, troubles du sommeil, dévalorisation, idées noires.
- (5) **Plaintes** : "je suis tout seul", "j'en ai marre".
- (6) **Maladies réelles** : asthme, diabète, obésité, spasmophilie, épilepsie, plaintes somatiques.
- (7) **Conduites à risque** : vitesse, alcool au volant, absence volontaire du casque, rapports sexuels fréquents et non protégés, fugues.
- (8) **Abus sexuels révélés ou signes évocateurs** : inhibition, mutisme, sourire masqué, dispense de sport, malaises fréquents, douleurs abdominales, bizarreries dans l'attitude physique.
- (9) **Non-dits** : suicide ancien dans la famille, interruption volontaire de grossesse ratée, enfant non désiré.
- (10) **Absentéisme spécifique** : matière ou professeur que l'adolescent évite.
- (11) **Manque de perspective** : pas de projet scolaire, professionnel, affectif.
- (12) **Déception** : amoureuse, promesses non tenues, échec d'un projet important.
- (13) **Date anniversaire** : d'un décès, d'une rupture.
- (14) **Messages** : explicite ou implicite, par des lettres, des dissertations, une confession à un proche "je pars pour un grand voyage", une organisation de son départ (rend des objets empruntés, fait du rangement...).

			NON	OUI	COMMENTAIRES
FACTEURS PERSONNELS	Présentation	Immigration Pauvreté des liens sociaux Possession arme à feu			
	Idées suicidaires	Idées de mort (1) Idées de suicide (2)			
	Comportement	Automutilations Troubles alimentaires Troubles de l'humeur (3) Fuques Dépressivité (4) Dévalorisation Sentiment de culpabilité Négligence physique (différent du look) Angoisse Plaintes (5)			
	Signes physiques	Plaintes somatiques Malaises Maladies réelles (6) Changement du rythme du sommeil Tentative de suicide			
	Conduites addictives	Alcool Droque Tabac Médicament Conduites à risque (7) Arrêt brutal			
	Loisirs - Cultures	Sport, activité violents ou dangereux Lecture, musique, film			
FACTEURS FAMILIAUX	Situation familiale	Parents divorcés ou séparés Famille monoparentale Famille recomposée Conflit, violence des parents Décès d'un ou des deux parents Suicide ou tentative de suicide dans la famille Départ brutal d'un parent Maladie physique ou psychique dans la famille Changement brutal socioprofessionnel Adoption			
	Relation Parent/Enfant	Violence Abus sexuels (8) Inceste Carence affective Surprotection Manque de communication Indifférence - minimisation Non-dits (9)			
FACTEURS de SOCIALISATION	Ecole	Manque d'implication des parents dans la vie scolaire Echec scolaire Survinvestissement scolaire Absentéisme général Absentéisme spécifique (10) Changement dans les résultats scolaires Changements fréquents d'établissements Clowneries en classe			
	Socialisation	Internat Manque de perspective (11) Isolement - Non apparence du groupe Repli brutal Changement de groupe Agressivité - violence avec les autres Marginalisation Victime de racket			
FACTEURS PRECIPITANTS (recents)	Facteurs déclenchants	Déception (12) Problèmes avec la justice Sanction scolaire Décès - Deuil Date anniversaire (13) Rejet du groupe Querelle			
	Signes d'alarme	Dons d'objets chers à l'adolescent Fuques Messages (14) Consultations médicales multiples Calmé après période d'agitation			

PRISE EN CHARGE : REMARQUES GENERALES

1. Prise en charge du patient suicidaire	124
1.1. Briser l'isolement	124
1.2. Evaluer le risque suicidaire	125
1.3. Débuter une prise en charge médico-psychosociale	128
2. Prise en charge du suicidant	132
2.1. Situation en Bourgogne	132
2.1.1 Trajectoire à partir d'une hospitalisation.....	132
2.1.2 Prise en charge en médecine ambulatoire.....	132
2.2. Situation sur le plan national	133
2.2.1 Prises en charge diverses	133
2.2.2 Prise en charge en médecine générale.....	135
3. Principes de prise en charge de la tentative de suicide au niveau régional.....	135
3.1. Prise en charge hospitalière	135
3.2. Abord thérapeutique de la tentative de suicide de l'adolescent	137
3.2.1 Hospitalisation	137
3.2.2 Prise en charge thérapeutique ultérieure	138

Rappel : **SUICIDAIRE** = personne qui a des idées de suicide
 SUICIDANT = personne qui est passée à l'acte

1. Prise en charge du patient suicidaire

1.1. Briser l'isolement

Cette étape est celle dans laquelle soignant, enseignant, travailleur social, voisin, ami, monsieur "tout le monde" peut être l'interlocuteur d'une personne qui a lancé des signes d'appel.

Il convient de :

- briser l'isolement en montrant clairement à la personne qu'on a reconnu son malaise et perçu son intention, manifester de l'intérêt, exprimer sa disponibilité et écouter sans juger, sans moraliser ;
- éviter de minimiser (ce qui peut paraître anodin à l'observateur, notamment le facteur déclenchant, représente dans cette phase un problème majeur pour la personne qui souffre) ;
- prendre garde aux idées reçues... certaines sont tenaces :

"Parler de son idée ou de son projet de suicide à une personne suicidaire peut l'encourager à le faire".

Faux, lui permettre d'exprimer son idée et sa souffrance, lui manifester de l'intérêt entraîne un soulagement et permet d'ébaucher une relation.

"Plus une personne parle du suicide, moins elle risque de passer à l'acte".

Faux, toute personne qui adresse un message de ce type est en souffrance et en danger, même s'il peut y avoir une part de "chantage" dans certains cas.

"Le suicide se réalise sans avertir".

Faux, la plupart des suicidaires donnent des messages sur leur intention. Ces messages sont parfois difficiles à entendre. Il est vrai que certains suicidaires ne font pas d'allusion préalable.

"Une personne qui veut mourir est libre de choisir".

Faux, dans une forte majorité des cas, la personne souhaite cesser de souffrir. La seule solution efficace pour échapper à une situation insupportable paraît être le suicide, elle n'est plus libre mais opprimée par sa souffrance.

"Une personne qui pense au suicide paraît déprimée".

Faux, la dépression peut être masquée ou prendre une forme de jovialité et par ailleurs toutes les personnes suicidaires ne sont pas nécessairement déprimées au moment du passage à l'acte.

"Lorsqu'il y a une amélioration rapide des signes suicidaires, le danger est passé".

Faux, lorsqu'elle a pris sa décision, la personne suicidaire peut sembler soulagée. La vigilance la plus grande est nécessaire pendant plusieurs mois.

"Les personnes qui se suicident sont des fous".

Faux, les personnes qui se suicident ne souffrent pas toujours de maladie mentale. Les personnes qui souffrent d'une maladie mentale ne sont pas forcément suicidaires.

1.2. Evaluer le risque suicidaire

- Afin de déterminer la prise en charge adaptée, il est nécessaire d'**évaluer l'importance du risque suicidaire** lorsqu'on se trouve face à une personne en danger qui manifeste un état de crise.

Cette étape est celle où l'aide d'un professionnel est souhaitable. Tout professionnel alerté ne peut pas forcément se charger de l'évaluation mais chacun peut être le relais pour accompagner une personne suicidaire vers un professionnel formé à cette tâche.

Cette période d'accompagnement lorsqu'elle est nécessaire est déjà, comme la prise de contact, une part de la prise en charge.

Selon les experts français et internationaux réunis lors de la conférence de consensus en octobre 2000⁶², l'évaluation de la situation peut se faire dans un premier temps avec "l'échelle de désespoir de BECK" (en pratique celle-ci est pour l'instant peu utilisée). Il est également recommandé d'évaluer le degré d'urgence grâce à **6 éléments d'appréciation essentiels** :

- ❶ **La nature du conflit, le niveau de souffrance apparent.**
- ❷ **Les caractéristiques des idées suicidaires :**
 - l'intensité ;
 - l'intentionnalité ;
 - le caractère obsédant de l'idéation ;
 - la fréquence de l'apparition ;
 - le degré d'élaboration (moyen envisagé, plan d'exécution).
- ❸ **L'existence d'un facteur ou d'une situation pouvant avoir un rôle déclenchant** du processus suicidaire, sans oublier que la valeur traumatique d'un événement est donnée par le sujet lui-même (conflit, échec, rupture, perte...).
- ❹ **La présence de moyens létaux à disposition** (armes, médicaments...).
- ❺ **La qualité de la présence de l'entourage** dont il faudra apprécier la capacité de soutien ou inversement le facteur de risque supplémentaire.
- ❻ **La question de l'impulsivité**, essentielle dans l'évaluation du risque suicidaire.

⁶² Annexe 9.1 (La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – ANAES – Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, texte court).

Elle s'évalue en recherchant les antécédents de fugue, en particulier chez l'adolescent, les traits de caractère spécifiques (être coléreux, s'emporter facilement...).

Les antécédents de violence (comportement violent occasionnel ou répété, accidents, blessures à répétition...) peuvent être associés.

Chez le psychopathe où le passage à l'acte remplace la parole, le suicide ou la tentative de suicide prend souvent un caractère réactionnel sur le mode de l'impulsion et parfois à titre de provocation.

L'impulsivité et la violence ne sont pas superposables et c'est surtout l'impulsivité qui est en jeu dans la crise suicidaire. La violence joue cependant un rôle lorsqu'il y a passage à l'acte : il semblerait que, à dépressivité égale, plus les sujets sont violents plus l'acte serait jugé grave et plus le risque de récurrence augmenterait.

Au sujet de la composante biochimique de l'impulsivité, le Dr Alban JEANNEAU⁶³ résume l'état des études neuro-biochimiques concernant les conduites suicidaires de la façon suivante :

"Les études menées post-mortem sur le cerveau de sujets suicidés montrent une diminution des concentrations de sérotonine et de son principal métabolite, l'acide 5 hydroxyl-indol acétique (5-HIAA) dans l'hypothalamus et les noyaux du raphé. D'autres travaux mettent en évidence une diminution significative de la concentration de 5-HIAA dans le LCR de sujets ayant des comportements suicidaires indépendamment du diagnostic porté (dépression, schizophrénie, troubles de la personnalité ou alcoolisme). L'étude des récepteurs cérébraux chez les patients suicidés met en évidence : en présynaptique, une diminution des sites de fixation de l'imipramine en rapport avec une diminution du nombre de terminaisons sérotoninergiques fonctionnelles ; une augmentation compensatoire des récepteurs sérotoninergiques postsynaptiques de type 5-HT2.

L'ensemble de ces données va dans le sens d'un hypofonctionnement sérotoninergique chez les sujets suicidaires ou suicidés.

Plus largement, ce dysfonctionnement pourrait sous-tendre l'impulsivité (incapacité de différer ou de ne pas réaliser un acte), dimension psychopathologique non spécifique pouvant compliquer la dépression, la schizophrénie ou caractériser certains troubles de la personnalité (psychopathe ou "borderline") et favoriser la conduite suicidaire".

- A ces éléments d'appréciation initiale qui peuvent être recueillis relativement rapidement, on peut ajouter **dans un second temps** la recherche de :
 - la **structure de la personnalité**, l'existence d'**éléments dépressifs** (perte d'estime de soi, autodévalorisation) ;
 - la consommation de **psychotropes** ;
 - l'existence d'une **pathologie sous-jacente** psychiatrique ou organique, ou de douleurs insupportables ;
 - les **caractéristiques psychosociologiques** des sujets : les adolescents, les personnes âgées, les célibataires, les veufs, les hommes sont particulièrement exposés ;
 - la pratique de consultations multiples ou de **plaintes diverses** dans les mois qui précèdent ;

⁶³ Chef de service associé, service de psychiatrie, hôpital Richaud, centre hospitalier de Versailles.

- certains **facteurs de risque** :
 - dysfonctionnement familial ou isolement affectif ;
 - facteur social ou professionnel de précarité ;
 - antécédents de violence (violence intra-familiale, violence subie, y compris violence sexuelle ou maltraitances diverses) ;
 - antécédents de tentative de suicide, personnels ou familiaux ;
 - toxicomanie, alcoolisme, consommation de psychotropes.

- Le jury de la conférence de consensus recommande de considérer 3 niveaux d'urgence⁶⁴.

① **"En urgence faible une personne qui :**

- est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;
- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

② **En urgence moyenne une personne qui :**

- présente un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
- est isolée.

③ **En urgence élevée une personne :**

- décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée ;
- complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ;
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolée".

⁶⁴ Annexe 9.1 (La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – ANAES – Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, texte court).

1.3. Débuter une prise en charge médico-psychosociale

Toute personne en souffrance doit être accompagnée dans une démarche de soin. Celle-ci est souvent difficile à mettre en œuvre : près de $\frac{2}{3}$ des suicidants ont consulté (médecin traitant, psychiatre, psychologue) dans les deux mois précédant le geste. Evidemment, ce chiffre n'a pas beaucoup de sens puisqu'il ignore le nombre de personnes pour qui la crise suicidaire a été réversible après consultation. Mais on sait néanmoins la difficulté que l'on rencontre pour réunir les conditions de l'efficacité d'un soin psychologique.

Toute idéation suicidaire est à prendre au sérieux et nécessite une prise en charge globale. Un soin isolé est rarement suffisant, une approche diversifiée c'est-à-dire médico-sociale et psychologique est généralement nécessaire.

Mobilisation de l'entourage

A la notion de secret professionnel auquel est soumis déontologiquement l'intervenant, s'impose une réserve en raison du danger encouru.

Impliquer la famille, notamment celle de l'adolescent, est une étape essentielle. Premier témoin, elle peut aussi être le premier soutien. Ecoute et accompagnement de l'entourage sont des éléments de la prise en charge globale.

L'entourage du sujet est déstabilisé par cette situation et y répond de diverses manières. Parfois il ne comprend pas l'importance de la souffrance témoignée. Souvent il est partagé entre le désir d'aider et celui de fuir. Il est sans cesse renvoyé à la tentation de banaliser ou à celle de dramatiser.

Il importe d'améliorer la communication intra-familiale, de revaloriser les échanges qui restent possibles, de permettre le repérage de la place de chacun pour favoriser une élaboration des conflits.

La famille peut veiller à la protection de la personne en danger, il faut l'informer pour qu'elle soit attentive à éviter l'accès aux moyens d'auto-agression, lui rappeler que la souffrance peut conduire le suicidaire à s'exclure du cercle familial et qu'il faut alors maintenir ou renforcer le lien.

Il arrive, parfois, que la famille joue un rôle plutôt négatif dans le contexte. Une séparation temporaire peut être bienvenue.

Dans tous les cas, négliger la famille est une erreur.

Hospitalisation ou pas

En fonction de l'importance de la crise, il est possible de traiter la situation en suivi ambulatoire mais une véritable détermination ou une "grande perplexité anxieuse" nécessiteront l'hospitalisation.

Celle-ci permettra :

- **une mesure de protection du sujet** : la surveillance exercée par les professionnels le protège contre sa propre violence et l'hospitalisation elle-même produit un effet apaisant et contenant ;
- **une réduction de la tension interne** et éventuellement des tensions entre le sujet et son entourage chez qui la crise en soi est source de désarroi et parfois de rejet ;

- **l'instauration d'une relation d'aide** et de confiance nécessaire au travail de résolution de la crise ;
- **la mise en route d'un traitement spécifique** par exemple dans le cas d'une mélancolie ou d'une psychose.

L'hospitalisation sous contrainte (type HDT, loi du 27 juin 1990)⁶⁵ devient nécessaire lorsque le sujet refuse l'hospitalisation en raison de sa détermination ou en raison d'une pathologie psychiatrique grave rendant le consentement impossible, alors que la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance hospitalière est indiquée.

Traitement médicamenteux

Bien sûr il n'y a pas de traitements médicamenteux spécifiques de la pensée suicidaire, chaque cas est à apprécier individuellement.

Un des risques de la prescription de psychotropes est l'utilisation secondaire sous forme d'intoxication médicamenteuse volontaire.

Dans le cadre de la conférence de consensus (octobre 2000)⁶⁶, les données concernant les médicaments sont les suivantes :

- **"Lithium**

Dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire, le lithium ramène le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement. Dans les formes unipolaires ce résultat n'est pas retrouvé.

- **Antidépresseurs**

Aucune étude validée versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout-venant. En revanche, de nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés.

Quelques méta-analyses vont dans ce sens en montrant une amélioration plus rapide des idées suicidaires avec les I.R.S. (Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine) par rapport aux tricycliques. Ceci n'exclut pas l'existence de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportés avec tous les antidépresseurs.

Il est reconnu que le risque d'intoxication mortelle est beaucoup plus faible avec les nouveaux antidépresseurs qu'avec les tricycliques.

- **Neuroleptiques**

Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie.

Il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur, contre le suicide, des neuroleptiques atypiques ou "nouveaux antipsychotiques".

- **Benzodiazépines**

Malgré leur efficacité sur certains troubles anxieux spécifiques, elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire".

⁶⁵ Annexe 3.3 (L'hospitalisation du patient non consentant – Fiche technique Impact médecin hebdo).

⁶⁶ Annexe 9.1 (La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge – ANAES – Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, texte court).

Traitement psychothérapique

Il est nécessaire pendant et après la crise.

Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur médical du patient en crise.

S'il peut faciliter l'expression de l'idéation suicidaire en offrant une possibilité d'échange et une capacité d'écoute, le médecin a déjà une action thérapeutique.

Le psychiatre est généralement sollicité lorsque la gravité des troubles diagnostiqués ou leur évolution impose le recours au spécialiste ; parfois c'est par l'intermédiaire de l'urgentiste du service d'accueil d'un centre hospitalier.

Si le patient prend conscience, grâce à des entretiens en relation duelle, que mettre en mots sa souffrance lui apporte un apaisement et s'il peut par la suite ébaucher un processus d'élaboration psychique, il peut comprendre l'intérêt qu'il aurait à poursuivre ce travail en psychothérapie.

Selon les cas, le psychiatre continuera à épauler le patient dans son effort de reconstruction ou l'adressera à un psychothérapeute.

Il arrive fréquemment que ce relais au psychiatre ou au psychologue soit malaisé ("Je ne suis pas fou" ; "Je n'ai rien à dire").

Il est donc d'autant plus essentiel qu'un **effort de collaboration** soit mené entre les différents praticiens ou non-professionnels engagés dans le processus d'accompagnement (**infirmier ou médecin scolaires, médecin généraliste ou du travail, famille, travailleurs sociaux, psychiatre ou psychologue...**).

Abord médico-social

- C'est le rôle des "**paramédicaux de proximité**" et **travailleurs sociaux** d'une structure sanitaire, sociale, éducative ou socio-éducative suivant la situation et l'âge du patient suicidaire.

Il est question alors de trouver des aménagements éducatifs, familiaux ou sociaux pour permettre au sujet de reprendre le cours de sa vie et de trouver un sens à son cheminement.

- C'est aussi le cadre d'intervention possible des **réseaux d'accueil et d'écoute**. Il semblerait que les services d'aide téléphonique soient d'un réel soutien, notamment chez les adolescents et les personnes âgées.

Le professeur Michel DEBOUT⁶⁷ signale dans *le "Guide de l'entretien avec un patient suicidaire"*⁶⁸ que "dans le champ de la prévention du suicide, l'action des associations constitue un complément indispensable à celle des professionnels des secteurs publics et privés.

Ces associations sont nombreuses en France (encore plus dans certains pays européens) et elles mobilisent beaucoup de bénévoles, beaucoup de disponibilité.

⁶⁷ Chef de service de médecine légale, hôpital Bellevue, centre hospitalier de Saint-Etienne. Président du Groupement d'études et de prévention du suicide. Ancien chef de service d'urgence psychiatrique.

⁶⁸ DEBOUT (M.) – Quel est le rôle d'une association d'écoute dans un réseau de prise en charge d'un patient suicidaire ? – In : Guide de l'entretien avec un patient suicidaire. – Paris : Lundbeck, 1998 : 47-50.

Elles interviennent de façon complémentaire et spécifique :

- Ce fut d'abord l'écoute téléphonique, avec **SOS Amitié** créée il y a presque 40 ans, qui s'est largement inspirée de l'association anglaise des samaritains fondée à la fin des années 1950 en Angleterre par le Révérend Chad Varah. Pour la première fois, le téléphone a été utilisé comme moyen de gestion de la détresse humaine et de la crise des personnes.
- D'autres approches ont ensuite vu le jour : l'accueil en face à face de suicidants ou suicidaires avec des bénévoles formés ou des professionnels engagés par les associations (**Recherche et Rencontre – SOS Phénix Suicide...**).
- Enfin, l'accueil des familles des suicidants ou suicidés, pour les aider à mieux comprendre la détresse de leur proche ou les accompagner dans un deuil particulièrement difficile à réaliser (**Phare Enfants/Parents – Jonathan Pierres Vivantes...**).

Peu à peu s'est donc constitué, à côté du réseau médical et hospitalier, un véritable réseau associatif (développé de façon variable en fonction des régions) et qui permet de mobiliser beaucoup de citoyens dans la prévention du suicide. Ce réseau associatif intervient aux trois stades de la prévention :

- **en amont du geste ;**
- **après le geste, pour éviter la répétition ;**
- **auprès des familles.**

Après un certain nombre d'années de fonctionnement spécifique et séparé, ces associations mettent en commun leur expérience, leur connaissance du phénomène.

Elles développent leur action autour de 3 thèmes :

- **la sensibilisation**, mission s'adressant au public mais aussi aux pouvoirs publics et à tous les acteurs susceptibles de jouer un rôle dans le dépistage des signes d'alerte ;
- **la réparation**, concernant les suicidants mais aussi d'une certaine façon les personnes suicidaires et celles qui ont subi le traumatisme du suicide d'un proche ;
- **l'accueil**, concernant celui qui est déjà dans une période de crise ou pas loin de s'y engager.

2. Prise en charge du suicidant

2.1. Situation en Bourgogne

2.1.1 Trajectoire à partir d'une hospitalisation

Dans le cadre d'une enquête au Service Régional d'Accueil des Urgences (SRAU) de Dijon, la trajectoire des jeunes suicidants a pu être mise en évidence⁶⁹.

Une analyse détaillée du parcours des jeunes pendant l'enquête conduite entre le 01/02/98 et le 31/01/99 a été faite :

- dans 40 % des cas, il ne s'agissait pas du premier geste suicidaire ;
- 10,1 % des jeunes sont sortis de l'hôpital sans projet de suivi ;
- 32,6 % ont été hospitalisés en service de psychiatrie ;
- 53,9 % ont été orientés vers une prise en charge ambulatoire.

Dans ce cas-là, les propositions étaient :

- consultations auprès d'un psychiatre ou pédopsychiatre libéral ou hospitalier ;
- consultations auprès d'un psychologue libéral ou hospitalier ;
- CMP⁷⁰ ;
- CATTP⁷¹.

Parmi eux, 66 % ont suivi l'orientation proposée. Le suivi est souvent bref mais 37 % des jeunes étaient encore suivis à 3 mois et 11 % l'étaient à 1 an.

Globalement, on constate, au moins pendant cette période d'enquête, que **l'observance du suivi est faible** en Bourgogne. Les résultats d'enquêtes menées dans d'autres régions sont comparables.

2.1.2 Prise en charge en médecine ambulatoire

Les éléments d'analyse publiés dans le bulletin de l'Observatoire Régional de la Santé Bourgogne "*Suicides en Bourgogne – données épidémiologiques 2000*" sont les suivants :

"En milieu scolaire"

Les services de promotion de la santé et du service social en faveur des élèves ont eu connaissance de 5 suicides et 124 tentatives de suicide durant l'année scolaire 1999-2000. Il ne s'agissait pas du premier geste suicidaire dans $\frac{1}{4}$ des cas. Deux fois sur trois, l'élève est connu des services avant ce geste, le jeune ayant été pris en charge pour des difficultés psychologiques (angoisse, mal-être, dépression...), des symptômes divers (malaises, douleurs, fatigue...), la connaissance d'une

⁶⁹ MILLOT (I.), BESSE (P.), LEMERY (B.), GISSELMANN (A.) – Enquête sur la prise en charge des jeunes suicidants à partir de leur passage dans un service régional d'accueil des urgences. – Dijon : ORS Bourgogne, mars 2000.

⁷⁰ CMP : Centre Médico-Psychologique.

⁷¹ CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

précédente tentative de suicide, des troubles du comportement en classe ou bien encore des problèmes dans les relations familiales, ou un absentéisme. Les services pensent qu'il existe un lien entre le geste et la scolarité pour 31 % des jeunes.

Les jeunes pour lesquels les services ont été informés du geste suicidaire ont été hospitalisés dans les $\frac{3}{4}$ des cas.

En médecine du travail

104 médecins du travail ont participé de façon volontaire. Ils ont eu connaissance de 43 suicides et 122 tentatives de suicide durant une année d'inclusion (soit 1,6 geste suicidaire par médecin). Ils ont vu en consultation 51 suicidants (dont l'acte remontait au maximum à un an et dont le contenu de la consultation a au moins évoqué l'acte suicidaire). Ils ont par ailleurs rempli 16 questionnaires pour des personnes décédées par suicide. Ils ont considéré qu'il existait un facteur professionnel associé au geste dans 37,3 % des cas, et ce lien est indéterminé dans 7,5 % des cas.

En médecine générale

La période d'inclusion a duré 1 an et des questionnaires de suivi du patient à 3 et 6 mois ont été proposés. Un recueil de données concerne également le soutien éventuel de l'entourage au décours du geste. 334 médecins généralistes participants volontaires ont eu connaissance de 141 suicides et 719 tentatives de suicide parmi leurs patients durant l'année (2,6 gestes en moyenne par médecin). Ils ont pris en charge au moins en partie 124 tentatives de suicide et 27 décès par suicide (0,45 geste par médecin). L'analyse portera sur les outils thérapeutiques utilisés par les médecins, les orientations proposées et le suivi des patients. En cas de tentative de suicide, l'hospitalisation est souhaitée par le médecin généraliste pour 79 % des patients, mais n'est effectivement réalisée que pour 61 %. Une consultation auprès du psychiatre est souhaitée dans 60 % des cas, mais elle n'a lieu que dans 44 % des cas.

Il existe des lacunes dans la communication entre professionnels. Quand le patient est hospitalisé dans un service hospitalier non spécialisé, le médecin généraliste n'est informé de la prise en charge que deux fois sur trois. Dans le cas d'une hospitalisation dans un service hospitalier spécialisé en psychiatrie, il est informé dans 30 % des cas. Enfin, quand la prise en charge est effectuée par un psychiatre libéral, le médecin n'est informé que dans 16 % des cas.

Le médecin généraliste est fréquemment sollicité dans les suites par l'entourage de la personne (près d'1 fois sur 2). Il s'agit le plus souvent de demandes d'informations, de conseils sur la conduite à tenir, ou bien de soutien psychologique."

2.2. Situation sur le plan national

2.2.1 Prises en charge diverses

Dans un article paru en janvier 1997⁷², Benameyer NAILI-DOUAOUDA a répertorié les expériences les plus significatives parmi toutes les modalités d'accueil psychiatrique des suicidants.

⁷² NAILI-DOUAOUDA (B.) – De l'urgence psychiatrique en général à l'accueil des suicidants en particulier. – Synapse, janvier 1997, n° 132 : 29-32.

Il rappelle que l'accueil des suicidants se fait généralement en deux temps : le temps des soins somatiques et le temps des soins psychiatriques dont les modalités sont variées.

- Les organisations le plus souvent rencontrées :
 - **le psychiatre de garde**, intégré au service d'accueil et d'urgences d'un centre hospitalier ;
 - **le psychiatre d'astreinte**, intégré au service d'accueil et d'urgences d'un centre hospitalier ;
 - **le centre d'accueil et de crise**, non directement lié au service d'accueil et d'urgences d'un centre hospitalier.

- Les approches plus isolées :
 - **l'Unité d'Accueil Médico-Psychologique** installée dans le service d'accueil et d'urgences, par exemple l'UAMP du CHU de Poitiers ;
 - **l'unité d'urgence**, comme la petite unité d'hospitalisation proche du service des urgences à Hyères dans le Var ;
 - **le protocole de thérapie brève de famille** du suicidant, dans le cadre de l'association "Impasse et devenir" créée en 1986 par le Dr Jean-Claude OUALID ;
 - **l'unité médico-psychologique de l'adolescent et du jeune adulte** du centre Abadie à Bordeaux ;
 - **l'unité de consultation sans lit** de Rennes ;
 - l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (**l'unité ERIC**) de Plaisir dans les Yvelines ;
 - **la psychothérapie de groupe des suicidants** en ambulatoire ;
 - **la psychothérapie de groupe pour l'entourage** des suicidants.

Les stratégies de prise en charge ne sont pas codifiées et aucune approche ne peut être systématisée (hormis celle concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après tentative de suicide pour lesquels on dispose des "recommandations" de l'ANAES)⁷³.

Aucune étude contrôlée ne permet de démontrer qu'une modalité de soin est supérieure à une autre.

On s'accorde néanmoins pour reconnaître qu'il est nécessaire de proposer au suicidant comme au patient suicidaire **une prise en charge globale et multi-disciplinaire**.

Celle-ci débute avec un **bilan somatique** initial suivi d'un **bilan psychiatrique** puis d'une **évaluation du risque de récurrence**.

Il faut noter que le passage à l'acte suicidaire peut avoir un effet immédiat de résolution temporaire de la crise. Le choix de la modalité de suivi ultérieur peut être délicat. Lorsque le contexte psychopathologique n'indique pas une orientation spécialisée, il paraît essentiel de connaître les capacités d'accueil et de soutien au long cours de l'entourage proche, avant de proposer le retour à domicile.

⁷³ Annexe 9.2 (Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide – ANAES – Recommandations professionnelles, novembre 1998).

2.2.2 Prise en charge en médecine générale

Depuis février 1999, le réseau Sentinelles (composé de 262 médecins généralistes) a mis en place une surveillance épidémiologique des tentatives de suicide en France métropolitaine.

Entre février 1999 et janvier 2000, 52 000 consultations de médecine générale ont concerné des personnes ayant tenté de se suicider. Il s'agirait d'une estimation basse.

Les généralistes adressent les patients à l'hôpital dans 79 % des cas (80 % pour la classe d'âge 14-19 ans).

3. Principes de prise en charge de la tentative de suicide au niveau régional

3.1. Prise en charge hospitalière

Le texte qui suit, présenté sous forme de 4 principes, **a été élaboré dans le cadre du Programme Régional de Santé** de Bourgogne et fait écho aux recommandations professionnelles de l'ANAES proposées en novembre 1998 au sujet de la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Ce sont néanmoins des principes généraux s'appliquant à toute catégorie d'âge.

1er principe

Tout suicidant doit être adressé aux **urgences** d'un établissement de santé.

Le non-recours aux urgences hospitalières ne peut être envisageable que si toute gravité somatique immédiate ou différée peut être éliminée et si un réseau de soins structuré et clairement identifié peut immédiatement être mobilisable pour procéder à la triple évaluation somatique, psychologique et sociale.

2ème principe

Tout suicidant accueilli aux urgences d'un établissement de santé doit être vu avant sa sortie de l'établissement par un médecin **psychiatre**.

Cette consultation doit intervenir le plus rapidement possible.

Si elle ne peut avoir lieu dans les 24 heures, le patient doit pouvoir être hospitalisé dans un service adapté à son état somatique, avec lequel l'équipe psychiatrique des urgences aura mis en place des protocoles particuliers d'intervention.

3ème principe

L'intervention du psychiatre aux urgences doit être conçue dans le cadre d'un travail en équipe pluridisciplinaire organisé autour des temps suivants :

- une évaluation somatique :
 - examen et traitement des conséquences immédiates du geste (toxicologie, suture...);
 - bilan général du patient : recherche de comorbidité, de pathologies chroniques, dépistage de grossesse... ;
 - travail de relation avec le médecin traitant.

- une évaluation psychologique et psychiatrique :
 - entretien(s) d'évaluation réalisé(s) sous la responsabilité d'un médecin psychiatre dans les 24 heures en principe de l'admission, permettant de débiter la prise en charge, les éléments à réunir dans l'évaluation concernent en particulier :
 - **le geste suicidaire** : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchants, idées suicidaires passées et actuelles, antécédents de tentatives de suicide personnels ou dans l'entourage,
 - **la santé mentale** : évaluation clinique, antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, modalités de prise en charge, adhésion aux traitements proposés, prise de médicaments psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac,
 - **la biographie** : maltraitance, abus sexuels, événements entraînant une rupture ou une menace de rupture (en particulier amoureuse), fugues, grossesses, interruptions volontaires de grossesse,
 - **le mode de vie et l'insertion sociale** : situation familiale, scolaire ou professionnelle, degré et désir d'autonomie, étayage par l'entourage, conduites avec prises de risque (activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, conduites violentes), projets scolaires, professionnels et relationnels ;
 - travail avec la famille : rencontre de l'entourage, soutien éventuel ;
 - travail de lien avec le secteur psychiatrique et l'ensemble des structures ou professionnels du réseau pour mettre en place l'orientation et la coordination des soins à la sortie ;
 - relations avec le médecin traitant : directes et/ou formalisées par un courrier (avec l'accord du patient).

- une évaluation sociale :
 - recherche des suivis sociaux antérieurs ;
 - travail de liaison et coordination des données en vue d'aider à l'élaboration du projet de sortie.

4ème principe

C'est à partir de cette triple évaluation que se met en place la prise en charge du patient :

- **hospitalisation** dans un service adapté ;
- **suivi ambulatoire** par une équipe de secteur psychiatrique ;
- orientation vers un **médecin psychiatre** libéral et dans tous les cas liens avec le **médecin traitant**.

Les modalités de l'hospitalisation ou du suivi ambulatoire sont à élaborer par les professionnels concernés."

Ces principes généraux relèvent du bon sens mais les éléments de réalité font que **le suivi ultérieur** est souvent insuffisant.

A la sortie de l'hôpital, le relais entre l'équipe hospitalière et l'équipe ambulatoire est voué à l'échec si **un travail en réseau** n'est pas mené.

3.2. Abord thérapeutique de la tentative de suicide de l'adolescent

Le terme de "thérapeutique" est pris ici au sens strict. Il est question du soin psychologique proprement dit, qui n'est qu'une partie de la prise en charge globale dans laquelle se situe également l'accompagnement médico-social, éducatif et/ou scolaire voire judiciaire (sous une forme d'AEMO⁷⁴).

L'hétérogénéité de la population de suicidants, l'hétérogénéité des approches cliniques existantes ne permettent pas de se prêter à l'exercice de rédaction d'un "manuel de premiers soins psychiatriques". Néanmoins, certaines grandes lignes d'action font l'objet d'un consensus.

3.2.1 Hospitalisation

Au décours du passage à l'acte suicidaire, quels que soient le moyen et la gravité apparente du geste, **l'hospitalisation est nécessaire**⁷⁵. Elle constitue l'élément de réalité qui débute la thérapeutique. Elle évite la banalisation, la négation par le silence ou par "l'oubli".

Le premier entretien psychiatrique amorce l'évaluation du geste lui-même et de la psychopathologie de l'adolescent. Il sera suivi d'entretiens ultérieurs visant à favoriser le contact, sans familiarité mais avec suffisamment d'ouverture pour permettre une qualité relationnelle propre à nouer une relation de confiance.

L'intervention au niveau de l'environnement familial doit elle aussi être précoce, même dans les cas où une séparation temporaire du jeune et de sa famille est souhaitable.

Les attitudes familiales vont du déni à la mise en scène dramatique du mal-être, de la culpabilité, de la honte, de l'incompréhension.

On a vu pour la situation d'une personne suicidaire, l'intérêt qu'il y a à mobiliser l'entourage.

⁷⁴ AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert.

⁷⁵ Cf. chapitre 9, paragraphe 1.3.

Dans la situation d'un adolescent suicidant, cette mobilisation est primordiale afin de souligner le sens du passage à l'acte, faire apparaître la souffrance dont il témoigne, répondre aux questions, avant même de travailler à l'élaboration des conflits.

Ces premiers entretiens, qui se font au cours du séjour hospitalier, représentent le point de départ de ce travail d'élaboration, familial et individuel, qui devra nécessairement se poursuivre dans une prise en charge thérapeutique ultérieure.

Il n'y a pas de preuves scientifiques selon lesquelles il vaudrait mieux garder les adolescents ayant fait une tentative de suicide en hospitalisation, avec une prise en charge spécifique, au moins une semaine à 10 jours. Cependant, les pratiques professionnelles tendent vers une augmentation du délai d'hospitalisation au-delà de 48 heures.

Chez certains adolescents, le caractère contenant et protecteur de la prise en charge initiale conduit à répéter des conduites suicidaires pour retrouver ce contenant sécurisant. Le renforcement de l'autonomie et de la sécurité intérieure est essentiel.

3.2.2 Prise en charge thérapeutique ultérieure

Dans la situation où l'adolescent refuse toute approche thérapeutique, il reste indispensable de garder le contact, si possible en aménageant des rencontres où quelques entretiens "pour faire le point" peuvent être "négociés". Dans tous les cas, il faut préserver un lien possible entre l'adolescent et l'interlocuteur qu'il a choisi ou si ce n'est pas le cas **mettre à sa disposition un éventuel interlocuteur** (l'infirmière scolaire ou de secteur, le médecin généraliste, un professeur...).

On ne demandera à personne d'être un psychothérapeute improvisé mais chacun peut être un relais pour accompagner le jeune dans une démarche de soin.

Lorsque la prise en charge thérapeutique est possible, **plusieurs approches** pratiquement simultanées sont nécessaires :

Problème du traitement médicamenteux

Il est admis que la prescription systématique d'antidépresseurs est inefficace sur la récurrence suicidaire. La question se pose dans le contexte d'un syndrome dépressif franc de l'adolescent : est-il légitime de traiter par antidépresseurs ?

"L'absence de supériorité des antidépresseurs tricycliques sur le placebo dans le traitement de la dépression de l'enfant ou de l'adolescent suggère qu'il n'est pas exclu qu'il existe une différence fondamentale entre l'amélioration clinique obtenue par l'imipramine et celle obtenue par le placebo. La première semble durable et la seconde temporaire (20 % de rechutes chez les adolescents traités par imipramine et 60 % chez ceux traités par placebo). Ce phénomène est en accord avec l'expérience des cliniciens pédopsychiatres constatant régulièrement les effets souvent spectaculaires (mais transitoires) des modifications de l'environnement sur la symptomatologie dépressive de l'adolescent.

Certaines équipes avancent l'hypothèse selon laquelle les maladies dépressives débutant dans l'enfance et pouvant se révéler par une tentative de suicide seraient étiologiquement distinctes des maladies dépressives débutant à l'âge adulte. Les formes à début précoce seraient peu sensibles aux antidépresseurs tricycliques, justifiant à leur égard l'emploi d'un sérotoninergique.

Comme on peut le constater, l'abord pharmacologique de la tentative de suicide de l'adolescent secondaire à un syndrome dépressif franc est encore objet de bien des débats, et nous pousse à insister sur une approche psycho-dynamique de l'acte autolytique.⁷⁶

Démarrage d'une relation à visée psychothérapeutique

Elle doit pouvoir se faire au cours de l'hospitalisation.

Le nombre de ruptures de soin ou de refus de consultation ultérieure reste élevé même quand les conditions matérielles existent (proximité géographique de la consultation, nombre suffisant de soignants), les résultats de l'enquête au SRAU de Dijon en témoignent⁷⁷.

On peut, lorsque le suivi s'engage, mettre en œuvre selon les cas :

- un travail psychothérapeutique dit "de soutien" ;
- une intervention psychothérapeutique brève, d'inspiration analytique, permettant l'élaboration d'hypothèses psycho-dynamiques sur le sens de la crise suicidaire, avant une éventuelle prise en charge plus élaborée ;
- des techniques cognitivo-comportementales qui auraient montré leur efficacité dans la réduction du taux de récurrence. Elles reposent essentiellement sur la modification des émotions et des comportements permettant une meilleure communication préalable à la résolution de problèmes. Le travail est centré sur la reconnaissance des dysfonctionnements et la tentative de remplacement par des "cognitions plus adéquates".

Approche familiale

Comme c'est le cas dans la crise suicidaire, une alliance thérapeutique avec l'entourage proche est un complément nécessaire au soin du patient. Même si l'on peut penser que ce sont essentiellement les thérapeutiques individuelles de l'adolescent qui permettront une reprise évolutive satisfaisante, des entretiens familiaux programmés sont nécessaires. Selon François LADAME⁷⁸, cette forme de "prévention suivie" peut permettre d'éviter une récurrence suicidaire.

Afin de limiter le risque d'une rupture précoce du lien thérapeutique, il faut souvent maintenir la fonction d'étayage familial avant d'envisager un travail d'interprétation. Le regroupement familial nécessaire au réaménagement de certains conflits peut aussi se faire de façon plus codifiée sous forme de "thérapie brève de famille de suicidant".

Parfois, l'entourage proche du suicidant a besoin d'un accompagnement thérapeutique pour son propre compte, c'est ainsi que certains protocoles proposent après les premiers entretiens familiaux "classiques", une prise en charge séparée de la famille et du suicidant, par deux thérapeutes différents.

⁷⁶ PALAZZOLO (J.), CHAVANIS (M.-A.), HATEM (N.), REY (C.) – Abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent. – L'information psychiatrique, novembre 2000, n° 9 : 1031-1038.

⁷⁷ MILLOT (I.), BESSE (P.), LEMERY (B.), GISSELMANN (A.) – Enquête sur la prise en charge des jeunes suicidants à partir de leur passage dans un service régional d'accueil des urgences. – Dijon : ORS Bourgogne, mars 2000.

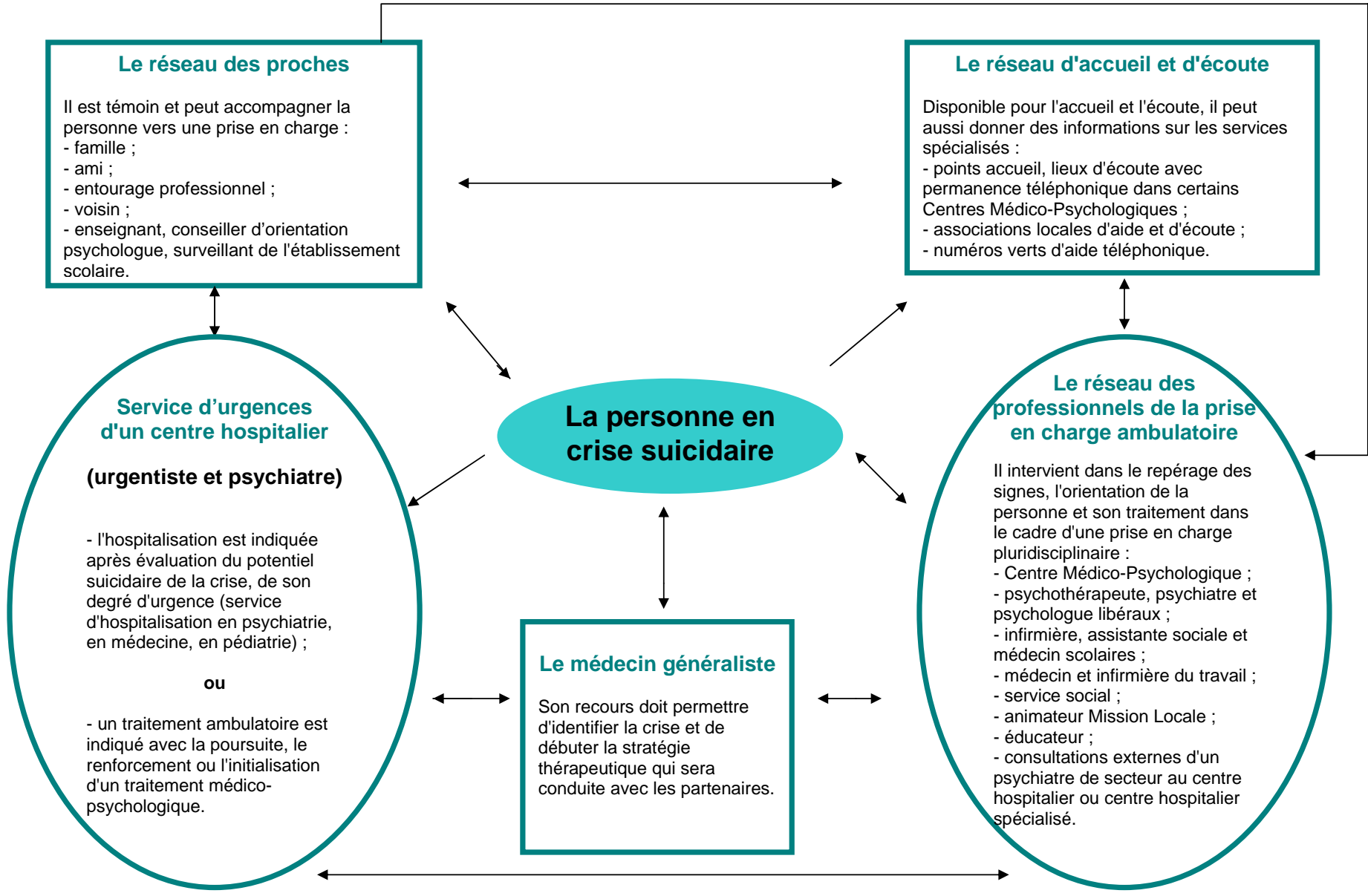
⁷⁸ LADAME (F.) – Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : approche clinique. – In : Lebovici S., Diatkine R., Soule M. – Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Tome II. – Paris : PUF, 1995 : 1517-1525.

Enfin, lorsqu'une psychothérapie familiale est indiquée : si les soignants sur le terrain sont disponibles, le choix peut se faire entre une thérapie familiale d'orientation psycho-dynamique et une thérapie familiale systémique. On ne dispose pas actuellement d'étude précise permettant d'affirmer qu'il est souhaitable d'avoir recours à l'une ou à l'autre préférentiellement.

Quelle que soit l'importance de ce temps de soin psychologique, la nécessité de **travail en réseau** apparaît essentielle.

En conclusion, il semble pertinent de reprendre en partie la formulation de l'ANAES :

"La prise en charge des adolescents suicidants doit reposer sur des principes fondamentaux de travail en équipe pluridisciplinaire, de stabilité et de disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, de continuité de soins, de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge".



PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE

1. Différents niveaux de prévention	144
1.1. Prévention primaire	144
1.2. Prévention secondaire.....	144
1.3. Prévention tertiaire	145
2. La prévention en France	147
2.1. Stratégie française d'actions face au suicide (2000-2005).....	147
2.2. Mise en œuvre de la prévention en Bourgogne	147
2.2.1 Qu'est-ce qu'un Programme Régional de Santé ?	147
2.2.2 Objectifs du programme 1998-2002	148
2.2.3 Actions du programme 1998-2002	148
2.2.4 Dispositifs locaux de prise en charge	149

1. Différents niveaux de prévention

L'OMS distingue 3 types de prévention à l'encontre de l'ensemble des pathologies. On peut envisager ces 3 niveaux pour le risque suicidaire.

1.1. Prévention primaire

Elle consiste à **EMPECHER L'APPARITION DU PHENOMENE**. Précisément ici, elle vise à empêcher la survenue d'une crise suicidaire.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de travailler à la reconnaissance des facteurs de risque et à leur prise en compte si leur élimination n'est pas envisageable.

- Il faut **mettre en œuvre l'information de la population générale, la formation des professionnels pour le travail d'écoute et leur mise en réseau**. Dans plusieurs régions, ont lieu diverses actions de prévention primaire, notamment sous forme d'ateliers d'expression pour des personnes en danger potentiel, des actions de formation des professionnels en contact avec ces personnes ou des formations plus conventionnelles comme des interventions dans les établissements scolaires ou médico-sociaux.
- **Chez l'adolescent**, on peut se demander si une prévention spécifique du risque suicidaire est possible mais on peut avancer l'hypothèse selon laquelle il serait possible de faire une prévention globale de la douleur psychique et des troubles relationnels chez l'adolescent, en renforçant ce que Philippe JEAMMET appelle la "fonction de contenance" vis-à-vis de l'enfant. Cette fonction doit être exercée en premier lieu par les parents auxquels il faut rappeler l'importance du rôle parental et la valeur de l'encadrement familial. Mais l'école a un rôle à jouer en restaurant sa fonction éducative et en mettant des interlocuteurs à disposition des enfants. Il ne s'agirait pas de créer une nouvelle fonction qui serait celle d'"écoutant". Il s'agirait de **revaloriser l'action de contenance et d'étayage que peut exercer chaque adulte en se mettant en situation d'interlocuteur potentiel**, discret mais vigilant.
- **Chez la personne âgée**, on sait qu'un des facteurs essentiels de la prévention primaire est la **lutte contre l'isolement**. Elle est à mener en fonction des éléments du contexte évalué pour chacun.

1.2. Prévention secondaire

Elle concerne la **RESOLUTION DE LA CRISE** pour des patients engagés dans un processus suicidaire. Elle vise à empêcher le passage à l'acte suicidaire.

- Un consensus professionnel se dessine sur la **nécessité d'une approche globale, médico-psychosociale** qui reflète l'origine multifactorielle du processus.
- Bien sûr, cette approche ne doit pas avoir de caractère systématique et doit rester individualisée **pour répondre à chaque problématique, personnelle ou familiale**. Cependant, on peut insister sur la situation inconfortable du médecin traitant qui est en position à la fois d'interlocuteur et de relais.

Il est un interlocuteur souvent choisi (nombreuses plaintes et demandes de consultation sont adressées au **médecin de famille** avant une tentative de suicide) et il est aussi un relais. Il doit donc assurer le repérage des signes d'alerte, se familiariser aux techniques d'écoute pour entrer en relation avec son patient et rencontrer l'entourage immédiat, instaurer si besoin une prescription médicamenteuse et en assurer la surveillance, connaître les partenaires du travail en réseau car il doit pouvoir s'appuyer sur des structures institutionnelles plus spécialisées.

- On comprend aisément que le **recours au spécialiste** ne soit pas une défaillance mais un recours nécessaire, soit pour compléter la prise en charge globale, soit pour la mettre en œuvre jusqu'à ce que le patient puisse de nouveau entretenir des liens acceptables avec son entourage personnel et se supporter lui-même.

Le traitement de la crise cherche à supprimer "l'option suicide", il est donc différent du traitement s'adressant à la psychopathologie personnelle du suicidaire qui est à envisager après la période critique. Mais il est nécessaire que chacun y compris le spécialiste se positionne assez tôt dans ce travail en réseau même lorsque son rôle est à différer.

- Les **points accueil et lieux d'écoute associatifs ou institutionnels** sont souvent compétents et efficaces grâce à une écoute téléphonique ou à un accueil individualisé. Cette efficacité tient sans doute à ce qu'on autorise alors la circulation de la parole. C'est bien du risque de mort, de suicide dont on parle. En assumer le risque en le partageant, engage celui qui écoute et respecte celui qui souffre.
- Dans le cadre scolaire, l'identification des signes d'alerte se fait essentiellement par l'intermédiaire de l'**infirmier scolaire**. Celle-ci est un lieu de vigilance, d'accueil et d'accompagnement en lien avec l'équipe pédagogique.
- Au sujet de la **personne âgée**, il faut souligner la **difficulté du diagnostic** de malaise psychique et l'**insuffisance de traitement de la dépression** de cette population, en médecine de ville comme en institution.

1.3. Prévention tertiaire

Elle cherche à **EVITER LA RECIDIVE** après une tentative de suicide.

- Là aussi, un consensus professionnel, et pour les adolescents une recommandation de l'ANAES de moins en moins contestée, est d'**hospitaliser systématiquement les suicidants dans un service d'urgences**. La première évaluation psychologique a alors lieu après le temps somatique.
- La difficulté réside dans la mise en place du suivi ultérieur. Chez l'adolescent, l'observance du suivi prescrit est seulement de 10 à 30 % (toutes études confondues). Cette observance peut être améliorée par une organisation concrète du rendez-vous prévu après la sortie, une alliance thérapeutique avec la famille et, encore une fois, une **prise en charge en réseau**. Celle-ci doit veiller à la possibilité pour l'adolescent de repérer les interlocuteurs qui ne doivent pas se noyer dans une prise en charge sans visage. Le travail de liaison est souligné par Philippe JEAMMET qui considère que l'objectif de cette

liaison est de rétablir une continuité face à la rupture que représente le passage à l'acte. Le lien est à établir entre les différents partenaires, chacun gardant sa spécificité, sans uniformisation des rôles.

- On nomme également **POSTVENTION** la prévention de la récurrence suicidaire. Ce terme, utilisé par Edwin SHNEIDMAN, à la fin des années 1960, désigne la prévention de tous les événements pouvant apparaître après un acte-suicide quelle que soit son issue.

Le même auteur attribue ce terme de postvention à la prise en charge de l'entourage après le geste suicidaire de l'un des proches :

- **En cas de tentative de suicide ne conduisant pas au décès** (certains parlent de suicide raté...), le désarroi des parents ou des proches les pousse parfois à rationaliser ce qui ne l'est pas, à rechercher ce qui, ou celui qui, serait responsable et coupable. Cette tentative de soulager ainsi leur propre sentiment de honte et de culpabilité est souvent vaine, comme le sont d'autres attitudes parfois caricaturales. Il faut accompagner la famille pour renouer et se repositionner.
- **En cas de décès** (certains parlent de suicide réussi...), "le suicide comporte toujours une adresse à l'autre, à quelqu'un, à quelques-uns, à l'humanité toute entière, un "ne m'oubliez pas" tragique qui inscrira un peu plus fortement encore le disparu dans le souvenir de ses proches... Le suicide n'entraîne pas un deuil comme les autres... Un couple intime, secret et dangereux entre le suicidé et l'endeuillé prend naissance..."⁷⁹

Deux types de deuil pathologique peuvent apparaître :

- *celui où "on n'en parle plus"* conduit progressivement à la mise en place du secret familial. Il est source de maladies psychosomatiques diverses ou bien de transmission intergénérationnelle où un descendant plus fragile peut reproduire le drame ancien dans une quête identificatoire sans issue.
- *L'autre éventualité est celle où l'être cher suicidé est omniprésent et monopolise la vie familiale, devenant un être idéalisé exempt de tout défaut. L'histoire familiale reste figée dans le passé, dans la mort.*
- **Dans les établissements scolaires**, les équipes de psychiatrie infanto-juvénile se familiarisent avec les interventions dans l'après-coup du décès par suicide d'un élève.
Les pratiques sont variables mais une intervention se fait généralement *dans un premier temps* auprès des adultes concernés par le drame (professeurs, responsables administratifs, chef d'établissement, conseiller d'éducation, équipe médico-sociale) afin de mobiliser leur capacité à contenir l'angoisse de leurs élèves.
Dans un deuxième temps, le travail en classe permet de répondre aux premières questions, d'apaiser l'angoisse collective, de prévenir les dérives (comme une éventuelle expédition punitive à l'encontre de la personne désignée comme responsable lorsque le facteur déclenchant est une rupture sentimentale par exemple) et de "restructurer une identité groupale".

⁷⁹ Santé mentale, avril 1998, n° 27 : dossier.

2. La prévention en France

2.1. Stratégie française d'actions face au suicide (2000-2005)

Le programme d'actions pour la prévention du suicide mis en place par Dominique GILLOT, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, pour la période 2000-2005 présente 4 axes principaux⁸⁰ :

- favoriser la prévention par le dépistage accru des risques suicidaires ;
- diminuer l'accès aux moyens létaux couramment mis en œuvre lors des suicides, que ces procédés soient traumatiques (armes à feu, moyens de transport, etc...) ou toxiques (médicaments, etc...) ;
- améliorer la prise en charge des personnes en mal-être et des familles ou proches des suicidants ;
- améliorer la connaissance du suicide notamment sur le plan épidémiologique.

2.2. Mise en œuvre de la prévention en Bourgogne

Dans la région bourguignonne, la première Conférence régionale de santé, réunie le 25 mars 1996 a retenu le suicide comme priorité régionale, ce qui conduit la DRASS à se porter candidate pour coordonner sur ce thème un Programme Régional de Santé (PRS).

2.2.1 Qu'est-ce qu'un Programme Régional de Santé ?

Ce programme est l'aboutissement d'une démarche dite de "Programmation Stratégique des Actions de Santé" (PSAS) qui se définit de la manière suivante :

- c'est une **démarche régionale** déclinée au niveau local :
 - les grandes orientations sont données à un niveau régional, considéré comme le plus stratégique pour adapter une politique nationale aux spécificités du territoire,
 - les activités retenues sont élaborées au niveau local pour être les plus pertinentes possibles et mobiliser au mieux les professionnels, les actions sont proposées et portées par les acteurs locaux ;
- c'est une **démarche globale** qui aborde l'ensemble des champs de la santé en visant la prévention, le soin et le suivi social ;
- c'est une démarche qui vise à **associer au maximum la population** au travers des différentes représentations.

⁸⁰ Circulaire DGS/SD 6 C n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : actions prioritaires pour 2001.

2.2.2 Objectifs du programme 1998-2002

Le programme régional de prévention du suicide en Bourgogne s'est donné pour objectif général de réduire, en 5 ans, la mortalité et la morbidité par suicide dans la région de 10 %, en s'adressant plus spécifiquement à la population jeune et en retenant les axes prioritaires suivants :

- **apporter une meilleure connaissance épidémiologique** du phénomène par le recueil d'indicateurs, l'analyse de données, des études de trajectoire... ;
- **développer l'information et la prévention** notamment vis-à-vis des jeunes par des actions de prévention et de promotion de la santé, par l'organisation d'informations ou par le développement de la postvention à l'école ;
- **améliorer le dépistage** des situations à risque suicidaire en développant la formation des acteurs et professionnels concernés, en favorisant l'écoute ;
- agir sur la récurrence par une meilleure prise en charge des tentatives de suicide à l'hôpital et par le développement du travail en réseau **pour assurer une continuité et une meilleure articulation du suivi des suicidants** ;
- **accompagner les familles**, à travers les actions de postvention, à l'hôpital ou dans les réseaux.

2.2.3 Actions du programme 1998-2002

- pour développer la prévention globale, des contacts et un accompagnement sont proposés aux jeunes présentant des conduites à risque ;
- des ateliers d'expression et de communication sont ouverts, afin de renforcer les compétences personnelles des jeunes à faire face à des événements de vie difficiles ;
- des formations et informations des professionnels ou bénévoles sont mises en place sur les facteurs de risque, les signes du suicide, les orientations et les possibilités de prise en charge afin d'améliorer le repérage des situations à risque et des crises suicidaires ;
- l'écoute est développée à travers des formations ou par l'amélioration des conditions d'échange : ouverture de lieux, approche psychologique dans les bilans de santé, appel à des psychologues dans les missions locales... ;
- la prise en charge de chaque tentative de suicide est favorisée par son orientation vers un service d'urgences d'un hôpital ou vers toute structure capable de procéder à une évaluation de la situation : la diffusion des recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants, la réalisation d'audits cliniques sur leur application, le renforcement de la présence psychiatrique aux urgences hospitalières sont des actions en cours ;

- l'amélioration de la prise en charge des adolescents suicidants est soumise à la création ou au renforcement des unités spécifiques d'hospitalisation, et au développement des consultations ;
- le soutien du groupe social touché par un suicide au moment du geste se fait grâce à l'instauration d'un dispositif au sein de l'Inspection académique permettant d'intervenir auprès de la communauté éducative, des élèves et/ou des familles, lors d'un geste suicidaire.

2.2.4 Dispositifs locaux de prise en charge

Inscrits ou non dans le Programme Régional de Santé, nombreux sont les intervenants, en particulier dans le champ sanitaire mais pas seulement, engagés dans des actions d'accompagnement de personnes suicidaires ou présentant des conduites à risque.

En Bourgogne comme ailleurs, une des difficultés rencontrées est de nature logistique. Les professionnels et les structures cherchent à mieux coordonner leurs compétences pour une meilleure articulation entre les différents réseaux de prise en charge (cf. cartes pages suivantes, réalisées par la DRASS Bourgogne).

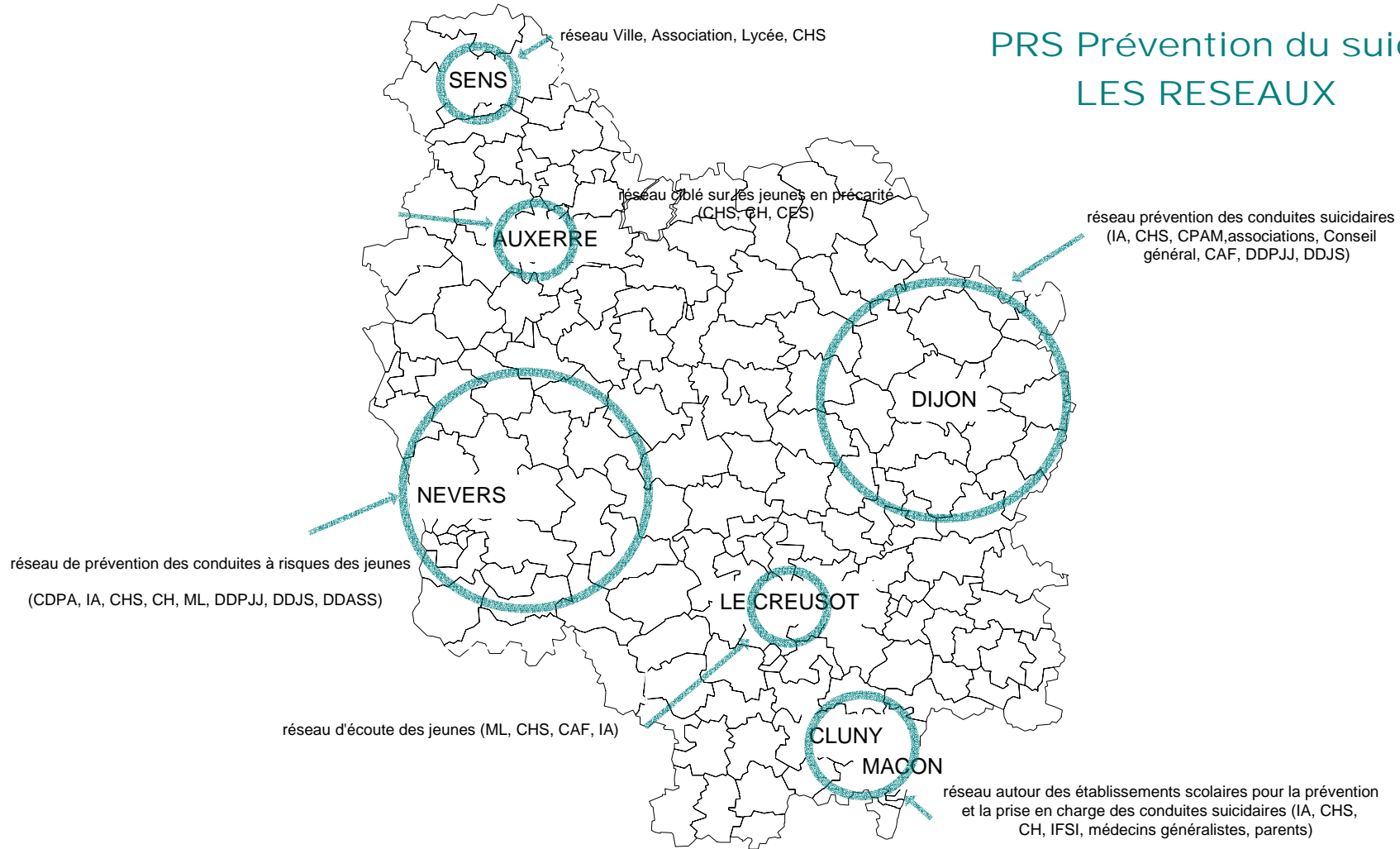
Il n'est pas possible de faire une liste exhaustive des dispositifs de soin, des lieux d'aide spécifique, des personnes ressources dans le domaine public comme dans l'exercice privé.

- Les adresses en annexe⁸¹ sont celles des :
 - établissements de santé ayant un service de psychiatrie ;
 - services d'urgences (SAU) ;
 - Unités de Proximité, d'Accueil, Traitement et Orientation des Urgences (UPATOU).
- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)⁸², unités pluridisciplinaires de consultations ambulatoires fonctionnant dans le cadre des secteurs de psychiatrie générale ou des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvéniles, peuvent être alertés rapidement. Certains disposent d'une permanence téléphonique d'accueil et d'écoute.

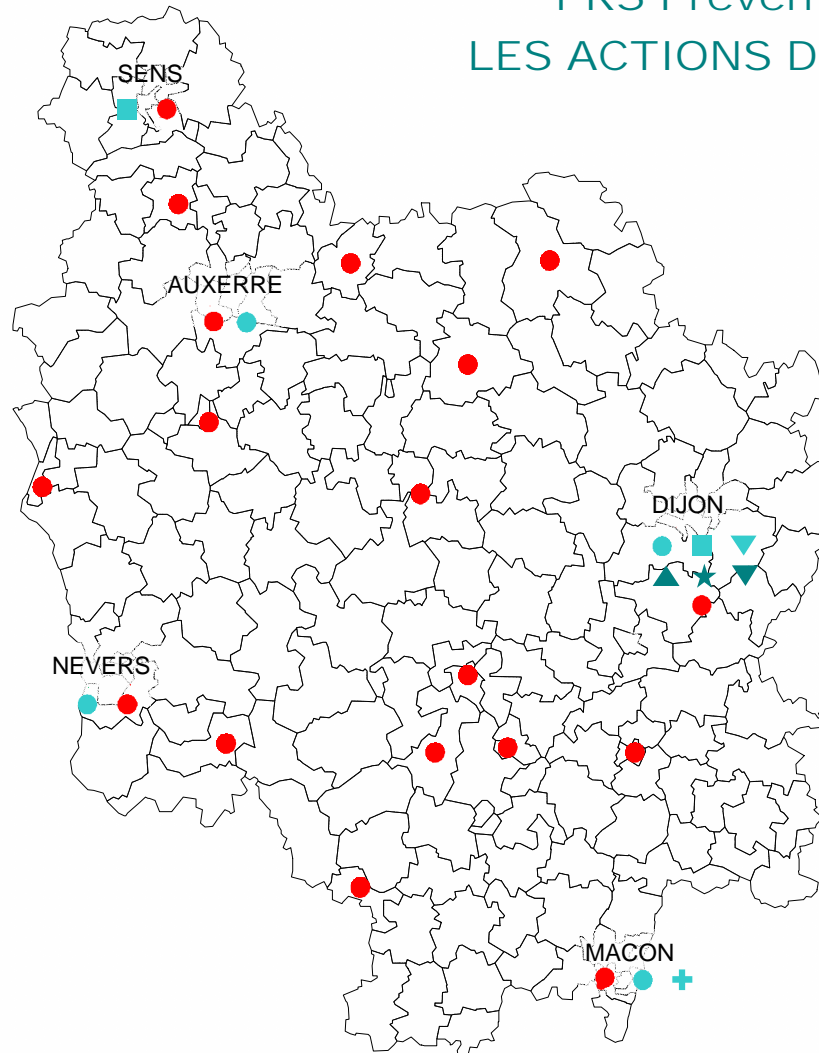
⁸¹ Annexe 10.1 (Liste des établissements de santé ayant un service de psychiatrie, Services d'Accueil des Urgences, Unités de Proximité, d'Accueil, Traitement et Orientation des Urgences – DRASS Bourgogne).

⁸² Voir annuaire CODES du département.

PRS Prévention du suicide : LES RESEAUX

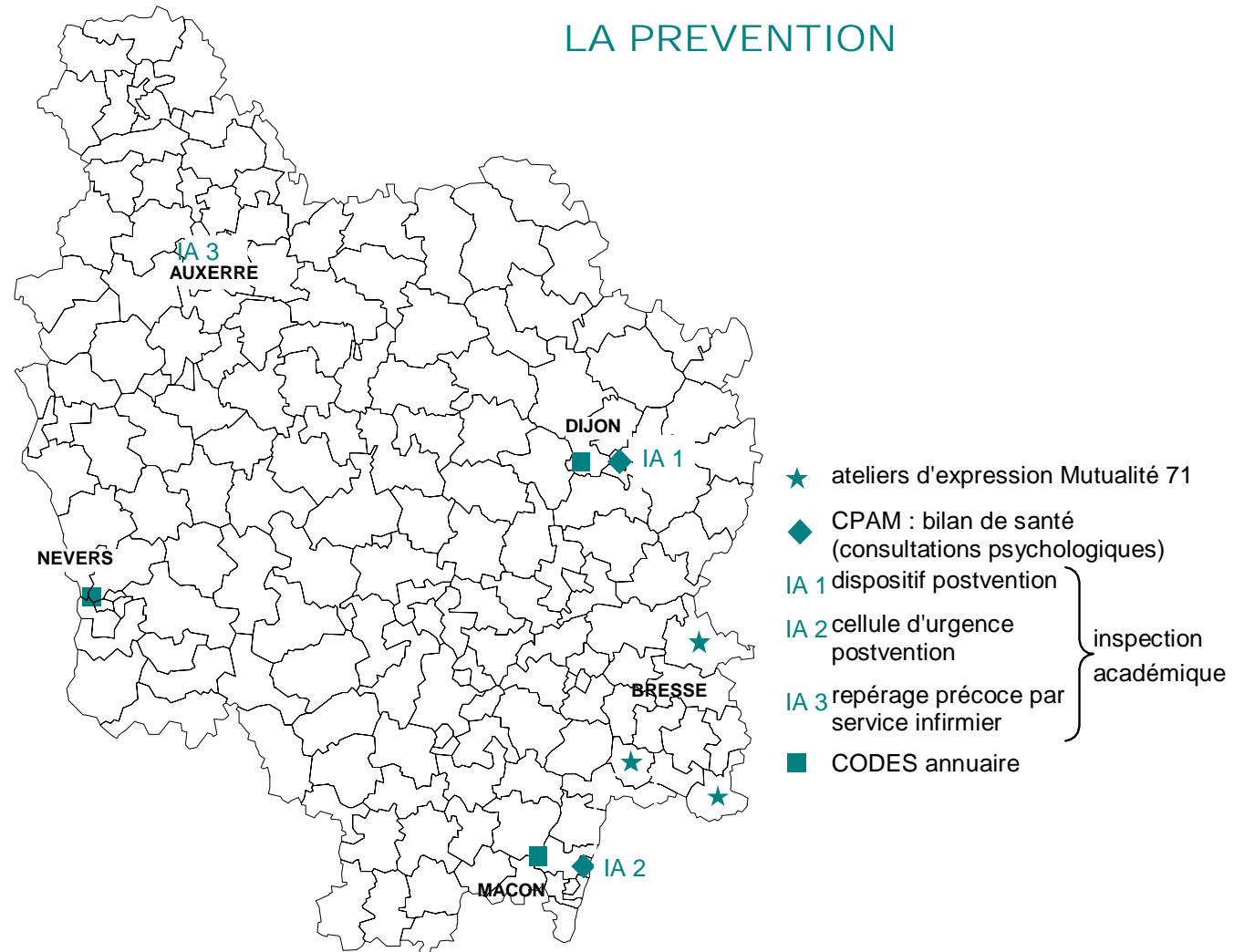


PRS Prévention du suicide : LES ACTIONS D'INTERET REGIONAL

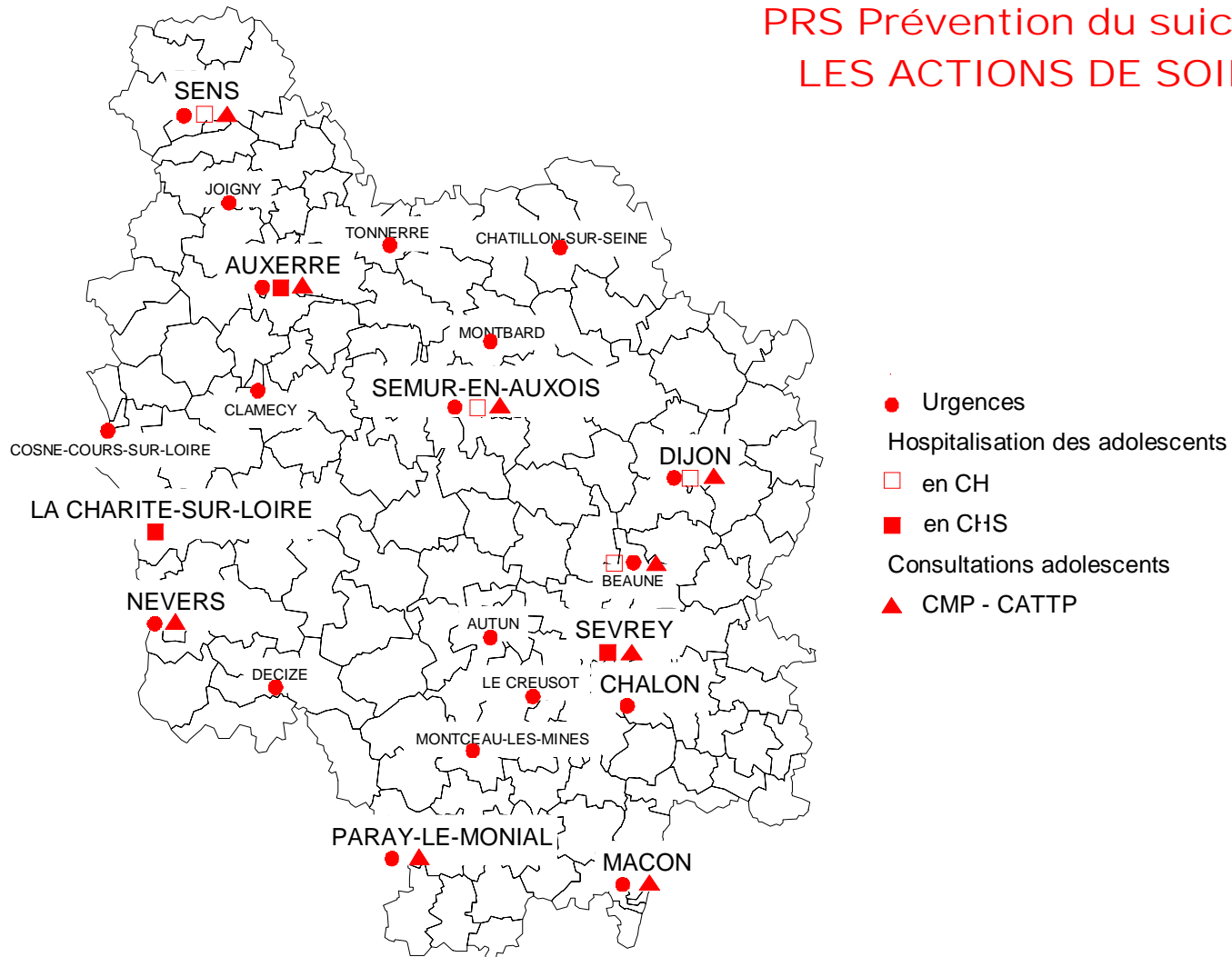


- formation écoute bénévole
- action campus CROUS -SMPUPS
- + malette pédagogique IFSI
- ▼ module suicide de formation continue des médecins (FBFMC)
- ▲ formations Education Nationale (IUFM, CAFA)
- ★ études épidémiologiques ORS
- recueil de morbidité hospitalière
- ▼ réseau médico-social URCAM
- évaluation des recommandations ANAES dans les services d'urgence

PRS Prévention du suicide : LA PREVENTION



PRS Prévention du suicide : LES ACTIONS DE SOINS



- Dans les 4 départements bourguignons, la plupart des professionnels contribuant à la prise en charge des personnes en danger sont recensés. Le résultat des répertoires est toujours imparfait mais précieux.
En Saône-et-Loire, dans le cadre du PRS soutenu par la DRASS de Bourgogne, le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES)⁸³ a élaboré en 1999 un répertoire départemental non exhaustif des structures et professionnels accompagnant les jeunes suicidants, dans la tranche d'âge 16-25 ans.
Le même document (disponible dans les CODES) existe en Côte-d'Or et dans la Nièvre et paraîtra en 2002 dans le département de l'Yonne.

- Les points accueil associatifs, les réseaux d'écoute téléphonique, inégalement répartis, participent au dispositif de prise en charge locale mais peuvent être difficiles à identifier et à situer, dans l'environnement urbain notamment.
L'annuaire téléphonique n'est pas toujours explicite, le bouche à oreille fonctionne bien mais est insuffisant.

Pour obtenir les informations locales, lorsqu'elles existent, il est possible de s'adresser :

- à la **DRASS** de sa région et ainsi aux personnes référentes concernées ;
- aux secrétaires de **mairie** ou aux responsables des bureaux d'**aide sociale des communes** ;
- aux **services de santé scolaire**.

Les principaux services d'écoute téléphoniques sont les suivants :

FIL SANTÉ JEUNE	0800 235 236
S.O.S. Amitié (région Bourgogne)	03 80 67 15 15 www.sos-amitie.com
CROIX ROUGE ÉCOUTE	0800 858 858
SUICIDE ÉCOUTE (Paris)	01 45 39 40 00
ALLÔ ENFANCE MALTRAITÉE	119

⁸³ CODES de Saône-et-Loire – 1, rue Winston Churchill – 71000 Mâcon
– Tél : 03 85 39 42 75 – Fax : 03 85 39 37 10 – E-mail : Codes71@wanadoo.fr

Chapitre 1**Données épidémiologiques**

- Annexe 1.1 – **Les différentes sources d'information sur le suicide et les tentatives de suicide**
(DREES – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109)
- Annexe 1.2 – **Les risques de sous-estimation des suicides dans les statistiques de mortalité**
(DREES – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109)
- Annexe 1.3 – **L'estimation du nombre de tentatives de suicide**
(DREES – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109)

Chapitre 3**Aspects juridiques**

- Annexe 3.1 – **Article 223-6 du Code pénal**
- Annexe 3.2 – **Articles 223-13, 223-14, 223-15 du Code pénal**
- Annexe 3.3 – **L'hospitalisation du patient non consentant**
(Fiche technique Impact médecin hebdo)

Chapitre 9**Prise en charge**

- Annexe 9.1 – **La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge**
(ANAES – Conférence de consensus, 19 et 20 octobre 2000, texte court)
- Annexe 9.2 – **Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide**
(ANAES – Recommandations professionnelles, novembre 1998)

Prévention du risque suicidaire

Annexe 10.1 – **Liste des établissements de santé ayant un service de psychiatrie, Services d'Accueil des Urgences, Unités de Proximité, Traitement et Orientation des Urgences**
(DRASS Bourgogne)

Les différentes sources d'information sur le suicide et les tentatives de suicide

La source d'information générale concernant la mortalité par suicide provient de l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins constatant les décès, bulletins centralisés et analysés par le service d'information sur les causes de décès de l'INSERM (SC8). Chaque décès doit faire l'objet d'un tel bulletin et cette source est donc, dans son principe, exhaustive. Cependant, le décompte des suicides pose des problèmes particuliers compte tenu de la nature de l'acte qui y conduit ainsi que de l'intervention des instituts médico-légaux dont certains ne communiquent pas l'information concernant la nature du décès au SC8 de l'INSERM.

Par définition les tentatives qui ne font l'objet d'aucun contact avec le système de soins ne peuvent être connues que par déclaration des personnes. Or, même s'il s'agit d'un phénomène grave de santé publique, en termes statistiques une tentative de suicide demeure un événement rare. Elle est donc difficilement mesurable par des enquêtes en population, en raison de problèmes de qualité de déclaration par la personne ainsi que d'incertitude de sondage. À titre d'illustration, le baromètre santé réalisé par le CFES en 1999 a porté sur un échantillon important de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans. Le nombre de personnes de l'échantillon qui déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie est élevé (868). Cela permet d'étudier leurs caractéristiques de manière globale. Cependant, ces tentatives déclarées par année de 1996 à 1999 sont de l'ordre de 45 à 60 et rapidement moins pour les années antérieures. Le cadrage le plus général ainsi obtenu par extrapolation des données de l'échantillon conduit à une évaluation de l'ordre de 135 000 à 170 000 tentatives de suicide annuelles. Cette fourchette est globalement cohérente avec les données issues des autres sources (compte tenu des récurrences dans l'année et d'une sous-déclaration probable), mais est trop imprécise pour servir de support à une étude des évolutions temporelles.

Les enquêtes en population générale permettent également une interrogation sur les pensées suicidaires.

Il n'existe pas, jusqu'à présent, d'enregistrement systématique des tentatives de suicide prises en charge par le système de soins. Celles-ci peuvent être estimées de façon globale par la mobilisation et la confrontation de plusieurs sources de données : les informations collectées à travers le réseau Sentinelles des médecins généralistes ou par d'autres enquêtes auprès de médecins, diverses enquêtes menées auprès de services d'urgence, le PMSI.

Les risques de sous-estimation des suicides dans les statistiques de mortalité

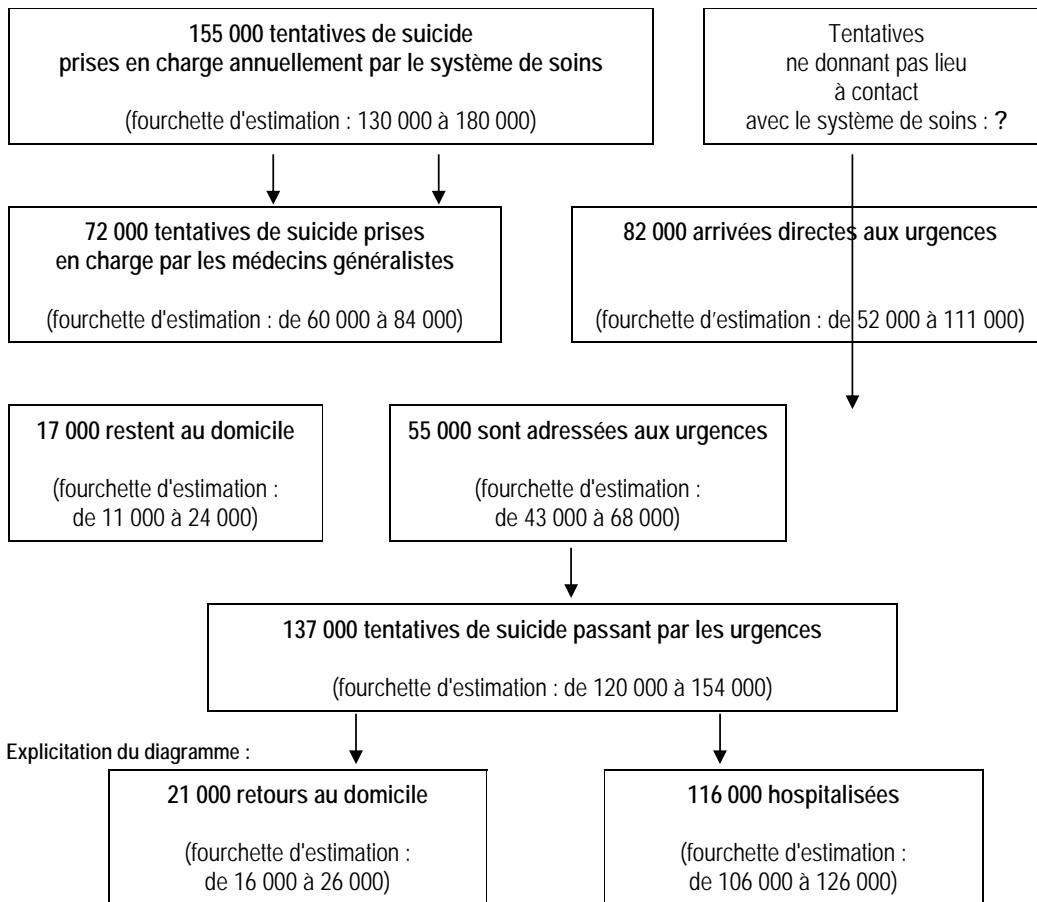
La limite des statistiques de mortalité par suicide tient notamment à la difficulté d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte, aboutissant à une sous-déclaration des suicides. Les décès sont alors codés selon le cas dans la rubrique «causes inconnues et non déclarées» ou «traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée» de la Classification internationale des maladies, 9^e révision.

Baudelot et Establet estimaient, en 1984, que le nombre total des suicides devait être corrigé de 20 %. Récemment, deux études réalisées conjointement par l'INSERM (SC8) et les Instituts médico-légaux de Lyon et de Paris ont apporté des éléments améliorant la connaissance sur le nombre réel de morts par suicide. L'étude en Ile-de-France sur les sujets de 15 à 44 ans a notamment permis d'attribuer précisément une cause de mort à la plupart des décès de cause initialement inconnue et par là même, d'identifier un certain nombre de suicides supplémentaires. Selon l'INSERM, ces travaux ainsi que d'autres sources rendent aujourd'hui possible de faire une hypothèse sur le taux de correction à utiliser pour la tranche d'âge des 15-24 ans, de l'ordre de 25 %.

Toutefois, la proportion de décès de cause inconnue n'est pas identique selon les classes d'âge. C'est chez les jeunes qu'elle est la plus forte. En conséquence le taux de correction utilisé pour cette classe d'âge ne peut actuellement être directement transposé pour les autres groupes d'âge. De ce fait, on est conduit à examiner l'évolution des décès répertoriés dans les rubriques «causes inconnues et non déclarées» et «traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée» en parallèle avec celle des décès par suicide.

L'examen des données montre que, sur moyenne période, les valeurs relatives des différents taux restent globalement stables mais que, sur courte période, l'appréciation de l'évolution du taux de suicide doit prendre en compte celle des deux autres taux.

L'estimation du nombre de tentatives de suicide



Explication du diagramme :

L'estimation des tentatives de suicide prises en charge par les médecins généralistes provient du réseau Sentinelles. Les fourchettes présentées correspondent aux intervalles de confiance à 95 %.

L'estimation des tentatives de suicide hospitalisées provient de l'application aux données du PMSI des proportions, constatées dans l'enquête de morbidité hospitalière de 1993, des tentatives de suicide médicamenteuses parmi les séjours pour intoxications par produits pharmaceutiques, puis des séjours pour tentatives de suicide médicamenteuses parmi l'ensemble des séjours pour tentatives de suicide. Cette enquête ayant été réalisée par sondage, ces proportions sont sujettes à une marge d'erreur. Par ailleurs il faut tenir compte d'une possible évolution depuis 1993, pour laquelle on ne dispose pas d'indication particulière. La fourchette retenue est, de ce fait, assez large. Les défauts de codage du PMSI constituent une autre cause d'incertitude d'ampleur inconnue en l'absence d'hypothèse utilisable.

Le coefficient d'extrapolation du nombre de tentatives de suicide hospitalisées à celui du nombre de tentatives de suicide passant par les urgences (85 %) est encadré par celui observé dans les deux régions pour lesquelles il a pu être

calculé lors de l'enquête Premutam⁸⁴ de 1995 (82 % et 88 %).

La fourchette obtenue pour l'estimation des arrivées directes aux urgences est particulièrement large du fait qu'elle cumule l'incertitude portant sur les passages aux urgences et celle portant sur les tentatives adressées aux urgences par les médecins généralistes. De ce fait, il est normal que les bornes de la fourchette de l'ensemble des tentatives ne soit pas la somme des bornes (respectivement inférieures et supérieures) des fourchettes des tentatives qui arrivent directement aux urgences et de celles qui sont prises en charge par les médecins généralistes.

L'estimation globale du nombre de tentatives de suicide prises en charge annuellement par le système de soins s'obtient en additionnant les tentatives, vues par le médecin généraliste, qui restent au domicile et les passages aux urgences, d'où l'estimation présentée de 130 000 à 180 000.

⁸⁴ Premutan : association loi 1901 entre la CNAM et la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Article 223-6 du Code pénal

Non-assistance à personne en péril

Elle est incriminée par l'article 223-6 du Nouveau Code pénal (ancien article 63 alinéa 2 du Code pénal), lequel énonce :

"Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500 000 francs d'amende.

Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours."

Articles 223-13, 223-14, 223-15 du Code pénal

Provocation, propagande et publicité

C'est finalement l'émotion suscitée par la publication de l'ouvrage "Suicide, mode d'emploi" et ses conséquences tragiques qui ont conduit le législateur à intervenir (loi n° 87-1133 du 31 décembre 1987) pour incriminer la provocation au suicide. Plus exactement, deux délits ont été créés (articles 223-13 à 223-15 du Nouveau Code pénal ; anciens articles 318-1, 318-2) : d'une part, la provocation proprement dite au suicide d'autrui, d'autre part, la propagande ou publicité en faveur de moyens de se donner la mort.

"Art. 223-13

Le fait de provoquer au suicide d'autrui est puni de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende lorsque la provocation a été suivie du suicide ou d'une tentative de suicide.

Les peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 francs d'amende lorsque la victime de l'infraction définie à l'alinéa précédent est un mineur de quinze ans.

Art. 223-14

La propagande ou la publicité, quel qu'en soit le mode, en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyens de se donner la mort est punie de trois ans d'emprisonnement et de 300 000 francs d'amende.

Art. 223-15

Lorsque les délits prévus par les articles 223-13 et 223-14 sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables."



L'hospitalisation du patient non consentant

Les deux modalités de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement sont soumises à la loi du 27 juin 1990. Elles sont soumises à 3 conditions :

- consentement impossible du fait des troubles psychiques,
- nécessité de soins immédiats,
- nécessité d'une surveillance hospitalière.

Hospitalisation à la demande d'un tiers : HDT

Trois pièces sont nécessaires pour l'admission.

● Demande d'admission

- manuscrite sur papier libre, par un membre de la famille ou toute personne agissant dans l'intérêt du patient, à l'exclusion d'une personne de l'établissement d'accueil,
- mentionne les noms, prénoms, âges, professions et domiciles du patient et de la personne demandant le placement, ainsi que la nature des relations qui les lient ou leur degré de parenté. Elle comporte également le numéro des pièces d'identité du demandeur et du patient.

● Deux certificats médicaux

- Datant de moins de 15 jours et concordants, rédigés après examen du patient.
- Le premier certificat ne peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le patient.
- Contenu : identité et adresse du malade, identité et lieu d'exercice du médecin, descriptif circonstancié du patient (pas de diagnostic ni de mention des antécédents), nécessité d'hospitaliser le patient sans son consentement, terminant par la phrase :
« Ce patient doit être hospitalisé selon les termes de l'article L. 333 du Code de la Santé publique. »
- Les médecins établissant les certificats ne doivent être ni parents (jusqu'au 4^e degré exclusivement) ou alliés des chefs ou propriétaires de l'établissement, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du patient ni entre eux.
- En cas de danger imminent, le directeur de l'établissement peut accepter un patient au vu d'un seul certificat médical, même d'un médecin exerçant dans son établissement. La procédure doit être régularisée dans un délai de 24 heures. (Article L. 333-2 du Code de la Santé publique).

Hospitalisation d'office : HO

- Elle repose sur la notion de dangerosité en relation avec l'existence de troubles mentaux et est réglementée par deux articles de loi :
 - Article L. 342 du Code de la Santé publique : la demande est faite par le préfet de police (par le maire ou le commissaire de police en cas d'urgence), au vu d'un certificat médical circonstancié d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.
 - Article L. 343 du Code de la Santé publique : en cas de danger imminent, l'avis médical est facultatif et la demande peut être faite par le maire (ou les commissaires de police à Paris), avec obligation d'en référer au préfet qui devra la confirmer dans les 48 heures.
- Le certificat médical doit conclure par : « Cet état est susceptible de rendre le malade dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes. »

LA CRISE SUICIDAIRE : RECONNAITRE ET PRENDRE EN CHARGE

Conférence de consensus

19 et 20 octobre 2000

(ANAES / FFP – Amphithéâtre Charcot – Hôpital de la Pitié Salpêtrière – Paris)

AVANT-PROPOS

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

INTRODUCTION

Les données de la littérature sur la prévention du suicide sont abondantes pour la prévention primaire et la prévention tertiaire mais pauvres pour la prévention secondaire. Cela tient au fait que les premières manifestations de la crise suicidaire sont difficiles à cerner : ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents, lorsqu'ils existent ils se manifestent par des signes peu spécifiques et permettent peu de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition.

Pourtant il est essentiel de repérer une telle crise suicidaire car elle justifie une prise en charge et constitue un moment fécond où une action thérapeutique est possible.

*C'est pourquoi la Fédération Française de Psychiatrie a estimé qu'il serait utile d'organiser une conférence de consensus sur ce sujet. La principale difficulté est venue de cette pauvreté des données. Les recommandations qui suivent correspondent à "l'état de l'art" actuel. Elles ne sont ni complètes ni parfaites. Elles auront certainement à être revisitées lorsque les connaissances auront progressé. **Leur objectif est de permettre l'amélioration du repérage, et par là même l'organisation d'une prise en charge susceptible d'éviter ou de limiter la fréquence des passages à l'acte.***

*Le jury a rédigé des "Recommandations longues" (RL) qui sont plus complètes que celles-ci et auxquelles nous renverrons parfois pour des situations plus particulières : armée, prison, addictions. Ces RL présentent les données de la littérature sous une rubrique "**constatations**" qui précède les "**recommandations**" qui en découlent. Nous n'avons pas pu les reprendre ici.*

I - La crise suicidaire : définition

1. Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

2. Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire.

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

3. La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier. Si le recours au médecin apparaît devoir être systématique, le médecin n'est pas la solution à tout. Il est là pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique, ce qui implique son investissement. Une partie de son action thérapeutique - et quelquefois la possibilité même de cette action - dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement.

II - Comment des non-professionnels peuvent-ils repérer une crise suicidaire et quelle première attitude adopter ?

Le repérage de la crise suicidaire s'appuie sur différentes manifestations :

- l'expression d'idées et d'intentions suicidaires ;
- des manifestations de crise psychique ;
- dans un contexte de vulnérabilité.

Initialement, la crise suicidaire peut se manifester à travers la fatigue, l'anxiété, la tristesse, des pleurs, une irritabilité et agressivité, des troubles du sommeil, une perte du goût aux choses, un sentiment d'échec et d'inutilité, une mauvaise image de soi et un sentiment de dévalorisation, une impuissance à trouver des solutions à ses propres problèmes, des troubles de la mémoire, une perte d'appétit ou boulimie, une rumination mentale, une appétence alcoolique et tabagique, un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique, un isolement.

À un stade ultérieur de la crise, celle-ci peut s'exprimer par des comportements particulièrement préoccupants : le désespoir, une souffrance psychique intense, une réduction du sens des valeurs, le cynisme, un goût pour le morbide, la recherche soudaine d'armes à feu. Une accalmie suspecte, un comportement de départ sont des signes de très haut risque.

Parmi les facteurs de vulnérabilité, la dépression, des affections psychiatriques déjà existantes, les facteurs de personnalité ainsi que l'alcoolisme et la toxicomanie y tiennent une place importante. Dans ce contexte, l'histoire familiale individuelle, des événements de vie douloureux (déplacement, perte d'un être cher, conflits,...) peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire.

Les premiers signes que nous venons de décrire ne sont, dans leur majorité, ni spécifiques ni exceptionnels pris isolément. Ils peuvent être labiles. C'est leur regroupement, leur association ou leur survenue comme une rupture par rapport au comportement habituel qui doit alerter l'entourage, le conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire et à provoquer une investigation complémentaire par le médecin. L'approche de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'accompagnement de l'entourage est un élément essentiel pour l'engagement de cette prise en charge.

Repérage à des âges et dans des environnements particuliers ; premières attitudes recommandées

Chez l'enfant

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires est rare.

La crise psychique peut s'exprimer par des problèmes somatiques mal étiquetés, un isolement, des troubles de la communication et de l'apprentissage, une hyperactivité, une encoprésie, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à tenir la place de souffre-douleur de la part des autres.

Sont décrits comme facteurs de vulnérabilité, l'isolement affectif, les bouleversements familiaux, l'entrée au collège, un contexte de maltraitance.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : ne pas chercher à résoudre le problème seul, parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif, signaler les signes repérés à la famille, les signaler au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste.

Chez l'adolescent

L'expression d'idées et d'intentions suicidaires était jadis jugée "banale" à l'adolescence. On s'accorde actuellement à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention.

La crise psychique peut s'exprimer par un infléchissement des résultats scolaires, des conduites excessives et déviantes, une hyperactivité, une attirance pour la marginalité, des conduites ordaliques, des conduites d'anorexie et de boulimie, des prises de risque inconsidérées, notamment au niveau sexuel, une violence sur soi et sur autrui, des fugues.

L'adolescence est une période de particulière vulnérabilité à laquelle peuvent se surajouter l'isolement affectif, les ruptures sentimentales et les échecs, notamment scolaires, les conflits d'autorité.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière, psychologue ou assistante scolaires), la famille et le médecin traitant ; utiliser les réseaux spécialisés existants.

Chez l'adulte

Les idées suicidaires sont peu exprimées en dehors de la relation avec le médecin ou de façon très manifeste dans la famille.

Les manifestations de la crise psychique sont : l'ennui, le sentiment de perte de rôle, d'échec, d'injustice, de décalage et de perte d'investissement au travail, les difficultés relationnelles (y compris celles de couple), l'incapacité à supporter une hiérarchie, les arrêts de travail à répétition ou au contraire le surinvestissement au travail, les consultations répétées chez le médecin (douleur, sensation de fatigue,...).

Le contexte de vulnérabilité dépend beaucoup du statut conjugal, social et professionnel et peut être aggravé par un climat délétère, voire de harcèlement dans le travail. Parmi les autres facteurs, on trouve les toxicomanies, le sida, la violence ou l'atteinte narcissique et l'émigration.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et au soin.

Chez la personne âgée

Les idées suicidaires sont rarement exprimées, et lorsqu'elles le sont, elles ne doivent pas être banalisées par l'entourage.

Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des gestes suicidaires.

Le contexte de vulnérabilité peut comporter une dépression, des maladies somatiques notamment sources de handicap et de douleur, les conflits, le changement d'environnement. Un autre facteur est le veuvage pour les hommes.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : être attentif à la possibilité d'une dépression, envisager une souffrance somatique et une maltraitance devant un changement comportemental.

Chez les personnes atteintes de troubles psychiques avérés

Les idées suicidaires peuvent être exprimées ou à l'inverse totalement dissimulées. La crise suicidaire est constituée d'une alternance de moments à haut risque et de moments d'accalmie, sur un fond de variabilité permanente. Certains signes peuvent marquer une aggravation du risque, qu'il peut être difficile de repérer parmi des signes qui sont déjà présents : isolement, rupture des contacts habituels, réduction et abandon des activités, exacerbation de tous les signes de maladie. Le contexte de vulnérabilité est la maladie, au sein de laquelle des événements d'allure insignifiante peuvent avoir un impact très important.

Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels, assurer la sécurité par rapport à des objets ou des médicaments dangereux.

Pour les personnes souffrant d'alcoolisme et pour les situations particulières rencontrées dans l'armée et dans les prisons, voir les RL.

III - Comment reconnaître et évaluer la crise suicidaire en milieu sanitaire ?

A - reconnaître la crise

Chez un patient connu

1. Patient ayant des troubles psychiatriques (troubles anxio-dépressifs, troubles de la personnalité, conduites addictives, etc...) une aggravation récente des troubles, perçue par le patient ou son entourage.

2. Patient sans troubles psychiatriques préalables :

- symptomatologie physique inexplicée, pouvant masquer un état dépressif ;
- événement vécu comme stressant ;
- conduite inhabituelle ;
- changement de tonalité dans la relation avec le médecin ou avec l'entourage ;
- le contexte peut être la survenue d'une pathologie organique à retentissement vital ou à impact déstabilisant.

Chez un patient peu ou pas connu, l'attention peut être attirée par :

- un changement récent de praticien ;
- un motif d'appel ou de consultation pas clair ;
- un état d'agitation ou de stress ;
- des allusions directes ou indirectes à un vécu problématique.

Il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide. Cette attitude, loin de renforcer le risque suicidaire, ne peut que favoriser l'expression des troubles.

Le praticien pourra alors :

- utiliser des outils de repérage adaptés ;
- rechercher des événements de vie récents, éléments conjoncturels pouvant avoir déclenché le processus ;
- situer l'épisode dans son contexte socio-environnemental (famille, profession, milieu de loisir, etc...).

Au-delà de la présence éventuelle d'un syndrome dépressif franc ou d'une pathologie psychiatrique, le diagnostic de crise suicidaire s'appuiera sur :

- Le contexte suicidaire : la présence d'idées et leur fréquence, l'intention

communiquée au praticien ou à des tiers (directement ou indirectement) le sentiment de désespoir, des conduites de préparation de l'acte ;

• Des signes de vulnérabilité psychique, comme des troubles de l'image de soi, des signes d'impulsivité, de l'agressivité dont on sait qu'elle facilite le passage à l'acte, une instabilité comportementale, une tendance à l'anxiété, notamment des attaques de panique ;

• Des changements de comportements récents, une modification de la vie relationnelle, des conduites à risque.

B - en apprécier la dangerosité et l'urgence

Il est souhaitable d'explorer six éléments :

1. Le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.

2. Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).

3. Les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.

4. Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte...

5. La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc...

6. La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles «à transaction suicidaire ou mortifère».

Le jury recommande de considérer :

En urgence faible une personne qui :

- est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;
- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;
- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante.

En urgence moyenne une personne qui :

- présente un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
- est isolée.

En urgence élevée une personne :

- décidée, dont le passage à l'acte est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupée de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotive, agitée, troublée ;
- complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolée.

Il faudra également tenir compte de l'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans).

Un tel bilan exhaustif n'est pas toujours possible. Il est souhaitable dans une évaluation psychiatrique. Le médecin généraliste confronté à la diversité des situations aura à évaluer au moins la crise et son degré d'urgence. L'urgentiste confronté à une crise d'angoisse aura à apprécier le potentiel de dangerosité suicidaire. Le médecin scolaire et le médecin du travail confrontés dans leurs pratiques respectives à des signes d'appel auront à les identifier et à orienter le sujet vers une structure de soins.

IV - Quels modes d'intervention proposer ?

Ils répondent à quatre principes de base :

- 1. Adaptation aux différents contextes dans lesquels se situe le sujet en crise.*
- 2. Prise en compte des interrelations de l'individu avec son entourage et avec l'ensemble du tissu social.*
- 3. Prise en charge pluridisciplinaire de la crise suicidaire.*
- 4. Place essentielle réservée aux liens dans la prise en charge des personnes en crise suicidaire. Le sentiment d'être compris, reconnu et accepté par l'intervenant, la capacité d'établir un bon contact avec la personne suicidaire, ne peuvent être remplacés par aucune technique standardisée.*

1 - La famille et l'entourage proche

Inciter les familles, et en particulier les parents d'adolescents, à accorder une valeur à leur ressenti et à leurs inquiétudes, avec demande d'aide à l'extérieur de la famille et auprès de professionnels.

Informers les parents des facteurs de risque repérables sans investigation ou nécessitant le recours aux soins spécialisés.

Informers la famille des facteurs de protection, en particulier :

- maintenir ou restaurer le lien affectif du sujet en crise avec sa famille et avec les autres, malgré ses tentatives de s'exclure du cercle familial ou à s'isoler ;*
- éviter l'accès aux moyens ou retirer les objets susceptibles d'être utilisés par la personne en crise pour s'autoagresser ;*
- être attentive aux signes évolutifs de la crise, sans banaliser ni dramatiser, par des réactions en symétrie ou en miroir de celles du sujet suicidaire.*

Développer ou renforcer au sein de la famille la capacité de mettre en mots, les tensions ressenties et agies.

Favoriser l'alliance thérapeutique avec les autres intervenants, tout comme les initiatives positives de la personne.

Considérer la concordance ou la multiplication des manifestations alarmantes à l'intérieur et à l'extérieur de la famille comme un élément de gravité.

Faciliter la mise à disposition des informations susceptibles d'améliorer le repérage de la crise suicidaire.

2 - Milieu socioprofessionnel

En milieu scolaire

Le cumul des difficultés sociales et familiales, l'absentéisme scolaire, l'isolement au sein du groupe, la consultation auprès de l'infirmière scolaire ou du psychologue, le fait qu'un tiers vienne s'inquiéter pour un élève sont à considérer avec vigilance.

Il est recommandé de :

Communiquer sur les réseaux d'écoute et d'accueil jeune (numéros verts et accueils locaux).

Favoriser le développement en milieu scolaire des programmes visant à améliorer l'estime de soi et à s'exercer à la résolution de conflits.

En cas d'inquiétude ressentie, proposer à l'élève de le rencontrer, éventuellement plusieurs fois.

En cas d'énoncé suicidaire ou de plan suicidaire, ne pas se laisser enfermer dans le secret, se référer à l'infirmière ou au médecin scolaire.

Contactez les parents.

En cas d'imminence de passage à l'acte, solliciter l'aide urgente du réseau de soins (médecins traitants, dispositif d'urgence ou spécialisé en psychiatrie).

En milieu universitaire

Les problèmes d'adaptation, l'isolement, les conduites d'échec constituent les principaux soubassements de crises, particulièrement pendant la première année de faculté.

Il est recommandé de favoriser l'accueil, les dispositifs de parrainage, la qualité de diffusion de l'information disponible.

En milieu professionnel

L'entourage est toujours un recours et un soutien. L'infirmier(e) et le médecin du travail sont des interlocuteurs privilégiés.

L'augmentation du suicide est significative chez l'adulte jeune. Les ruminations et les plans suicidaires, les troubles dépressifs, semblent particulièrement dissimulés parmi cette population d'actifs et méritent d'être interrogés.

Les conflits en milieu professionnel sont de gestion difficile et ont souvent un retentissement de souffrance psychique importante.

Il est recommandé de :

Évoquer et interroger sur des idées suicidaires en cas de consultations répétées de médecine du travail, particulièrement après un arrêt maladie.

Rechercher des abus de toxiques (alcool...) comme facteurs de risques associés.

Contactez l'entourage familial si cela aide à une diminution des tensions.

Privilégier le médecin généraliste comme premier interlocuteur du soin.

Recourir à l'urgence en cas d'expression de troubles psychiques aigus et évoquant l'imminence d'un passage à l'acte.

3 - Médecins généralistes

Nous avons déjà vu les modalités de l'évaluation.

Il est recommandé de :

1. Renforcer la formation des médecins généralistes concernant :

- le repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire ;*
- l'écoute active de la souffrance psychique ;*
- la préparation du sujet (et de son entourage) à un suivi spécialisé lorsqu'une pathologie psychiatrique est dépistée ou soupçonnée ;*
- l'implication de la famille ou de l'entourage dans la prise en charge des patients en crise ;*
- l'articulation avec des partenaires locaux (réseaux sanitaires et sociaux).*

2. Organiser une expérience de formation sur le modèle de Gotland qui a montré que l'amélioration des modalités de dépistage et de prise en charge de la dépression par les médecins généralistes est possible et efficace en termes de morbidité et de mortalité.

3. Développer des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes.

4 - Les paramédicaux de proximité et les travailleurs sociaux

Dans les cas de crise suicidaire de nature psychosociale ou familiale, le jury recommande de viser une réduction de la tension et une orientation vers les structures sanitaires et sociales, socio-éducatives, et vers les réseaux existants.

C'est pourquoi le professionnel paramédical devra être formé :

- à reconnaître la nature de la crise suicidaire, à différencier les modes de réponses ;
- à identifier des correspondants extérieurs auxquels il pourra adresser les personnes ;
- à développer et entretenir des relations de complémentarité dans la prise en charge.

5 - Réseau d'accueil et d'écoutes

Les services d'aide téléphoniques apportent un support privilégié pour la prévention du suicide chez les adolescents et chez les personnes âgées. L'intervention à domicile s'avère particulièrement bien acceptée pour ces populations.

Il est recommandé de :

Mieux évaluer les services téléphoniques français généralistes ou spécialisés, fréquemment confrontés à l'écoute de personnes en crise suicidaire.

Formaliser les programmes de formation centrés sur la spécificité et la variété des situations de crises suicidaires et mettre en place des protocoles de bonne pratique, adaptés à ce travail.

Organiser pour les écoutants, de façon plus systématique, une supervision assurée par des spécialistes.

Améliorer la connaissance du réseau de soins existant et des personnes ressources, avec le but d'affiner les orientations et de préparer le relais vers des structures de soins ou de suivis appropriés.

Mener une réflexion sur les interventions avec sortie d'anonymat et respect de la confidentialité pour les cas de passage à l'acte imminents ou avérés.

6 - Urgences

Les situations de crise suicidaire en phase aiguë passent fréquemment aux urgences hospitalières, le plus souvent comme effet immédiat d'un passage à l'acte, mais aussi sous la forme d'une symptomatologie anxieuse, somatique ou toxicologique.

L'organisation de l'accueil aux urgences, avec une mise au calme en essayant de garder autant que possible les mêmes interlocuteurs, contribue à une sécurisation immédiate qui est également favorable à l'évaluation du risque et aux décisions concernant la prise en charge.

Recommandations

L'évaluation du risque suicidaire associera les constatations cliniques et l'utilisation de l'échelle de désespoir de Beck. Elle respectera les principes suivants :

- une souffrance tolérable doit être écoutée, une souffrance intolérable (grande perplexité anxieuse, agitation) doit être soulagée par des traitements symptomatiques ;

- l'examen médical de la personne en crise reste indispensable. Il permet d'apaiser et d'entrer en relation ;
- la recherche d'antécédents de tentative de suicide fait partie de l'interrogatoire ;
- la famille et les accompagnants sont à écouter car souvent impliqués dans le suivi ; la possibilité de soutien du suicidaire sera évaluée en cas de retour au domicile comme en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

À l'issue de cette évaluation, un avis spécialisé ou une hospitalisation brève est recommandé en principe de référence.

L'hospitalisation du patient reste indiquée à partir des urgences en cas de :

- risque suicidaire imminent ;
- situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie ;
- perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique.

Après une consultation spécialisée et à l'issue de l'hospitalisation aux urgences, le relais de soins du sujet est à considérer à partir du réseau sociosanitaire connu et disponible.

Cette mise en liens est particulièrement indiquée pour les patients qui n'investissent aucune filière de soins autre que la répétition mécanique de leur passage aux urgences en situation de crise.

Remarque

Les urgences étant continuellement en difficulté pour gérer les flux d'entrants, on ne saurait trop recommander la possibilité de recours à des lits de crise.

7 - Psychiatres

1. L'intervention du psychiatre se situe à toutes les phases de la crise suicidaire pour :

- évaluer la psychopathologie ;
- diagnostiquer la crise et les troubles psychiatriques qui peuvent lui être associés ;
- déterminer des stratégies thérapeutiques immédiates et au long cours de ces patients.

2. Les éléments centraux de cette prise en charge sont :

- son adaptation à chaque pathologie ;
- l'importance de la relation ;
- les particularités de cette relation (attachement, suppléance des objets internes par des objets réels, caractère conflictuel des identifications).

3. Les données concernant les médicaments sont les suivantes :

Lithium

Dans la psychose maniaco-dépressive bipolaire, le lithium ramène le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale, du moins après une année de traitement. Dans les formes unipolaires ce résultat n'est pas retrouvé.

Antidépresseurs

Aucune étude validée versus placebo ne prouve une amélioration du risque suicidaire sur une population tout-venant. En revanche, de nombreuses études épidémiologiques sont en faveur d'une diminution du risque chez les patients suicidaires déprimés.

Quelques méta-analyses vont dans ce sens en montrant une amélioration plus rapide des idées suicidaires avec les I.R.S. (Inhibiteur de la Recapture de la

Sérotonine) par rapport aux tricycliques. Ceci n'exclut pas l'existence de raptus suicidaires brutaux et d'idéation suicidaire rapportés avec tous les antidépresseurs. Il est reconnu que le risque d'intoxication mortelle est beaucoup plus faible avec les nouveaux antidépresseurs qu'avec les tricycliques.

Neuroleptiques

Il n'a jamais été clairement démontré que les neuroleptiques classiques réduisaient le risque de tentative ou de suicide chez les patients souffrant de schizophrénie. Il existe quelques arguments en faveur d'un effet protecteur, contre le suicide, des neuroleptiques atypiques ou "nouveaux antipsychotiques".

Benzodiazépines

Malgré leur efficacité sur certains troubles anxieux spécifiques, elles n'ont pas montré d'efficacité dans le risque suicidaire.

Il n'existe aucune étude expérimentale venant confirmer la nécessité d'associer systématiquement les benzodiazépines aux antidépresseurs dans le traitement de la dépression.

Le jury :

Souligne la nécessité d'une évaluation psychiatrique soigneuse devant une crise suicidaire majeure ou grave.

Recommande le recours à la psychiatrie dans tous les cas ou l'existence d'une pathologie psychiatrique s'associe à la crise (grade A).

Recommande le recours à la psychothérapie dans tous les cas où cet abord est indiqué pour traiter les facteurs psychopathologiques de vulnérabilité ou diminuer les effets critiques.

Recommande de n'utiliser les psychotropes dans la crise suicidaire qu'en fonction des pathologies psychiatriques éventuellement associées. En particulier, les benzodiazépines prescrites le plus souvent à l'instigation des patients, sont encore trop ou trop longtemps utilisées.

8 - L'hospitalisation

L'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est d'urgence élevée (cf. ci-dessus).

Toute autre situation devra être évaluée au cas par cas.

Elle aura pour but :

- la protection de la personne ;
- l'établissement d'une relation de confiance avec elle ;
- la mise en mots de la souffrance en ayant le souci constant de définir et de favoriser les soins ultérieurs (cf. ci-dessous "suivi").

Si l'hospitalisation est refusée et que la dangerosité de la situation l'impose, il pourra être nécessaire de recourir aux dispositions de la loi du 27 juin 1990.

Quel que soit le contexte, et notamment en urgence, il convient d'expliquer systématiquement au patient les raisons de cette démarche de soins et l'impossibilité d'y déroger, les conditions de la prise en charge (lieu d'hospitalisation, délai, équipe) et l'aspect transitoire de cette hospitalisation. Il faut travailler une alliance thérapeutique même lorsqu'elle paraît rompue.

Situations particulières

La personne âgée

À partir de 65 ans, le taux de suicide augmente avec l'avance en âge.

Chez les personnes âgées, la crise suicidaire est souvent peu apparente et elle est difficile à reconnaître. Ces personnes ne montrent pas leur détresse de façon

bruyante ou par une tentative de suicide. Des signes comme le repli sur soi, les attitudes de désinvestissement, le refus de s'alimenter ou le refus de soin doivent faire évoquer la possibilité d'une crise suicidaire. La détermination à se donner la mort augmente avec l'âge.

Facteurs de risque spécifiques : l'âge supérieur à 75 ans, le sexe masculin, la perte du conjoint, les maladies somatiques (notamment celles sources de handicap ou de douleur), les changements d'environnement (comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital), la perte des rôles, l'isolement, les conflits et la maltraitance, la dépression (quasiment constante même si ses manifestations ne sont pas toujours typiques), l'existence de moyens de suicide par mort violente qu'il faudra rechercher et mettre à l'écart.

Il est recommandé de :

Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la crise suicidaire et du suicide dans le grand âge.

Améliorer la formation et l'information des professionnels de santé sur les aspects particuliers de la dépression, sa reconnaissance et son traitement chez le sujet âgé.

Améliorer le dépistage et le diagnostic de la dépression en médecine générale, en psychiatrie, en hospitalisation et en institution gériatrique, en proposant aux médecins concernés le large recours à des questionnaires simples et utilisables par tout médecin, comme le mini GDS.

Pour les addictions voir les RL.

V - Faut-il un suivi après la crise et sur quelle durée l'envisager ?

Les patients en crise suicidaire et ayant déjà fait une tentative de suicide ont un risque majeur de récurrence dans l'année qui suit le passage à l'acte, un taux de suicide de 1 % à un an et un risque accru de décès toutes causes confondues. Ce risque est majoré pour les suicidants présentant des facteurs de risque primaires.

Chez les patients présentant certaines pathologies psychiatriques à haut risque suicidaire (dépression, et schizophrénie notamment) il existe un lien entre la survenue d'une tentative de suicide et la diminution récente de l'intensité du traitement (diminution des posologies, espacement des consultations).

Chez les patients en crise (suicidaire ou non)

La prise en compte du contexte familial par les équipes psychiatriques favorise une bonne acceptation des soins spécialisés par le patient et son entourage.

Ce type de modalité contribue à dédramatiser le recours à la psychiatrie et diminue le taux des rechutes.

Le suivi est essentiel dans tous les cas.

Les modalités proposées seront adaptées au stade évolutif de la crise, au moment de la prise en charge, au contexte dans lequel elle s'inscrit et aux professionnels ou intervenants sollicités.

Dans tous les cas le jury recommande :

D'envisager et d'organiser la continuité des soins dès le début de la prise en charge de crise.

D'orienter les sujets qui présentent des facteurs de risque primaires ou un cumul de plusieurs facteurs de risque (troubles psychiatriques patents, suicidants, et addictions) vers un suivi spécialisé, qu'il s'agisse d'une hospitalisation ou d'un suivi ambulatoire.

D'organiser également un suivi après la crise (tant sur le plan personnel que familial) pour les sujets présentant une crise suicidaire sans facteur de risque primaire.

Ce suivi non systématiquement médicalisé, doit s'inscrire dans le réseau déjà sollicité.

De favoriser l'alliance thérapeutique sur le long terme, d'informer le sujet et son entourage sur le choix de l'orientation et d'éviter une rupture de la continuité des soins.

De maintenir une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.

Le texte intégral est disponible sur demande écrite auprès de :
Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Service Communication et Diffusion
159, rue Nationale - 75640 PARIS cedex 13

ou téléchargeable sur les sites :

<http://www.anaes.fr>

<http://www.sante.fr>

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE DES ADOLESCENTS APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Texte des recommandations

ANAES / Recommandations professionnelles / Novembre 1998

I. INTRODUCTION

1. Définition des termes utilisés

- *Suicide* : mort volontaire.
- *Tentative de suicide (TS)* : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.
- *Menace de suicide* : conduite faisant craindre la réalisation à court terme d'une TS.
- *Suicidé* : individu qui s'est donné la mort volontairement.
- *Suicidant* : individu qui a réalisé une TS.
- *Suicidaire* : individu ayant des idées ou exprimant des menaces de suicide.

2. Patients auxquels s'adressent les recommandations

Les recommandations s'appliquent aux adolescents et aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans. Elles peuvent être étendues jusque vers 25 ans, la limite d'âge supérieure de la dépendance au milieu familial et des comportements psychosociaux propres à l'adolescence étant difficile à définir avec précision.

3. Cibles professionnelles des recommandations

Les recommandations qui suivent répondent plus particulièrement à trois problèmes : l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie. Elles s'adressent donc en priorité aux acteurs hospitaliers de la prise en charge. Elles s'adressent également à tous les professionnels de santé susceptibles de prendre en charge des suicidants, en particulier dans le cadre du projet de sortie de l'hôpital.

4. Grade des recommandations

Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve. Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique forte, fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire. Une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel.

II. PROBLÈMES SOULEVÉS PAR UNE TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ UN ADOLESCENT

Une TS chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une "crise d'adolescence". Elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. Outre la possibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire. Environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2 % des suicidants décèdent par suicide dans ce délai.

Dans 20 à 30 % des TS, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, troubles sévères de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte. Il faut systématiquement la rechercher, l'identifier et la traiter.

Dans les autres cas, la TS est sous-tendue par des facteurs de risque et par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autre voie de résolution que l'atteinte corporelle. Il faut reconnaître la souffrance exprimée au travers de ce comportement et trouver, à un rythme adapté à chaque situation individuelle, les modalités d'intervention qui vont permettre la résolution de la crise et la prévention de la récurrence. Une TS est aussi un événement permettant la mise en route d'une prise en charge et de soins.

III. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS

En cas de TS, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement.

Tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins, où cette triple évaluation sera commencée. Cette recommandation repose sur un accord professionnel. Le non-recours aux urgences hospitalières ne peut être envisageable que s'il est possible d'éliminer toute gravité somatique immédiate ou différée, et si la triple évaluation peut être commencée immédiatement par un réseau d'intervenants extrahospitaliers habitués à prendre en charge des adolescents. Ce réseau doit être préexistant, structuré, clairement identifié et immédiatement mobilisable.

La prise en charge des adolescents suicidants doit reposer sur des principes fondamentaux de travail en équipe pluridisciplinaire, de stabilité et de disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, de continuité des soins, de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge. Il est recommandé que soit désigné, pour un patient donné, un professionnel "réfèrent", c'est-à-dire un interlocuteur facilement accessible, qui organise et coordonne les soins et le suivi sur un mode personnalisé, et donne sa cohésion à la prise en charge hospitalière ou dans le cadre d'un réseau de soins.

IV. PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS AUX URGENCES

1. Accueil aux urgences

La qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité paraissent essentiels à la bonne continuité des soins et à l'adhésion de l'adolescent. Les soins prévus doivent être présentés au patient dès que son état somatique et sa vigilance le permettent. Tout en fixant un cadre strict à la prise en charge, il apparaît important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité.

2. Examen somatique

L'examen somatique initial évalue la gravité immédiate et différée du geste suicidaire et permet de définir le traitement et la surveillance adaptés. Il doit être complété dans un second temps pour évaluer, entre autres, l'état général, l'état nutritionnel et statur pondéral, les comorbidités, l'hygiène de vie, le développement pubertaire et la vie sexuelle (en particulier recherche d'une éventuelle grossesse en cours). Il apporte des éléments utiles à l'évaluation psychologique. Il guide le choix des examens complémentaires, des consultations spécialisées et des traitements éventuellement nécessaires.

3. Évaluation psychologique

L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre, si possible formé à l'approche des adolescents (recommandation de grade C). Elle doit commencer le plus précocement possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission, dès que l'état somatique et la vigilance le permettent. Il faut s'assurer qu'elle peut se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique. Cette étape d'évaluation est en soi thérapeutique si elle est réalisée dans de bonnes conditions. Les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une éventuelle pathologie psychiatrique et de signes de gravité pouvant faire craindre une récurrence à court terme. Il est généralement impossible de recueillir dans le contexte des urgences tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique, l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront.

Les éléments à réunir concernent en particulier :

- le geste suicidaire : modalités, intentionnalité, but, facteurs déclenchants, idées suicidaires passées et actuelles, antécédents de TS personnels ou dans l'entourage ;*
- la santé mentale : antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, modalités de prise en charge, adhésion aux traitements proposés, prise de médicaments psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac ;*
- la biographie : maltraitance, abus sexuels, événements entraînant une rupture ou une menace de rupture (en particulier amoureuse), fugues, grossesses, interruptions volontaires de grossesse ;*
- le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, scolaire ou professionnelle, degré et désir d'autonomie, étayage par l'entourage, conduites avec prises de risques (activités ou sports dangereux, relations sexuelles non protégées, conduites violentes), projets scolaires, professionnels et relationnels.*

Bien qu'aucun critère ne soit formellement prédictif, il faut rechercher les éléments faisant craindre une récurrence à court terme de la TS :

- intentionnalité suicidaire. On peut s'aider de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck pour structurer l'entretien ;*
- antécédent de TS, en particulier dans le jeune âge, antécédent de TS dans l'entourage ;*
- absence de facteur déclenchant explicite ;*
- pathologie psychiatrique, en premier lieu les états dépressifs, particulièrement polymorphes chez l'adolescent ;*
- abus sexuels, maltraitance ;*
- conduites violentes et comportements à risque, prise de drogues, abus régulier d'alcool.*

Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche, afin d'appréhender leur propre vécu, de recueillir leurs difficultés et leurs plaintes, et d'apprécier la qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital.

4. Évaluation sociale

Elle doit préciser le contexte social de l'entourage, la situation scolaire ou professionnelle de l'adolescent, son niveau d'adaptation et l'existence éventuelle d'un suivi social en cours. Elle peut conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de maltraitance ou d'abus sexuels. Elle nécessite l'intervention d'un(e) assistant(e) social(e) au sein de l'équipe.

V. PRISE EN CHARGE APRÈS LA PÉRIODE DE SOINS AUX URGENCES

L'évaluation psychologique, familiale et sociale doit être poursuivie, parallèlement à la mise en route des soins. Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier : une prise en charge hospitalière ou par un réseau ambulatoire. Il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant de définir si l'une est meilleure que l'autre. A défaut de cette donnée, un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge hospitalière des adolescents.

1. Prise en charge hospitalière

L'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement en cas :

- *de risques de récurrence immédiate de la TS, en particulier s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient ;*
- *de pathologie psychiatrique non stabilisée, patente ou suspectée, dans le but de préciser le diagnostic et d'instaurer un traitement adapté au trouble identifié ;*
- *d'environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient ;*
- *si l'adolescent le désire ;*
- *s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.*

Idéalement, l'hospitalisation du patient se déroulera dans une unité adaptée à recevoir des adolescents et reconnue dans le schéma de santé local pour sa compétence dans ce domaine. Selon les contraintes locales, il peut s'agir de services de crise et d'urgences psychiatriques, de psychiatrie infanto-juvénile ou d'adultes, de pédiatrie, voire de médecine qui se chargent de cette mission.

Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour hospitalier, même si l'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie.

Une hospitalisation qui viserait seulement à mettre temporairement l'adolescent à l'écart de ses difficultés extérieures, sans autre forme de soins, ne peut suffire et ne paraît pas être supérieure en efficacité à un suivi ambulatoire. Il est essentiel que soient développés simultanément et dès le début du séjour hospitalier des soins somatiques et psychiques (recommandation de grade C).

2. Prise en charge par un réseau ambulatoire

En l'absence d'indication d'hospitalisation, le relais sous forme d'une prise en charge ambulatoire intensive par un réseau d'intervenants extrahospitaliers peut être également envisagé. Ce réseau doit pouvoir assurer la poursuite de l'évaluation et les soins. Selon les cas, ce réseau peut faire intervenir les centres

médico-psychologiques sectoriels ou intersectoriels, mais aussi des centres d'accueil et de crise, des praticiens libéraux, médecin généraliste ou psychiatre.

VI. LE SUIVI ULTÉRIEUR

1. Préparation de la sortie

Qu'elle se fasse directement à partir du service d'urgences vers un réseau de soins ou de l'unité hospitalière qui a pris en charge l'adolescent après l'accueil aux urgences, la sortie du suicidant doit être soigneusement préparée. Elle doit être adaptée à chaque cas particulier.

Les liens préalables doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge (selon le cas, médecin généraliste, psychiatre, travailleurs sociaux, médecin ou infirmière scolaires, éducateur) pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi corrects de l'adolescent. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge.

2. Modalités du suivi

Des suivis structurés, planifiés, reposant éventuellement sur des programmes psychothérapeutiques préparés, permettent d'augmenter l'adhésion aux soins et de diminuer le nombre de récurrences suicidaires. Des rendez-vous de consultation planifiés au préalable par l'équipe hospitalière, avec des intervenants connus par l'adolescent et acceptés par lui, sont plus souvent honorés. L'adhésion du patient à ce suivi paraît augmentée lorsqu'il lui est proposé de consulter initialement des membres de l'équipe qui l'a pris en charge lorsqu'il était hospitalisé, par exemple dans un dispensaire rattaché à l'hôpital. Des études démontrent l'utilité de fournir au suicidant des coordonnées écrites lui permettant de joindre et de consulter rapidement un correspondant qu'il connaît ou une unité de consultations (recommandations de grade B).

Dans les cas où l'adolescent ne se présente pas aux rendez-vous de consultation, il est utile que les intervenants concernés effectuent des rappels de ces rendez-vous, au besoin par téléphone, pour aider à l'intégration dans le schéma de soins. Dans les cas où de nombreux indices de détresse persistent, il paraît utile d'agir sur le lieu de vie si cela est organisable, par exemple par des visites à domicile, des réunions de synthèse avec les travailleurs sociaux ou les éducateurs, un soutien psychologique auprès de la famille ou en hospitalisant à nouveau si nécessaire l'adolescent dans l'unité qui l'a auparavant accueilli.

VII. ACTIONS SOUHAITÉES

Les disparités dans les moyens de prise en charge et de soins aux adolescents en France imposent une réflexion et l'élaboration de stratégies adaptées pour permettre à chaque adolescent en détresse de trouver des réponses reposant sur des principes fondamentaux de qualité et de spécificité des soins. Des actions de formation et des moyens supplémentaires au niveau des équipes d'accueil doivent être développés. Il paraît souhaitable au groupe de travail d'inciter à la création de structures de prise en charge bien identifiées dans les établissements de soins et dans les réseaux ambulatoires, avec des "référénts" identifiés par tous les acteurs de la prise en charge.



BOURGOGNE

Etablissements de santé ayant un service de psychiatrie

Département de la Côte-d'Or

- Etablissements, siège de sectorisation psychiatrique

S'y adresser pour obtenir les coordonnées des structures publiques de soins psychiatriques les plus proches, en hospitalisation ou en ambulatoire (CMP).

Centre Hospitalier Universitaire

Bd Mal de Lattre de Tassigny
21000 Dijon

service de psychiatrie générale
hôpital général, 3 rue du Faubourg Raines, Dijon
Tél : 03.80.29.37.69

service de psychiatrie infanto-juvénile
site du Bocage, Dijon
Tél : 03.80.29.34.60

Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois

Avenue Pasteur
21140 Semur-en-Auxois

service de psychiatrie générale
Tél : 03.80.89.64.72

service de psychiatrie infanto-juvénile
Tél : 03.80.89.64.78

Centre Hospitalier Spécialisé de la Chartreuse

1, bd Chanoine Kir
21000 Dijon
Tél : 03.80.42.48.48

Département de la Nièvre

- Etablissements, siège de sectorisation psychiatrique

S'y adresser pour obtenir les coordonnées des structures publiques de soins psychiatriques les plus proches, en hospitalisation ou en ambulatoire (CMP).

Centre Hospitalier de Nevers

1, avenue Colbert
58000 Nevers
Tél : 03.86.68.30.30

Centre Hospitalier Spécialisé de La Charité

51, rue des Hôtelleries
58400 La Charité-sur-Loire
Tél : 03.86.69.40.40

- Etablissement de santé privé

Clinique du Château de Tremblay Chaulgnes

58320 Pouges-les-Eaux
Tél : 03.86.59.75.75

Département de la Saône-et-Loire

- Etablissements, siège de sectorisation psychiatrique

S'y adresser pour obtenir les coordonnées des structures publiques de soins psychiatriques les plus proches, en hospitalisation ou en ambulatoire (CMP).

Centre Hospitalier de Mâcon

Bd Louis Escande
71018 Mâcon Cedex
Tél : 03.85.20.30.40

services de psychiatrie générale
Hôtel-Dieu, 344, rue des Epinoches, Mâcon
Tél : 03.85.38.90.00

CMP Enfants et Adolescents
86, bis rue Rambuteau, Mâcon
Tél : 03.85.38.24.00

Centre Hospitalier Spécialisé de Sevrey

71131 Sevrey Cedex
Tél : 03.85.92.82.00

- Etablissement de santé privé

Clinique Générale de Bourgogne

33, rue Charles Dodille
71100 Chalon-sur-Saône
Tél : 03.85.92.38.00

Département de l'Yonne

- Etablissement, siège de sectorisation psychiatrique

S'y adresser pour obtenir les coordonnées des structures publiques de soins psychiatriques les plus proches, en hospitalisation ou en ambulatoire (CMP).

Centre Hospitalier Spécialisé de l'Yonne

4, avenue Pierre Scherrer
89000 Auxerre
Tél : 03.80.48.48.48

- Etablissements de santé privés

Clinique Ker Yonnec

89370 Champigny-sur-Yonne
Tél : 03.86.66.66.66

Clinique de Régennes

89380 Appoigny
Tél : 03.86.53.19.99



BOURGOGNE

Services d'Accueil des Urgences (S.A.U.)

(Pour les appels téléphoniques, passer par le 15)

Département de la Côte-d'Or

Centre Hospitalier Universitaire

1, bd Jeanne d'Arc - BP 1542
21034 Dijon Cedex

Hôpital Général

Rue du Faubourg Raines
21000 Dijon

Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois

3, avenue Pasteur
21140 Semur-en-Auxois

Département de la Nièvre

Centre Hospitalier de Nevers

1, avenue Colbert
58000 Nevers

Département de la Saône-et-Loire

Centre Hospitalier de Chalon-sur-Saône

7, quai de l'Hôpital - BP 120
71100 Chalon-sur-Saône

Centre Hospitalier de Mâcon

Bd Louis Escande
71018 Mâcon Cedex

Centre Hospitalier de Paray-le-Monial

15, rue Pasteur
71604 Paray-le-Monial Cedex

Département de l'Yonne

Centre Hospitalier de Sens

1, avenue Pierre de Coubertin - BP 808
89108 Sens Cedex

Centre Hospitalier d'Auxerre

2, bd de Verdun - BP 69
89011 Auxerre Cedex



BOURGOGNE

Unités de Proximité, d'Accueil, Traitement et Orientation des Urgences (U.P.A.T.O.U.)

Département de la Côte-d'Or

Centre Hospitalier Châtillon-sur-Seine

BP 111
21402 Châtillon-sur-Seine Cedex

Centre Hospitalier Montbard

BP 80
21506 Montbard Cedex

Centre Hospitalier Beaune

Avenue Guigone de Salins - BP 104
21203 Beaune Cedex

Département de la Nièvre

Centre Hospitalier Decize

Route de Moulins - BP 65
58300 Decize

Centre Hospitalier Cosne-sur-Loire

96, rue Maréchal Leclerc - BP 141
58206 Cosne-sur-Loire Cedex

Centre Hospitalier Clamecy

14, route de Beaugy
58500 Clamecy

Département de la Saône-et-Loire

Centre Hospitalier Jean Bouveri

BP 189
71307 Montceau-les-Mines Cedex

Hôtel-Dieu le Creusot

175, rue du Maréchal Foch
71200 Le Creusot

Centre Hospitalier Autun

9, bd Frédéric Latouche - BP 69
71400 Autun

Département de l'Yonne

Centre Hospitalier Avallon
BP 197
89206 Avallon Cedex

Centre Hospitalier Tonnerre
Rue des Jumériaux
89700 Tonnerre

Centre Hospitalier Joigny
5, avenue Gambetta - BP 229
89306 Joigny Cedex

Données épidémiologiques

BAUDELLOT Ch., ESTABLET R.

Suicide : évolution séculaire d'un fait social. – Economie et statistique, juillet-août 1984, n° 168 : 59-76.

BERTSCHY G., VANDEL S.

Les liens entre suicide et dépression : aspects épidémiologiques. – L'encéphale, 1991, n° 17 : 33-36.

BOURGEOIS M., FACY F., ROUILLON F., VERDOUX H.

Epidémiologie du suicide. – Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie, 37-397-A-20. – Paris : Elsevier, 1997.

BOURGOIN N.

Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire. – Paris : Ministère de la justice, mai 1996.

CHAPARD I.

Tentatives de suicide chez l'enfant. – Mémoire pour le D.E.S.C. de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Lyon : Faculté de médecine, 1998.

DAVIDSON F., PHILIPPE A.

Suicide et tentative de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique. – Paris : INSERM/Doin, 1986. – (Coll. Grandes enquêtes).

DEBOUT M., rapporteur

Le suicide : étude présentée par la section des affaires sociales du Conseil économique et social. – Paris : Direction des journaux officiels, 1993. – (Avis et rapports ; 15).

DESHAIES G.

Psychologie du suicide. – Paris : PUF, 1947. – (Bibliothèque de philosophie contemporaine).

DREES

Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique. – Etudes et résultats, avril 2001, n° 109.

DURKHEIM E.

Le suicide : étude de sociologie. – Paris : PUF, 1991. – (Coll. Quadrige). – 1^{ère} éd., Paris : Alcan, 1897.

FACY F.

Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : approche épidémiologique. – In : Lebovici S., Diatkine R., Soule M. – Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Tome II. – Paris : PUF, 1995 : 1501-1515.

FACY F., JOUGLA E., HATTON F.

Epidémiologie du suicide de l'adolescent. – La revue du praticien, 1^{er} septembre 1998, tome 48, n° 13 : 1409-1414.

FOSSEY L.

La prévention du suicide en milieu carcéral. – La santé de l'homme, juillet-août 1999, n° 342 : 33-37.

GUEDJ M.-J., CAROLI F.

Le suicide. – Paris : Flammarion, 1999. – (Coll. Dominos).

HARDY P.

Facteurs de risque et populations à risque, la prévention du suicide : rôle des praticiens et des différentes structures de soins. – In : La prévention du suicide. – Paris : Doin, 1997 : 9-28.

HATTON F., FACY F., LE TOULLEC A.

Evolution récente de la mortalité par suicide en France 1985-1994. – BEH, 1996, n° 30 : 132-133.

INSERM SC8

Causes médicales du décès. – Paris : INSERM, 1994.

LEJOYEUX M., LEON E., ROUILLON F.

Prévalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. – L'encéphale, 1994, n° 20 : 495-503.

MECHERI A.

Intérêts de l'autopsie des suicidés en Saône-et-Loire. – Mémoire de l'A.E.U. de thanatologie et de criminalistique, 1996-1997. – Lyon : Université Claude Bernard, 1997.

MICHEL E., JOUGLA E., HATTON F.

Mourir avant de vieillir. – Insee première, février 1996, n° 429.

NIZARD A., DIVONNE G. de

Le suicide en France : éléments statistiques. – In : Actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/1998, 2^{ème} journée nationale pour la prévention du suicide. – Paris : Lundbeck, 1998 : 79-95.

ORS Bourgogne

Les suicides en Bourgogne. – In : La santé observée : tableau de bord régional sur la santé en Bourgogne, 1999.

PEQUIGNOT F., JOUGLA E., LE TOULLEC A., BOVET M.

Mortalité par suicide chez les jeunes en France en 1997 et évolution depuis 1980. – BEH, 2000, n° 9 : 1-3.

ROUILLON F.

Epidémiologie du suicide. – La revue du praticien, 1^{er} mars 1987, tome 37, n° 13 : 703-708.

SURAUULT P.

Variation sur les variations du suicide en France. – Population, juillet-octobre 1995, n° 4-5 : 983-1012.

WALTER M.

Le suicide selon les âges de la vie. – L'encéphale du praticien, novembre 2000, hors série n° 5 : 35-38.

Aspects historiques

ALVAREZ A.

Le dieu sauvage : essai sur le suicide. – Paris : Editions Mercure, 1972.

ARIES P.

Essais sur l'histoire de la mort en Occident. – Paris : Editions du Seuil, 1975.

DESHAIES G.

Psychologie du suicide. – Paris : PUF, 1947. – (Bibliothèque de philosophie contemporaine).

DOSTOÏEVSKI F.

Les possédés. – Paris : LGF, 1983. – (Coll. Classiques).

DURKHEIM E.

Le suicide : étude de sociologie. – Paris : PUF, 1991. – (Coll. Quadrige). – 1^{ère} éd., Paris : Alcan, 1897.

FREUD S.

Deuil et mélancolie. – In : Métapsychologie. – Paris : Gallimard, 1985. – (Folio essais).

GUEDJ M.-J., CAROLI F.

Le suicide. – Paris : Flammarion, 1999. – (Coll. Dominos).

HAIM A.

Les suicides d'adolescents. – Paris : Payot, 1969.

HATTSTEIN M.

Les grandes religions. – Cologne : Editions Köneman, 1997.

HEUYER G.

Psychoses collectives et suicides collectifs. – Paris : PUF, 1973.

KROMICHEFF E.

Peut-on avoir raison de se tuer ? : réflexion sur le sens du passage à l'acte. – Bulletin d'information du CREAL de Bourgogne, décembre 2000, n° 199 : 7-17.

LACROIX E. de, BIROT E., JEAMMET Ph.

Histoire des recherches et des données cliniques sur les tentatives de suicide des adolescents. – In : Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte / sous la direction de Jeammet Ph., Birot E. – Paris : PUF, 1994 : 5-37.

MISHIMA Y.

Confession d'un masque. – Paris : Gallimard, 1971.

MONESTIER M.

Suicides : histoire, techniques et bizarreries de la mort volontaire, des origines à nos jours. – Paris : Le cherche-midi éditeur, 1995. – (Coll. Documents).

MONTESQUIEU C. de

Lettres persanes. – Paris : Gallimard, 1973. – (Coll. Folio classique).

SMEDT M. de

Les textes sacrés d'Orient : initiation et connaissance. – Paris : Belfond, 1976.

Chapitre 3

Aspects juridiques

CORDIER B., PETITJEAN F., PRETERRE P.

Les responsabilités dans le suicide. – Revue Humeurs, 1990, n° 3 : 13-15.

MALICIER D.

La responsabilité médicale : données actuelles. – Lyon : Editions A. Lacassagne, 1992.

MORON P.

Le suicide. – 7^{ème} éd. – Paris : PUF, 1999. – (Coll. Que sais-je ?).

OLLIER C.

Suicide et responsabilité juridique. – Santé mentale, avril 1998, n° 27 : 38-39.

TYRODE Y., PLACIER O., VEDRENNE B.

Implications médico-légales de l'acte suicidaire. – In : Dépression et suicide / sous la direction de Thérèse Lemperière. – Paris : Acanthe/Masson/Smithkline Beecham, 2000 : 207-230. – (Coll. PRID).

Chapitre 4

Aspects philosophiques

KANT E.

Métaphysique des mœurs 1 : fondation, introduction. – Paris : Flammarion, 1995. – (GF ; 715).

KROMICHEFF E.

Peut-on avoir raison de se tuer ? : réflexion sur le sens du passage à l'acte. – Bulletin d'information du CREAL de Bourgogne, décembre 2000, n° 199 : 7-17.

NIETZSCHE F.

Ainsi parlait Zarathoustra : un livre pour tous et pour personne. – Paris : Le Livre de poche, 1972.

SARTRE J.-P.

L'Être et le Néant. – Paris : Gallimard, 1943.

SARTRE J.-P.

L'existentialisme est un humanisme. – Paris : Gallimard, 1996. – (Folio Essais ; 284).

Les Stoïciens

Paris : Gallimard, 1962. – (La Pléiade).

Chapitre 5

Aspects sociologiques

ANDRIAN J.

Suicide des personnes âgées de plus de 65 ans en 1995-1996 : le cas français. – In : Actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/1998. – Paris : Lundbeck, 1998 : 58-67.

BAZIN N., DRUNAT O., FREMONT P., LUTZLER P., BLANC M., BARBIER C.

Suicide, grand âge, ruralité et offre de soins : étude de 225 cas de suicides. – La revue de gériatrie, décembre 2000, tome 25, n° 10 : 733-742.

BAUDELLOT C., ESTABLET R.

Durkheim et le suicide. – Paris : PUF, 1998. – (Coll. Philosophies).

BONDU M.

La souffrance d'exister dans la culture de l'individu : un regard sociologique sur les difficultés des jeunes. – In : La prévention du risque suicidaire chez les adolescents et jeunes adultes. – Actes du colloque du 21 avril 1999. – Dijon : CREAL, 1999 : 34-48.

BOURDIEU P.

La jeunesse n'est qu'un mot. – In : Questions de sociologie. – Paris : Ed. de Minuit, 1981.

CHAUVEL L.

La croissance du suicide et les problèmes de la société française après les Trente Glorieuses. – In : Actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/1998, 2nde journée nationale pour la prévention du suicide. – Paris : Lundbeck, 1998 : 68-72.

CHAUVEL L.

En surnombre. – Santé mentale, avril 1998, n° 27 : 33-34.

DURKHEIM E.

Le suicide : étude de sociologie. – Paris : PUF, 1991. – (Coll. Quadrige). – 1^{ère} éd., Paris : Alcan, 1897.

GLORION F.

Le suicide des jeunes. – Laënnec, juin 1999 : 2-5.

LE GRAND E.

Sociologie du suicide. – La santé de l'homme, juillet-août 1999, n° 342 : 17-18.

NIZARD A., BOURGOIN N., DIVONNE G. de

Suicide et mal-être social. – Population et sociétés, avril 1998, n° 334.

Suicide des personnes âgées

ANDRIAN J.

Le suicide des personnes âgées de plus de 55 ans : lever un tabou. – La revue française des affaires sociales, 1988, n° 4 : 121-153.

ANDRIAN J.

Suicide des personnes âgées de plus de 65 ans en 1995-1996 : le cas français. – In : Actes du colloque au Conseil économique et social du 05/02/1998, 2nde journée nationale pour la prévention du suicide. – Paris : Lundbeck, 1998 : 58-67.

ASSERAF P.

Sujet âgé : attention suicide. – La gazette médicale, 1990, tome 97, n° 24.

BAZIN N., DRUNAT O., FREMONT P., LUTZLER P., BLANC M., BARBIER C.

Suicide, grand âge, ruralité et offre de soins : étude de 225 cas de suicides. – La revue de gériatrie, décembre 2000, tome 25, n° 10 : 733-742.

BOIFFIN A.

Le suicide de l'âgé. – Psychologie médicale, 1988, vol. 20, n° 6 : 807-809.

BRUN N.

Le suicide des personnes âgées. – Les dossiers du secteur social de l'UNAF, octobre 1991.

DAVIDSON F., PHILIPPE A.

Suicide et tentative de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique. – Paris : INSERM/Doin, 1986. – (Coll. Grandes enquêtes).

GRAUX P., COPIN J.-N., DUROCHER A.-M., DELHAYE M.-P.

Le suicide de la personne âgée vivant en institution. – La revue de gériatrie, 1982, tome 7, n° 1 : 22-24.

HAZIF C., THOMAS C., THOMAS P., SUTTER J.

Anticipation et motivation dans l'âge avancé. – Annales médico-psychologiques, 1997, vol 155, n° 8.

HENNIAUX M., ERNST J.

Le syndrome de glissement du sujet âgé. – La revue de gériatrie, septembre 1981, tome 6, n° 7 : 331-333.

LEGER J.-M., PAULIN S.

La prévalence de la dépression augmente considérablement après 65 ans. – La revue du praticien médecine générale, 1998, tome 12, n° 405.

LEGER J.-M., TESSIER J.-F., THERME J.-F.

Le suicide du sujet âgé. – La revue du praticien, 1^{er} mars 1987, tome 37, n° 13 : 731-736.

LEGER J.-M., CLEMENT J.-P.

La dépression et le vieillissement. – L'encéphale, 1992, tome XVIII : 511-516.

MAES M. et coll.

Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. – American journal of psychiatry, septembre 1993, vol. 150, n°9 : 1380-1385.

MONFORT J.-C.

Suicide des personnes âgées. – In : Dépression et suicide / sous la direction de Thérèse Lempérière. – Paris : Acanthe/Masson/SmithKline Beecham, 2000 : 157-169. – (Coll. PRID).

PELICIER Y.

Le sujet âgé et la mort. – Actualités psychiatriques, 1986, vol. 16, n° 3 : 11-16.

PICAULT L.

Suicides et tentatives de suicide chez la personne âgée. – Geriatrics : Praticiens et 3^{ème} âge, 1995, n° 1/2 : 17-23.

RANCE J.-C., LHOSTE G., COUDERT A.-J.

Les conduites suicidaires du sujet âgé. – Psychologie médicale, 1988, vol. 20, n° 3 : 359-361.

SIMEONE I.

Désir de mort ou mort du désir ? : quelques réflexions sur le suicide au cours du vieillissement. – Médecine et hygiène, 1985, n° 45 : 3525-3528.

Soins gériatrie

La crise suicidaire chez la personne âgée. – Soins gériatrie, juin 2001, n° 29 : 13-28.

VAISSIERE R.

La prévention du suicide chez le sujet âgé n'est pas mythique. – Impact médecin, 1992, n° 175 : 8-9.

VIDON G., LENDRESSE P.

Dépression et suicide chez les personnes âgées. – Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1988, n° 2/3 : 23-28.

WOLMARK G.

Le suicide passif : une réalité chez le vieillard. – Actualité en gériatrie, 1984, n° 38 : 26-28.

Chapitre 7

Suicide des adolescents

ARENES J.

Epidémiologie du suicide en France. – La santé de l'homme, juillet-août 1999, n° 342 : 15-16.

CHOQUET M.

Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. – Médecine thérapeutique/Pédiatrie, juillet-août 1998, vol. 1, n° 4 : 337-343.

CHOQUET M., LEDOUX S.

Adolescents : enquête nationale. – Paris : INSERM, 1994.

CHOQUET M., LEDOUX S.

Les idées suicidaires et les TS. – In : Adolescents : enquête nationale. – Paris : INSERM, 1996 : 159-165.

CHOQUET M., POMMEREAU X.

Enquête sur l'identification et l'orientation des jeunes à haut risque suicidaire. – INSERM, février 2001.

HAIM A.

Les suicides d'adolescents. – Paris : Payot, 1969.

Haut comité de la santé publique

Rapport à la conférence nationale de santé 1997.

JEAMMET Ph.

Conduites suicidaires chez l'adolescent. – La revue du praticien, 1^{er} mars 1987, tome 37, n° 13 : 725-730.

JEAMMET Ph. et BIROT E., sous la direction de

Etude psychopathologique des tentatives de suicide de l'adolescent et du jeune adulte. – Paris : PUF, 1994. – (Coll. Psychiatrie de l'enfant).

LADAME F.

Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : approche clinique. – In : Lebovici S., Diatkine R., Soule M. – Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Tome II. – Paris : PUF, 1995 : 1517-1525.

LADAME F.

Les tentatives de suicide des adolescents. – Paris : Masson, 1981.

LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C.

Adolescence et suicide. – Paris : Masson, 1996. – (Coll. Médecine et psychothérapie).

LADAME F., PERRET-CATIPOVIC M.

Tentative de suicide à l'adolescence. – Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie, 37-216-H-10. – Paris : Elsevier, 1999.

LAUFER M., LAUFER E.

Adolescence et rupture du développement : une perspective psychanalytique. – Paris : PUF, 1989.

LEVY-SOUSSAN P.

Suicide et pathologies mentales. – Impact médecin hebdo, les dossiers du praticien, 10 novembre 1995, n° 299 : VII-VIII.

MARCELLI D., BRACONNIER A.

Psychopathologie de l'adolescent : étude psychopathologique des conduites. – In : Les tentatives de suicide. – Paris : Masson, 1988. – (Coll. Abrégés).

MEUNIER A., TIXIER G.

Les ados suicidaires ne sont pas fous. – Psychologie, janvier 2001 : 136.

POMMEREAU X.

L'adolescent suicidaire. – La santé mentale, avril 1998, n° 27 : 26-30.

RACAMIER P.C.

Dépression, deuil et alentour. – Revue française de psychiatrie, 1985, n° 3 : 7-14.

SOREL P.

Le suicide, substitut de psychose ? – In : Le psychanalyste à l'épreuve de la folie. – Apertura, 1995, vol. 11 : 65-75.

VEDRINNE J., SOREL P., WEBER D.

Sémiologie des conduites suicidaires. – Encyclopédie médico-chirurgicale Psychiatrie, 37-114-A-80. – Paris : Elsevier, 1996.

WAHL V., FISCHER W., PAHUD A.L., PASCUAL T., LADAME F.

Tentatives de suicide multiples à l'adolescence, abus sexuels et trouble de la personnalité borderline. – Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1998, n°46.

WINNICOTT D.W.

De la pédiatrie à la psychanalyse. – Paris : Payot, 1969. – (Petite bibliothèque Payot ; 253).

Chapitre 8

Crise suicidaire

LEVY-SOUSSAN P.

Suicide et pathologies mentales. – Impact médecin hebdo, les dossiers du praticien, 10 novembre 1995, n° 299 : VII-VIII.

Chapitre 9

Prise en charge

ALVIN P., JEAMMET Ph., POMMEREAU X.

L'hospitalisation des adolescents : état des lieux et perspectives. – Paris : Direction générale de la santé/Fondation de France, 1997.

CHOQUET M. LEDOUX S.

Adolescents : enquête nationale. – Paris : INSERM, 1994.

DEBOUT M.

Quel est le rôle d'une association d'écoute dans un réseau de prise en charge d'un patient suicidaire ?
– In : Guide de l'entretien avec un patient suicidaire. – Paris : Lundbeck, 1998 : 47-50.

GRAVIER V., GASQUET I., WEISBROT C.

Centres de crises et crises suicidaires. – Synapse, mars 1997, n°134 : 39-50.

HAZELL P. et coll.

Efficacy of tricyclic drugs in treating child and adolescent depression : a meta-analysis. – British medical journal, 1995, 310 : 897-901.

JEAMMET Ph. et BIROT E., sous la direction de

Etude psychopathologique des tentatives de suicide de l'adolescent et du jeune adulte. – Paris : PUF, 1994. – (Coll. Psychiatrie de l'enfant).

LADAME F.

Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : approche clinique. – In : Lebovici S., Diatkine R., Soule M. – Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Tome II. – Paris : PUF, 1995 : 1517-1525.

LEVY-SOUSSAN P.

Suicide et pathologies mentales. – Impact médecin hebdo, les dossiers du praticien, 10 novembre 1995, n° 299 : VII-VIII.

MILLOT I., BESSE P., LEMERY B., GISSELMANN A.

Enquête sur la prise en charge des jeunes suicidants à partir de leur passage dans un service régional d'accueil des urgences. – Dijon : ORS Bourgogne, mars 2000.

NAILI-DOUAOUDA B.

De l'urgence psychiatrique en général à l'accueil des suicidants en particulier. – Synapse, janvier 1997, n° 132 : 29-32.

PALAZZOLO J., CHAVANIS M.-A., HATEM N., REY C.

Abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent. – L'information psychiatrique, novembre 2000, n° 9 : 1031-1038.

POMMEREAU X.

L'adolescent suicidaire. – Paris : Dunod, 1996.

VIGNAU J.

Antidépresseurs dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. – In : Colonna L. – Age, dépression et antidépresseurs. – Paris : éd. FUAG/Médecine-Sciences-Flammarion, 1998 : 47-52.

Chapitre 10

Prévention

CODES 21

Annuaire des acteurs de la lutte contre le suicide. – Codes, 2000.

CODES 58

Répertoire des structures d'accueil et d'accompagnement pour les jeunes en difficulté. – Codes, 1999.

CODES 71

Répertoire : structures et professionnels accompagnant les jeunes suicidants, dans la tranche d'âge 16-25 ans, en Saône-et-Loire. – Mâcon : Codes, 1999.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés.

Stratégie française d'actions face au suicide 2000/2005. – Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés, 2000.

TRABACCHI G.

Peut-on prévenir le suicide ? – Soins, février 2001, n° 652 : 24-25.

VEDRINNE J., SOUBRIER J.-P.

Significations et prévention du suicide. – La revue du praticien, 1^{er} mars 1987, tome 37, n° 13 : 711-718

WINDISCH M. et al.

Prévention des conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent. – Le journal des psychologues, septembre 2000, n° 180 : 36-40.

Internet

<http://suicide.ecoute.free.fr>

www.preventionsuicide.be

www.sante.gouv.fr/htm/actu/suicide